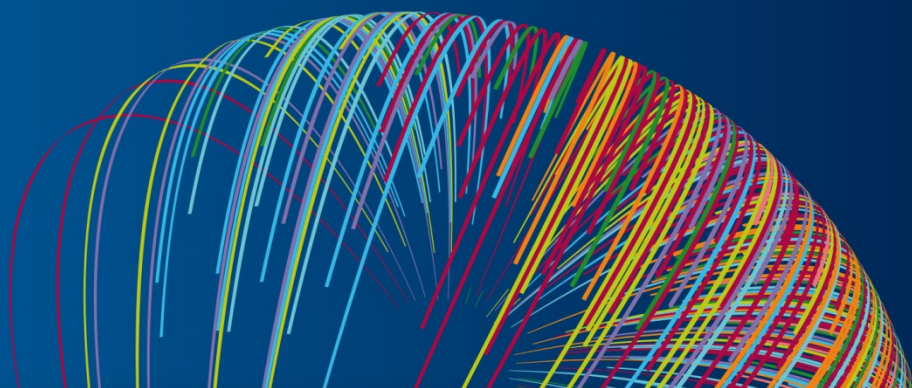


# Osservatorio di Politica internazionale



Senato  
della Repubblica  
Camera  
dei deputati  
Ministero  
degli Affari Esteri  
e della Cooperazione  
Internazionale

## **Gli Stati e le organizzazioni internazionali nelle politiche di contrasto della crisi pandemica**

Marzo 2021

172

Approfondimenti





## **APPROFONDIMENTO**

### **Gli Stati e le organizzazioni internazionali nelle politiche di contrasto della crisi pandemica**

marzo 2021

di *Marco Zupi*



## SOMMARIO

Abstract.....	5
1. I dati sulla diversa “intensità” della pandemia nel mondo.....	7
<b>1.1. La diffusione del contagio nel mondo a diverse ondate.....</b>	<b>7</b>
<b>1.2. Paesi non colpiti e Paesi più investiti dalla pandemia di Covid-19.....</b>	<b>10</b>
2. Un’analisi comparata delle politiche nazionali in campo.....	22
<b>2.1. Le misure restrittive per il contenimento della pandemia.....</b>	<b>23</b>
<b>2.2. Un confronto a livello di continenti e Stati sull’applicazione di misure restrittive.....</b>	<b>30</b>
i. Europa.....	31
ii. America del nord.....	35
iii. Africa.....	37
iv. Asia.....	41
v. America latina e caraibica.....	46
vi. Oceania.....	51
<b>2.3. Le chiusure delle scuole.....</b>	<b>53</b>
<b>2.4. L’evoluzione della severità delle altre misure restrittive nel mondo.....</b>	<b>58</b>
<b>2.5. L’importanza delle misure per testare, tracciare e trattare i casi di contagio.....</b>	<b>90</b>
<b>2.6. La campagna di vaccinazione nel mondo.....</b>	<b>99</b>
3. Alcune considerazioni sulle azioni delle organizzazioni internazionali in campo.....	108



## Abstract

La pandemia di Covid-19, esplosa circa un anno fa, ha investito la quasi totalità degli Stati e territori al mondo, ma ha avuto e continua ad avere il suo epicentro – in termini di tassi di contagio, mortalità e letalità – in un numero limitato di Paesi. Indipendentemente dal grado di diffusione nei diversi continenti e Paesi, tuttavia, tutti i governi hanno sviluppato una risposta su larga scala attraverso molteplici misure sul piano nazionale e in raccordo con le amministrazioni territoriali, mobilitando anche il quadro multilaterale del coordinamento e delle organizzazioni internazionali.

A distanza di un anno dall'avvio di una crisi senza precedenti e che ha determinato una brusca rottura con la fase di globalizzazione e integrazione che aveva segnato gli ultimi decenni, e ancora nel pieno di una pandemia, è troppo presto per tracciare un bilancio, valutando i risultati di quel che si è fatto o si poteva fare e non si è fatto. I dati disponibili, del resto, sono molto importanti ma ancora preliminari, insufficienti per una comparazione internazionale rigorosa e richiedono una particolare cautela per un'utilizzazione che ne voglia trarre implicazioni e giudizi sulle scelte compiute e i costi sopportati.

Tenendo conto di tali *caveat*, questo approfondimento, utilizzando i dati oggi disponibili, intende offrire un primo quadro d'insieme di quel che è accaduto sin qui a livello internazionale, in termini anzitutto di intensità della pandemia nel mondo, evidenziando l'andamento della diffusione del contagio a diverse ondate e identificando i casi di Stati e territori non colpiti e di quelli, all'opposto, più investiti dalla pandemia in termini di contagio, mortalità e letalità.

La parte centrale, corredata da un'ampia rassegna di dati comparati sia tra Paesi e continenti sia tra le diverse fasi evolutive della pandemia, è dedicata a un'analisi comparata delle diverse politiche nazionali messe in campo, tracciando un confronto sia tra continenti che tra Paesi in termini di misure di contrasto della crisi pandemica: chiusure di scuole, chiusura di attività economiche e commerciali e correlata sospensione di posti di lavoro, cancellazione di eventi pubblici, restrizioni su assembramenti e raduni pubblici, obblighi di permanenza a casa, campagne di informazione pubblica, chiusure di trasporti pubblici, restrizioni sui movimenti interni, controlli sui viaggi internazionali, misure di sostegno al reddito. La comparazione si focalizza sull'adozione di tali misure e la loro eventuale severità e prolungamento nel tempo.

Una particolare attenzione è dedicata all'analisi comparata di due misure chiave in materia di politica sanitaria, ovvero le strategie per testare, tracciare e trattare i casi di contagio e, poi, le campagne di vaccinazione nel mondo, avviate tra dicembre 2020 e gennaio 2021 in diversi Paesi.

Proprio il tema delle campagne di vaccinazione permette di dedicare l'ultima parte dell'approfondimento al nodo del coordinamento multilaterale e dell'impegno delle numerose organizzazioni internazionali in campo. La sfida della pandemia e delle campagne di vaccinazione è globale ma, come già per molte misure adottate su scala nazionale, non sono mancate contrapposizioni e scontri politici in molti Paesi tra amministrazioni centrali e locali (o tra amministrazione federale e Stati, a seconda dell'ordinamento amministrativo); gli avvenimenti recenti sono stati costellati da tensioni profonde e contraddittorie, pulsioni identitarie sul piano locale o nazionale e ricerca di soluzioni su scala globale. Le organizzazioni internazionali sono al centro di questa crisi ed evidenziano problemi finanziari, ma prima ancora di visione, strategie integrate e capacità.

In tempi oscuri, le difficoltà, le incertezze e gli ostacoli non impediscono la storia, per cui le decisioni da prendere sono ancora più grandi. È importante, cioè, non ignorare la necessità di tenere insieme uno sguardo sul presente e sul futuro, dando risposte adeguate alle emergenze attuali senza dimenticare la priorità di prospettive di strategie politiche e di un ordine internazionale in grado di garantire un futuro migliore di sviluppo sostenibile.





# 1. I dati sulla diversa “intensità” della pandemia nel mondo

## 1.1. La diffusione del contagio nel mondo a diverse ondate

Il nuovo coronavirus del 2019, o sindrome respiratoria acuta grave Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) è stato segnalato per la prima volta a Wuhan, in Cina, alla fine del 2019 per quanto, a seguito di riscontri ex post, ci siano diversi indizi che attestano la sua presenza in Europa (Italia compresa) già nell’autunno del 2019. Ma è nei primi mesi del 2020 che il virus si è diffuso in tutto il mondo causando una pandemia di Covid-19, la malattia associata al virus.

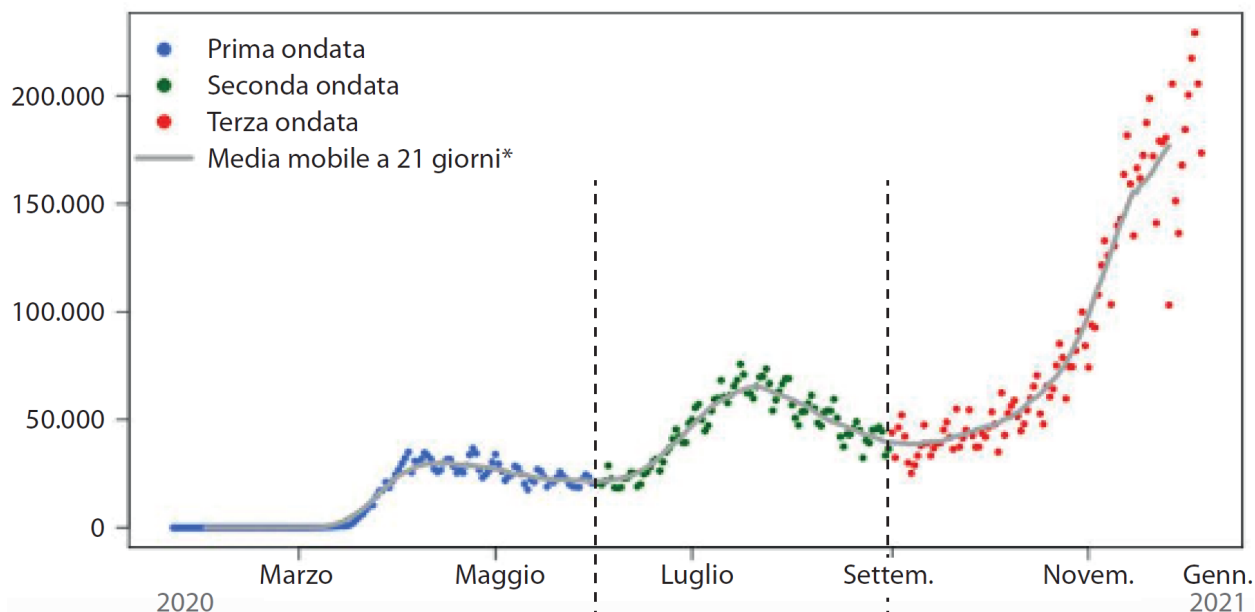
In data 26 febbraio 2021, sulla base di dati disponibili - sulla cui grande utilità, accessibilità in tempi eccezionalmente rapidi, ma anche parziale affidabilità e comparabilità a livello internazionale qui si può solo raccomandare particolare cautela - i casi confermati al mondo di contagio di Covid-19 hanno raggiunto la cifra di 113 milioni e i decessi hanno superato la soglia dei 2,5 milioni<sup>1</sup>.

Per definizione, la pandemia ha la tendenza a diffondersi ovunque. Nel caso del Covid-19, quasi tutti gli Stati del mondo hanno registrato contagi, in certi casi – come gli Stati Uniti o Giappone – con numeri più contenuti nella prima ondata (tra febbraio e maggio 2020) e più alti nella cosiddetta seconda ondata (tra giugno e settembre 2020 per Stati Uniti e Giappone) e nella terza ondata (da ottobre 2020 a oggi).

---

<sup>1</sup> A livello internazionale i dati disponibili più aggiornati, settimanalmente, giornalmente o istantaneamente a seconda dei casi, si trovano sui siti della Organizzazione mondiale della sanità (OMS, o *World Health Organization*, WHO) e del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (*European Center for Disease Prevention and Control*, ECDC), sul sito di Worldometer (i cui dati sono utilizzati dal *Coronavirus Resource Center* – CRC – della Johns Hopkins University, a sua volta fonte per *Our World in Data*), sul sito del programma per il monitoraggio delle malattie emergenti (ProMEDmail) e sui siti nazionali delle autorità competenti, come il Ministero della Salute in Italia. In merito alla necessaria cautela nell’uso e interpretazione di dati che proliferano e sono messi in circolazione in tempi straordinariamente rapidi rispetto agli standard di validazione, esiste una letteratura ampia che evidenzia le molte insidie e i rischi potenziali di fuorviare intenzionalmente o involontariamente il dibattito pubblico e, quindi, il corso delle azioni politiche. In proposito, per esempio, si veda: Andreas Backhaus (2020), “Common Pitfalls in the Interpretation of COVID-19 Data and Statistics”, *Intereconomics - Review of European Economic Policy*, Vol. 55, Num. 3, pp. 162–166.

**Fig. 1 – Le tre ondate di Covid-19 negli Stati Uniti (numero giornaliero di nuovi casi confermati di contagio)**



\* La media mobile è un algoritmo che consente di calcolare giornalmente la media degli ultimi 21 giorni, consentendo così di smussare i dati giornalieri eccezionalmente troppo alti e quelli troppo bassi, attenuando la volatilità naturale del dato.

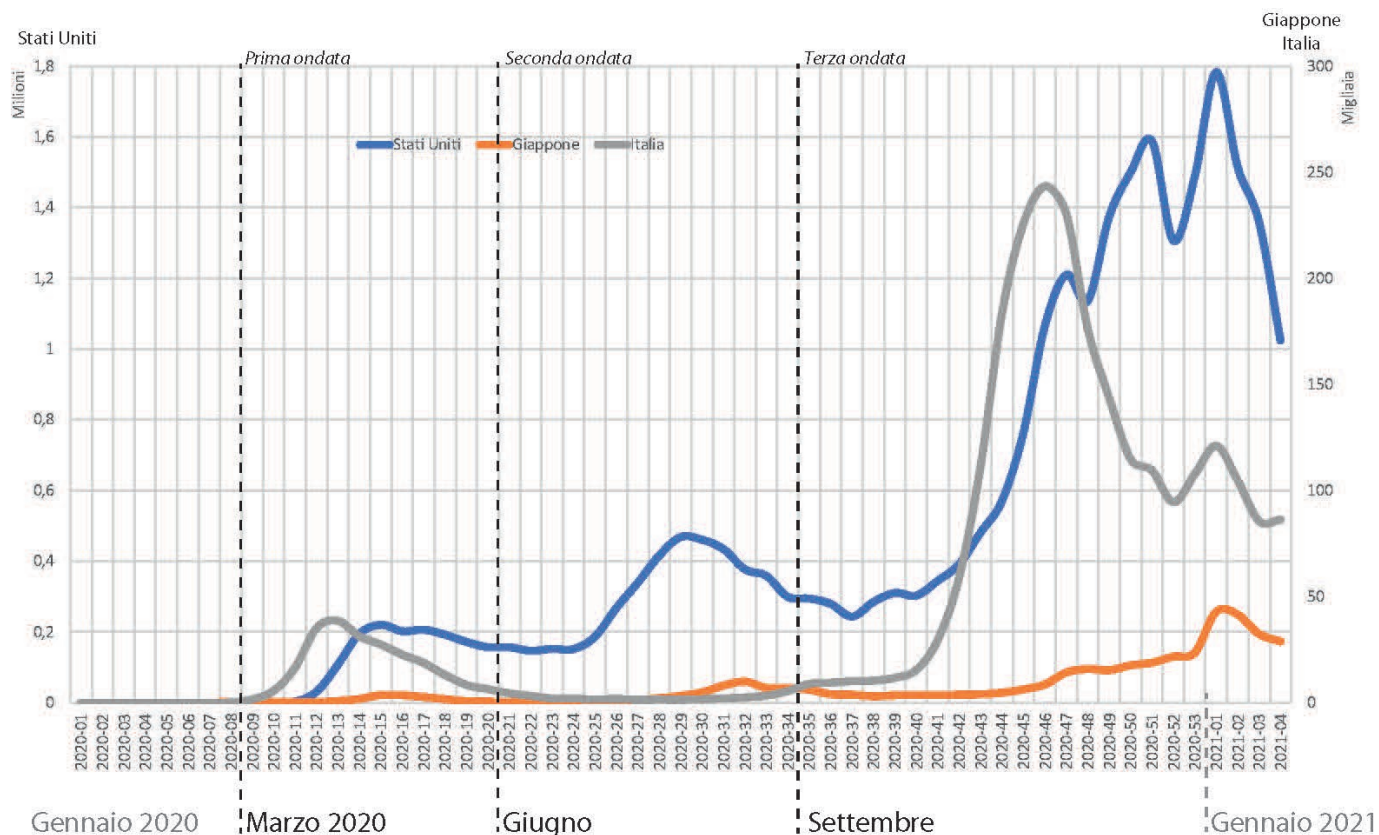
Fonte: Elaborazione John M. Drake, University of Georgia.

Il numero e la durata delle cosiddette ondate della pandemia – a fronte di una circolazione del virus mai interrotta – non coincidono a livello internazionale, il che è un elemento da considerare anche in relazione alle misure adottate nei diversi Paesi.

Infatti, un semplice raffronto tra tre Stati investiti più di altri dalla pandemia e con ondate successive di diffusione del contagio, come Stati Uniti, Giappone e Italia, evidenzia questo sfasamento temporale e non allineamento nel marcato aumento del numero di casi di contagio<sup>2</sup> delle ondate di diffusione del virus.

<sup>2</sup> Se l'andamento dei contagi nel tempo può evidenziare fasi di forte incremento che sono solitamente classificate come ondate, al contempo la natura del virus, associata per esempio al diffondersi di cosiddette varianti (dovute alle mutazioni nel tempo delle caratteristiche o del codice genetico del virus: come le varianti inglesi, sudafricane o brasiliane), potrebbe essere un altro criterio per definire le ondate; anche in quest'ultimo caso si potrebbe misurare il grado di allineamento dei diversi Paesi rispetto a questo tipo di ondate, calcolando la prevalenza di casi caratterizzati dalla presenza delle nuove varianti sul totale dei casi.

**Fig. 2 – Lo sfasamento delle ondate di Covid-19 negli Stati Uniti, in Giappone e in Italia (numero settimanale di nuovi casi confermati di contagio)**



\* Il dato settimanale è un metodo alternativo che consente di calcolare l'andamento della diffusione del contagio, smussando i picchi giornalieri.

\*\* Essendoci due ordini di grandezza diversi tra di loro per numero di contagi settimanali, il dato relativo agli Stati Uniti è riportato sull'asse verticale di sinistra in milioni di casi, mentre il dato relativo a Giappone e Italia, molto più contenuto, è riportato sull'asse verticale di destra in migliaia di casi, permettendo un'immediata comparazione visiva degli andamenti storici.

Fonte: Elaborazione dell'autore, archivio dati CeSPI-Osservatorio Covid-19.

Nel caso dell'Italia, in effetti, si può anche parlare solo di una seconda ondata dall'autunno del 2020, dopo la pausa estiva, ininterrotta sinora (seppure con una fase discendente interrotta a fine anno, in coincidenza con il picco assoluto di casi altrove), diversamente dalle tre ondate riscontrate negli Stati Uniti; mentre nel caso del Giappone si è registrata una seconda ondata con un po' di ritardo rispetto agli Stati Uniti e una terza ondata invece contemporanea. In tutti e tre i Paesi, comunque, è nell'ultimo trimestre del 2020 che si registra il picco del contagio, prima in Italia e solo a fine anno negli Stati Uniti e in Giappone.

Su scala mondiale, al di là del diverso grado di affidabilità dei dati disponibili, lo sfasamento temporale e la diversa intensità della diffusione della pandemia sono primi elementi che inducono a diffidare di una immediata comparabilità delle situazioni nazionali e, dunque, della possibilità di valutare appropriatezza ed efficacia delle diverse misure politiche adottate per contrastare la diffusione della pandemia.

## 1.2. Paesi non colpiti e Paesi più investiti dalla pandemia di Covid-19

Sempre in base alle statistiche ufficiali pubblicate a inizio febbraio 2021 dall'Organizzazione mondiale della sanità o OMS (*World Health Organisation, WHO*), oltre al “continente di ghiaccio” (Antartide), alcuni Stati sarebbero fortunatamente riusciti sin qui ad evitare la pandemia, registrando zero casi di contagio dall'inizio del 2020 a inizio febbraio 2021.

**Tab. 1 – I 15 paesi o territori non colpiti dal contagio di Covid-19**

	Stati	Posizione geografica	Abitanti (migliaia)	Misure adottate
1	Corea del Nord	Asia	25.000	Sistema totalitario, rigido lockdown, restrizioni di viaggio e chiusura delle frontiere
2	Isole Cook	Isole del Pacifico	17	Quarantena obbligatoria all'entrata e divieto di accesso portuale
3	Isole Pitcairn	Isole del Pacifico	0,05	Isole poco accessibili e poco frequentate
4	Kiribati	Isole del Pacifico	116	Limitazioni ai collegamenti, poco accessibile
5	Nauru	Isola del Pacifico	10	Frontiere inizialmente chiuse
6	Niue	Isola del Pacifico	2	Isola poco accessibile e poco frequentata
7	Palau	Isole del Pacifico	18	Sospensione iniziale dei viaggi (salvo emergenze) e periodo di quarantena obbligatoria
8	Samoa	Isole del Pacifico	198	Sospensione iniziale dei viaggi (salvo emergenze) e periodo di quarantena obbligatoria
9	Samoa Americane	Isole del Pacifico	55	Isole poco accessibili e poco frequentate
10	Sant'Elena	Isola dell'Atlantico	6	Isola poco accessibile e poco frequentata
11	Stati Federati di Micronesia	Isole del Pacifico	113	Poco accessibili, ricevuti aiuti da Stati Uniti, Cina e Giappone
12	Tokelau	Atolli del Pacifico	2	Assenza di aeroporti, accessibilità solo via mare
13	Tonga	Isola del Pacifico	103	Limiti alle navi da crociera, chiusura di aeroporti, istituzione di un blocco nazionale
14	Turkmenistan	Asia	5.600	Sistema totalitario, limiti a viaggi commerciali ed eventi religiosi di massa, distanziamento sociale e uso di mascherine
15	Tuvalu	Isola del Pacifico	11	Frontiere inizialmente chiuse e quarantena obbligatoria in alcuni casi

Tredici dei 15 Paesi e territori che non hanno finora registrato casi di contagio sono isole negli oceani Pacifico e Atlantico e, probabilmente, stanno avvantaggiandosi dell'isolamento imposto dalla natura insulare. Al contempo, va detto che ci sono numerosi casi di isole che hanno registrato molti contagi, a conforto del fatto che a parità di condizioni geografiche favorevoli, le politiche di limitazione dei viaggi imposte da governi di nazioni e territori insulari finora *Covid-free* possono aver contribuito significativamente al risultato sin qui registrato.

Gli altri due Paesi *Covid-free* – Corea del Nord e Turkmenistan – sono entrambi asiatici, con una popolazione relativamente numerosa (rispettivamente 25 e poco più di 5 milioni di abitanti) e con regimi politici totalitari che concentrano tutto il potere nel leader (il leader supremo Kim Jong-un in Corea del Nord e il Presidente Gurbanguly Berdimuhamedow in Turkmenistan). La natura dittatoriale dei due regimi ha determinato molto scetticismo all'interno della comunità internazionale sulla veridicità dei dati sanitari pubblicati.

Al netto dei quindici Paesi o territori non raggiunti dal Covid-19, che complessivamente ospitano solo lo 0,4 per cento della popolazione mondiale (peraltro concentrati nei due paesi asiatici di cui si è appena detto), il quadro mondiale evidenzia un elevato livello di concentrazione della diffusione del contagio in un numero limitato di Paesi.

**Tab. 2 – Numero contagiati confermati, percentuale e percentuale cumulata del totale mondiale, popolazione degli Stati in percentuale della popolazione mondiale (8 febbraio 2021)**

	Stati	Numero contagiati	% del totale mondiale	% cumulata del totale	Popolazione (% cumulata del totale mondiale)
1	Stati Uniti	27.611.403	25,9	25,9	4,2
2	India	10.838.843	10,2	36,0	22,0
3	Brasile	9.524.640	8,9	44,9	24,7
4	Russia	3.983.197	3,7	48,7	26,5
5	Regno Unito	3.945.680	3,7	52,4	27,4
6	Francia	3.337.048	3,1	55,5	28,3
7	Spagna	2.971.914	2,8	58,3	28,9
8	<b>Italia</b>	2.636.738	2,5	60,8	29,6
9	Turchia	2.531.456	2,4	63,1	30,7
10	Germania	2.291.441	2,1	65,3	31,8
11	Colombia	2.157.216	2,0	67,3	32,4
12	Argentina	1.980.347	1,9	69,2	33,0
13	Messico	1.932.145	1,8	71,0	34,7
14	Polonia	1.552.686	1,5	72,4	35,2
15	Sudafrica	1.476.135	1,4	73,8	35,2
16	Iran	1.466.435	1,4	75,2	36,3
17	Ucraina	1.246.990	1,2	76,3	36,9
18	Perù	1.186.698	1,1	77,5	37,3
19	Indonesia	1.166.079	1,1	78,5	40,8
20	Rep. Ceca	1.037.405	1,0	79,5	40,9

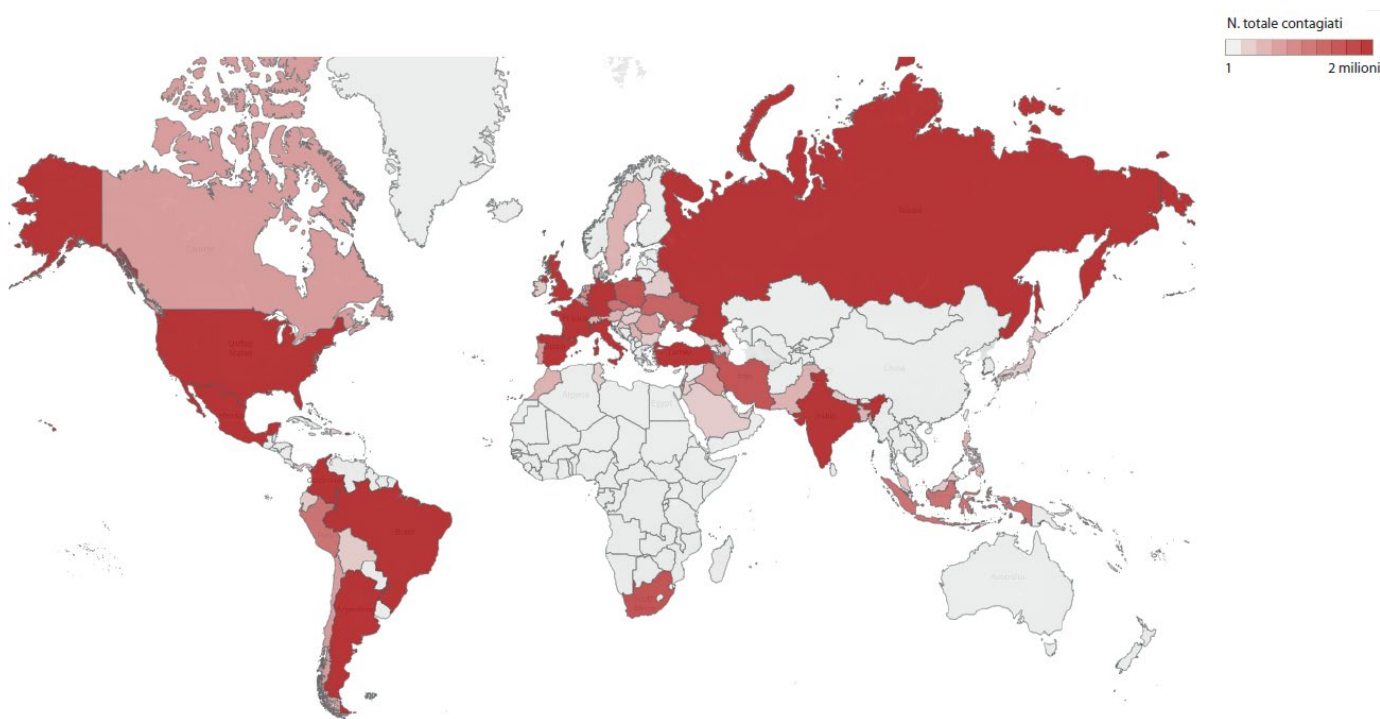
Fonte: Elaborazione dell'autore, archivio dati CeSPI-Osservatorio Covid-19.

Nella classifica dei Paesi che registrano il numero più elevato di contagi, i soli Stati Uniti spiegano un quarto del totale dei contagiati al mondo, tenendo conto del fatto che la popolazione residente nel Paese (331 milioni di abitanti nel 2020) è pari soltanto al 4,2 per cento della popolazione mondiale. Questa è la misura più indicativa del livello di concentrazione della diffusione della pandemia.

Aggiungendo India, Brasile e Russia si arriva a quasi la metà del numero totale di contagiati al mondo, coinvolgendo una popolazione complessivamente pari a poco più di un quarto della popolazione mondiale (con l'India che, da sola, ospita il 17,7 per cento della popolazione mondiale). I 16 paesi più colpiti al mondo dalla diffusione del contagio spiegano tre quarti del numero totale di contagiati (poco più di un terzo della popolazione mondiale); i primi venti paesi arrivano a spiegare i quattro quinti del totale mondiale (e poco più del 40 per cento della popolazione mondiale).

La situazione della diffusione in numeri assoluti del contagio mostra con immediatezza come la pandemia non sia uniformemente distribuita. In base ai dati ufficiali, le regioni più investite sono l'Europa e la Russia, le Americhe, India e Sudafrica.

**Fig. 3 – Mappa tematica della diffusione del Covid-19 in termini di numero totale di contagiati confermati a inizio febbraio 2021**



Fonte: CeSPI-Osservatorio Covid-19.

La situazione non cambia guardando al dato ufficiale dell'effetto più drammatico della pandemia, cioè il numero dei decessi che, complessivamente, hanno superato la soglia dei 2,3 milioni di persone.

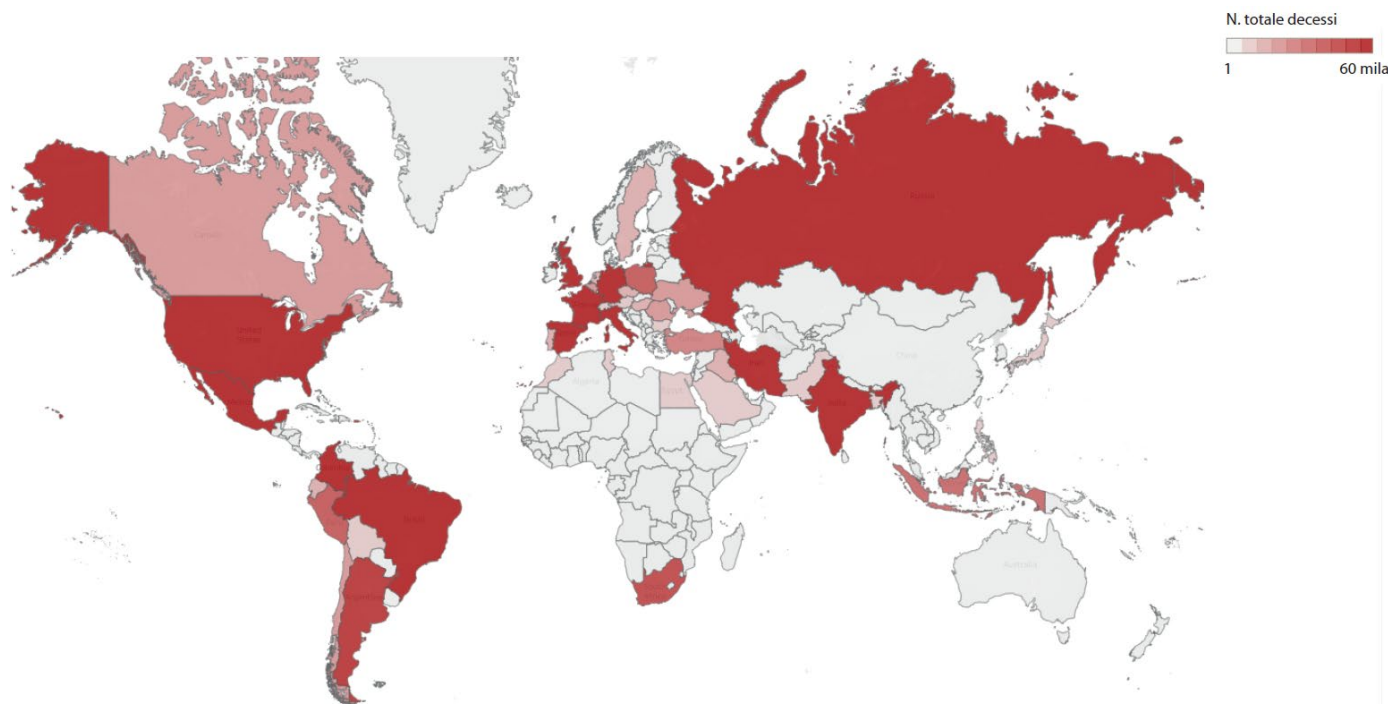
**Tab. 3 –Numero di decessi confermati, percentuale e percentuale cumulata del totale mondiale, popolazione degli Stati in percentuale della popolazione mondiale (8 febbraio 2021)**

	Stati	Numero di decessi	% del totale mondiale	% cumulata del totale	Popolazione (% cumulata del totale mondiale)
1	Stati Uniti	474.933	20,4	20,4	4,2
2	Brasile	231.561	9,9	30,3	7,0
3	Messico	166.200	7,1	37,5	8,6
4	India	155.114	6,7	44,1	26,3
5	Regno Unito	112.465	4,8	49,0	27,2
6	<b>Italia</b>	91.273	3,9	52,9	28,0
7	Francia	78.965	3,4	56,3	28,8
8	Russia	77.068	3,3	59,6	30,7
9	Germania	62.128	2,7	62,3	31,8
10	Spagna	61.386	2,6	64,9	32,4
11	Iran	58.469	2,5	67,4	33,4
12	Colombia	55.993	2,4	69,8	34,1
13	Argentina	49.171	2,1	71,9	34,7
14	Sudafrica	46.290	2,0	73,9	34,7
15	Perù	42.308	1,8	75,7	35,2
16	Polonia	39.132	1,7	77,4	35,7
17	Indonesia	31.763	1,4	78,8	39,2
18	Turchia	26.797	1,2	79,9	40,2
19	Ucraina	23.644	1,0	80,9	40,8
20	Belgio	21.389	0,9	81,9	41,0

Fonte: Elaborazione dell'autore, archivio dati CeSPI-Osservatorio Covid-19.

Anche in questo caso, gli Stati Uniti arrivano da soli a spiegare un quinto del totale dei decessi al mondo. Come misura della concentrazione anche dell'esito peggiore della pandemia, è sufficiente notare che aggiungendo altri cinque Paesi – Brasile, Messico, India, Regno Unito e Italia –, si oltrepassa il 50 per cento del totale mondiale di decessi. I 16 paesi in cima alla triste classifica spiegano tre quarti del numero totali di decessi; i primi diciotto paesi arrivano a spiegare i quattro quinti del totale mondiale (e il 41 per cento della popolazione mondiale, una cui quota significativa viene dalla sola India).

**Fig. 4 – Mappa tematica della diffusione del Covid-19 in termini di numero totale di decessi confermati a inizio febbraio 2021**



Fonte: CeSPI-Osservatorio Covid-19.

Un altro modo per cogliere la diversa gravità, in termini di diffusione ma anche di esito drammatico, della pandemia su scala mondiale, è quello di individuare il numero circoscritto degli Stati che superano una soglia discrezionale, ma indicativa, con riferimento sia al tasso di diffusione del contagio sia al tasso di mortalità (entrambi calcolati in relazione al numero totale degli abitanti residenti) e sia al tasso di letalità (calcolato come rapporto tra decessi e contagiati).

Per quanto riguarda il tasso di contagio sono ventinove gli Stati che hanno un tasso di diffusione del contagio superiore alla soglia del 5 per cento<sup>3</sup>, cioè non meno di 5 persone su 100 abitanti hanno contratto il virus SARS-CoV-2.

---

<sup>3</sup> È nota la teoria scientifica secondo cui la pandemia di Covid-19 finirà quando la diffusione del virus inizierà a rallentare stabilmente fino a fermarsi del tutto, perché un numero sufficiente di persone avrà sviluppato l'immunità alla malattia in virtù dell'effetto combinato di vaccinazioni di massa e di un numero elevato di persone già infettate. Non è tuttavia possibile identificare una soglia generale, valida ovunque, come potrebbe essere per esempio il 60 per cento, che identifichi lo spartiacque coincidente con il raggiungimento della cosiddetta immunità "di gregge", perché dipende da tanti fattori, che variano da contesto a contesto. Resta molto importante, invece, monitorare l'andamento dell'indice di potenziale trasmissibilità iniziale  $R_0$  o nel corso del tempo  $R_t$  (cioè il numero medio di infezioni trasmesse da ogni individuo infetto che indica la probabilità di trasmissione per singolo caso di contagio).



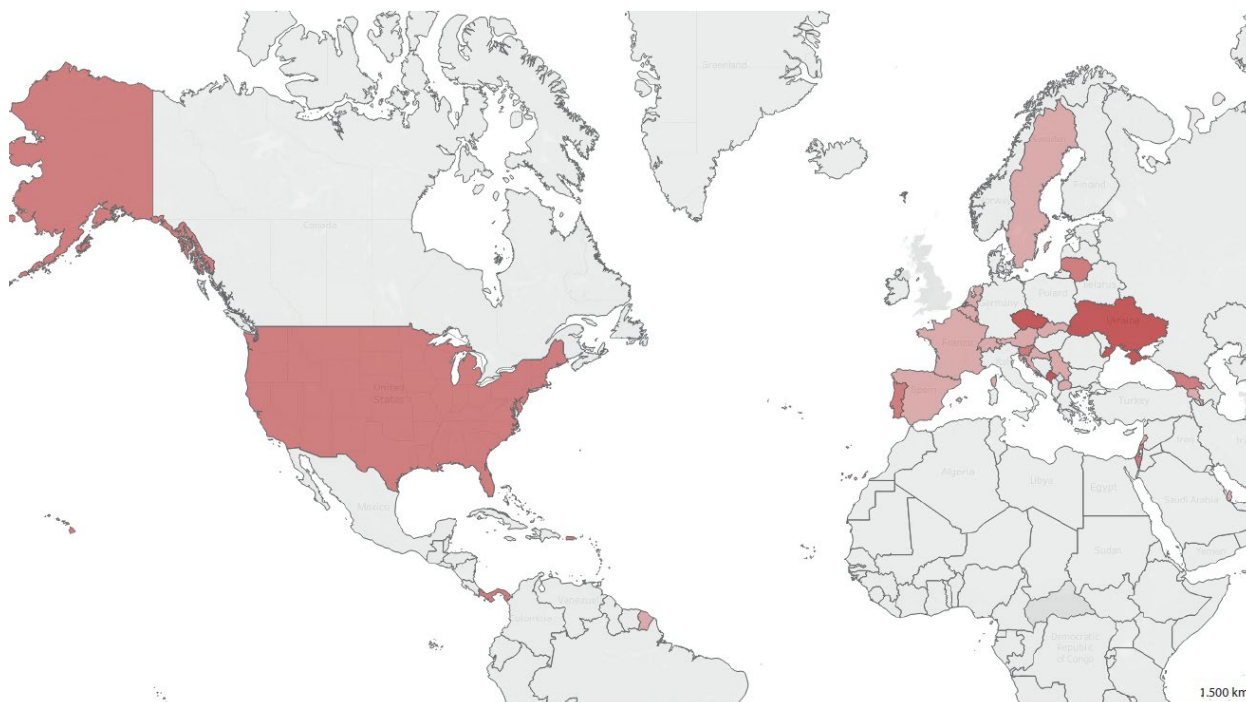
**Tab. 4 – Stati con tasso di diffusione del contagio superiore alla soglia del 5 per cento degli abitanti (8 febbraio 2021)**

	Stati	Tasso di diffusione
1	Andorra	13,3
2	Gibilterra	12,4
3	Montenegro	10,4
4	Rep. Ceca	9,7
5	San Marino	9,2
6	Slovenia	8,4
7	Stati Uniti	8,3
8	Lussemburgo	8,2
9	Israele	7,5
10	Portogallo	7,5
11	Panama	7,5
12	Lituania	6,9
13	Aruba	6,7
14	Liechtenstein	6,6
15	Georgia	6,6
16	Polinesia francese	6,5
17	Spagna	6,4
18	Belgio	6,2
19	Bahreïn	6,2
20	Svizzera	6,1
21	Paesi Bassi	5,9
22	Svezia	5,8
23	Regno Unito	5,8
24	Croazia	5,8
25	Armenia	5,7
26	Qatar	5,5
27	Guiana francese	5,4
28	Francia	5,1

Fonte: Elaborazione dell'autore, archivio dati CeSPI-Osservatorio Covid-19.

Gli Stati con il livello relativo di contagio più alto sono per lo più europei, spesso piccoli e con una popolazione numericamente contenuta, oltre a Stati Uniti, alcuni Stati mediorientali e alcune isole. A titolo comparativo, l'Italia è al trentaseiesimo posto, con un tasso del 4,4 per cento.

**Fig. 5 – Mappa tematica della diffusione del contagio superiore alla soglia del 5 per cento abitanti (8 febbraio 2021)**



Fonte: Elaborazione dell'autore, archivio dati CeSPI-Osservatorio Covid-19.

La mappa evidenzia chiaramente come la pandemia che sta colpendo la popolazione mondiale abbia finora, almeno in base ai dati ufficiali disponibili, un tasso di incidenza del contagio che colpisce in modo particolare solo una parte del pianeta (all'interno della porzione di superficie terrestre su cui è focalizzata la mappa).

Lo stesso discorso vale con riferimento al tasso di mortalità. In questo caso, trattandosi di un indicatore che misura la gravità delle conseguenze più negative della pandemia (i decessi), è opportuno aggiungere ulteriori elementi di cautela nelle interpretazioni.

Non solo, cioè, vale il discorso generale sulla affidabilità presunta ma non verificata delle statistiche rese pubbliche dalle diverse autorità nazionali (fino ad arrivare ai dubbi sollevati nel caso delle statistiche della Corea del nord), ma bisognerebbe tenere conto anche della non automatica comparabilità di dati nazionali laddove, per esempio, è possibile che nel computo dei decessi in uno Stato siano inclusi solo quelli avvenuti in ospedale, mentre in un altro anche quelli in casa, oppure che in un caso siano inclusi solo i decessi attribuibili al SARS-CoV-2 e non anche ad una concomitante patologia che però la compresenza del virus ha reso letale.

Un quadro diverso, invece, emerge utilizzando il tasso di letalità.

**Tab. 5 – Stati con tasso di mortalità e letalità del contagio superiori alle soglie rispettivamente dell’1 per mille abitanti e del 3,2 per cento dei contagiati (8 febbraio 2021)**

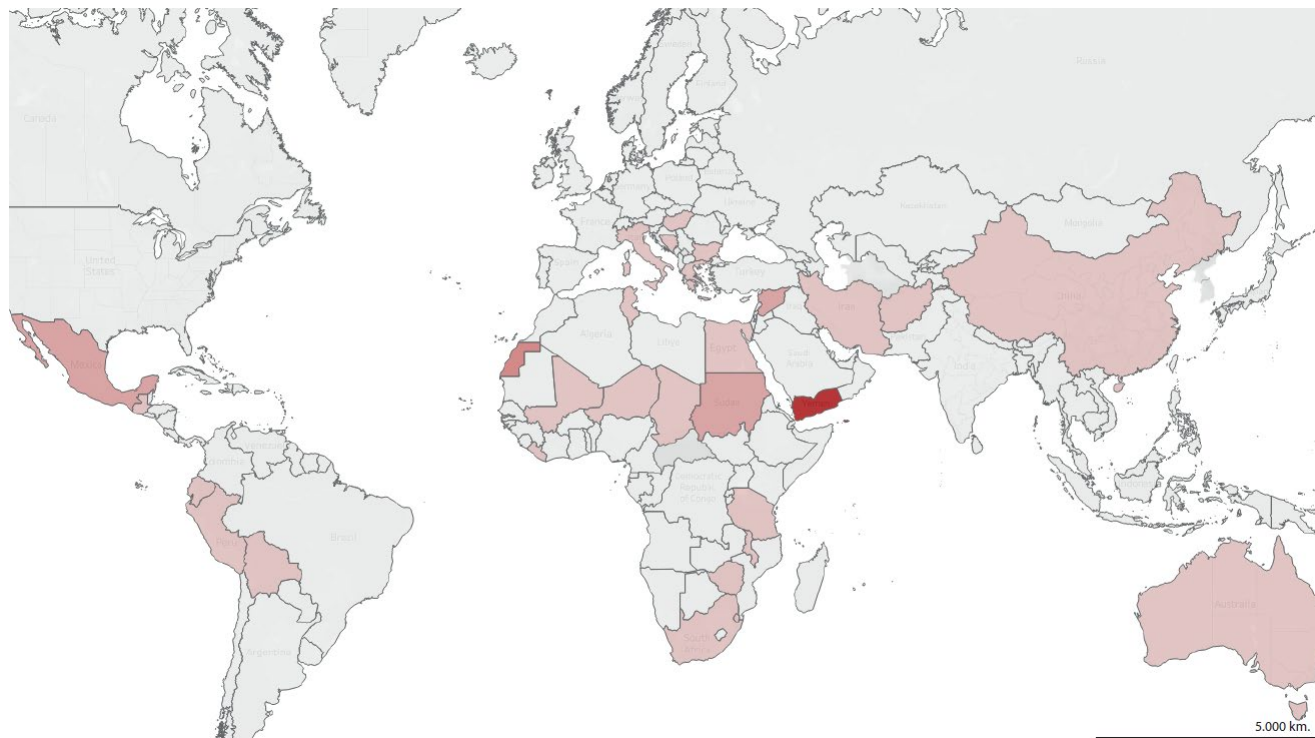
	Stati	Tasso di mortalità	Stati	Tasso di letalità
1	Gibilterra	2,5	Yemen	28,9
2	San Marino	2,0	Sahara occidentale	10,0
3	Belgio	1,8	Messico	8,6
4	Slovenia	1,7	Sudan	6,6
5	Regno Unito	1,7	Siria	6,6
6	Rep. Ceca	1,6	Montserrat	5,9
7	<b>Italia</b>	1,5	Ecuador	5,8
8	Bosnia-Erzegovina	1,5	Isola di Man	5,8
9	Stati Uniti	1,4	Egitto	5,7
10	Macedonia del nord	1,4	Cina	5,2
11	Portogallo	1,4	Bolivia	4,7
12	Andorra	1,4	Afghanistan	4,4
13	Ungheria	1,4	Liberia	4,3
14	Liechtenstein	1,4	Bulgaria	4,2
15	Bulgaria	1,3	Mali	4,1
16	Montenegro	1,3	Tanzania	4,1
17	Spagna	1,3	Iran	4,0
18	Messico	1,3	Bosnia-Erzegovina	3,9
19	Perù	1,3	Zimbabwe	3,8
20	Croazia	1,3	Eswatini	3,7
21	Panama	1,3	Grecia	3,6
22	Francia	1,2	Guatemala	3,6
23	Svezia	1,2	Niger	3,6
24	Svizzera	1,1	Ciad	3,6
25	Colombia	1,1	Figi	3,6
26	Lituania	1,1	Perù	3,6
27	Brasile	1,1	Isole Comore	3,5
28	Argentina	1,1	Ungheria	3,5
29	Armenia	1,1	<b>Italia</b>	3,5
30	Polonia	1,0	Tunisia	3,3

Fonte: Elaborazione dell’autore, archivio dati CeSPI-Osservatorio Covid-19.

Occorre precisare che il tasso di letalità opportunamente calcola quanto uno Stato sia stato colpito dalla pandemia, rapportando il numero di decessi a quello dei contagiati confermati. Tuttavia, si espone a maggiori rischi di attendibilità in relazione al denominatore<sup>4</sup>.

In ogni caso, se la lista degli Stati con i più alti tassi di mortalità restituisce una fotografia sostanzialmente sovrapponibile a quella degli Stati con i più alti tassi di diffusione del contagio, un quadro diverso emerge guardando alla mappa tematica relativa al tasso di letalità.

**Fig. 6 – Mappa tematica degli Stati con tasso di letalità superiore alla soglia del 3 per cento dei contagiati (8 febbraio 2021)**



Fonte: Elaborazione dell'autore, archivio dati CeSPI-Osservatorio Covid-19.

Come emerge più immediatamente dalla mappa tematica – che rispetto alla tabella amplia il numero degli Stati abbassando la soglia dal 3,2 al 3 per cento - l'Africa evidenzia una maggiore

---

<sup>4</sup> La popolazione contagiata presa in considerazione come denominatore dell'indice fa riferimento a coloro che sono risultati positivi ai test con tamponi, il che dipende dalla numerosità dei tamponi effettuati, dalla sensibilità e affidabilità dei tamponi adottati o dal fatto che gli abitanti di uno Stato denuncino i sintomi con meno costanza di quanto avviene in altri Paesi. In pratica, uno Stato che effettua relativamente meno tamponi, concentrando solo sui casi più conclamati (perché, per esempio, non è in grado di realizzare, effettuando un numero giornaliero elevato di test con tamponi, una campagna di screening anti Covid-19 di massa per rilevare i positivi e isolare i focolai, o perché molti casi non vengono comunicati immediatamente), avrà un denominatore più basso di chi adotta una politica di test a tappeto su tutti gli abitanti. Inoltre, nel corso del tempo possono registrarsi cambiamenti di regime: in Italia, durante la seconda ondata la capacità di effettuare test con tamponi è molto aumentata, permettendo così di rilevare non solo i casi più gravi di positività, e di conseguenza il tasso di letalità si è abbassato molto probabilmente anche per questo motivo.

vulnerabilità, come pure compaiono due Stati solitamente citati dai mass-media come esempi di gestione efficace della pandemia, Cina e Australia.

In questa sede ci si può solo limitare a segnalare gli Stati più colpiti, a cominciare da Yemen, Sahara occidentale, Sudan e Siria che sono in cima – insieme al Messico – alla lista e che sono certamente contesti di particolare vulnerabilità della popolazione e del quadro istituzionale. Quel che si può aggiungere è che la Cina, Stato investito per primo dalla pandemia e, quindi, impreparato ad affrontarla se non in ritardo, ha probabilmente per questa stessa ragione registrato un'elevata proporzione di decessi tra i contagiati.

In cima alla lista c'è lo Yemen: in questo Paese il dato indica che complessivamente è come dire che, su tre contagiati confermati, uno sia deceduto, il che potrebbe significare che il sistema sanitario non funziona affatto e ha evidenziato una limitata capacità di cura, oppure che i contagiati sono rilevati solo quando in condizioni disperate, oppure che i contagiati sono rilevati solo in minima parte, o altro ancora. Insomma, si tratta di dati che ci offrono alcune prime informazioni, ma non permettono di avventurarsi sul terreno insidioso delle interpretazioni causali e quindi del giudizio sulle politiche adottate per contrastare il virus, che dovrà richiedere molto più tempo e dati per validare con rigore eventuali nessi causali.

In sostanza, volendo mettere oggi in relazione l'andamento del tasso di mortalità o quello di letalità con l'efficacia delle politiche adottate nazionalmente si incorrerebbe nel rischio di una possibile correlazione, che altro non sarebbe che una relazione causale spuria.

Detta più chiaramente, i decessi sono dovuti alla diffusione dei contagi, che a sua volta dipende dall'intensità del virus contratto (misurabile, per esempio, in termini di carica virale<sup>5</sup>), ma anche dal tipo di varianti del virus presenti in uno Stato e che possono influire sulla maggiore o minore violenza del virus stesso e sull'impatto sulla salute laddove risultino alterate le principali proteine del virus stesso<sup>6</sup>. Soprattutto, l'impatto della diffusione del virus in termini di mortalità e letalità dipende anche da molteplici fattori di contesto concomitanti, come per esempio:

1. la differenza di età dei contagiati, per cui una popolazione mediamente più anziana, come quella italiana, tende ad avere tassi di mortalità e letalità più alti di Stati con una popolazione più giovane (ipotesi che potrebbe essere verificata disponendo a livello

---

<sup>5</sup> La carica virale del SARS-CoV-2 esprime la quantità di virus (il numero di copie del materiale genetico del virus presenti in un millilitro di materiale biologico) che una persona infetta ospita ed è rilevabile con l'analisi in laboratorio dei tamponi, che calcola il cosiddetto ciclo-soglia (*Cycle Threshold*, CT). In pratica, più alta è la carica virale rilevata, maggiore è la contagiosità, cioè più il soggetto può diffondere il virus. Inoltre, gli studi evidenziano che una carica virale elevata in persone fragili (tipicamente, anziani con compresenza di diverse patologie) determina un innalzamento del rischio di aggravamento delle complicanze cliniche e che una riduzione nel tempo della percentuale di pazienti con Covid-19 che richiedono cure intensive è associata a valori mediani decrescenti della carica virale. Si veda: C. Piubelli et al. (2021), "Overall decrease in SARS-CoV-2 viral load and reduction in clinical burden: the experience of a hospital in northern Italy", *Clinical Microbiology and Infection Research Note*, Vol. 27, Issue 1, gennaio; H. Kawasuji et al. (2020), "Transmissibility of COVID-19 depends on the viral load around onset in adult and symptomatic patients", *PLoS ONE*, Vol. 15(12), dicembre.

<sup>6</sup> La struttura delle proteine del virus causa l'infezione delle cellule e la replicazione del virus. La più nota proteina del SARS-CoV-2 è la proteina *Spike* (cioè le "punte" del virus), che si trova sulla superficie del virus formando delle protuberanze che fanno assomigliare la superficie a una corona (da qui il nome "Coronavirus") e che consentono una strategia aggressiva in due fasi attraverso due catene che la compongono: legarsi alla cellula bersaglio (aderendo al recettore ACE2) attraverso la catena S1 ed entrarvi iniettando l'RNA genomico virale con la catena S2. Le proteine *Spike*, avendo un ruolo determinante nel portare a compimento l'invasione delle cellule di un organismo vivente, eludendo il sistema immunitario, sono da annoverare tra i fattori di virulenza del virus. Si veda: A. C. Walls et al. (2020), "Structure, Function, and Antigenicity of the SARS-CoV-2 Spike Glycoprotein", *Cell*, N. 181(2), aprile.

internazionale di dati maggiormente disaggregati per confrontare la dinamica storica del tasso di mortalità e letalità per fasce di età);

2. la differenza di condizioni generali di salute della popolazione a parità di età, per cui al di là dell'aspettativa di vita alla nascita, conta molto la qualità della vita, cioè le condizioni di salute e la prevalenza di patologie croniche, che possono variare molto tra Stati, oltre che naturalmente all'interno di ogni singolo Stato;
3. la differenza delle condizioni e qualità del sistema sanitario e assistenziale nei diversi territori, più o meno capaci di far fronte all'emergenza sanitaria e di adattarsi all'andamento pandemico attraverso la riorganizzazione negli ospedali di aree di degenza per intensità di cura e complessità assistenziale, oltre alla capacità di gestione dei pazienti non ospedalizzati assistiti con le prestazioni della medicina territoriale e l'assistenza domiciliare, il che collega direttamente la situazione attuale alle scelte politiche compiute nel passato;
4. le differenze sia territoriali sia di modello agglomerativo di sviluppo e di conseguente densità abitativa e mobilità della popolazione, ma anche differenze culturali che favoriscono o meno un elevato livello di interazione degli anziani nella vita familiare (cioè maggiore frequenza di incontro con figli e nipoti, per esempio), laddove la condizione di maggiore isolamento degli anziani con patologie contribuisce a limitare la diffusione e, quindi, la letalità del contagio;
5. le differenze nelle condizioni ambientali, a cominciare dal tasso di inquinamento atmosferico da M10 (*Particulate Matter* o Materia Particolata, cioè in piccolissime particelle), che determina una maggiore vulnerabilità a malattie respiratorie e un aumentato tasso di mortalità per polmonite.

Insomma, le ipotesi sono numerose, tutte plausibili e, forse, se ne potrebbero aggiungere anche di altre. In ogni caso, queste considerazioni sono sufficienti per dire come un'analisi comparata attendibile a livello internazionale sulla diffusione della pandemia e sulle cause di minore o maggiore diffusione, come anche sull'efficacia delle diverse misure politiche adottate sia difficile, anche laddove le statistiche fossero più standardizzate di quanto non siano oggi (neanche all'interno dell'UE). Le variabili in gioco da prendere in considerazione sono numerose e con effetti multipli di interazioni che differiscono probabilmente a seconda del contesto specifico. Tutto ciò è a maggior ragione complicato nel bel mezzo della pandemia, non essendo sempre disponibili e adeguatamente validati i dati necessari.

In più, come rilevato nel caso della Cina, non bisogna dimenticare che la diffusione della pandemia, seppur rapida, non è stata istantanea e contemporanea in tutti gli Stati, come testimonia l'Italia in Europa: il mancato allineamento temporale dei diversi Stati in termini di diffusione del virus ha determinato che alcuni Stati, contagiati successivamente rispetto ad altri, avessero maggiore tempo a disposizione per prepararsi e predisporre tutte le misure necessarie, in modo da ridurre il tasso di mortalità e letalità. Anche il fattore tempo, dunque, ha probabilmente avuto un peso determinante nel decretare l'andamento dei tassi di letalità.

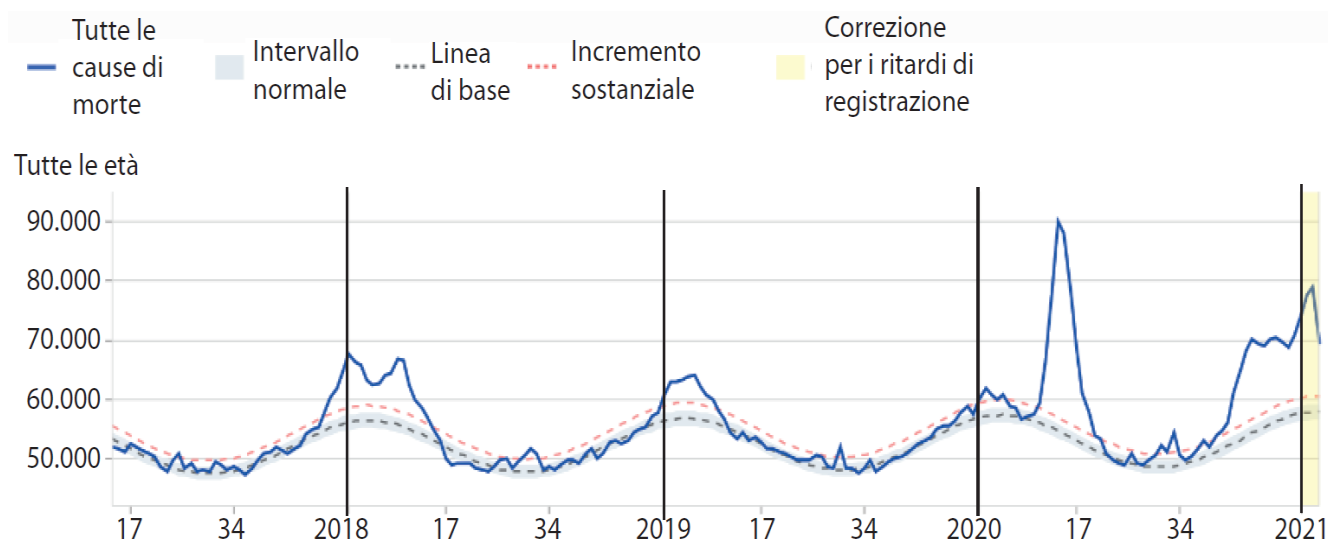
Infine, si potrebbe utilizzare un altro indicatore per misurare la durezza dell'impatto della pandemia in termini di vite umane perdute: il cosiddetto eccesso di mortalità. In sostanza, si tratta di confrontare l'andamento mensile della mortalità nel 2020 con quello registrato negli anni precedenti per tutte le cause di morte, in modo da stimare i decessi a livello nazionale (e, se possibile, disaggregati territorialmente e per fasce d'età in ragione della forte eterogeneità geografica e generazionale) che risultano un'anomalia in eccesso rispetto a quanto ci si sarebbe aspettato normalmente dall'andamento storico e sono, pertanto, correlabili alla pandemia di Covid-

19. In teoria, questo indicatore permette di evitare gli errori di conteggio dovuti a diagnosi errate o alla sottostima dei decessi legati al Covid-19 e, al contempo, include i danni collaterali – oggetto solo a distanza di tempo di dati attendibili: decessi dovuti ad altre patologie gravi che non sono state adeguatamente monitorate tramite adeguati test diagnostici e curate, né si è garantito il ricorso ai servizi sanitari di emergenza perché il sistema sanitario è stato sopraffatto e monopolizzato dall'emergenza Covid-19.

Tutto ciò al netto di eventuali benefici collaterali – un esempio è la riduzione del numero di incidenti stradali mortali durante una fase di *lockdown* – pure imputabili alla stessa emergenza. Una conseguenza diretta dell'eccesso di mortalità è la riduzione dell'aspettativa di vita alla nascita, che si calcola in Italia in base ai parametri di sopravvivenza della tavola di mortalità Istat.

Purtroppo, non sono al momento disponibili dati che consentano una comparazione su scala mondiale dell'andamento dell'eccesso di mortalità. Quel che è disponibile, invece, è il dato, anche disaggregato a livello territoriale sub-nazionale, degli Stati membri dell'Unione Europea (UE). In particolare è utile in tal senso la pubblicazione a cadenza settimanale di EuroMOMO, l'iniziativa di monitoraggio della mortalità in Europa.

**Fig. 7 – Eccesso di mortalità nei 27 paesi dell'UE, dal secondo quadrimestre 2017 al gennaio 2021 (numero di decessi, dati settimanali)**



Fonte: EuroMOMO - European mortality monitoring (<https://www.euromomo.eu/>).

Il dato aggregato per i 27 Stati membri dell'UE evidenzia - confrontando il dato normale atteso (la linea tratteggiata grigia e nell'intervallo grigio chiaro di prossimità, comunque al di sotto di un andamento oltre la soglia di variazione sostanziale indicata dalla linea tratteggiata rossa) con il dato reale (la linea continua blu) - l'eccezionale eccesso di mortalità (riferita a tutte le cause di decesso) durante la prima ondata, tra marzo e aprile 2020, e durante la seconda e più lunga ondata, seppure con picchi più contenuti, a partire dall'autunno 2020<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> In Italia, l'Istat ha prodotto dati e analisi sul tema disaggregate territorialmente e per fasce d'età, evidenziando come nella seconda ondata – più lunga anche perché durante la prima fase sono state adottate misure drastiche di *lockdown*

## 2. Un'analisi comparata delle politiche nazionali in campo

Nella prima settimana del 2020 in alcuni Stati asiatici furono varate le primissime misure ufficiali per contrastare quella che sarebbe presto esplosa come pandemia a livello mondiale.

Infatti, due giorni dopo che la Cina aveva informato l'OMS di una polmonite virale nella città di Wuhan, esteso capoluogo con oltre 11 milioni di abitanti (20 milioni comprendendo l'hinterland) della provincia di Hubei, una provincia della Cina centrale senza sbocchi sul mare, il 2 gennaio il Ministero della Salute di Singapore, città-stato indipendente a 3.400 km. da Wuhan, principale *hub* con una media di 330 mila arrivi ogni mese di visitatori dalla Cina nel 2019, avvisò tutti i medici di identificare qualsiasi paziente con polmonite e una storia di un recente viaggio a Wuhan.

Il giorno successivo, sia Singapore sia la Corea del sud iniziarono lo *screening* della temperatura in aeroporto di tutti i viaggiatori arrivati da Wuhan e la Corea del sud aggiunse subito l'obbligo di quarantena per i viaggiatori provenienti da Wuhan. Il 7 gennaio 2020 anche il governo giapponese prescrisse obbligo di *screening* e misure di quarantena per i viaggiatori in ingresso provenienti da Wuhan, mentre gli Stati Uniti si limitarono a istituire una struttura di gestione del Covid-19.

Il 12 gennaio, in Cina fu rilasciata la sequenza genetica del nuovo coronavirus in modo che tutti gli Stati potessero utilizzarla nello sviluppo di kit diagnostici specifici, mentre il giorno successivo si ebbe la prima conferma della diffusione del virus oltre i confini nazionali, con l'annuncio del Ministero della sanità della Thailandia di un primo caso di nuovo coronavirus importato da Wuhan.

Il 20 gennaio, ai 278 casi del nuovo coronavirus (con 6 decessi) registrati in Cina – con una diffusione in 12 province, pur persistendo la concentrazione prevalente a Wuhan – si aggiunsero due in Thailandia, uno in Corea del sud e uno in Giappone.

Il 22 gennaio, si registrò un primo caso negli Stati Uniti, per la prima volta al di fuori del continente asiatico.

Il 23 gennaio, l'evidenza epidemiologica che il nuovo virus potesse essere trasmesso da un individuo a un altro indusse l'OMS a valutare molto alto il rischio che questo tipo di coronavirus si potesse diffondere in modo epidemico in Cina, alto a livello regionale e alto a livello globale. Si considerò prioritario rallentare la diffusione del virus, adottando misure politiche straordinarie.

Il 24 gennaio, oltre alla Cina, gli Stati raggiunti dal virus risultarono dieci, tra cui anche la Francia (primo Stato europeo) e l'Australia, decretando l'estensione a quattro continenti (Asia, America del nord, Oceania ed Europa). L'OMS raccomandò in quel momento precauzioni individuali equivalenti alla maggior parte dei virus che colpiscono l'apparato respiratorio (entrando nell'organismo attraverso le vie respiratorie, soprattutto naso e bocca) e misure sanitarie simili a quelle previste nel caso dell'epidemia della Sindrome respiratoria acuta grave (*Severe Acute Respiratory Syndrome*, o SARS) nel 2002 e della Sindrome respiratoria mediorientale

---

che sono state probabilmente fondamentali nel determinare una rapida flessione della curva epidemica – sia diminuita la classe di età mediana dei casi di contagio, facendo calare il dato percentuale dei contagi tra la popolazione molto anziana (80 anni e più), verosimilmente in conseguenza dell'aumentata capacità diagnostica tra le classi di età più giovani e nelle persone con sintomi meno severi. Inoltre, i dati dell'Istat confermano che nel periodo giugno-settembre si è osservata una riduzione della mortalità totale, in coincidenza con la fase di transizione della diffusione dell'epidemia di Covid-19, mentre da ottobre 2020 è aumentata la mortalità totale come effetto della seconda ondata dell'epidemia. Si veda: ISTAT (2021), *Decessi per il complesso delle cause. Periodo gennaio-novembre 2020*, Roma, 3 febbraio.



(*Middle East respiratory syndrome*, o MERS) nel 2012, compreso l'isolamento dei contagiati e la quarantena per le persone entrate in contatto diretto.

A fine gennaio, i contagi fuori della Cina coinvolsero 19 Stati, con l'aggiunta dell'Italia (2 turisti cinesi), terzo Stato europeo dopo Francia e Germania. In quella situazione, l'OMS rivolse un appello a fornire supporto agli Stati con economie a basso e medio reddito per consentire loro una risposta adeguata a questa situazione, facilitando l'accesso alla diagnostica, alle terapie e ai potenziali vaccini (appello che su questo ultimo punto si dimostrò lungimirante, come si vedrà oltre, nel paragrafo 2.6).

L'11 febbraio 2020, quando i contagi fuori della Cina interessavano già 24 Stati, l'OMS classificava formalmente la malattia innescata dal virus come *Corona Virus Disease 2019* (Covid-19). Qualche giorno prima la stessa OMS, insieme agli Stati partner, aveva sviluppato un piano strategico globale di preparazione e risposta alla diffusione del virus con un orizzonte trimestrale (da inizio febbraio a fine aprile).

A fine febbraio, quando con l'aggiunta dell'Egitto (14 febbraio) e del Brasile (26 febbraio) tutti i continenti, con l'eccezione dell'Antartide, risultavano raggiunti dalla pandemia, ben 41 Stati segnalavano l'adozione di una nuova serie di misure, in particolare limitazioni all'ingresso di stranieri provenienti da Stati ad alto contagio, in ragione della mancanza di capacità di diagnosi e risposta e delle incertezze sulla trasmissione del virus e sulla gravità della malattia.

Sempre a fine febbraio, l'OMS lanciò una piattaforma globale di dati clinici (*Global COVID-19 Clinical Data Platform*) per raccogliere dati e migliorare l'assistenza ai pazienti colpiti dal virus e, contemporaneamente, raccomandò di aumentare ovunque la disponibilità di pulsossimetri e di sistemi di ossigeno medicale e di predisporre interventi di terapia intensiva per la ventilazione protettiva dei polmoni. È in quel momento, può dirsi, che il contenimento della pandemia divenne per tutti gli Stati la priorità assoluta.

Oltre, infatti, a dover predisporre sistemi sanitari in grado di reggere l'urto di un rapido incremento del numero di persone contagiate – cosa tutt'altro che facile, soprattutto in molte parti dell'Asia, dell'Africa e dell'America latina e caraibica –, la maggior parte degli Stati fu chiamata a rafforzare la propria preparazione e capacità nel rilevare e far fronte alla pandemia. Ciò richiedeva un impegno fondamentale su scala nazionale, in stretto raccordo con i livelli sub-nazionali<sup>8</sup>, ma anche la necessità di affiancare ad esso uno sforzo maggiore di cooperazione multilaterale a livello sovra-nazionale.

## 2.1. Le misure restrittive per il contenimento della pandemia

A fronte di una diffusione molto rapida della pandemia, trattandosi di una malattia respiratoria trasmissibile soprattutto per contatto ravvicinato, per l'esposizione alle goccioline respiratorie (dette *droplet*), le misure più drastiche e ritenute più efficaci per ridurre la diffusione del virus e prevenire l'infezione sono state quelle di restrizione imposte dalle istituzioni governative. Durante la prima ondata del virus, infatti, numerosi Stati hanno adottato restrizioni sociali molto severe come il confinamento o isolamento coatto (cioè blocco e chiusura delle attività, o *lockdown*).

Si tratta di una gamma di misure che hanno incluso il coprifuoco notturno, quarantene, restrizioni agli spostamenti all'interno del luogo abitato e dello Stato, limitazione o sospensione

---

<sup>8</sup> Si veda: OECD (2020b), *Building resilience to the Covid-19 pandemic: the role of centres of government*, OECD tackling Coronavirus (Covid-19) series, 2 settembre.

della circolazione stradale, chiusura delle scuole, svolgimento del lavoro da casa o tele-lavoro (definito con il termine positivo di “lavoro agile” o *smart-working* quando basato sulla flessibilità di scelta, non consentita nell’eccezionalità del caso) e chiusura delle attività commerciali non essenziali e dei luoghi suscettibili di possibile assembramento. Le misure di *lockdown* adottate dai vari Stati non sono state contemporanee né omogenee per severità delle restrizioni imposte, soprattutto dopo una prima fase generalizzata di adozione delle stesse. I governi hanno stabilito i giorni in cui l’isolamento doveva iniziare e terminare, decidendo in base alle evidenze epidemiologiche e alle pressioni interne se prostrarlo o meno.

In generale, si può ipotizzare che le misure di *lockdown* abbiano avuto impatti positivi sul piano:

1. sanitario (in termini di riduzione della velocità di trasmissione del virus),
2. ambientale (la sospensione delle attività economiche e la riduzione del traffico si sono tradotte in migliore qualità dell’aria e riduzione delle emissioni di diossido di carbonio).

Contestualmente, però, si sarebbero registrati effetti negativi sul piano:

3. psicologico (imponendo sia l’isolamento sociale che la convivenza forzata in spazi ristretti, con potenziali effetti deleteri in termini di traumi: ansia, rabbia, paura e paranoia, stress, depressione, agorafobia),
4. economico (interruzione di attività lavorative, di cicli produttivi e di formazione del reddito disponibile),
5. politico (forte limitazione da parte di un *Security State*, imposta dalle condizioni eccezionali, degli spazi democratici di partecipazione e opposizione, con restringimento delle libertà e dei diritti fondamentali, ma anche dell’accesso alle prestazioni dei servizi sanitari; veri rischi di derive autoritarie in certi Stati<sup>9</sup>),
6. sociale (imposizione del controllo sociale e obbligo del distanziamento, impoverimento delle relazioni sociali e mancanza totale di attività sociali, rottura di legami, crescente rischio di marginalizzazione delle fasce più vulnerabili della popolazione).

Per un verso, tutto ciò testimonia la natura complessa delle dinamiche sociali, irriducibili a un effetto netto unico finale, positivo o negativo che sia. Le interrelazioni tra le sei dimensioni dello sviluppo indicate sono molteplici, frutto di retroazioni e legami molteplici non lineari, per cui difficilmente si può pensare di arrivare a un unico risultato finale sintetico circa l’impatto complessivo del *lockdown*.

A maggior ragione perché si tratta di trasformazioni profonde del quotidiano, pubblico e privato, che intaccano le fondamenta del contratto sociale e dei piani di vita, si arriva a porre interrogativi sulle tante implicazioni che ogni decisione così drastica e limitante comporta.

Non si può, in altre parole, liquidare semplicemente come atteggiamento cospirazionista o negazionista una riflessione culturale, quando non superficiale dal punto di vista filosofico e sociologico, sulla natura e i limiti della responsabilità etica dello Stato, che nei mesi scorsi si ritrova

---

<sup>9</sup> Lo stato di emergenza che si rinnova nel tempo, dando poteri più ampi a Viktor Orbán in Ungheria, è forse l’esempio più vicino in Europa: a fine marzo 2020, l’approvazione da parte del Parlamento della legge presentata dal governo di Orbán che assicurava nuovi poteri per combattere l’epidemia con un mandato a tempo indeterminato ha alimentato le critiche da parte dell’opposizione nazionale, dei gruppi per i diritti umani e del Consiglio d’Europa, il principale forum sui diritti d’Europa.

in saggi di attenti osservatori della contemporaneità di diversi continenti, al di là di possibili provocazioni e di un uso affrettato e discutibile di alcuni termini<sup>10</sup>.

Per altro verso, le misure adottate di *lockdown*, se concepite *erga omnes*, hanno rischiato di aggravare le disuguaglianze preesistenti all'interno di ciascun Stato, perché sono misure che si innestano su un tessuto già lacerato e attraversato da una crescente disintermediazione dei corpi intermedi – al di là dei richiami patriottici e alla solidarietà nazionale dettati dalla gravità della pandemia – su più piani: disuguaglianze di posizione degli individui e delle classi di appartenenza nella gerarchia economica-socio-culturale e politica, disuguaglianze di genere, territoriali e su base etnica che creano maggiori vulnerabilità in alcune fasce della popolazione<sup>11</sup>.

Quello che è possibile comparare è la natura e la tempistica delle decisioni politiche adottate nei diversi Stati, cercando di far emergere sia le somiglianze che le differenze, al netto di giudizi di valore che dovrebbero basarsi sulla conoscenza analitica dei contesti specifici, caso per caso.

Un aiuto a fini comparativi viene dal progetto *Oxford Coronavirus Government Response Tracker* (OxCGRT) che ha costruito un indice sintetico di severità delle misure restrittive adottate nei diversi Stati, il cosiddetto *Government Stringency Index* (GSI). Più ancora che per lo sforzo di riportare a un unico valore sintetico – efficace dal punto di vista comunicativo, ma discutibile per l'ambizione di sintetizzare componenti diverse, impoverendo il contenuto informativo finale – va apprezzato lo sforzo di raccolta di informazioni due volte a settimana per circa un anno relativa a tutti gli Stati su ben nove misure:

1. chiusure di scuole,
2. chiusura di attività economiche e commerciali e correlata sospensione di posti di lavoro,
3. cancellazione di eventi pubblici,
4. restrizioni su assembramenti e raduni pubblici,
5. obblighi di permanenza a casa,
6. campagne di informazione pubblica,
7. chiusure di trasporti pubblici,
8. restrizioni sui movimenti interni,
9. controlli sui viaggi internazionali.

L'indice sintetico in un dato giorno è calcolato come media semplice dei valori delle nove misure (attribuendo un peso maggiore quando si tratti di politiche adottate su scala nazionale), ognuna delle quali ha un valore compreso tra 0 e 100 (con 100 corrispondente al livello massimo di severità delle restrizioni)<sup>12</sup>.

A dimostrazione del suo valore orientativo, laddove le misure adottate varino a livello subnazionale l'indice prende in considerazione solo il livello di risposta della realtà subnazionale in cui vigono misure più restrittive. In pratica, si tratta di un indice che tenta di contabilizzare numero e severità delle politiche governative adottate, senza pretendere in alcun modo di essere

---

<sup>10</sup> Al riguardo, si può citare la controversa raccolta di brevi testi del filosofo italiano Giorgio Agamben, che contiene anche un titolo infelice del primo capitolo (L'invenzione di un'epidemia), con la critica al dispotismo tecnologico-sanitario che si richiama – come già in passato – al concetto di biopolitica e ai dispositivi emergenziali di Michel Foucault. Si veda: G. Agamben (2020), *A che punto siamo? L'epidemia come politica*, Quodlibet, Macerata.

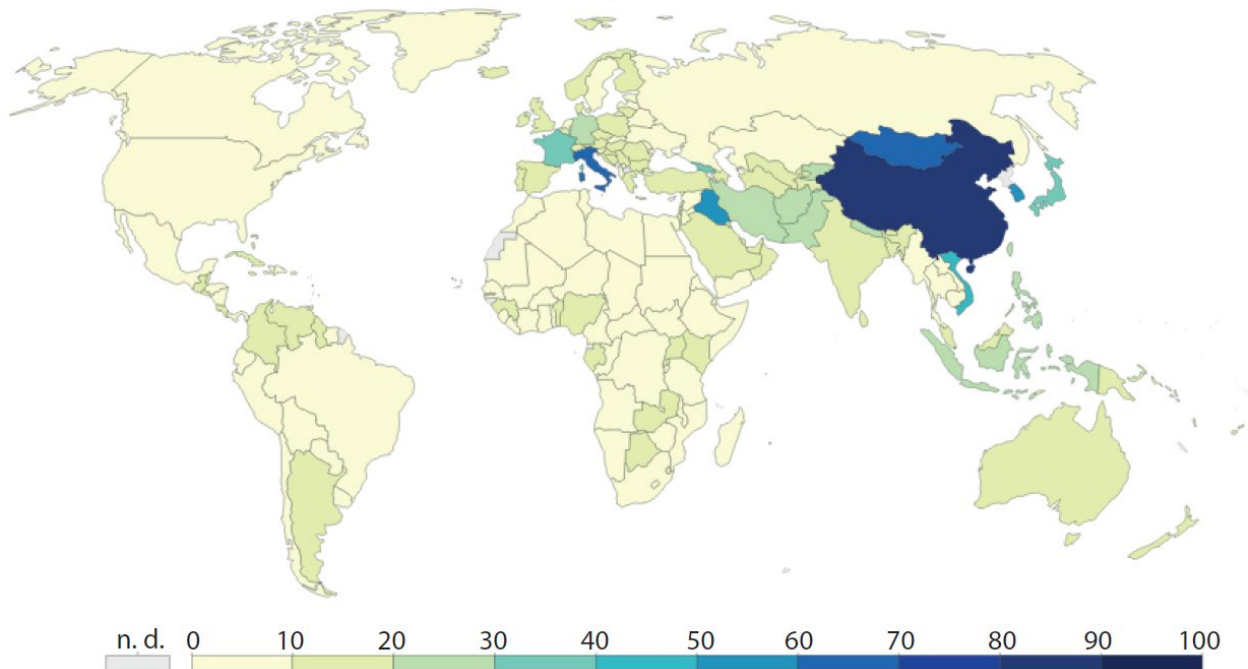
<sup>11</sup> M. Zupi (2021), *The localization of the SDGs. An opportunity for the Italian development cooperation policy in the context of the Covid-19 pandemic*, UNDP-ART, Bruxelles, mimeo, gennaio.

<sup>12</sup> Oxford COVID-19 Government Response Tracker (2020), *Calculation and presentation of the Stringency Index 4.0*, aprile.

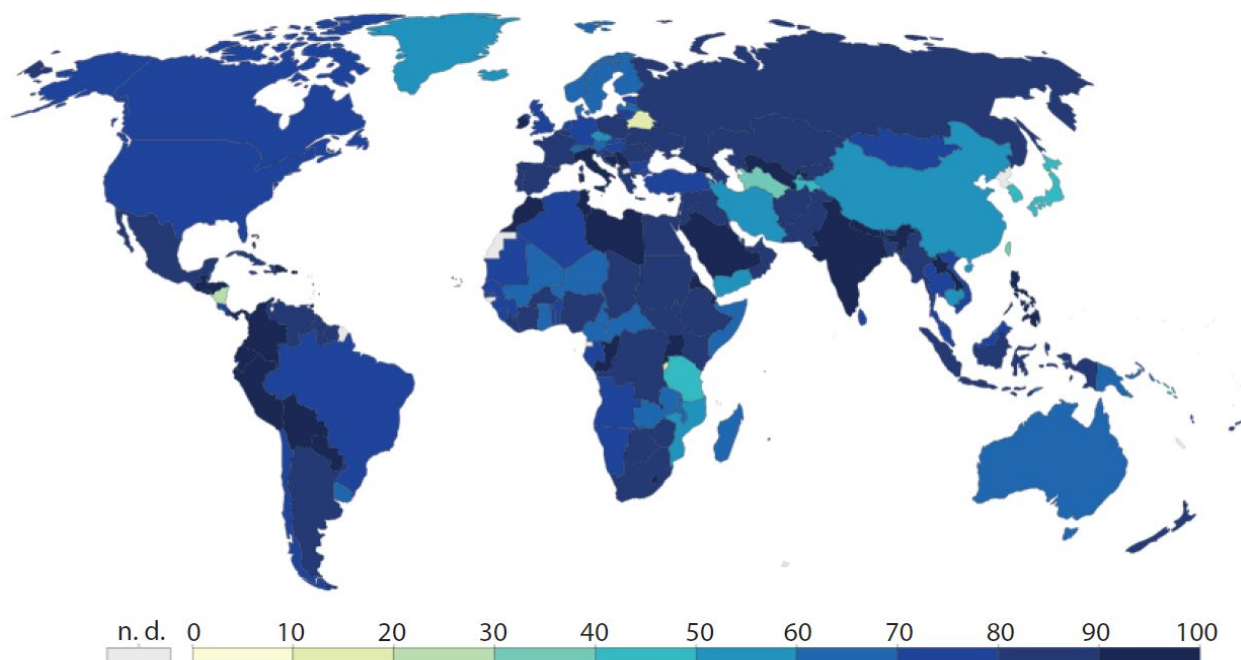
interpretato come un punteggio assegnato all'adeguatezza o all'efficacia delle politiche stesse adottate in uno Stato.

L'evoluzione nel tempo delle misure adottate dai vari Stati del mondo, di seguito descritta comparando quattro fotografie – a inizio marzo 2020 (momento in cui fu riconosciuto a livello internazionale il pericolo pandemico e l'opportunità di varare misure in tempi rapidi), a inizio maggio 2020 (quando si stava esaurendo la prima ondata, a seguito di una fase caratterizzata da misure di *lockdown* generalizzate, prolungate e molto restrittive a livello mondiale), a inizio settembre 2020 (quando in molti Stati si era in un momento transitorio che precedeva la nuova ondata e corrispondeva ad un allentamento delle misure più restrittive) e a inizio febbraio 2021 (nella fase discendente, in molti casi, di una prolungata nuova ondata) – permette di apprezzare istantaneamente il carattere eccezionale di una pandemia che ha indotto, seppure con diversa intensità e disallineamento temporale, l'adozione di misure simili quasi ovunque.

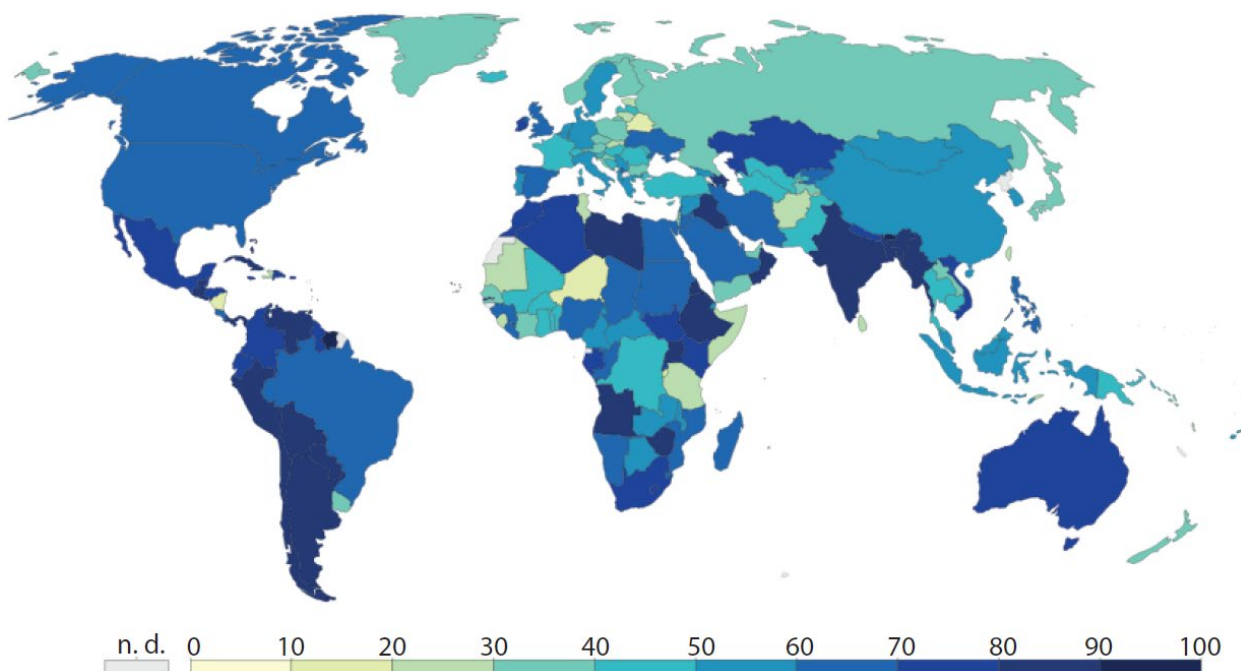
**Fig. 8a – Indice che misura la severità delle misure di restrizione, 1 marzo 2020**



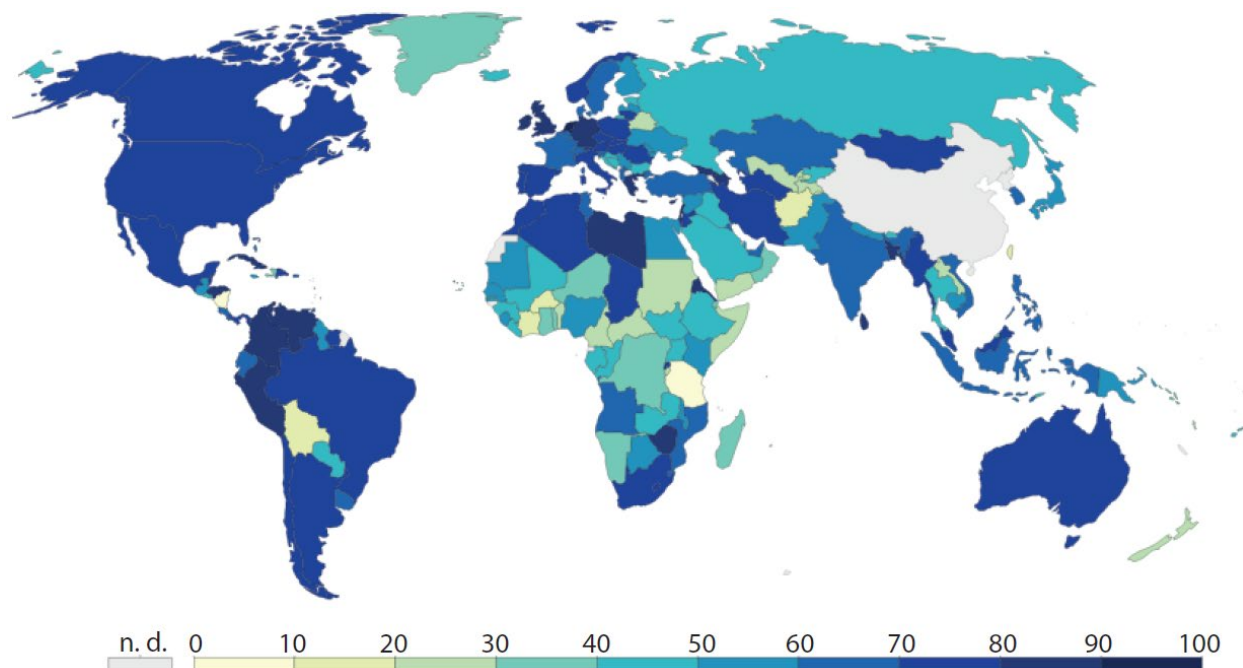
**Fig. 8b – Indice che misura la severità delle misure di restrizione, 1 maggio 2020**



**Fig. 8c – Indice che misura la severità delle misure di restrizione, 2 settembre 2020**



**Fig. 8d – Indice che misura la severità delle misure di restrizione, 1 febbraio 2021**



Fonte: database T. Hale et al. (2021), *Oxford COVID-19 Government Response Tracker*, febbraio.

È immediatamente visibile, infatti, come la transizione tra le quattro stagioni di un anno costruito sui tempi della pandemia mondiale, fotografata nelle mappe che precedono, mostri Africa e Asia in condizioni di allentare maggiormente e prima il livello di severità (insostenibile in molti di quei contesti) delle misure di restrizione adottate, peraltro avviate in ritardo rispetto agli Stati che per primi furono investiti dall'onda pandemica, in particolare Cina – che registra il 1 marzo 2020 un valore dell'indice pari a 81,02 – e Italia (69,91), insieme alla Mongolia (65,74) (fig. 8a).

La seconda figura illustra la fase di allineamento generalizzato alle raccomandazioni internazionali con l'adozione di misure severe *di lockdown* nel pieno della prima ondata. Il 1° maggio 2020 la situazione è, cioè, molto cambiata: se la Cina ha ridotto la severità delle misure restrittive (indice pari a 56,94), in tutti gli altri Stati si registra un inasprimento significativo delle misure raggiungendo un livello che non si raggiungerà più in seguito e in diversi Stati si supera la soglia elevatissima di un indice pari a 90. In Italia (93,52) ciò significa un prolungamento eccezionale rispetto ad altri Stati di misure di *lockdown*, ma in tutti i continenti si registra un allineamento di misure severe (fig. 8b); entro la primavera più della metà della popolazione mondiale aveva sperimentato un blocco con misure di contenimento molto restrittive. Ciò è vero in:

- Europa, con il picco raggiunto in Serbia – 96,3 –, Cipro – 94,44 – e Irlanda – 90,74;
- Africa, dove si arriva al caso estremo della Libia (indice che raggiunge il massimo assoluto: 100), ma anche al livello elevatissimo di restrizioni in Congo (97,22), Eritrea, Marocco ed Uganda (tutte con un indice pari a 93,52), Ruanda e Lesotho (90,74);
- Asia, dove l'India condivide il primato di severità delle misure restrittive con Filippine, Georgia, Laos e Uzbekistan (96,3);

- Oceania, dove sono le piccole isole e atolli ad adottare le misure preventive più severe (le isole Figi hanno un indice pari a 88,89), seguite dalla Nuova Zelanda (83,33);
- America del Nord, dove c'è un allineamento di Stati Uniti e Canada a livelli non altrettanto restrittivi delle misure (72,69), se confrontati con quanto avviene altrove;
- America centrale e caraibica, dove Honduras e Repubblica dominicana raggiungono il picco pari a 100, El Salvador 94,44, Guatemala 96,3, Panama 93,52, Trinidad e Tobago 90,74, mentre il Messico ha un indice pari a 82,41;
- America del sud, dove il regime più severo di restrizioni è adottato in Bolivia e Perù (96,3), seguiti da Paraguay (94,44) ed Ecuador (93,52), mentre il governo del Brasile preferisce adottare misure relativamente più blande, simili a quelle di Stati Uniti e Canada (77,31).

In quello stesso momento si distinguono venticinque Stati o territori (di cui nove in Asia e sette in Africa) per condizioni molto più permissive (con un valore dell'indice di severità delle misure di restrizione sotto la soglia pari a 65):

- Uruguay (61,11) in America del sud;
- Nicaragua (un eccezionale 24,07) in America centrale e caraibica;
- le remote isole Kiribati (un valore estremamente basso: 22,22), le isole Salomone (42,59) e Tonga (47,22), cioè situazioni di naturale isolamento, in Oceania;
- Burundi, che registra il valore in assoluto più basso (13,89), ma anche Tanzania (50), Mozambico (56,48), Somalia (60,19) Niger (61,11), Ghana (62,04) e Camerun (63,89) in Africa;
- Bielorussia (il secondo valore più basso: 16,67), Islanda (53,7) e Repubblica Ceca (57,41) in Europa;
- Turkmenistan e Taiwan (entrambe 31,48), Tagikistan (40,74), Corea del sud (43,52), Giappone (47,22), Iran (53,7), Cina (56,94), Cambogia (57,41) e Yemen (58,33) in Asia;
- la Groenlandia (55,56).

La terza fotografia illustra una situazione molto eterogenea nel momento in cui in Italia e in Europa si prepara la seconda ondata della pandemia che si diffonderà in autunno; una situazione capovolta rispetto a quella di quattro mesi prima, con soltanto 26 Stati – nessuno in Europa (l'Italia ha un valore dell'indice pari a 54,63) – che adottavano in quel momento misure restrittive ferree, identificabili con valori dell'indice superiori a 80:

- Suriname (96,3), Argentina (87,96), Perù (85,19), Venezuela (82,41), Cile (81,94), Bolivia e Paraguay (81,48) in America del sud;
- Guatemala (87,04), Cuba (86,11), Panama (81,48), El Salvador e Trinidad e Tobago (80,56) in America centrale e caraibica;
- Bhutan (92,13), Oman (86,11), Azerbaijan (85,19), Iraq (84,26), Myanmar (81,48), India (81,02) e Bangladesh (80,09) in Asia;
- Eritrea e Libia (86,11), Uganda (81,48), Angola (81,02), Etiopia e Zimbabwe (80,56) in Africa;

Infine, ai primi di febbraio 2021, mentre in Europa si riscontra un irrigidimento delle misure in campo (in particolare, i Paesi Bassi raggiungono un valore dell'indice pari a 93,52, l'Irlanda 87,96 e la Germania 83,33, mentre l'Italia registra un valore di 78,7) la situazione di rigore si è ulteriormente ridotta in Africa, Asia e America latina, continenti che vedono diminuire il numero di Stati con valori dell'indice superiori a 80:

- Venezuela (87,96), Colombia (81,02) e Perù (80,56) in America del sud;

- Honduras (89,81) e Cuba (83,33) in America centrale e caraibica;
- Eritrea (89,81), Libia (85,19) e Zimbabwe (84,26) in Africa;
- Israele (83,8), Georgia (83,33), Sri Lanka (81,94), Azerbaijan (80,56) e Bangladesh (80,09) in Asia.

In pratica, c'è stato – e non dovrebbe sorprendere – un tendenziale allineamento della maggioranza degli Stati nell'adottare misure di restrizione durante la prima ondata. Del resto, l'OMS è responsabile della definizione di norme e regole in materia di salute globale, compresa la risposta alle pandemie, e il suo Regolamento Sanitario Internazionale (*International Health Regulations, IHR*), aggiornato nella sua ultima versione al 2005<sup>13</sup>, include un codice di condotta per la notifica e le risposte ai focolai di malattie con potenziale pandemico, prevedendo che gli Stati applichino – ancorché su base volontaria – le direttive, che comprendono la quarantena e altre misure di controllo delle malattie infettive. Questa condotta è prevalsa durante la prima ondata. Al riguardo, l'interazione tra livello nazionale (e sue articolazioni sub-nazionali) e delle organizzazioni internazionali (a cominciare dall'OMS ma non solo, come si vedrà oltre) è risultata molto importante.

## 2.2. Un confronto a livello di continenti e Stati sull'applicazione di misure restrittive

Cercando di tracciare una panoramica a livello continentale delle misure adottate, come evidenzia la fig. 8b, è stata la prima ondata del contagio ad obbligare tutti i continenti a fare i conti con la presenza o il rischio concreto dell'arrivo della pandemia.

In un momento, poi, di declino generalizzato dell'ultima ondata – seconda o terza, a seconda dei casi – di contagi da Covid-19, come si registra a febbraio del 2021 è utile tenere presente i dati disponibili relativi all'esposizione registrata sin qui.

**Tab. 6 – Quota percentuale dei continenti sul totale dei contagi confermati di Covid-19, dei decessi confermati di Covid-19 e del totale della popolazione mondiale (8 febbraio 2021)**

Stati	Totale contagi	Totale decessi	Totale popolazione
1 Africa	3,4	5,0	17,2
2 Asia	19,2	18,2	59,5
3 Europa	32,6	18,2	9,6
4 America Latina e caraibica	18,6	32,9	8,4
5 America del nord	26,1	25,6	4,7
6 Oceania	0,1	0,1	0,5
7 <b>Totale</b>	100	100	100

<sup>13</sup> L'IHR entrò in vigore nel 2007 e gli Stati firmatari si impegnarono ad adeguarvisi entro il 2012. Per quell'anno, però, solo il 20 per cento degli Stati aveva sviluppato le capacità di base richieste: il ritardo maggiore si registrava tra gli Stati con risorse limitate a conformarsi. Nel 2014, l'OMS lanciò la *Global Health Security Agenda (GHSA)* volta ad accelerare l'attuazione dell'IHR entro il 2018, con l'Italia designata quale capofila per le strategie e campagne vaccinali nel mondo durante il quinquennio.



Fonte: Elaborazione dell'autore, archivio dati CeSPI-Osservatorio Covid-19 e dati UNDESA.

Il pregio della tabella riepilogativa con dati aggiornati alla prima settimana di febbraio 2021 è quello di evidenziare alcuni punti generali, che permettono poi di interpretare meglio l'approfondimento sulle misure adottate a livello nazionale.

Anzitutto, l'Europa è il continente più colpito dalla diffusione del virus, non solo in termini assoluti (il numero dei contagi), ma anche in relazione ad una popolazione totale residente nel continente, che è quota minoritaria della popolazione mondiale (il 9,6 per cento).

Al contempo, l'Europa, investita drammaticamente dalla diffusione del virus, ha pagato un costo elevato in termini di vite umane ma ha retto relativamente meglio di quanto accaduto in altri continenti, perché pur avendo una quota di percentuale di contagiati sul totale mondiale più elevata degli altri continenti, ha comunque registrato una quota percentuale del totale di decessi rispetto al totale mondiale di decessi relativamente bassa (superiore solo ad Africa e Oceania, fortunatamente risparmiate dalla diffusione della pandemia).

Al momento, cioè, si può dire che la pandemia di Covid-19 ha interessato soprattutto l'Europa, il cui sistema sanitario e le cui misure di contenimento degli effetti più drammatici, cioè i decessi – pur in presenza di inevitabili differenze tra Stati, ritardi e/o errori da verificare attentamente, come dimostra anche il caso italiano – ha sostanzialmente funzionato meglio che altrove.

L'America del nord mostra una situazione che è fortemente condizionata da quella degli Stati Uniti. Anche in questo caso, la pandemia di Covid-19 ha, purtroppo, colpito in modo drammatico il continente, tra gli snodi centrali della mobilità internazionale di persone, merci e servizi (come indica anche il dato sul primato statunitense in termini di stock di migranti internazionali). Anzi, si può dire che l'America del nord sia stata colpita in modo ancor maggiore che l'Europa, dal momento che il numero totale di contagiati in quella regione è più basso che in Europa (il 26,1 per cento del totale mondiale, rispetto al 32,6 per cento europeo), ma a fronte di una popolazione totale residente molto inferiore (il 4,7 per cento, rispetto al 9,6 per cento europeo).

Ebbene, il dato relativo alla quota percentuale del totale di decessi per Covid-19 in America del nord è molto più alto che in Europa (il 25,6 per cento del totale mondiale di decessi, rispetto al 18,2 per cento europeo). In breve, il sistema nord-americano, e più in particolare statunitense, ha retto meno, pagando un costo più elevato nei termini drammatici di costi in vite umane.

Da questi due continenti, la cui situazione è più nota in Italia rispetto a quella degli altri continenti, si comincerà la presentazione in sequenza di alcuni elementi significativi, passando poi ai continenti meno noti.

## **i. Europa<sup>14</sup>**

Per quanto riguarda l'Europa, se l'Italia fu il primo paese, il 9 marzo, a imporre una quarantena nazionale, vietando i movimenti non essenziali all'interno del paese e chiudendo tutte le attività

---

<sup>14</sup> Per approfondimenti specifici, una base dati molto dettagliata è il *Response Measures Database (RMD)* del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (*European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC*) e del *Joint Research Centre* della Commissione europea. È un archivio aggiornato regolarmente degli interventi introdotti dai Paesi dell'UE e dello Spazio economico europeo (SEE) in risposta alla pandemia di Covid-19. Le misure

non essenziali, successivamente molti altri Stati, a cominciare da Francia, Germania e Regno Unito adottarono restrizioni molto simili.

Durante la prima ondata del virus, quasi tutti gli Stati europei decisero *lockdown* generalizzati con la chiusura delle scuole e di molte tipologie di imprese, oltre a limitare i raduni pubblici a vari livelli.

In molti Stati dell'Europa si mobilitarono in quei mesi le forze militari a sostegno delle azioni di controllo della situazione e della risposta rapida emergenziale, decisione che trovò applicazione anche in Italia con un personale di 10 mila militari schierati a marzo 2020 in tutto il paese nell'ambito dell'operazione *Strade sicure*, per i controlli sulla circolazione delle persone e per la costruzione di ospedali da campo. Sempre durante la prima ondata, in numerosi Stati europei le autorità governative decisero la riduzione dell'erogazione dei servizi di trasporto pubblico e l'introduzione del coprifuoco notturno, misura in Italia come altrove (anche fuori dall'Europa) tra le più prolungate nel tempo.

Una specificità dell'UE, al momento dell'applicazione di misure di *lockdown*, fu la tensione che si determinò tra gli sforzi per mantenere la libera circolazione di beni, servizi e persone (fondamento del mercato unico e di economie nazionali altamente integrate) all'interno dell'UE e il rafforzamento dei controlli alle frontiere nazionali e della limitazione dell'ingresso solo ai cittadini nazionali.

Una tensione che, a fronte di reazioni alla pandemia prevalentemente nazionali e che tentavano di garantire un livello minimo di coordinamento europeo, inizialmente creò forti preoccupazioni sulla tenuta nel breve periodo del mercato unico dell'UE e del sistema Schengen e, nel lungo periodo, sul futuro dell'UE stessa, essendo peraltro trascorso solo un anno dalle elezioni del Parlamento europeo del maggio del 2019, che avevano registrato una forte crescita dei partiti euroscettici o anti-europei. Il 16 marzo 2020, i governi dell'UE decisero di attuare un divieto temporaneo di viaggi "non essenziali" nell'UE e nell'area Schengen per la maggior parte dei cittadini stranieri provenienti da Paesi terzi, in parte nel tentativo di preservare la libertà di movimento all'interno dell'UE.

Come mostra la fig. 8b, a inizio maggio 2020 la severità delle misure restrittive era al suo massimo livello in Europa, come in gran parte del mondo, ma in Europa si cominciavano a predisporre piani nazionali per una graduale riapertura delle attività economiche nei successivi mesi, cercando di subordinare tali misure di allentamento delle restrizioni a una evidenza statistica del contenimento della diffusione del Covid-19. Durante la fase di avvio della seconda ondata della pandemia in Europa, in autunno, nuovamente con un certo allineamento d'impostazione ma con sfasamenti temporali in sede di attuazione, alcuni governi europei decisero di adottare un approccio meno drastico rispetto al precedente *lockdown*, consentendo differenze regionali a

---

sono distinte in 7 tipologie principali, suddivise in varie sottocategorie: distanziamento sociale (come il divieto di assembramento), misure di igiene e sicurezza (come l'uso delle mascherine), gestione dei casi (come la quarantena), garantire la capacità di trattamento dei casi (cioè un'adeguata assistenza), misure generali (interventi non farmaceutici, come la valutazione del rischio), restrizioni alla mobilità interna, restrizioni ai viaggi internazionali. Naturalmente, si tratta di dati indicativi, non esaustivi e di difficile comparazione a livello di dettaglio. Si veda: <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu/RMeasures>

seconda di diversi parametri di riferimento per monitorare l'andamento delle curve territoriali del contagio e le capacità sia ospedaliere che di somministrare numeri elevati di test<sup>15</sup>.

A inizio del 2021, molti Paesi dell'UE adottano misure restrittive, anche se non paragonabili al *lockdown* ferreo di un anno prima: per esempio, Germania e Regno Unito adottano un *lockdown* parziale; Francia, Spagna e Paesi Bassi adottano invece un coprifuoco (generalizzato in Francia, con orari differenziati da regione a regione in Spagna, fonte di contrasti con il tribunale dell'Aia che non riteneva ci fosse una situazione di grave emergenza nei Paesi Bassi).

Complessivamente, tra la prima e la seconda ondata della pandemia – cioè tra aprile e ottobre 2020 – i Paesi dell'UE hanno aumentato considerevolmente la capacità di somministrare test per i casi sospetti: i dati ufficiali mostrano che nell'UE-27 sono stati effettuati ogni settimana più di 6 milioni di test RT-PCR in ottobre, rispetto a 1,5 milioni in aprile<sup>16</sup>.

Sul fronte socio-economico, praticamente tutti i governi europei si impegnarono, pur con differenti margini di manovra, a fornire un massiccio sostegno fiscale (contributi a dono e crediti agevolati a zero interessi o tassi molto bassi, rinvio della riscossione di imposte e tasse, concessione di esenzioni e sgravi fiscali), finanziario (riduzione temporanea degli affitti) ed economico (sospensione dei licenziamenti) per proteggere le imprese e i lavoratori autonomi, le famiglie e le popolazioni vulnerabili.

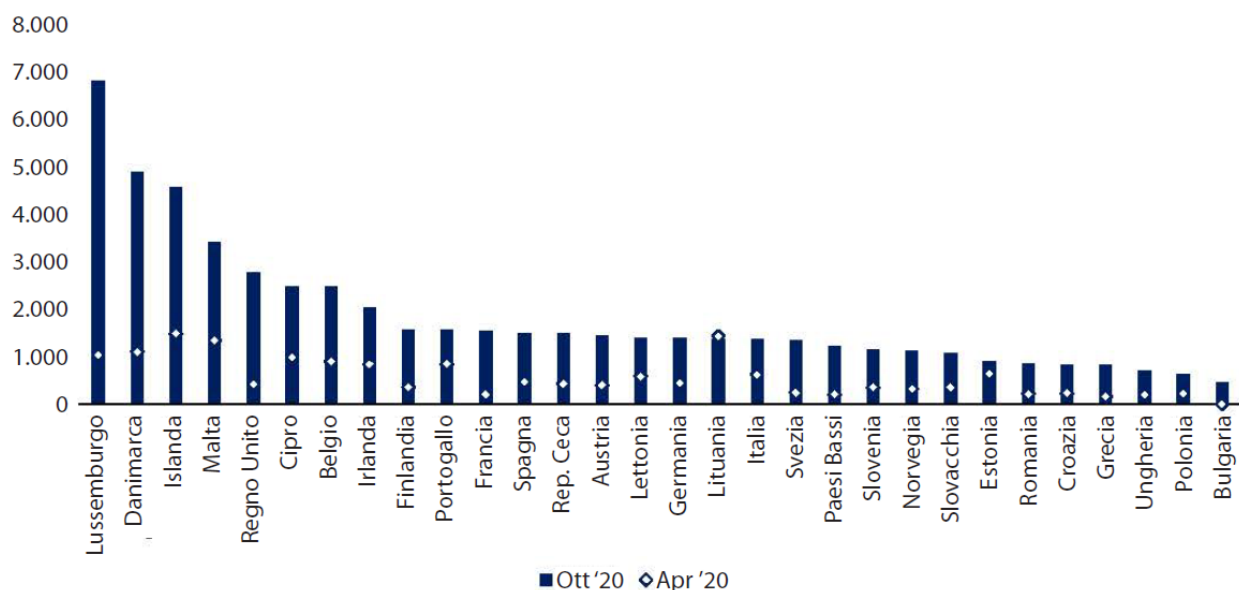
I fondi pubblici nazionali ed europei furono presto riallocati a favore delle priorità dettate dalla crisi, sostenendo l'assistenza sanitaria, le PMI, le popolazioni vulnerabili e le regioni particolarmente colpite dalla crisi. Inoltre, gran parte dei Paesi dell'UE introdussero misure per sostenere la finanza subnazionale - dal lato della spesa e delle entrate – e allentarono le regole fiscali.

---

<sup>15</sup> Come noto, l'Italia ha adottato con il DPCM del 3 novembre 2020 il sistema di classificazione (basato su 21 indicatori di processo, esito e resilienza) delle Regioni in tre fasce di rischio crescente (color giallo, arancione e rosso) con correlati provvedimenti restrittivi di crescente severità, per affrontare la seconda ondata in modo più flessibile territorialmente (in sostanza, alternanza di allentamenti e restrizioni). Il Regno Unito ha fatto qualcosa di molto simile, a partire dal 14 ottobre 2020, con un sistema di misure di restrizioni a tre livelli (*three-tier*) su base territoriale e non più generalizzate a livello nazionale. In base a primi studi empirici, sembra confermato che il sistema a più livelli possa prevenire di più la diffusione del contagio, a condizione che ci sia una rapida identificazione del posizionamento appropriato di ogni territorio e una rapida riassegnazione quando necessario. Si veda: P. R. Hunter, J. Brainard, A. Grant (2020), "The effectiveness of the three-tier system of local restrictions for control of COVID-19", *MedRxiv*, pre-print, 22 novembre.

<sup>16</sup> OECD (2020c), "The territorial impact of COVID-19: Managing the crisis across levels of government", *OECD tackling Coronavirus (Covid-19) series*, 10 novembre.

**Graf. 1 – Numero medio settimanali di test per 100 mila abitanti**



Fonte: OECD, 2020.

Nel caso dei Paesi dei Balcani occidentali, a fronte del forte aumento del numero dei contagi dopo l'allentamento delle misure di contenimento durante l'estate, con il picco di casi raggiunto a ottobre, i governi della regione hanno risposto – in modo simile ad altri Paesi europei – con regole sanitarie più severe, reintroducendo misure di contenimento simili a quelle viste in primavera; ma dovendo tener conto di una specifica fragilità dei sistemi sanitari, i governi di quest'area hanno risposto anzitutto aumentando la spesa per acquisti di attrezzature mediche e medicinali, convertendo i centri medici in centri specializzati per il Covid-19 e le arene per concerti e sport in ospedali da campo temporanei, aumentando gli stipendi del personale medico e cambiando gli orari di lavoro per salvaguardare il personale medico<sup>17</sup>.

Le nuove chiusure di aeroporti e frontiere, scuole, ristoranti e negozi, i divieti di grandi raduni, le restrizioni ai viaggi interni e i coprifuoco imposti durante la seconda ondata determineranno probabilmente – in base alle prime stime – una forte contrazione economica nella seconda metà dell'anno. I governi della regione hanno risposto con pacchetti di sostegno economico per mitigare le perdite delle imprese (ad esempio, garanzie sui prestiti, sussidi ai lavoratori dipendenti) e stimolare i consumi dei cittadini (come la riduzione temporanea dell'Iva), con un impatto sull'aumento del deficit fiscale e un ulteriore indebitamento che è un altro tratto comune in Europa e non solo, innestandosi su basi evidentemente ben diverse da Paese a Paese.

Le previsioni della Banca mondiale sono, per esempio, che il Montenegro, fortemente dipendente dal turismo, registrerà la più alta recessione nella regione e il livello del debito pubblico dovrebbe raggiungere un picco del 98% del PIL<sup>18</sup>.

<sup>17</sup> OECD (2020d), "Covid-19 Crisis Response in South East European Economies", *OECD tackling Coronavirus (Covid-19) series*, 24 novembre.

<sup>18</sup> Si consideri che, in seno all'UE, il rapporto debito pubblico/PIL tra il terzo trimestre 2019 e il terzo trimestre 2020 (stima provvisoria) è aumentato dal 182,6 al 199,9 per cento in Grecia, dal 136,8 al 154,2 in Italia, dal 119,6 al 130,8 in Portogallo, dal 101,6 al 113,2, in Belgio e dal 100,1 al 114,1 in Francia, cioè tra i Paesi membri che partivano con

L'indebitamento è, inevitabilmente, una delle misure comuni in tutta Europa: i governi si indebitano ed emettono le obbligazioni. Nel caso dell'UE, la Banca centrale europea sta aiutando comprando grandi porzioni di quel debito, spingendo i tassi d'interesse già bassi ancora più in basso e creando così molto denaro a buon mercato. In questo contesto, molti governi hanno annunciato grandi piani di rilancio degli investimenti, finanziariamente molto più grandi di quelli adottati nel 2008, concentrandosi sugli investimenti pubblici e dando la priorità a tre aree: il rafforzamento dei sistemi sanitari, la digitalizzazione, l'accelerazione della transizione verso un'economia *carbon neutral*.

In seno all'UE, dalla seconda metà del 2020 lo strumento finanziario pensato per rispondere alla crisi provocata dalla pandemia, il *Next Generation EU*, riflette questo orientamento, aggiungendo risorse straordinarie pari a 750 miliardi di euro a quelle ordinarie per il bilancio pluriennale 2021-27.

Inoltre, sempre sul piano di una risposta comune basata sul coordinamento, il 1° febbraio 2021 il Consiglio UE ha adottato una raccomandazione aggiornata per un approccio coordinato alle misure in materia di viaggi e limitazione della libertà di circolazione all'interno dell'UE in risposta alla pandemia, quelle stesse misure al centro delle prime misure adottate allo scoppio della crisi sanitaria quasi un anno prima.

## ii. America del nord

Negli Stati Uniti, il Paese al mondo più colpito dalla pandemia, il neo presidente Joe Biden intende adottare una strategia aggressiva per combatterne gli effetti socio-economici, con un piano di aiuti economici da 1.900 miliardi di dollari, ma deve anche fronteggiare i disastrosi dati sul piano sanitario.

Come indicano i dati su contagi e decessi, il 2020 è stato segnato drammaticamente dalle tre ondate del virus. La risposta del governo federale statunitense è stata considerata dai più inadeguata (a cominciare dai ritardi con cui cominciò la campagna di somministrazione dei test diagnostici) e ha avuto probabilmente un effetto importante anche sull'esito delle recenti elezioni presidenziali che, comunque, occorre ricordarlo, hanno restituito l'immagine di un elettorato spaccato quasi a metà, con 74,2 milioni di voti andati a Trump e 81,3 milioni a Biden (mentre nelle elezioni del 2016, che avevano dato la vittoria a Trump, questi aveva ottenuto 63 milioni di voti e Hillary Clinton 65,9 milioni).

A fine agosto 2020, un'indagine campionaria registrava una bassa approvazione pubblica della gestione della pandemia da parte del governo federale (23 per cento di approvazione), ma anche – seppure in misura meno netta – da parte dei governi statali (44 per cento) e locali (48 per cento); a dicembre, una nuova indagine rilevava che solo la metà dei cittadini statunitensi intervistati si

---

un rapporto superiore al 100 per cento. Si tratta di un incremento percentuale tra i più altri tra i Paesi dell'EU (il 17,4 per cento nel caso dell'Italia, il 17,3 nel caso della Grecia e il 16,5 per cento nel caso della Francia), considerando gli incrementi minimi in Paesi come Irlanda (dal 61,3 al 62 per cento) e Svezia (dal 35,2 al 38,4 per cento), ma anche quelli comunque più modesti come la Germania (dal 61 al 70 per cento, con un incremento del 9 per cento). La Spagna, invece, partiva da un rapporto prossimo alla soglia del 100 per cento (97,5) e ha registrato un incremento del 16,6 per cento, arrivando al 114,1 per cento. Per maggiori dettagli si veda: Eurostat (2021), *Newsrelease euroindicators*, N. 13/2021, 21 gennaio.

dichiarava favorevole a vaccinarsi, mentre un 25 per cento era decisamente contrario e il restante 25 per cento incerto<sup>19</sup>.

Il carattere federale degli Stati Uniti ha implicato che il presidente non avesse l'autorità per decidere tutte le misure da adottare, scavalcando le prerogative e competenze degli Stati federati. Per questa ragione, al di là dei contrasti anche aspri che si sono avuti tra i diversi livelli di governo, le misure di contenimento attuate sono variate a seconda dello Stato e dell'area geografica.

Dopo un allentamento delle misure restrittive all'inizio dell'estate 2020, con la ripresa dell'attività economica e dei viaggi, la seconda ondata del virus ha comportato la conseguente adozione di misure di prevenzione più severe nel corso dell'estate, dopodiché la crescita dei contagi è ripresa a settembre, continuando a crescere fino a metà dicembre.

In questo periodo, molti Stati hanno nuovamente imposto restrizioni su affari e attività economiche e commerciali. Alcuni Stati hanno chiuso i ristoranti e i luoghi di intrattenimento al chiuso e vietato i raduni al chiuso in tutto lo Stato o in alcune regioni (per esempio Washington, California, Michigan). Le scuole hanno riaperto nella maggior parte degli Stati con approcci diversi (istruzione in presenza in aula, virtuale o modalità ibrida).

Un punto che viene rimproverato alla gestione del presidente Trump, oltre all'inefficacia nell'affrontare problemi operativi riconducibili alle varie agenzie coinvolte nella gestione della crisi, è stata l'incoerenza dei comportamenti, con una comunicazione volta a sottovalutare i problemi e la mancanza di attenzione – e quindi di misure di intervento appropriate – per le fasce più vulnerabili della popolazione.

Ripercorrendo le tappe succedutesi nell'anno, la presidenza sembrava inizialmente non ignorare il problema, dal momento che il 29 gennaio 2020 Trump ha creato la *Task Force Coronavirus* della Casa Bianca, guidata dal vicepresidente Mike Pence e, subito dopo, ha limitato i viaggi dalla Cina e sospeso l'ingresso di altre persone considerate a rischio di contagio.

Quello che però il presidente Trump ha fatto contestualmente - e poi sempre più col passare del tempo e in modo evidente sul piano comunicativo – è stato minimizzare i pericoli del Covid-19, sostenendo ripetutamente che il virus fosse sotto controllo. Trump ha dimostrato - come il presidente brasiliano Jair Bolsonaro, senza arrivare agli eccessi del Presidente della Tanzania, John Magufuli - di non ritenere particolarmente grave l'epidemia, facendo prevalere un'ambiguità nei messaggi, entrando in frequente conflitto con un membro di spicco della task force, Anthony Fauci, poi diventato consigliere medico capo del presidente Joe Biden nel 2021, a lungo ignorando le raccomandazioni dei medici sul distanziamento sociale e l'uso della mascherina in pubblico, fino ad accusare i medici di esagerare.

Il presidente Trump ha dato di fatto credito a teorie complottiste, rivendicando al contempo la possibilità di tornare molto presto alla "normalità": l'incoerenza maggiore è stata proprio quella di accusare con veemenza la Cina, ritenendola responsabile della pandemia, ma di continuare al contempo a minimizzare la gravità della stessa minaccia pandemica.

Le misure adottate negli anni precedenti dall'amministrazione Trump, di contenimento della spesa pubblica per il *welfare state*, a cominciare dallo smantellamento della riforma sanitaria del presidente Barack Obama, e di taglio delle tasse, hanno contribuito probabilmente ad aggravare i problemi di gestione della fase acuta della pandemia, passando alla storia come una presidenza

---

<sup>19</sup> Si tratta di due indagini condotte dal dipartimento *Health and Science* della Associated Press. Si veda: L. Neergaard, H. Fingerhut (2020), *AP-NORC poll: Only half in US want shots as vaccine nears*, Associated Press, dicembre.

durante la quale il debito pubblico è quasi quadruplicato, mentre le fasce vulnerabili della popolazione hanno pagato un costo elevatissimo in termini di vite umane.

Sul piano delle disattenzioni e della mancata focalizzazione delle misure a sostegno dei gruppi più vulnerabili, non sono mancate le critiche all'interno degli Stati Uniti, in particolare in relazione alle comunità afro-americane e alle popolazioni native. I dati sul tasso di letalità e mortalità evidenziano, in effetti, grandi differenze all'interno del Paese. È quello di cui si sono, per esempio, lamentati i rappresentanti della Nazione o Riserva Navajo, un territorio semi-autonomo di 71 mila km<sup>2</sup> che si trova tra Arizona, Nuovo Messico e Utah, nel sud-ovest degli Stati Uniti, secondo cui la Nazione Navajo ha il più alto tasso di infezione Covid-19 negli Stati Uniti, superando qualsiasi Stato, con oltre 29 mila casi confermati e oltre 1.000 decessi su una popolazione totale di 174 mila persone, al 10 febbraio 2021.

La triste statistica evidenzia i fallimenti storici del governo degli Stati Uniti, affermano i leader Navajo, e il processo di marginalizzazione della comunità. Tra la popolazione Navajo, infatti, i tassi di malattie cardiache, diabete e obesità sono più alti rispetto alla media statunitense; circa il 30 per cento delle case della Nazione Navajo è privo di acqua corrente, nonostante gli impegni assunti dal governo federale con l'accordo del 1868; tutto ciò rende molto più difficile applicare la misura basilare di lavarsi accuratamente le mani per contrastare la diffusione del virus.

Confinante con gli Stati Uniti, il vicino Canada si è distinto molto più positivamente per quanto riguarda il coordinamento e la collaborazione tra governi federale, provinciali e territoriali per gestire la risposta alla pandemia. Mentre il governo federale ha fornito ampie linee guida per la salute pubblica volte a rallentare la diffusione del virus, i governi provinciali e territoriali hanno attuato misure diverse in base alle condizioni locali. All'inizio di maggio 2020, tutte le province avevano sviluppato piani di riapertura graduale, e alcune avevano iniziato ad allentare le restrizioni su certe attività commerciali, educative e ricreative adottate inizialmente, pur mantenendo le linee guida per il distanziamento fisico.

Il primo ministro Justin Trudeau ha riconosciuto che le scorte strategiche di emergenza nazionale canadese non erano sufficienti allo scoppio della pandemia e i governi federale, provinciali e territoriali hanno cooperato negli sforzi per assicurare i dispositivi di protezione individuale e le forniture mediche.

Una serie di misure volte a mitigare l'impatto economico della pandemia è stata predisposta, a partire dai primi interventi annunciati alla fine di aprile 2020, che includevano trasferimenti finanziari mensili (per un massimo di quattro mesi) a lavoratori vulnerabili il cui reddito era stato colpito dagli effetti della pandemia.

Come ulteriore sostegno all'economia e alla finanza, la Banca centrale ha tagliato il tasso di interesse di riferimento dall'1,75% allo 0,25% e adottato misure di *quantitative easing* per l'acquisto di debito pubblico.

Il Canada, a seguito del picco di nuovi contagi giornalieri raggiunto nella prima decade di gennaio 2021 (con oltre 9 mila nuovi contagi giornalieri), adotta alcune delle misure di viaggio e di frontiera più severe del mondo, compresa una quarantena obbligatoria di 14 giorni per tutti coloro che tornano nel Paese.

### **iii. Africa**

L'Africa, a differenza dell'Europa, ha registrato sin dall'inizio della pandemia numeri ufficiali sia di contagio che di decessi molto più bassi e ciò ha alimentato molte discussioni sulle possibili

spiegazioni, a cominciare dal fatto che l'insufficiente capacità di test in molti Stati del continente<sup>20</sup> e la prevalenza di giovani nella popolazione implicano che i dati ufficiali probabilmente stiano sottostimando dall'inizio il numero reale di infezioni<sup>21</sup>.

Al di là di possibili speculazioni sull'argomento, si tratta di un continente in cui le strategie di prevenzione e mitigazione sono risultate particolarmente eterogenee. In generale, alla luce della pubblicistica dei mesi scorsi – sia di natura istituzionale e di organizzazioni internazionali, sia del mondo accademico, sia dei mass-media – emerge chiaramente un quadro generale di particolare vulnerabilità del continente, per almeno quattro ragioni:

- Molti sistemi sanitari africani hanno capacità limitate. Il rapporto pro capite di medici e operatori sanitari, i tassi di spesa sanitaria e il numero di posti letto d'ospedale sono tra i più bassi a livello mondiale, e le forniture di beni sanitari (ad esempio, farmaci, ventilatori polmonari e forniture di ossigeno) sono scarse. Come indicazione dei rischi cui erano esposti i sistemi sanitari africani, a metà aprile 2020 in Zimbabwe – secondo stime riportate dalla rivista *Time* – erano meno di 20 i ventilatori polmonari funzionanti negli ospedali, cruciali per salvare la vita dei pazienti con forme più gravi di Covid-19; la Nigeria, con una popolazione di 200 milioni di abitanti, aveva meno di 500 ventilatori polmonari; nella Repubblica Centrafricana, un paese di quasi cinque milioni di persone (tra l'altro, con una guerra civile in corso dal 2012, oltre un milione di sfollati, mortalità infantile e malnutrizione tra le più alte al mondo), erano disponibili solo tre ventilatori polmonari; la Sierra Leone, con una popolazione di circa 8 milioni di abitanti, aveva solo 13 ventilatori polmonari; il Sudan del sud ne aveva solo quattro e la Liberia non ne aveva nessuno. In tutta l'Africa subsahariana al di fuori del Sudafrica si calcolava che a metà del 2020 ci potessero essere fino a 3.500 ventilatori (a titolo comparativo, gli Stati Uniti ne avevano 160 mila); e solo 20 mila posti letto in reparti di terapia intensiva, equivalenti a 1,7 letti in terapia intensiva per 100 mila abitanti (gli Stati Uniti ne avevano 29,4).

---

<sup>20</sup> Un esempio emblematico è stato la Nigeria. Il primo caso di contagio – un cittadino italiano di Milano che lavorava nel Paese – fu registrato il 26 febbraio 2020; dopo quasi due mesi erano 627 i casi confermati di contagio, a fronte di un numero bassissimo di test fatti fino ad allora: circa 7 mila su una popolazione di 200 milioni di abitanti. Un mese dopo, in concomitanza con il potenziamento della capacità giornaliera di testare le persone, i casi confermati di contagio superavano complessivamente le 10 mila persone. Verso la fine di gennaio 2021, a seguito di un ulteriore rafforzamento della capacità giornaliera di testare la popolazione, si è raggiunto il picco di quasi 2.500 nuovi casi giornalieri (23 gennaio). In tutto il continente, nei primi due mesi da quando l'Africa iniziò a mobilitarsi per combattere la pandemia, furono condotti meno di 500 mila test sulla popolazione, il che equivale a circa 325 persone testate su un milione di persone, la proporzione più bassa tra i continenti (ovviamente, a livello di Stati ci furono situazioni molto diverse, con il dato peggiore, inferiore a 100 persone testate su un milione di abitanti, in Burundi, Malawi, Senegal, Nigeria, Mozambico, Madagascar, Etiopia, Sao Tomè e Principe, Mali).

<sup>21</sup> Un elemento di cronaca su cui riflettere è che i primi casi di Covid-19 registrati in alcuni Stati dell'Africa subsahariana (come Nigeria e Repubblica Centrafricana) furono di italiani provenienti da Milano. Più in generale, tra i primi casi riportati da ciascuno dei cento Stati raggiunti inizialmente dal virus, ben il 61 per cento erano persone che erano andate o provenivano da Cina, Italia o Iran. Si veda: F. S. Dawood et al. (2020), "Observations of the global epidemiology of COVID-19 from the pre-pandemic period using web-based surveillance: a cross-sectional analysis", *The Lancet – Infectious Diseases*, Vol. 20 (11), pp. 1255-1262, 1 novembre. Altro dato interessante da rilevare è che nello Stato africano più colpito dalla pandemia secondo dati ufficiali, il Sudafrica, a fine 2020 diversi virologi locali (compreso Shabir Mahdi, noto docente di Vaccinologia alla Wits University) ritenevano plausibile l'ipotesi che nel paese si fosse raggiunta di fatto un'immunità di gregge, scoprendo che il 40 per cento di persone testate risultava infetta, per la stragrande maggioranza in forma asintomatica. Si veda: J. Sparks (2021), "Coronavirus: South Africa's COVID lockdown may have created 'herd immunity'", *Sky News*, 11 gennaio.



- Molti africani non hanno accesso all'acqua pulita o alle strutture igieniche e vivono in aree ad alta densità (ad esempio, insediamenti urbani informali o campi di sfollati). La comorbilità del Covid-19 con altre malattie diffuse nella regione (ad esempio, HIV e malaria) e/o problemi di salute cronici (ad esempio diabete e malnutrizione) può aumentare il rischio di Covid-19 in Africa, a fronte anche di difese immunitarie più basse. A dicembre del 2020 David Beasley, direttore esecutivo del Programma alimentare mondiale delle Nazioni Unite (*World Food Program*, WFP), l'organizzazione cui è stato assegnato il Premio Nobel per la pace nel 2020, dichiarava che il 2021 si prepara ad essere “catastrofico”<sup>22</sup>: nel 2019, a causa soprattutto di guerre e conflitti armati, ma anche di catastrofi naturali riconducibili ai cambiamenti climatici, si era registrata la cifra più elevata da molti anni di persone che avevano sofferto la fame estrema, pari a 135 milioni; nel 2020, la pandemia legata al Covid-19 ha contribuito ad un forte aumento di carestie e del numero di vittime della fame nel mondo, al punto che il numero di persone a rischio di morte per fame sarebbe addirittura raddoppiato, salendo a 270 milioni di persone. In Stati come Repubblica Democratica del Congo, Nigeria, Sudan del sud e Burkina Faso, la miscela di conflitti violenti e pandemia avrebbe determinato un aumento drammatico del numero di persone che vivono in situazioni di malnutrizione estrema.
- Il quadro socio-economico non favorisce l'applicazione di misure di prevenzione incentrate sull'igiene (ad esempio, il lavaggio delle mani) e il distanziamento, tenuto conto del fatto che molti africani si guadagnano da vivere precariamente nel settore informale, che una parte consistente del settore formale è legata al turismo (in crollo verticale sia per le restrizioni a lasciare il Paese negli altri continenti, sia per l'interruzione in Africa di molti collegamenti aerei e marittimi, con la decisione di rimandare a casa i turisti occidentali o asiatici e l'adozione di misure rigorose di contenimento per i viaggiatori provenienti da “Paesi a rischio”) e mancano sistemi di protezione e *welfare state*, per cui fasi prolungate di *lockdown* diventano insostenibili. Già a fine aprile 2020, in un rapporto della McKinsey & Co intitolato *Finding Africa's Path*<sup>23</sup>, si stimava che la pandemia potesse colpire un terzo dei 440 milioni di posti di lavoro formali e informali in Africa e che tra i 9 e i 18 milioni dei 140 milioni di posti di lavoro formali del continente rischiassero di andare persi a causa della crisi, altri 30-35 milioni di registrare una riduzione dei salari e dell'orario di lavoro e ben 100 dei 300 milioni di posti di lavoro informali complessivi nel continente di avere un futuro incerto. Si stimava anche che oltre la metà dei posti di lavoro fossero a rischio di sopravvivenza in settori importanti come l'industria manifatturiera, la vendita al dettaglio e all'ingrosso, il turismo e l'edilizia. Nella seconda metà del 2020, sia il Fondo monetario internazionale (FMI) che la Banca mondiale confermavano le previsioni della prima recessione del continente in 25 anni.
- Interruzioni prolungate delle attività sociali ed economiche potrebbero avere effetti potenzialmente devastanti in termini di riduzione della fornitura di servizi che proteggono milioni di persone, comprese le vaccinazioni di routine e i programmi di controllo di malaria, tubercolosi e HIV.

<sup>22</sup> Si veda l'articolo di Joseph Hincks sul Time del 9 dicembre 2020: <https://time.com/5917347/world-food-programme-hunger-covid-19/>

<sup>23</sup> McKinsey & Co (2020), *Finding Africa's Path*, New York, aprile. Si veda: <https://www.mckinsey.com/featured-insights/middle-east-and-africa/finding-africas-path-shaping-bold-solutions-to-save-lives-and-livelihoods-in-the-covid-19-crisis>

Per questi motivi, già a marzo del 2020 l'OMS lanciava allarmi su possibili sviluppi pandemici in Africa, dove resta fondamentale frenare la diffusione del virus che, fortunatamente, ha continuato finora a diffondersi nel continente molto più lentamente che altrove, anche se le statistiche ufficiali ne registravano la presenza in 41 Stati e due territori (Réunion e Mayotte) dell'Africa sub-sahariana e 5 Stati dell'Africa del nord già a fine marzo 2020, mentre a inizio maggio tutti i 54 Stati africani erano ufficialmente stati raggiunti da casi di contagio<sup>24</sup>.

In tale situazione, molti governi africani cercarono di aumentare la capacità di effettuare test, di isolare le persone infette e rintracciare i loro contatti, migliorando le proprie capacità in materia basandosi anche sulle lezioni delle risposte alle precedenti epidemie di Ebola.

Quasi ovunque – escludendo il caso della Tanzania, il cui presidente John Magufuli ha ostinatamente negato l'esistenza del problema, invitando i cittadini a frequentare i luoghi di culto e pregare per sconfiggere il virus satanico, senza ritenere opportune misure restrittive e decidendo di sospendere gli aggiornamenti statistici sul Covid-19 dal 29 aprile – i governi lanciarono rapidamente campagne di sensibilizzazione pubblica incentrate sulla promozione dell'igiene personale, l'uso delle mascherine e il distanziamento sociale. Altrettanto generalizzate furono le misure di isolamento nelle abitazioni, le restrizioni commerciali, i divieti di grandi raduni e la chiusura di scuole e università. A fine marzo, il presidente della Nigeria Muhammadu Buhari ordinò di rimanere a casa agli abitanti della capitale Abuja e di Lagos, la più grande città dell'Africa e la quarta città al mondo per popolazione, con un agglomerato che supera i 21 milioni di abitanti.

Emerse cioè presto nel continente l'opportunità di attuare solo alcune tra le nove misure prese a riferimento e di farlo in alcune aree geografiche limitate a maggior rischio (anzitutto, la chiusura delle principali città), e, se possibile, per un tempo limitato. In diversi Stati, le forze di sicurezza chiamate a imporre chiusure e altre restrizioni, come il coprifuoco notturno, furono accusate – da associazioni per i diritti umani e sui giornali locali – di ripetute violazioni dei diritti umani, a volte di fronte ad agitazioni popolari che esprimevano insofferenza per le misure restrittive.

In alcuni Stati, gli osservatori temono che i regimi in carica possano usare le loro autorità di emergenza per estendere i loro poteri o il loro mandato in carica, o, come alcuni hanno fatto, per limitare le libertà di stampa o l'attività dell'opposizione. In Egitto, il parlamento decise di estendere lo stato di emergenza nel paese, sollevando critiche perché la maggior parte dei nuovi poteri concessi al governo non erano collegati a questioni di salute pubblica. In Algeria, il governo del presidente Abdelmadjid Tebboune, recentemente eletto, vietò tutti i raduni pubblici di più di due persone, compresi i raduni di protesta, che si erano tenuti settimanalmente per chiedere riforme politiche dal febbraio 2019.

A metà aprile del 2020, almeno 18 persone furono uccise in Nigeria dalle forze di sicurezza in interventi di attuazione delle misure per frenare la diffusione del virus, mentre la Commissione nazionale per i diritti umani dichiarò di aver ricevuto e documentato 105 denunce per violazioni dei diritti umani perpetuate dalle forze di sicurezza in 24 dei 36 stati della Nigeria e ad Abuja, la capitale.

---

<sup>24</sup> Gli ultimi due Stati furono le isole Comore (il 30 aprile fu confermato il primo caso, anche se durante le settimane precedenti almeno un altro paio erano stati segnalati da canali non ufficiali, generando dure reazioni governative), e il Lesotho. Quest'ultimo Paese registrò il primo caso il 13 maggio 2020, anche se lo stato di emergenza nazionale fu dichiarato già il 18 marzo, con la chiusura per un mese anche delle scuole, a fronte dell'incapacità di avviare una campagna di test rapidi.

In quello stesso periodo, in Ciad, il procuratore generale Youssouf Tom annunciava la morte di 44 jihadisti dell'organizzazione terroristica Boko Haram che si trovavano in una prigione a N'Djamena, la capitale; il governo difese la tesi di un suicidio collettivo con il veleno, in base a quanto evidenziato dalle autopsie su quattro di loro; invece, i risultati dell'indagine della Commissione nazionale indipendente sui diritti umani dimostrò poi che si trattava di civili non necessariamente collegati a Boko Haram, morti per le condizioni disumane in cui si trovavano nelle celle sovraffollate<sup>25</sup>.

Il voluminoso rapporto pubblicato nel 2021 da *Human Rights Watch* relativo al 2020<sup>26</sup> denuncia come in Burkina Faso all'inizio di marzo le forze di sicurezza nel villaggio di Cisse abbiano giustiziato 23 persone; il 9 aprile, hanno ucciso 31 detenuti poche ore dopo averli arrestati e disarmati, durante un'operazione antiterrorismo a Djibo, nel nord del paese; l'11 maggio, 12 uomini arrestati dai gendarmi a Tanwalbougou, nella regione est, sono stati trovati morti nelle loro celle. Secondo l'ONU<sup>27</sup>, le forze dell'ordine burkinabé sono state coinvolte in almeno 50 uccisioni extragiudiziali commesse durante le operazioni transfrontaliere in Mali tra il 26 e il 28 maggio.

Il capitolo del rapporto annuale illustra come i partner internazionali del Burkina Faso, tra cui le Nazioni Unite, la Francia, l'UE e gli Stati Uniti, abbiano prontamente denunciato la violenza dei gruppi islamisti armati, ma siano stati ampiamente riluttanti a denunciare gli abusi delle forze governative.

In Guinea, Stato con una percentuale elevata di popolazione in povertà e malnutrita e un deficit di capacità di funzionamento del sistema sanitario molto preoccupanti (al punto che si registravano solo quattro laboratori per i test, tre dei quali nella capitale Conakry), le autorità hanno intimidito e arrestato arbitrariamente membri e sostenitori dell'opposizione nelle stesse settimane di emergenza della prima ondata di pandemia, in un clima cioè di insicurezza legato alle restrizioni adottate, secondo quanto riporta sempre il rapporto di *Human Rights Watch*.

In molti Stati africani, insomma, sono stati documentati in più occasioni dai difensori dei diritti umani e da organizzazioni della società civile rischi di azioni ingiustificate e gravissime da parte della polizia e dei militari impegnati per far rispettare le misure restrittive e nella lotta antiterroristica; e a pagarne i costi maggiori – dal Sudafrica alla Libia – sono stati i gruppi più vulnerabili dei migranti internazionali.

#### **iv. Asia**

In base alle informazioni disponibili, l'origine della pandemia mondiale di Covid-19 è in Cina, con tutte le polemiche che si sono trascinate nel tempo circa le responsabilità del governo cinese (e dell'OMS, perché troppo indulgente – secondo l'amministrazione statunitense – con Pechino) per aver colpevolmente ritardato d'informare la comunità internazionale su quanto stava accadendo a fine 2019.

Non sono mancate nemmeno accuse sulla volontarietà della diffusione del virus a livello mondiale e tensioni internazionali che portarono alla decisione dell'amministrazione Trump di sospendere ad aprile 2020 i finanziamenti all'OMS per poi dichiarare l'uscita dalla stessa a fine maggio. Inoltre, solo nel gennaio 2021 il governo cinese ha rilasciato i visti con cui autorizzava la

---

<sup>25</sup> Si veda la notizia della BBC del 9 agosto 2020: <https://www.bbc.com/news/world-africa-53712951>

<sup>26</sup> Human Rights Watch (2021), *World Report 2021*, HRW, New York, 23 gennaio.

<sup>27</sup> UN MINUSMA - Human Rights and Protection Division (2020), Note on Trends of Human Rights Violations and Abuses in Mali. 1 April – 30 June 2020, New York, agosto.

missione degli ispettori dell'OMS per indagare sulle origini della pandemia. Ma se l'epicentro iniziale della pandemia fu in Cina, in pochi mesi, per effetto dell'efficacia delle misure adottate dal governo cinese, l'epicentro della pandemia in Asia si spostò in Iran e negli Stati arabi del Golfo, che avevano inizialmente minimizzato la portata della diffusione del virus nella regione.

Tra gli Stati del continente che intervennero prima con misure di controllo della diffusione del virus, potendo anche far tesoro di esperienze precedenti, come nel caso delle epidemie causate da SARS, influenza suina e aviaria e MERS, ci sono sicuramente Corea del sud, Hong Kong, Singapore e Taiwan, che misero rapidamente in campo protocolli per lo screening, i test, l'isolamento degli individui infetti e la ricerca dei loro contatti, emanando direttive severe (in termini per esempio di quarantene, autoisolamento e restrizioni di movimento) che i cittadini seguirono rigorosamente nei mesi successivi.

La Corea del sud, per esempio, adottò prima di altri Stati nel mondo una strategia aggressiva di tre T (Testare, Tracciare, Trattare), raggiungendo presto il più alto tasso di test pro capite al mondo, impiegando una modalità operativa per l'esecuzione del tampone molto rapida e con maggiore sicurezza per gli operatori sanitari, con il paziente nella propria auto e il tampone effettuato dal personale sanitario attraverso il finestrino (*drive-through*).

La capacità di creare rapidamente protocolli per identificare i nuovi casi e prevenire la diffusione, portando a una riduzione del tasso di incidenza di infezione, ha fatto parlare di “modello sudcoreano”. Singapore, nonostante i primi successi nel contenere la diffusione, dovette poi fronteggiare una significativa seconda ondata di casi, che portò le autorità a chiudere le scuole e la maggior parte delle attività commerciali, misure evitate in precedenza. Molti dei nuovi casi provenivano da quartieri affollati, residenza soprattutto dei lavoratori migranti, il che portò Singapore ad avere il maggior numero di infezioni da Covid-19 dell'Asia sudorientale; ma soprattutto, si evidenziò la vulnerabilità e spesso la drammaticità delle condizioni di vita e la maggiore esposizione al contagio dei migranti internazionali, un problema comune in molti altri Paesi dell'Asia (a cominciare dall'India) e, più in generale, del mondo (compreso il Canada, spesso citato per le politiche di inclusione dei migranti, giudicate molto migliori dello standard prevalente a livello internazionale).

A partire da marzo, molti paesi asiatici sospesero i voli passeggeri internazionali e nazionali, chiusero i passaggi di terra e di mare con gli Stati vicini, imposero il coprifuoco e chiusero siti commerciali, scuole e luoghi di culto. Diversi governi approvarono anche leggi di emergenza e ampliarono – come in Africa – la sorveglianza come parte delle misure restrittive. In alcuni casi gli osservatori hanno sostenuto che queste misure potrebbero essere state concepite in parte per sopprimere l'opposizione politica. In Israele, il governo approvò norme temporanee di emergenza per i funzionari della sicurezza consentendo loro di monitorare le persone affette da Covid-19 e le potenziali vittime attraverso il controllo del traffico dei telefoni cellulari. Inoltre, le parole di apertura del capitolo del rapporto 2021 di *Human Rights Watch* sono drastiche: «le autorità israeliane nel 2020 hanno sistematicamente represso e discriminato i palestinesi in modi che superano di gran lunga le giustificazioni di sicurezza spesso fornite». Secondo l'Ufficio delle Nazioni Unite per il coordinamento degli affari umanitari (*Office of Coordination for Humanitarian Affairs*, OCHA), nel 2020 le autorità israeliane hanno fatto registrare il più alto tasso negli ultimi anni di demolizione di case palestinesi e altre strutture, sfollando persone per mancanza di permessi di costruzione israeliani che sono praticamente impossibili da ottenere.

A partire dalla fine di aprile 2020, sempre più Paesi asiatici cominciarono ad allentare e poi sospendere alcune restrizioni interne sulla circolazione e le attività commerciali, instaurando quel

clima di tensione, o equilibrio sempre precario, riscontrato un po' ovunque – compresa l'Italia – tra spinte ad una revoca delle misure restrittive di distanziamento fisico in nome di una riapertura economica e preoccupazioni di una ripresa incontrollata della trasmissione del virus e connesso mantenimento delle misure restrittive.

Come in Africa, in Asia le preoccupazioni per i rischi posti dalla diffusione del virus sono state associate alle situazioni di particolare vulnerabilità di alcuni Stati nel Medio Oriente, come Siria, Yemen e Palestina. L'interazione di anni di conflitti, catastrofi naturali e sistemi sanitari nazionali molto deboli, con una carenza strutturale di personale sanitario e un accesso limitato anche ai servizi di assistenza medica di base, significa che milioni di persone già vulnerabili ed esposte a rischi di malattie infettive, con sistemi immunitari indeboliti da un'insicurezza alimentare ormai cronica, hanno dovuto fare i conti anche con l'aggravante di una minore accessibilità degli aiuti umanitari a causa del distanziamento imposto dalle misure anti-Covid-19.

Nel caso della Palestina, un ulteriore problema è legato alla decisione dell'amministrazione Trump nel 2018 di sospendere tutti i contributi americani all'Agenzia delle Nazioni Unite per il soccorso e il lavoro dei rifugiati palestinesi (*United Nations Relief and Works Agency, UNRWA*)<sup>28</sup> e poi di interrompere tutti gli aiuti bilaterali alla Palestina nel 2019.

Al contempo, la pandemia ha posto seri problemi ai processi di integrazione regionale che si sono sviluppati nel tempo e alla leadership di alcuni Stati. Nel sud-est asiatico, una delle prime regioni investite dalla pandemia, i legami commerciali, quelli delle catene di approvvigionamento e quelli legati alla mobilità intra-regionale della forza lavoro sono stati colpiti direttamente.

Problemi che l'aggravamento della crisi pandemica può trasformare in politici, innescando anche possibili miscele imprevedibili tra limitazioni della democrazia e gestione della crisi pandemica: a inizio 2021, dinanzi a un'impennata della diffusione dei contagi registrata a partire da ottobre 2020, il sultano della Malaysia Tengku Abdullah ha imposto lo stato di emergenza nazionale e la sospensione delle attività del Parlamento fino al 1 agosto, nel quadro di nuove restrizioni in quasi tutto il Paese, una decisione che secondo i critici permetterà al governo del primo ministro Muhyiddin Yassin (politico di lungo corso, diventato premier in concomitanza con lo scoppio della pandemia e che già ad ottobre del 2020 aveva chiesto al sultano di dichiarare lo stato d'emergenza per contrastare la diffusione del Covid-19) di eludere i controlli e cercare di consolidare il proprio potere.

In Myanmar, il colpo di stato militare del 1 febbraio 2021 ha bruscamente interrotto il difficile processo di democratizzazione in corso dopo un lungo periodo di dittature militare, mentre il Paese si trovava a fronteggiare una fase critica della pandemia: il governo di Aung San Suu Kyi aveva imposto un *lockdown* che sembra abbia contribuito a ridurre la diffusione del virus e il numero delle vittime dal picco di ottobre 2020, avendo però un impatto economico molto duro su uno dei Paesi più poveri della regione.

Le proteste di massa seguite al colpo di Stato che ha destituito Suu Kyi hanno coinvolto anche i medici che hanno promosso una campagna di disobbedienza civile: il numero di test giornalieri anti-Covid-19 aveva raggiunto una media di più di 17 mila al giorno nella settimana prima del colpo di stato del 1 febbraio 2021; a metà febbraio erano scesi al sotto dei 2 mila giornalieri.

---

<sup>28</sup> Il segretario di Stato Mike Pompeo aveva sostenuto – un'affermazione ancora visibile sul suo account Twitter – che «*si stima che meno di 200 mila sfollati arabi siano ancora vivi, inoltre la maggior parte dei palestinesi sotto la giurisdizione dell'UNRWA non sono rifugiati e l'UNRWA è un ostacolo alla pace ... è piena di sprechi, frodi e ci sono serie preoccupazioni che stia favorendo il terrorismo*».

L'Indonesia e le Filippine sono le due nazioni più popolate della regione e hanno vissuto l'intero anno di pandemia con la preoccupazione che i focolai del contagio potessero estendersi sempre più fino a diventare ingestibili, visti i limiti dei sistemi sanitari pubblici.

L'Indonesia, uno tra i Paesi asiatici più colpiti dalla pandemia, ha visto crescere lentamente ma ininterrottamente il numero di casi confermati di contagio da aprile 2020 fino a inizio febbraio 2021. Durante questo arco di tempo molto esteso, l'incapacità di mettere in campo rapidamente una campagna su vasta scala per testare la presenza del virus e la mancanza di attrezzature di protezione personale adeguate e tempestive per gli operatori sanitari nella parte orientale del Paese sono emersi molto presto come punti critici delle scelte governative.

Soprattutto, le incertezze iniziali, col tentativo di minimizzare la gravità della pandemia, hanno impedito di attuare le misure severe adottate in tempi brevi altrove – Cina e Mongolia, per esempio – per rallentare la curva di crescita della pandemia e far guadagnare al governo tempo critico per preparare i sistemi sanitari e di salute pubblica. La decisione di imporre il *lockdown* in ritardo rispetto ad altri Paesi e quella di allentarlo prima di altri per cercare di dare respiro alle attività economiche fortemente colpite non ha prodotto risultati positivi e l'economia non ne ha tratto alcun giovamento.

L'andamento della diffusione della pandemia nelle Filippine, al pari dell'Indonesia, non ha registrato una curvatura netta verso il basso nel lungo e difficile anno alle spalle. Le limitazioni molto rigide imposte dal presidente Rodrigo Duterte hanno bloccato l'economia più che la diffusione del contagio, facendo registrare un calo del PIL, un aumento della disoccupazione e un preoccupante calo del tasso di attività (cioè della percentuale della popolazione in età lavorativa che lavora o è in cerca di occupazione).

Le politiche di distanziamento sociale e di isolamento sono state accusate di essere rimaste rigide e senza cambiamenti nel tempo in grado di rispondere all'evoluzione della situazione, oltre che accompagnate da cattiva amministrazione, frequenti violazioni dei protocolli da parte di funzionari del governo e della polizia e pugno di ferro verso i comuni cittadini, con l'arresto per chi venisse colto in pubblico senza indossare la mascherina. La drastica riduzione del trasporto pubblico e la sospensione dei viaggi interurbani hanno penalizzato soprattutto le fasce più vulnerabili della popolazione, spesso in condizioni disperate.

Il presidente Duterte ha imposto dall'inizio della pandemia severe misure di blocco che hanno portato a più di 120 mila arresti, colpendo in modo sproporzionato i residenti poveri delle città e che ambienti delle Nazioni Unite hanno criticato come altamente militarizzate. In Cambogia, il governo ha intrapreso azioni che hanno sollevato preoccupazioni riguardo ai diritti umani e alle libertà, a cominciare dal maggiore controllo governativo sui media tradizionali e sociali.

Anche in Asia centrale l'impatto economico della pandemia ha trovato nella politica insufficienti capacità di risposta. Russia e Cina hanno un ruolo centrale nella regione e la forte riduzione delle importazioni cinesi di gas naturale dall'Asia centrale a causa del calo della domanda, insieme al calo dei prezzi degli idrocarburi, può determinare un corto circuito molto grave, laddove per esempio il Turkmenistan – uno dei pochi Stati *Covid-free*, come detto, secondo le statistiche ufficiali, ampiamente contestate dai mass-media – esporta il gas quasi esclusivamente verso la Cina, utilizzando i proventi derivanti dalle esportazioni di gas per pagare il debito estero verso Pechino.

Allo stesso modo, le economie di Kirghizistan, Tagikistan e Uzbekistan stanno subendo l'impatto negativo della pandemia anche in termini di diminuzione netta del flusso di rimesse dalla Russia, dove milioni di migranti lavorano e contribuiscono con le rimesse a percentuali

significative del PIL dei propri Paesi. I governi di Stati dell'Asia centrale come Kazakistan, Kirghizistan e Tagikistan, secondo il rapporto di *Human Rights Watch*, stanno venendo meno agli obblighi in materia di diritti umani, limitando l'accesso alle informazioni e applicando arbitrariamente le restrizioni legate alla pandemia, con il rischio che questa sia utilizzata strumentalmente per sopprimere le libertà politiche e dei mass media.

Nel 2020, il Turkmenistan ha sperimentato crisi sociali ed economiche a cascata, poiché il governo ha negato e gestito male la pandemia di Covid-19 nel Paese, finendo con l'aggravare ulteriormente la situazione della popolazione: pesanti carenze di cibo accessibile e di denaro hanno acuito la tensione sociale, provocando proteste senza precedenti nel Paese. Il governo turkmeno continua a imporre restrizioni punitive sui media e sulle libertà religiose, oltre che reprimere gli attivisti indipendenti.

I sette Stati dell'Asia meridionale – Afghanistan, Bangladesh, Bhutan, India, Nepal, Pakistan e Sri Lanka – ospitano quasi un quarto della popolazione mondiale. Si tratta di una regione in cui la spesa pro capite per l'assistenza sanitaria è relativamente bassa e le risorse e le capacità mediche sono limitate; a ciò si aggiunge una elevata densità demografica e condizioni igienico-sanitarie inadeguate. Tutto ciò rende particolarmente preoccupante la situazione della diffusione del contagio e la limitata capacità di manovra da parte dei governi in termini di mobilitazione di servizi e risorse finanziarie adeguate a sostegno della popolazione.

Un caso a sé è, naturalmente, l'India. Con una popolazione di quasi 1,4 miliardi di abitanti e sacche enormi di povertà e informalità, le misure di *lockdown* rese necessarie dalla diffusione della pandemia e decretate dal primo ministro Narendra Modi hanno colpito in modo sproporzionato il settore informale. Molti di coloro che sopravvivono muovendosi nel settore informale hanno fatto perso le fonti primarie di reddito durante il blocco e molti sono diventati disoccupati.

Oltre a problemi evidenti per individui e famiglie, a risentirne è stata anche la struttura macroeconomica del Paese, perché il settore delle micro, piccole e medie imprese fornisce occupazione a circa 120 milioni di persone e contribuisce per circa il 45 per cento delle esportazioni<sup>29</sup>. Circa il 25 per cento del settore informale è costituito da occupazione urbana, che comprende lavoratori domestici, lavoratori a domicilio, venditori ambulanti e raccoglitori di rifiuti<sup>30</sup>, senza dimenticare la fascia molto vulnerabile dei minori che lavorano.

Prima che scoppiasse la pandemia, l'ultimo *World Economy Report* del FMI stimava che l'India sarebbe stata l'economia con la crescita economica più alta nel 2020; a gennaio del 2021 le stime dello stesso FMI parlano di una contrazione annua del PIL reale dell'8 per cento<sup>31</sup>. Ed è, appunto, sulle fasce più vulnerabili che si sono scaricati i costi maggiori della crisi, come in qualunque altro Paese.

La crisi sanitaria, e quindi economica e sociale, ha portato a una più acuta messa in discussione della leadership politica, con il primo ministro Narendra Modi che aveva già affrontato proteste di massa per le nuove leggi sulla cittadinanza e le discriminazioni nei confronti dei musulmani. La crisi sanitaria ha determinato maggiori problemi per i musulmani indiani, additati talvolta come responsabili della diffusione della pandemia. Anche in India non sono mancate accuse al governo di usare la pandemia come pretesto per limitare maggiormente le libertà di stampa e i diritti delle opposizioni.

---

<sup>29</sup> H. M. Raney (2020), "COVID 19 Pandemic: Impact on MSMEs", *UGC CARE Journal*, Vol. 40 (68), marzo.

<sup>30</sup> A. Shaikh e K. Mishra (2020), "The Impact of the Lockdown on India's Informal Sector", *UGC CARE Journal*, Vol. 40 (68), marzo.

<sup>31</sup> FMI (2021), *World Economy Report Update*, Washington D. C., gennaio.

A settembre del 2020 settembre scorso, mentre in Italia stava lentamente avviandosi la seconda ondata di contagi, in India si registrava una ininterrotta crescita dei numeri, cominciata ad aprile, che raggiungeva il picco di quasi 100 mila nuovi contagi giornalieri nella seconda metà di settembre.

Sembrava che la situazione fosse fuori controllo, nonostante le misure di *lockdown* adottate, in presenza peraltro di manifestazioni di massa come quelle legate a proteste sindacali per le nuove leggi di liberalizzazione del mercato agricolo che potevano far accendere nuovi focolai di contagio. In modo sorprendente, invece, da fine settembre la curva dei contagi sembrerebbe essersi invertita, cominciando una discesa ininterrotta dell'unica onda che ha investito il Paese, portando a poco più di 10 mila il numero giornaliero di nuovi casi di contagio e un centinaio i decessi a inizio febbraio 2021.

Si tratta di dati che sorprendono anche perché dalla seconda metà del 2020 l'India ha di fatto allentato la rigidità delle misure restrittive, cercando di limitare gli spostamenti solo in alcune aree del Paese e di mantenere le scuole aperte. Sorprendenti perché, pur essendo le risposte alla pandemia ancora in corso e i contesti in continua evoluzione, un principio generale abbastanza chiaro sembrerebbe essere il fatto che il modo in cui i diversi Stati riescono a rispondere in modo efficace alle pandemie dipenda in ultima analisi da quanto sono resilienti i loro sistemi sanitari, in termini di capacità di risposta necessaria per controllare i focolai nell'immediato e mitigare gli effetti sanitari a medio termine.

In Bangladesh, un Paese molto povero con 165 milioni di abitanti, le misure di distanziamento sociale, quarantena e isolamento – imposte con il *lockdown* del 26 marzo 2020 – sono state molto poco praticabili per molti che vivono in aree densamente popolate. In più, oltre un milione di Rohingya sfollati risiedono in campi sovraffollati e insalubri lungo il confine del Bangladesh con il Myanmar, a cominciare dal campo di Kutupalong, il più grande campo profughi al mondo, che ospita circa 860 mila rifugiati Rohingya, di cui la metà bambini<sup>32</sup>.

Un'altra esenzione dal *lockdown* ha interessato, per espressa volontà del governo, i lavoratori delle fabbriche di abbigliamento, duramente colpite dalla diminuzione degli ordini per l'esportazione che si stima abbia causato il licenziamento di un milione di lavoratori del settore. Anche nel caso del Bangladesh, *Human Rights Watch* ha denunciato la pratica governativa di arrestare arbitrariamente attivisti dell'opposizione e studenti, utilizzando strumentalmente la legge sulla sicurezza digitale e la disinformazione sulla pandemia.

## **v. America latina e caraibica**

La capacità dei paesi dell'America Latina e dei Caraibi di mitigare la diffusione della pandemia varia molto nella regione, al pari delle risposte adottate, tenendo conto del fatto che la pandemia sembra essere arrivata più tardi rispetto a molte altre regioni del mondo.

L'eterogeneità dei contesti spicca leggendo i dati del *Global Health Security Index* del 2019<sup>33</sup> preparato dal *Johns Hopkins Center for Health Security*, dalla *Nuclear Threat Initiative* e

---

<sup>32</sup> Si veda: E. Dexter (2020), "COVID-19 in the World's Largest Refugee Camp", *Borgen Magazine*, 11 settembre.

<sup>33</sup> Si tratta di un indice sintetico, basato sull'approfondimento di 140 aspetti relativi a sei dimensioni (potere preventivo contro i patogeni, diagnosi precoce e segnalazione di epidemie, risposta rapida alla diffusione di un'epidemia, sistema adeguata sanitaria per il trattamento dei pazienti, conformità delle norme internazionali, rischio complessivo per le minacce biologiche) e predisposto per la prima volta nel 2019 come *benchmarking* complessivo della sicurezza sanitaria e delle relative capacità in 195 Paesi che aderiscono al Regolamento sanitario internazionale del 2005 delle



dall'*Economist Intelligence Unit*, secondo cui – oltre al fatto, che oggi potrebbe apparire sorprendente, che al vertice nella classifica mondiale ci siano Stati Uniti e Regno Unito – Brasile, Argentina, Cile e Messico rientravano tra i paesi più preparati ad affrontare una pandemia mentre, all'opposto, Venezuela, Honduras, Giamaica, Bahamas, Haiti, Guyana, Belize e Guatemala tra i meno preparati tra i 195 Stati valutati alla vigilia dello scoppio della pandemia.

**Graf. 2 – La polarizzazione delle posizioni degli Stati latinoamericani nella classifica dell'indice globale di sicurezza sanitaria**



Fonte: Elaborazione dati GHS Index, ottobre 2019.

Quello che, purtroppo, ha accomunato gli Stati della regione sono la carenza di medici, forniture mediche e altre infrastrutture critiche essenziali e la mancanza di prossimità degli ospedali per larghi strati della popolazione, aspetti che hanno aggravato i problemi strutturali della elevata disuguaglianza nel continente – in termini di reddito, ricchezza e opportunità – e di una fragilità economica nel mezzo della pandemia.

Il mosaico dei diversi sforzi di risposta nei Paesi della regione ha trovato una tendenza comune nel maggio 2020 con un generale abbassamento della guardia in termini di misure restrittive. In Brasile, a Rio de Janeiro si poteva tornare a nuotare in acqua e si registravano raduni sulle spiagge pur essendo ancora attivo il divieto.

La Bolivia autorizzava la riapertura della maggior parte del Paese, mentre il presidente venezuelano Nicolas Maduro procedeva alla rimozione delle restrizioni. Gli aeroporti dell'Ecuador riprendevano i voli e clienti tornavano a fare shopping in alcuni dei centri commerciali della Colombia. In Messico, il presidente Obrador esortava il Paese a mantenere la calma dopo che si era registrato un aumento delle vittime che rivaleggiava per numeri con quelli del Brasile o degli Stati Uniti. Probabilmente, a spiegare questa comune tendenza all'allentamento delle misure, oltre all'esigenza di ridare fiato all'economia di un continente in cui il settore informale resta dominante e le misure di sostegno al reddito, al lavoro, alla fornitura di servizi sono scarse, c'è da considerare la presenza di sistemi di rilevazione di dati inadeguati a fornire indicazioni affidabili per orientare le scelte politiche, perché la maggior parte dei Paesi registrava numeri molto bassi di test tra la popolazione.

In Messico, Brasile e Nicaragua, dove i presidenti avevano minimizzato la minaccia della pandemia, molti analisti hanno continuato a segnalare che il livello reale di infezione è di fatto

Nazioni Unite. Si veda: <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2020/04/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>

sconosciuto, con alcune stime indipendenti che suggeriscono che è di un ordine di grandezza molto superiore a quello riportato dalle autorità sanitarie.

Essendo la regione più urbanizzata del mondo, una sfida aggiuntiva che la pandemia impone è quella di mettere in opera un distanziamento sociale attraverso la quarantena e il coprifuoco. Secondo molti osservatori, la vulnerabilità della regione è accresciuta dalla diminuzione della spesa sanitaria e dalla bassa capacità gestionale dei governi dopo diversi anni di stagnazione economica. Il Venezuela desta particolare preoccupazione, poiché le prolungate crisi politiche ed economiche avevano già indebolito il suo sistema sanitario.

A inizio febbraio 2021 si stimano in circa 5,5 milioni i rifugiati e migranti venezuelani nel mondo che per la maggior parte (circa l'80 per cento) risiederebbe in paesi vicini della regione, a cominciare da Colombia e Perù, seguiti da Cile ed Ecuador. Si tratta del più grande movimento di popolazione nella storia recente dell'America Latina, cominciato prima dello scoppio della pandemia e senza alcuna evidenza che possa rallentare presto.

Particolarmente drammatica è la situazione di grave vulnerabilità delle popolazioni amazzoniche, a cominciare da quelle brasiliane, su cui convergono gli effetti negativi della disattenzione del governo federale per i problemi, i bisogni e i diritti di queste popolazioni, l'allentamento del controllo sugli incendi dolosi in Amazzonia che colpiscono le terre delle popolazioni native e una notevole sottovalutazione dei rischi pandemici da parte del governo del presidente Bolsonaro.

Nel momento in cui la curva dei casi confermati in Europa era chiaramente in calo a maggio 2020, in diversi Paesi dell'America Latina la situazione epidemiologica diventava preoccupante: Brasile, ma anche Cile, Perù, Panama e Porto Rico, risultavano i cinque paesi con la più alta incidenza. Al contempo, le difficoltà sociali ed economiche che attraversano l'intero continente acutizzano le tensioni politiche preesistenti e i correlati rischi di deriva autoritaria, con la radicalizzazione delle posizioni governative.

Il presidente di El Salvador, Nayib Bukele, imprenditore quarantenne di origini palestinesi, in carica da nemmeno due anni dopo essere stato sindaco a trenta anni di Nuevo Cuscatlán e poi di San Salvador, è in rotta di collisione con la Corte suprema del Paese. Già a inizio del 2020 i parlamentari avevano parlato di auto-golpe e *Amnesty International* aveva criticato duramente la decisione del presidente – che non aveva all'epoca una maggioranza parlamentare – di dispiegare militari pesantemente armati durante una seduta molto tesa in cui si doveva approvare il disegno di legge volto a rafforzare, con un prestito di 109 milioni di dollari, la sicurezza nel Paese. Secondo *Amnesty International*, ciò richiamava alla memoria “i tempi più bui della storia del Paese”.

Per tutto l'anno il presidente ha portato avanti lo scontro frontale con parlamentari e magistrati, definendoli “criminali, ladri e corrotti”, dopo che la Corte suprema ha dichiarato incostituzionale la Legge sulla restrizione temporanea dei diritti costituzionali per affrontare la pandemia di Covid-19 e il decreto legislativo numero 639, che conteneva le disposizioni di *lockdown* per l'isolamento, la quarantena e le misure di sorveglianza.

Nel frattempo, il presidente Bukele affermava in un tweet di aver ricevuto raccomandazioni mediche sulla profilassi con idrossiclorochina (il farmaco contro la malaria bollato come pericoloso e inefficace per la cura del Covid-19<sup>34</sup>, ma tanto pubblicizzato dal presidente Trump e

---

<sup>34</sup> Tra gli altri, si veda: Boulware et al. (2020), “A Randomized trial of hydroxychloroquine as postexposure prophylaxis for Covid-19” *New England Journal of Medicine*, 3 giugno.

dal brasiliano Bolsonaro, mentre il tanzaniano John Magufuli suggeriva il ricorso a terapie di inalazione del vapore, infusi di erbe e preghiere).

Bukele ha anche rapidamente adottato toni autoritari e conflittuali e politiche sull'immigrazione volte a limitare le richieste di asilo, ottenendo il plauso e il sostegno di Trump. Ma come altri leader mondiali che si erano molto spesi a fianco di Trump, il presidente del Salvador dovrà ora affrontare una strada in salita per ricostruire un rapporto di fiducia con l'amministrazione Biden, che ha già segnalato che il suo rapporto con El Salvador deve essere rivisto.

Al contempo, la radicalizzazione del confronto politico si è acuita nel Paese, a fronte di una grave crisi economica che ha causato la chiusura di molte attività microimprenditoriali e nel settore agricolo, oltre a un'elevata disoccupazione tra i lavoratori impiegati nel settore informale. In questa situazione, la strategia governativa di dichiarare lo stato di emergenza e imporre una quarantena assoluta a livello nazionale ha ricevuto molte critiche. Sul piano sociale, il governo ha chiuso molti programmi sociali introdotti dai governi precedenti in materia di salute preventiva e assistenza di base, istruzione e sviluppo rurale.

A seguito della gravità della situazione, ora si ritiene che il tasso di povertà assoluta, la mortalità materna e la malnutrizione stiano purtroppo aumentando molto rapidamente, disperdendo i risultati faticosamente raggiunti negli anni passati. In questa crisi politico-istituzionale, socio-economica e sanitaria, El Salvador ha conferito una eccezionale vittoria politica al Presidente nelle elezioni politiche e amministrative di fine febbraio 2021, liberando il campo dalle opposizioni dei partiti tradizionali che hanno finora avuto la maggioranza in Parlamento.

Il Brasile è probabilmente il Paese latinoamericano che ha ricevuto più attenzione dalla stampa in Italia, non solo per la particolare drammaticità della diffusione della pandemia di Covid-19, che ha superato a febbraio 2021 la soglia dei 10 milioni di contagiati (dietro solo a Stati Uniti e India in questo triste primato), con un numero di decessi intorno ai 250 mila e dati giornalieri ancora molto elevati e con il preoccupante diffondersi di una nuova variante del virus, ma anche per il comportamento del Presidente Jair Bolsonaro.

Da più parti e da molti mesi, si paventa il rischio di intervento autoritario con il sostegno diretto delle forze militari che rimetta ordine nel caos del Paese, che risente di una lunga serie di errori e atteggiamenti governativi che hanno radicalizzato le posizioni in campo, a fronte di una situazione economica disastrosa. In particolare, preoccupa la presenza di migliaia di membri dell'esercito in servizio attivo per incarichi nella pubblica amministrazione, con ben dieci generali su ventidue ministri nel governo federale di Bolsonaro, ivi compreso il ministro della salute, il generale Eduardo Pazuello, in carica da metà del 2020.

Appena insediatosi, l'attuale ministro aveva esonerato tutta la squadra tecnica precedente, sostituendola con propri uomini e deciso di non comunicare i dati sui contagi del giorno, sospendendo le conferenze stampa giornaliere e dando informazioni solo attraverso brevi comunicati; solo dopo le pressioni dell'opposizione e soprattutto una decisione della Corte suprema aveva dovuto riprendere a divulgare i dati complessivi riguardo al numero totale di vittime e di contagi da Covid-19.

Quella decisione drastica del governo di oscurare i dati (seconda solo all'estremo tanzaniano della sospensione totale di qualsiasi aggiornamento statistico) era stata considerata dalle opposizioni come un ennesimo espediente da parte del governo dell'ex capitano dell'esercito Jair Bolsonaro per manipolare i dati con evidente intento negazionista sulla gravità del virus. Clare Wenham, della London School of Economics, aveva definito la situazione in Brasile "terrificante", aggravata dalla decisione politica di non comunicare i dati in modo completo e affidabile. Il

Consiglio nazionale dei Segretari della Sanità aveva definito l'atteggiamento un tentativo autoritario, insensibile, disumano e non etico di rendere invisibili i morti da Covid-19; l'Associazione brasiliana di giornalismo investigativo aveva detto che le misure andavano contro la Costituzione federale.

L'aumento di gruppi neonazisti che dichiarano di sostenere il presidente Bolsonaro e le affermazioni di suoi seguaci di voler abolire la Corte suprema e il Congresso, prospettando un ritorno al dominio militare del 1964-85, hanno alimentato le tensioni nel Paese.

Va ricordato che Bolsonaro, durante la campagna elettorale, aveva promesso la chiusura della Corte suprema, una presenza più strutturale dell'esercito e la carcerazione degli oppositori politici. Insediatosi a inizio del 2019, le sue scelte radicali in materia ambientale, di conflitto con le popolazioni native e con la magistratura (anche a seguito di inchieste che coinvolgevano due figli del presidente), la sconsiderata gestione della pandemia si sono combinate con un quadro molto grave della situazione economica, con circa 5 milioni di brasiliani senza lavoro e proiezioni che ipotizzano un calo storico del 5% del PIL nel 2020.

Il conflitto istituzionale si è concentrato anche sulla gestione delle misure di contrasto della pandemia, con Bolsonaro fortemente critico nei confronti delle misure restrittive imposte da sindaci e governatori per contrastare l'aumento dei casi di Covid-19, nel quadro di un sistema federale che ha fatto esplodere tensioni tra i diversi livelli di governo. La grave situazione di crisi politico-istituzionale, economica, sociale, sanitaria e ambientale (nel cuore dell'Amazzonia) crea le condizioni peggiori perché tentazioni di golpe possano attecchire. Uno scenario estremo preoccupante, che molti sperano non si realizzi per i gravi contraccolpi che ne deriverebbero in Brasile e per un possibile effetto domino in America latina.

Un continente che sovrappone differenze e somiglianze al suo interno, a cominciare dal fatto comune negativo rappresentato dall'accesso limitato all'acqua pulita e a infrastrutture sanitarie e per il trattamento delle acque di scarico, che sono minime in tutte le aree rurali e nelle baraccopoli urbane. Le comunità indigene, gli afro-discendenti, i migranti, i rifugiati e gli sfollati interni spesso affrontano ostacoli insormontabili all'assistenza sanitaria e le restrizioni della quarantena in alcuni casi possono aver creato in questi mesi un pericoloso aumento della fame e della disperazione; al contempo, incaute politiche di allentamento delle restrizioni e la mancanza di misure di attenzione specifica alle fasce più vulnerabili rischiano di determinare un costo sproporzionato scaricato proprio sugli strati più fragili della popolazione.

Le misure straordinarie per rispondere alla pandemia non sono mancate nell'America latina e caraibica, come non sono mancate segnalazioni di abusi di potere e violazioni dei diritti umani in termini di arresto e carcerazione dei trasgressori della quarantena, dura repressione delle rivolte nelle prigioni e ritardo delle elezioni. Ma le misure di sostegno economico adottate sono state limitate in diversi Paesi dalla ridotta capacità fiscale di sostenere le imprese e le reti di sicurezza sociale e ciò si è tradotto in un peggioramento netto, in termini assoluti e relativi, delle condizioni di vita e della vulnerabilità di molte persone.

Le chiusure e le misure di contenimento per mitigare la pandemia hanno colpito in modo particolarmente duro, infatti, i lavoratori a basso salario e quelli informali. In base a stime preliminari dell'OCSE e dell'ILO, ben il 38 per cento dei lavoratori totali e il 61 per cento dei lavoratori vulnerabili nel settore informale non hanno accesso ad alcun tipo di protezione sociale.

Nel 2020 l'America latina e caraibica sarà, secondo stime preliminari, la regione emergente e in via di sviluppo più colpita del mondo in termini di decrescita del PIL e questa crisi sta colpendo

in particolare i gruppi più vulnerabili<sup>35</sup>. Le strategie in campo sanitario, un impegno maggiore per sostenere le famiglie, i lavoratori e le imprese più vulnerabili e piani di investimento economico per stimolare rapidamente una ripresa economica sono parole d'ordine, che riecheggiano quelle in America del Nord ed Europa, ma in condizioni politico-istituzionale ed economico-finanziarie molto più impervie.

## vi. Oceania

Australia e Nuova Zelanda hanno insistentemente accusato, insieme a Stati Uniti, Canada e Regno Unito<sup>36</sup> la Cina della pandemia che affligge il mondo, e sono tra i primi Paesi, insieme a Taiwan, Hong Kong, Singapore e Corea del Sud, oltre naturalmente la Cina, ad adottare misure di controllo del virus.

Gli osservatori ritengono che gli sforzi di mitigazione messi in campo in Australia – compresi autoisolamento, restrizioni di movimento, quarantena di due settimane per coloro che entrano nel paese –, il generale rispetto delle regole da parte della popolazione, e i diffusi test e la ricerca dei contatti possano spiegare lo sforzo relativamente riuscito per contenere la pandemia nel Paese.

Secondo quanto indicano i dati ufficiali, l'Australia ha uno dei più alti tassi di test pro capite del mondo. Già ad aprile del 2020 il governo australiano aveva lanciato *Covidsafe*, una delle prime applicazioni digitali al mondo (insieme ad *Aarogya Setu* adottata in India e a *HaMagen* in Israele) tra quelle di oltre quaranta Stati che ad oggi hanno utilizzato questo tipo di strumento – come *Immuni*, nel caso italiano – per tentare, spesso con scarso successo nel tempo, di identificare le persone esposte al Sars-CoV-2 al fine di interrompere la trasmissione dei contagi.

Finora, i risultati delle misure australiane sono chiaramente indicati dalla presenza di due picchi di contagio: il primo durante la prima ondata, raggiunto il 28 marzo con 458 nuovi casi giornalieri; il secondo durante la seconda ondata, raggiunto il 5 agosto con 715 nuovi casi giornalieri, dopodiché si è registrato un calo drastico, fino a una situazione stabilizzatasi già a fine settembre, con una-due decine di nuovi contagi giornalieri.

Da luglio 2020 a oggi ci sono stati alcuni focolai e una recrudescenza territorializzata del virus che hanno determinato rapidamente misure di *lockdown* localizzato e risultati confortanti: prima un blocco nella metropoli di Melbourne e un inasprimento delle restrizioni per lo Stato di Victoria (fuori Melbourne); poi, nella seconda decade di novembre, un *lockdown* immediato e rigoroso di tre giorni ad Adelaide; tra la fine del 2020 e l'inizio del 2021, un ordine di permanenza in casa a causa di un nuovo focolaio nella zona settentrionale delle spiagge del nord di Sydney; dal 31 gennaio, l'area metropolitana di Perth e le regioni di Peel e South West nell'Australia occidentale

---

<sup>35</sup> OECD (2020e) “COVID-19 in Latin America and the Caribbean: Regional socio-economic implications and policy priorities”, *OECD tackling Coronavirus (Covid-19) series*, 8 dicembre.

<sup>36</sup> I cosiddetti Cinque Occhi (*Five Eyes*), la consolidata coalizione di *intelligence* e scambio “senza restrizioni” d'informazioni costituita all'indomani della Seconda guerra mondiale, tornata alla cronaca per il famigerato programma Echelon (basato sui satelliti internazionali), il controllo sul web e su altri servizi internet come la posta elettronica, culminato con le rivelazioni di Edward Snowden sullo spionaggio ai danni di leader del G-20 e, più recentemente, con la campagna mediatica e politica contro la leader mondiale dell'innovazione tecnologica delle reti mobili di quinta generazione (5G), la cinese Huawei. Secondo le autorità cinesi, l'alleanza dei Cinque Occhi avrebbe montato la macchina del fango per incolpare la Cina della pandemia di Covid-19.

(due milioni di persone) sono entrate in un *lockdown* di 5 giorni a causa di un caso di positività di una guardia giurata impiegata in un hotel per le quarantene, probabilmente trasmesso da un australiano rientrato da un viaggio all'estero.

In tutto il paese rimangono le restrizioni a livello statale sui raduni pubblici e le regole di distanziamento sociale per ristoranti e negozi, mentre alcuni viaggi interstatali restano limitati. I viaggi all'estero sono tuttora vietati, e tutti gli arrivati in Australia sono in quarantena per 14 giorni, con l'eccezione dei viaggiatori dalla Nuova Zelanda che possono entrare senza obbligo di quarantena dal 16 ottobre 2020. L'Australia ha iniziato le vaccinazioni anti Covid-19 solo nel febbraio 2021; complice il basso tasso di contagi, mortalità e letalità, indagini campionarie indicano che nel Paese più del 20 per cento della popolazione non intende vaccinarsi<sup>37</sup>.

La Nuova Zelanda ha confermato il suo primo caso di coronavirus il 28 febbraio 2020. La data tardiva del primo focolaio, il relativo isolamento del Paese, la tempestiva risposta e i test diffusi sembrano aver aiutato la Nuova Zelanda ad affrontare molto efficacemente il virus. Circa 5 milioni di abitanti, 2.300 casi di contagio e 26 decessi a metà febbraio 2021 indicano un'incidenza ancora più bassa rispetto a quella, già molto bassa, dell'Australia, che ha una popolazione di oltre 25 milioni di abitanti, quasi 29 mila casi di contagio confermati e 909 decessi.

Un tasso di contagio dello 0,05 per cento del totale della popolazione (rispetto allo 0,11 australiano), un tasso di letalità dell'1,1 per cento (rispetto al 3,1 australiano) e un tasso di mortalità sette volte più basso di quello australiano sono dati molto chiari.

Il 14 marzo 2020, a scopo precauzionale, il primo ministro Jacinda Ardern ha annunciato che tutti coloro che entravano in Nuova Zelanda avrebbero dovuto auto-isolarsi per due settimane e che il divieto di viaggio esistente per coloro che provenivano da Cina e Iran sarebbe rimasto in vigore. Dal 19 marzo, il confine della Nuova Zelanda è rimasto chiuso a quasi tutti i viaggiatori e solo i cittadini neozelandesi, i residenti e le loro famiglie potevano entrare nel Paese (sottoponendosi a una quarantena obbligatoria), a fronte di un flusso medio annuo di circa 4 milioni di stranieri in visita, mentre all'interno si è adottato un livello molto elevato di restrizioni (livello 4). In un periodo di tempo relativamente breve, il Paese è passato dall'isolamento a un allentamento delle restrizioni. C'è stata presto una graduale rimozione delle restrizioni attraverso i livelli di allerta 3 (28 aprile 2020) e 2 (13 maggio 2020), con la riapertura della maggior parte delle attività commerciali e delle attività didattiche per l'istruzione terziaria, mentre sono stati consentiti i viaggi tra le regioni del Paese e i raduni fino a 10 persone.

La Nuova Zelanda è passata al livello di allerta 1 dall'8 giugno 2020, eliminando le restrizioni sui movimenti personali, sui raduni, sui luoghi di lavoro e sui servizi. La chiusura delle frontiere e l'obbligo di quarantena rimangono in vigore. Un'attenta politica di controlli alle frontiere, i test su larga scala e l'isolamento di chi presenta sintomi e di chi entra in contatto con i malati sono stati mantenuti.

Come in Australia, nel contesto neozelandese sistemi territorializzati di rapido ripristino di misure di restrizione sembra abbiano contribuito a tenere sotto controllo i numeri del contagio: in seguito all'emergere di nuovi casi di Covid-19 la città di Auckland – la più popolosa del Paese, con circa 1,5 milioni di abitanti – è tornata alle restrizioni del livello di allerta 3 il 12 agosto 2020, per poi scendere ad un livello di allerta 2,5 (livello di allerta 2 con restrizioni extra di raduno) a fine agosto 2020, al livello di allerta 2 il 24 settembre 2020 e al livello di allerta 1 il 7 ottobre 2020.

---

<sup>37</sup> P. Mercer (2021), "Mass COVID-19 Vaccination Begins in Australia", *VOA News*, 21 febbraio.

Il resto del Paese è stato posto sotto il livello di allerta 2 il 12 agosto 2020 ed è tornato al livello di allerta 1 il 24 settembre 2020. Oggi, le mascherine in pubblico non sono più necessarie, anche se incoraggiate, e le persone devono continuare a tenere traccia dei luoghi che visitano.

Il confronto con l’Australia mostra l’adozione da parte neozelandese di misure obbligatorie più restrittive e più tempestive nella prima fase: il primo ministro australiano Scott Morrison aveva dichiarato nelle prime settimane di voler tenere aperte le scuole, lasciando la libertà ai genitori di decidere di tenere i bambini a casa se lo desideravano e ad inizio aprile si sono registrate decisioni da parte di diversi stati e territori federati di avviare piani con un mix di apprendimento a distanza e lezioni in presenza. In Nuova Zelanda, le misure restrittive sono state adottate immediatamente su scala nazionale.

Misure fiscali, monetarie e macrofinanziarie a breve termine prevalenti nei Paesi OCSE per il sostegno del reddito e del lavoro e il contenimento degli effetti negativi della pandemia sulla vita delle persone si ritrovano anche in Nuova Zelanda, come già in Australia. Al di là delle risposte immediate, le risposte politiche per conseguire un impatto a lungo termine, aprendo la strada alla ripresa, comprendono misure fiscali per un importo pari al 19,2 per cento del PIL fino al 2025.

Queste risorse includono il Fondo di risposta al Covid-19 e per la ripresa che comprende spese per l’assistenza sanitaria, un aumento permanente della spesa sociale per proteggere le persone vulnerabili, sussidi salariali per sostenere i datori di lavoro più colpiti dalla pandemia, contributi a favore delle persone che hanno perso il lavoro, sgravi delle imposte sulle imprese, crediti agevolati alle piccole imprese, investimenti in infrastrutture e in progetti per il trasporto, sostegno al turismo e al trasporto aereo, un programma per gli alloggi e le infrastrutture scolastiche.

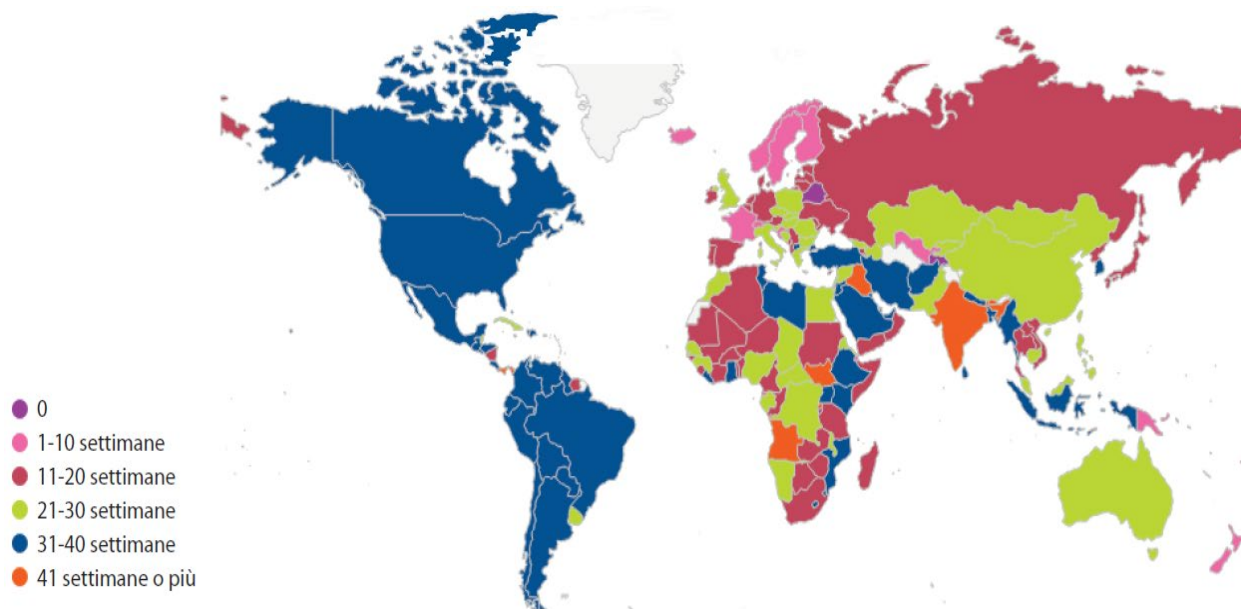
### **2.3. Le chiusure delle scuole**

L’esempio italiano dei confronti, anche molto aspri, tra istituzioni dello stesso Stato, andati ben oltre il tavolo negoziale della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (la Conferenza Stato-Regioni), circa la natura, severità (o intensità) ed estensione temporale delle diverse misure restrittive adottate, è un termometro delle tensioni prodotte in molti casi a livello internazionale.

Una misura che, da subito, ha fatto discutere e continuerà a far molto discutere è quella delle chiusure complete o parziali delle scuole. Il fatto che i bambini e i ragazzi – per i quali peraltro non è stato ancora sperimentato un vaccino – possano essere portatori del virus e che molti focolai collegati alle sue mutazioni siano stati registrati nelle scuole o negli assembramenti – per esempio sui mezzi di trasporto – causati dagli orari scolastici, ha spinto molti governi a decidere la chiusura delle scuole, imponendo laddove possibile come in Italia (dove inizialmente si sono evidenziate una elevata impreparazione iniziale nel corpo docente e forti disuguaglianze sia territoriali che legate alle condizioni socio-economiche delle famiglie) il ricorso alla didattica a distanza (DaD), o altrimenti decretando semplicemente la sospensione delle attività didattiche in molti altri casi (come è successo in diversi Stati dell’Africa).

Al di là delle considerazioni di merito e delle differenze di contesto specifico da Stato a Stato, un confronto sulla base dei dati raccolti a fine gennaio 2021 dall’UNESCO consente di evidenziare la natura tutt’altro che eccezionale della situazione in Italia.

**Fig.9 – Durata delle chiusure complete e parziali delle scuole, da febbraio 2020 a gennaio 2021**



Fonte: UNESCO.

Come segnala l'UNESCO, a distanza di quasi un anno dallo scoppio della pandemia di Covid-19 oltre la metà della popolazione studentesca mondiale, cioè più di 800 milioni di studenti, è ancora alle prese con interruzioni significative delle attività scolastiche, che vanno dalla chiusura completa delle scuole (in 31 Stati) a orari accademici ridotti (in 48 Stati).

Più in particolare, in base ai dati UNESCO, le scuole sono rimaste completamente chiuse per una media di 3,5 mesi (14 settimane) dall'inizio della pandemia e la cifra sale a 5,5 mesi (22 settimane), un dato equivalente a due terzi di un anno accademico, quando si prendano in considerazione le chiusure localizzate delle scuole non estese a livello nazionale.

La durata delle chiusure varia notevolmente da continente a continente, da una media di 5 mesi (20 settimane) di chiusure complete a livello nazionale in America latina e caraibica, a 2,5 mesi (10 settimane) in Europa, e solo un mese in Oceania. A livello di singoli Stati, in Italia la chiusura è stata attuata per 26 settimane.

Variazioni regionali simili si osservano anche quando si tenga conto delle chiusure localizzate: la durata delle chiusure complete e localizzate supera in media i sette mesi (29 settimane) in America latina e caraibica, rispetto alla media globale di 5,5 mesi (22 settimane).

Guardando l'evoluzione delle misure dallo scoppio della prima ondata a inizio febbraio 2021, in generale i governi si sono sforzati di ridurre al minimo le chiusure a livello nazionale – da 190 Stati durante il picco di aprile 2020 a 30 Stati a inizio febbraio 2021 – preferendo adottare misure differenziate con chiusure parziali e/o localizzate. A inizio febbraio 2021, in effetti, le scuole sono ora completamente aperte in 101 Stati.

In ambito internazionale, in occasione dell'incontro mondiale sull'istruzione promosso dall'UNESCO nell'ottobre 2020, i governi si sono impegnati a salvaguardare il bilancio nazionale per l'istruzione e a concentrare il recupero sulla riapertura sicura e inclusiva delle scuole, sul sostegno agli insegnanti, sullo sviluppo delle competenze e sulla connettività per tutti.

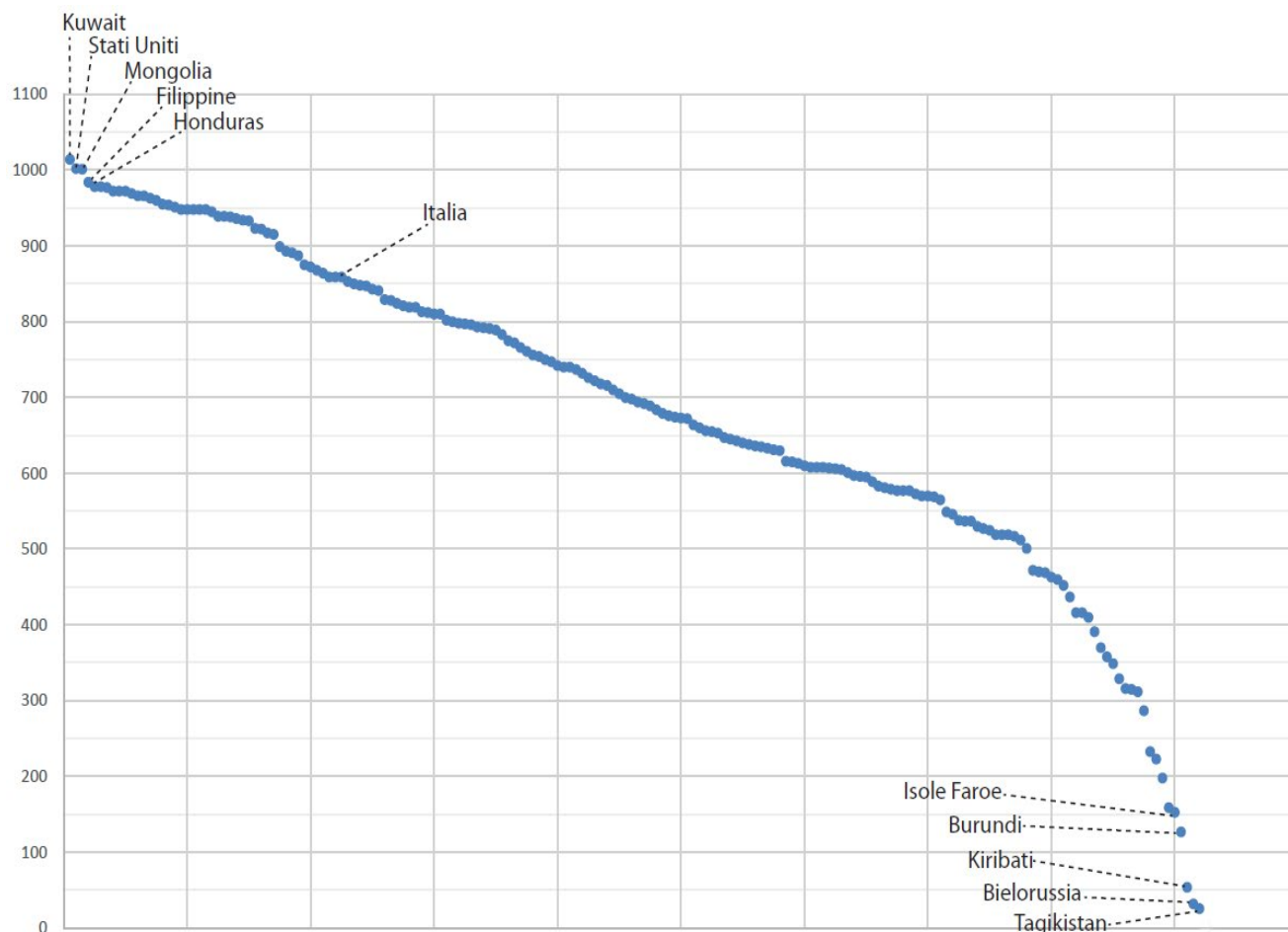


Si tratta di sfide globali di primaria importanza, che spesso si innestano su situazioni già difficili per la realizzazione del diritto-dovere di un'istruzione per tutti, gratuita e non impedita da ostacoli di ordine economico e sociale (per citare gli articoli 3 e 34 della Costituzione italiana).

Basti pensare al problema molto grave in Italia di numerose scuole e famiglie che non hanno accesso a Internet o non sono in possesso di dispositivi per la didattica a distanza, e moltiplicarlo per mille pensando a una città come Lagos in Nigeria, con i suoi 21 milioni di abitanti (la più popolosa in Africa), in cui le scuole sono state chiuse il 19 marzo 2020.

Un modo complementare al precedente per illustrare in termini comparativi l'adozione di misure di chiusura delle scuole su scala globale è quello di utilizzare i dati predisposti da *Oxford COVID-19 Government Response Tracker* e sommare i punteggi registrati giornalmente – con una scala diversa da quella adottata dall'UNESCO, utilizzando valori che vanno da un minimo di 0 nel caso di assenza di misure restrittive a un massimo di 3 nel caso di chiusura totale – nel corso di un intero anno, da inizio febbraio 2020 a fine gennaio 2021 e vedere quali sono i Paesi che hanno accumulato più punti (cioè più misure restrittive) e quali all'opposto i Paesi con meno restrizioni.

**Fig. 10 – Durata e livello delle chiusure complete e parziali delle scuole, da inizio febbraio 2020 a fine gennaio 2021 (Punteggio giornaliero cumulato totale\*)**



\* Il punteggio assegnato a ogni giorno dell'anno è in una scala ordinale, con valori pari a 0 (nessuna limitazione), 1 (chiusura solo raccomandata o apertura con orari sostanzialmente diversi al periodo pre-pandemia), 2 (chiusura imposta, ma solo ad alcuni ordini e gradi, come per esempio solo le statali o le superiori) e 3(chiusura imposta a scuole di ogni ordine e grado).

Fonte: Elaborazione su banca-dati *Oxford COVID-19 Government Response Tracker*, febbraio.

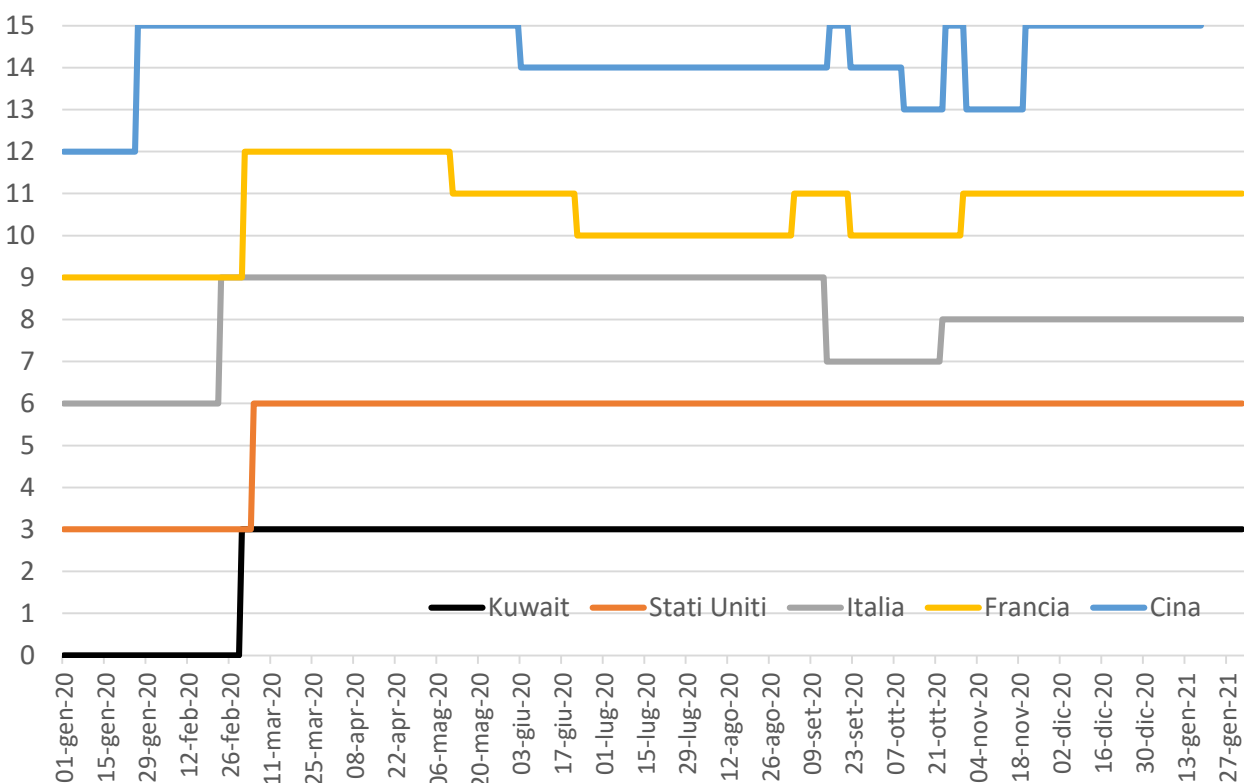
Come mostra la figura, solo la coda dei punti in basso a destra, cioè quelli con meno restrizioni (combinando il numero di giorni con restrizioni e l'intensità delle restrizioni di ogni giorno), presenta una dispersione e una forte pendenza, a dimostrazione che sono la minoranza gli Stati che hanno adottato pochissime misure restrittive su un totale di 185 Stati monitorati. Il Tagikistan registra il punteggio più basso (26), preceduto da Bielorussia (32) e Kiribati (54), che si distanziano nettamente dal resto degli Stati che hanno punteggi superiori a 100, comprese molte isole del Pacifico. All'estremo opposto, tre Stati superano la soglia di un punteggio pari a mille, cioè restrizioni molto stringenti: Kuwait (1.014), Stati Uniti (1.002) e Mongolia (1.001).

L'Italia si colloca nel terzo quartile di Paesi con misure più restrittive (il punteggio è 959).

Quel che il grafico non mostra è quanto il punteggio sia dovuto alla durata delle restrizioni e quanto all'intensità o severità delle stesse. In pratica, un punteggio pari a 90 potrebbe voler dire

che il Paese in oggetto ha adottato misure molto restrittive per 30 giorni (giornalmente un punteggio pari a 3) oppure misure molto blande per 90 giorni (giornalmente un punteggio pari a 1). Per questa ragione, può essere utile confrontare le situazioni di alcuni Stati attraverso un'altra rappresentazione che sovrappone verticalmente il tipo di misure adottate nel tempo da Kuwait, Stati Uniti, Italia, Francia e Cina.

**Fig. 11 – Evoluzione temporale delle misure restrittive di chiusura delle scuole\* in cinque Stati, da inizio febbraio 2020 a fine gennaio 2021**



\* Il punteggio assegnato a ogni giorno dell'anno è in una scala ordinale, con valori pari a 0 (nessuna limitazione), 1 (chiusura solo raccomandata o apertura con orari sostanzialmente diversi al periodo pre-pandemia), 2 (chiusura imposta, ma solo ad alcuni ordini e gradi, come per esempio solo le statali o le superiori) e 3(chiusura imposta a scuole di ogni ordine e grado).

Fonte: Elaborazione su banca-dati *Oxford COVID-19 Government Response Tracker*, febbraio.

Partendo dal basso, i primi due Stati riportati nel grafico sono Kuwait e Stati Uniti. In entrambi i casi si evidenzia un livello molto elevato di intensità delle restrizioni in termini di chiusure scolastiche, praticamente ininterrotte dal momento dello scoppio della pandemia (in entrambi i casi da fine febbraio-inizio marzo si avvia la fase restrittiva con un punteggio costantemente fisso al livello massimo, cioè 3 nella scala relativa al Kuwait che è riportata sull'asse verticale da 0 a 3 e 6 in quella relativa agli Stati Uniti che sono riportate sulla stessa scala da 3 a 6).

La situazione italiana, invece, mostra una fase prolungata di massima severità delle restrizione (punteggio 3, equivalente nella scala riportata sull'asse verticale che cumula i punteggi degli Stati

rappresentati, al valore 9) fino a che a settembre 2020, con l'apertura del nuovo anno scolastico, si è adottata una misura più blanda di chiusura delle scuole per poi innalzare, a fine ottobre, il livello di restrizioni imposte con il concludersi della seconda ondata della pandemia, senza però tornare alla fase di chiusura totale.

La Francia ha adottato misure simili all'Italia, nel senso che ha sperimentato fasi diverse di chiusura generalizzata delle scuole e poi un adattamento alle circostanze, con chiusure parziali. A differenza dell'Italia, però, il grafico relativo alla Francia (in giallo, con la scala riportata sull'asse verticale dal valore 9 al 12) mostra un graduale ma ininterrotto abbassamento del livello di restrizioni anticipando l'uscita dall'emergenza con segnali di allentamento già a maggio 2020. La ripresa dell'anno scolastico è stata accompagnata da un innalzamento delle misure restrittive (punteggio pari a 2, cioè 11 sull'asse verticale), un successivo abbassamento con l'adozione di misure più blande (pari a 1) e, infine, il ripristino di misure abbastanza restrittive (pari a 2).

La Cina, infine, ha avviato prima di tutti la fase di *lockdown* molto rigoroso, che ha comportato la chiusura delle scuole già a inizio febbraio; ha fatto seguito una fase prolungata di adozione di misure abbastanza restrittive (pari a 2), ma meno rispetto alla prima fase. Poi, dopo un periodo da settembre a novembre di assestamento con variazione significativa di misure, sono state nuovamente adottate misure molto restrittive a fine novembre.

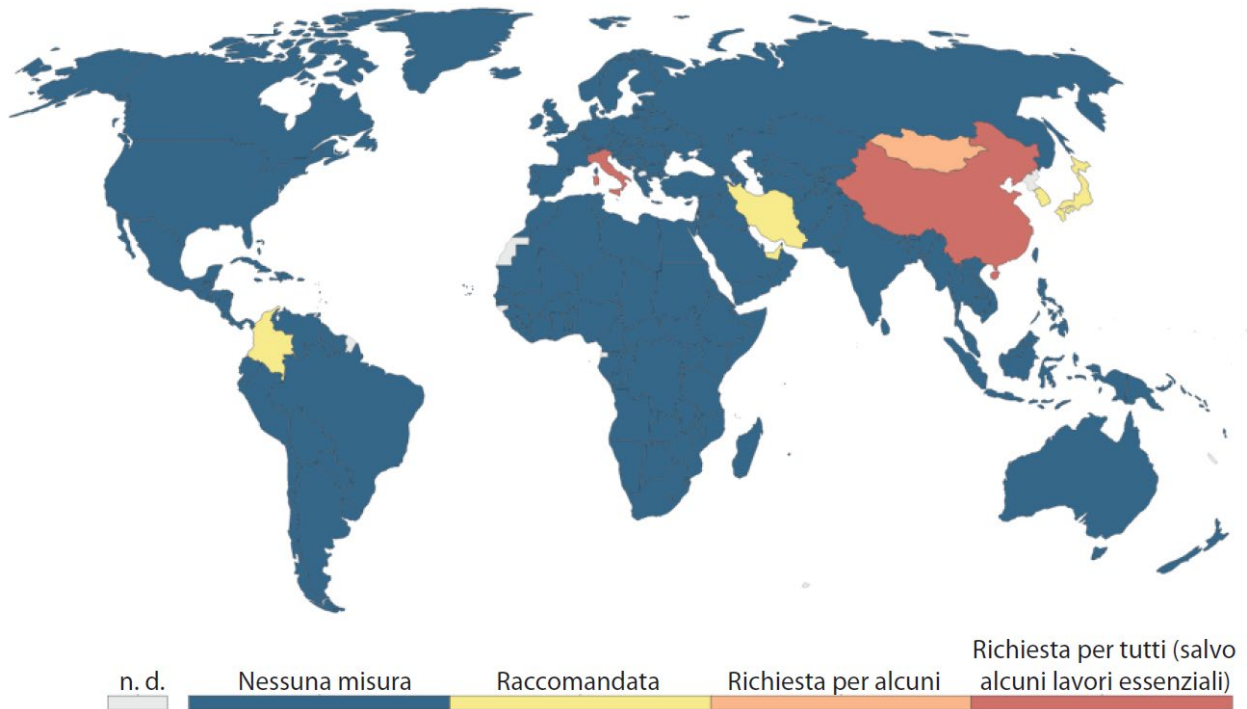
#### **2.4. L'evoluzione della severità delle altre misure restrittive nel mondo**

Il diverso grado di severità e durata nel tempo delle misure restrittive adottate nei diversi Stati si estende naturalmente ben oltre le chiusure delle scuole. In particolare, si può fare riferimento alle altre otto componenti che costituiscono il *Government Stringency Index* dell'OxCGRT e visualizzare schematicamente l'evoluzione nel tempo delle diverse misure adottate dai vari Stati del mondo, confrontando la situazione a inizio marzo 2020, inizio maggio 2020, inizio settembre 2020 e inizio febbraio 2021.

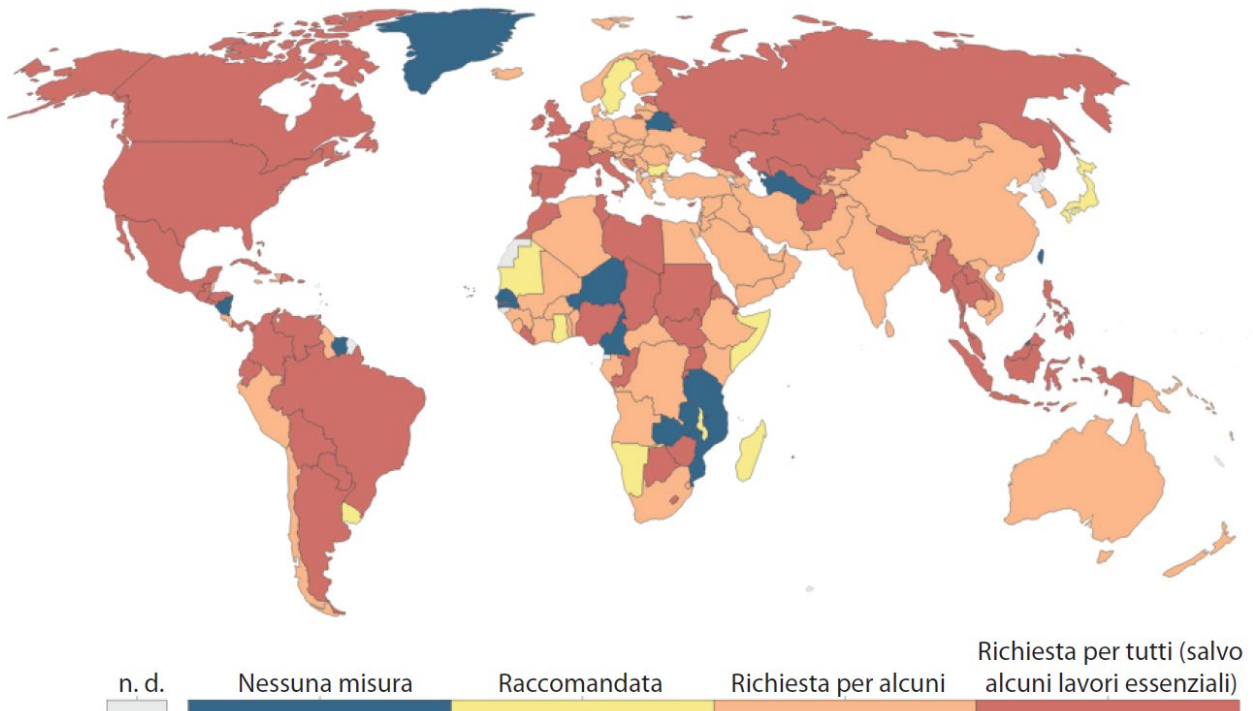
L'evoluzione in quattro stadi delle misure adottate dai diversi Stati mostra come si sia passati da una iniziale fase di assenza di misure di chiusura delle attività economiche, degli esercizi commerciali e quindi di sospensione dei posti di lavoro, con l'eccezione di misure di chiusura generalizzata in Cina e Italia (i due Paesi più investiti dal contagio in quel momento), chiusure parziali in Mongolia e misure solo raccomandate in Paesi come Colombia, Corea del sud, Giappone, Iran ed Emirati arabi uniti, a misure via via più restrittive nel mondo.

Durante il picco della prima ondata, coincidente con la seconda mappa (Fig. 12b), si è raggiunto il massimo su scala mondiale delle chiusure, con un numero di Paesi costretti ad adottare la misura più drastica (in rosso sulla mappa). Il Turkmenistan in Asia centrale, Taiwan, ma anche la Bielorussia, il Nicaragua e Suriname in America latina e caraibica e sei Stati in Africa (Camerun, Mozambico, Niger, Senegal, Tanzania e Zambia) erano gli unici a non adottare misure restrittive.

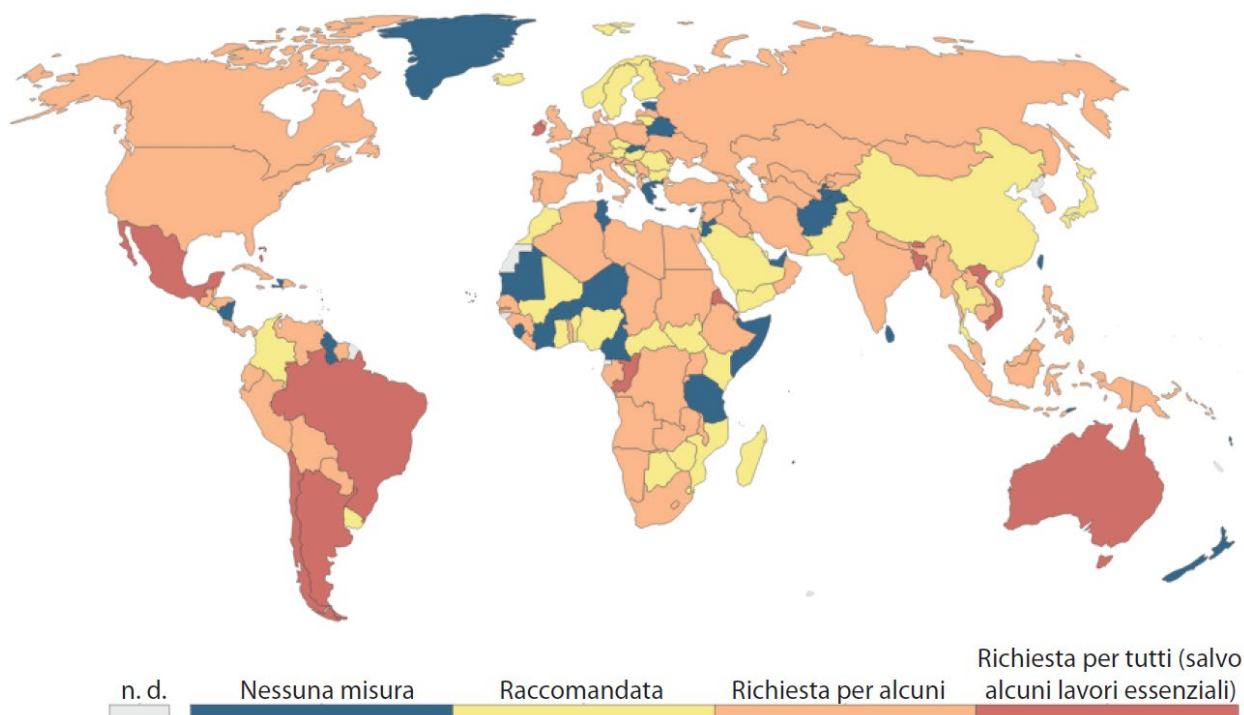
**Fig. 12a – La severità delle misure di chiusura delle attività economiche nel mondo, 1 marzo 2020**



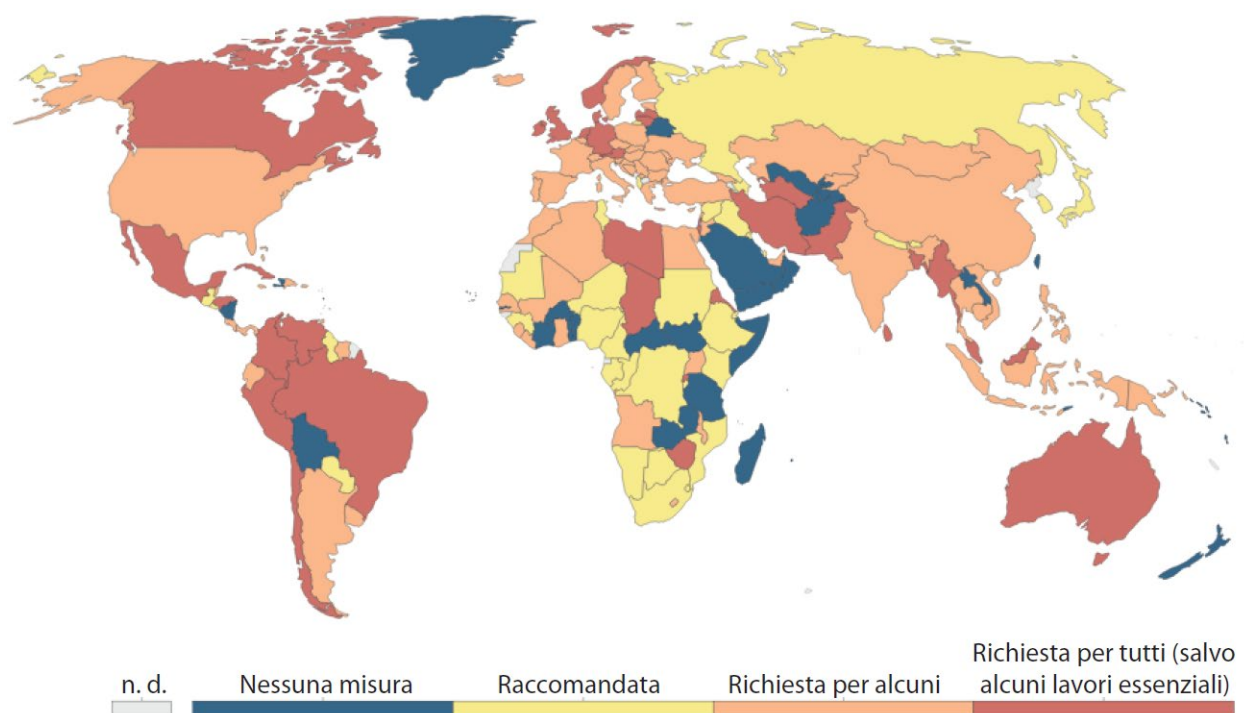
**Fig. 12b – La severità delle misure di chiusura delle attività economiche nel mondo, 1 maggio 2020**



**Fig. 12c – La severità delle misure di chiusura delle attività economiche nel mondo, 2 settembre 2020**



**Fig. 12d – La severità delle misure di chiusura delle attività economiche nel mondo, 1 febbraio 2021**



Fonte: database T. Hale et al. (2021), op. cit.

A inizio settembre 2020 (Fig. 12c), invece, si è registrato un certo ammorbidimento delle misure su scala mondiale, con il prevalere di quelle di chiusura parziale delle attività economiche, scendendo a una decina i Paesi con il livello più alto di restrizioni: Argentina, Brasile, Cile e Messico, Congo ed Eritrea, Bangladesh, Bhutan e Vietnam, Australia.

A inizio febbraio 2021 si raggiunge il punto in cui maggiore è l'eterogeneità delle situazioni, con molti Paesi distribuiti nelle quattro tipologie prese in considerazione, da quelli senza alcuna misura restrittiva (come Bolivia, Nicaragua, alcuni Paesi del Medio Oriente e poco meno di una decina di Stati africani), a quelli con misure di chiusura solo raccomandate ma non obbligatorie (come Russia, Giappone e molti Stati africani), la maggioranza di Stati con misure obbligatorie per un numero limitato di casi (prevalente nei Paesi europei, Italia compresa) e una manciata di Stati con il livello più stringente di misure restrittive (compreso Canada, Brasile, Austria, Danimarca, Germania, Paesi Bassi, Regno Unito, Iran, Myanmar, Pakistan, Turkmenistan e Australia).

A livello di singoli Stati, combinando i dati della banca-dati *Oxford COVID-19 Government Response Tracker* rilevati in tutto il periodo che va dall'inizio del 2020 ai primi di febbraio 2021, è possibile costruire un indice standardizzato (IS) espresso come valore tra 0 e 1 (0 per il Paese con il valore cumulato del punteggio registrato giornalmente più basso; 1 per il Paese con il valore più alto), applicando una formula generale di standardizzazione<sup>38</sup>, da cui ricavare una classifica dei Paesi per livello di severità delle misure di chiusura delle attività economiche e sospensione delle attività lavorative.

**Tab. 7 – Classifica in base a Indice standardizzato del livello di severità delle misure di chiusura delle attività economiche e sospensione delle attività lavorative (gennaio 2020 - febbraio 2021)**

Posizione	Stati	Valore IS	Posizione	Stati	Valore IS
1	Burundi	0,00	176	Myanmar	0,86
2	Bielorussia	0,00	177	Italia	0,86
3	Isole Comore	0,00	178	Eritrea	0,89
4	Kiribati	0,00	179	Canada	0,90
5	Nicaragua	0,00	180	Bangladesh	0,91
6	Taiwan	0,00	181	Venezuela	0,92
7	Tanzania	0,00	182	Messico	0,92
8	Macao	0,06	183	Brasile	0,93
9	Somalia	0,08	184	Cile	0,97
10	Groenlandia	0,09	185	Cina	1,00

Fonte: Elaborazione dell'autore, banca-dati *Oxford COVID-19 Government Response Tracker*.

Alcuni Paesi africani, Bielorussia, Nicaragua, Tanzania e Taiwan, oltre ad alcune isole, sono quelli con i valori più bassi al mondo, il che significa che non hanno adottato affatto o pochissimo nel

<sup>38</sup> Valore dell'indice per un dato Paese = (somma dei valori giornalieri del dato Paese diviso per la somma dei valori giornalieri del Paese con il valore cumulato più basso) / (somma dei valori giornalieri del Paese con il valore cumulato più alto diviso per la somma dei valori giornalieri del Paese con il valore cumulato più basso).

corso dell'anno le misure restrittive in questione. In Bielorussia il presidente Aljaksandr Lukaschenko, ex militare a capo del Paese dal 1994, aveva a lungo sostenuto la non eccezionalità del Covid-19, imponendo uno svolgimento normale della vita economica e, al contempo, in modo strumentale all'esercizio antidemocratico del proprio potere contro le opposizioni, chiudendo rigidamente le frontiere in entrata e in uscita.

L'opposizione popolare non è mancata ed è esplosa dopo le elezioni presidenziali fortemente contestate per brogli, tenute nell'agosto 2020 e che, in base ai dati comunicati dalla Presidenza, avrebbero garantito il sesto mandato a Lukaschenko con l'80 per cento dei voti. A inizio febbraio 2021 la situazione rimane molto tesa, con un regime di repressione che colpisce soprattutto oppositori, mass media e organizzazioni della società civile, una presidenza che non sembra intenzionata a rassegnare le dimissioni e la comunità internazionale molto preoccupata.

In Nicaragua, il governo e le statistiche ufficiali diramate dal Ministero della salute e comunicate a livello internazionale sono state ampiamente criticate come false dalle opposizioni, dai medici e dall'osservatorio indipendente Observatorio Ciudadano Covid-19 Nicaragua; in questo contesto, il governo di Daniel Ortega ha lasciato che turismo interno, attività sociali ed economiche continuassero senza imporre alcuna restrizione.

A differenza del negazionismo del Nicaragua e di quello ancora più estremo della presidenza tanzaniana, il caso di Taiwan è quello di un'isola di quasi 25 milioni di abitanti che è riuscita a mantenere bassi i tassi di contagio, mortalità e letalità, investendo sull'adozione di misure di contrasto della diffusione della pandemia in tempi molto rapidi, chiudendo le frontiere, dando il controllo della situazione all'agenzia nazionale di salute pubblica e facendo affidamento sul comportamento della popolazione, che si è mostrata pronta ad adottare misure di distanziamento sociale e l'uso della mascherina prima che diventasse obbligatoria. Ciò ha contribuito a determinare una situazione che ha consentito misure meno drastiche sul piano delle chiusure economiche.

All'opposto, l'Italia è nel gruppo dei dieci Paesi che si sono distinti per l'adozione di misure restrittive più a lungo, con un punteggio di 0,86, posizionandosi al 177° posto su 185 Stati. Oltre all'Italia, alcuni Stati asiatici (con la Cina al vertice della classifica mondiale, forte di una disciplina consolidata di accettazione di misure pianificate al centro e applicate con rigore in tutto il Paese) e diversi Paesi latinoamericani hanno dovuto adottare misure molto restrittive, con inevitabili costi per la maggioranza della popolazione che gravita in quei contesti nell'economia informale.

Lo stesso vale per Canada ed Eritrea. In Canada si è adottato un approccio condiviso tra i governi provinciali e il governo federale sulla salute pubblica per sostenere il riavvio dell'economia; ma i piani per una riapertura progressiva a maggio sono andati lentamente, mentre gli sviluppi negli Stati Uniti e l'impennata di nuovi casi iniziata a settembre hanno poi indotto un inasprimento delle restrizioni in molte parti del Paese.

L'Eritrea si è distinta dagli altri Paesi africani per il prolungamento e la severità delle misure restrittive, attenuate solo progressivamente dovendosi confrontare con una pandemia diffusa in tutte le regioni del Paese, comprese le zone rurali, a differenza di quanto registrato in altri Stati africani. Tutti i servizi commerciali non essenziali, cioè non legati al sostentamento quotidiano delle persone, sono rimasti chiusi e anche quelli essenziali sono rimasti sottoposti alla chiusura alle 20:00. A fronte di questa rigidità prolungata, un maggiore allentamento si è registrato nei

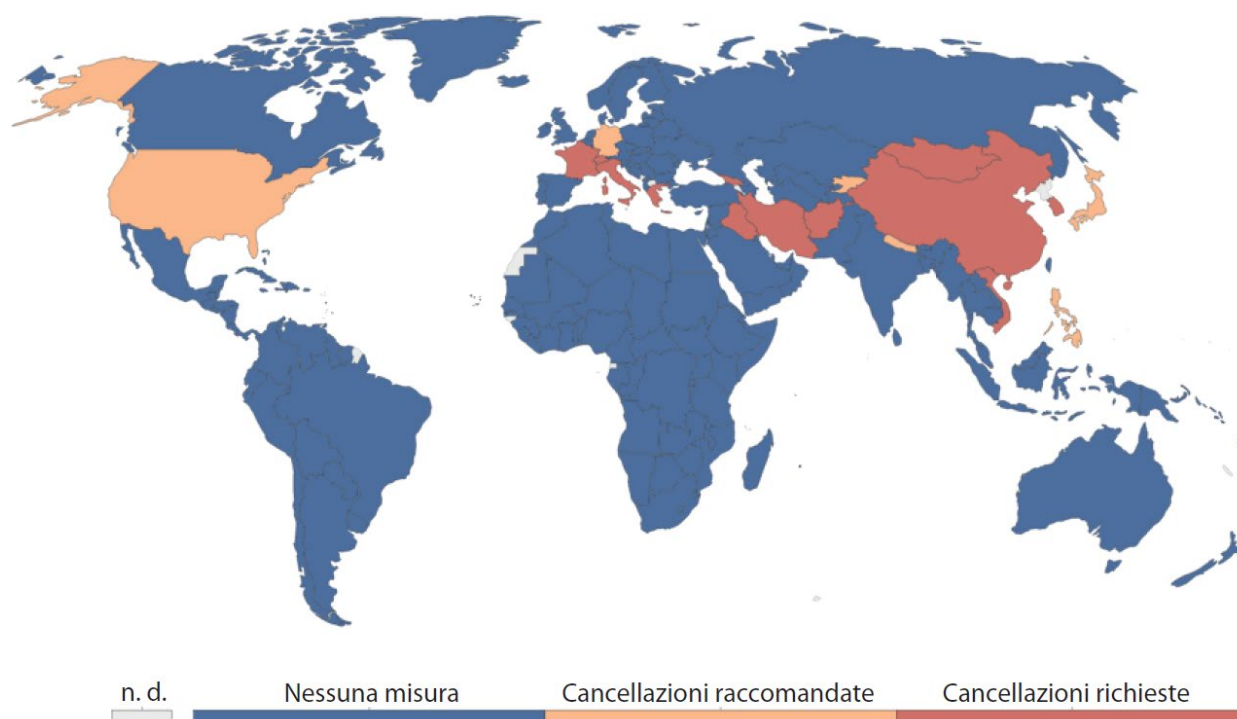


principali settori produttivi (manifattura, agricoltura, trasformazione alimentare, edilizia) che hanno potuto riprendere le funzioni lavorative<sup>39</sup>.

L'evoluzione della diffusione e del livello di severità delle misure di cancellazione di eventi pubblici nel mondo mostra un andamento simile a quello relativo alle precedenti misure. Si è passati da una fase iniziale di assenza di misure restrittive, ad eccezione di una decina di Stati (comprese Grecia, Italia e Francia in Europa) (Fig. 13a), ad uno opposto di cancellazione totale tre mesi dopo (Fig. 13b), con l'eccezione di tre casi (Burundi, Nicaragua e Turkmenistan) senza misure restrittive e due Paesi con misure solo raccomandate di cancellazione (Bielorussia e Danimarca).

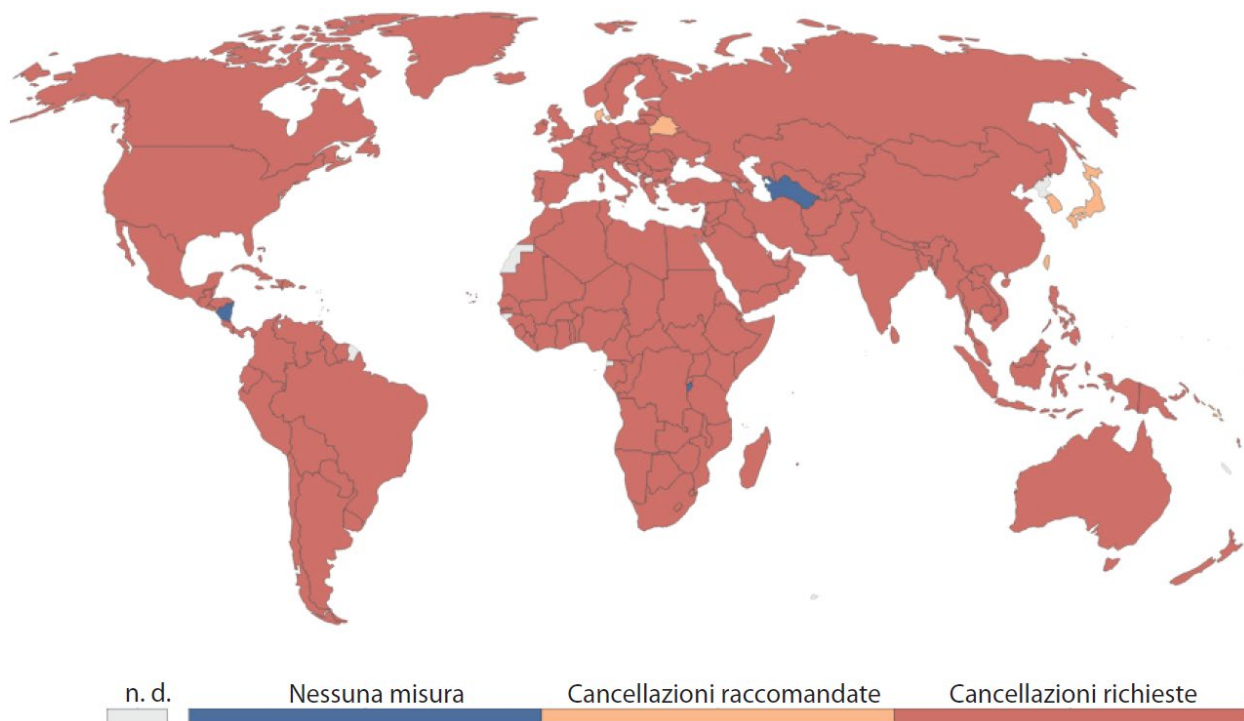
A inizio di settembre si registrava un parziale allentamento delle restrizioni, senza però arrivare a una prevalenza di una loro cancellazione totale, evidenziando come si sia generalmente registrata una minore propensione ad allentare questo tipo di misure, in modo comparabile ad altre attuate parallelamente, perché ritenute in genere più sostenibili. Burundi e Nicaragua hanno mantenuto il regime di assenza di limitazioni, ma ad essi si sono aggiunti diversi Paesi nei vari continenti.

**Fig. 13a – La severità delle misure di cancellazione di eventi pubblici nel mondo, 1 marzo 2020**

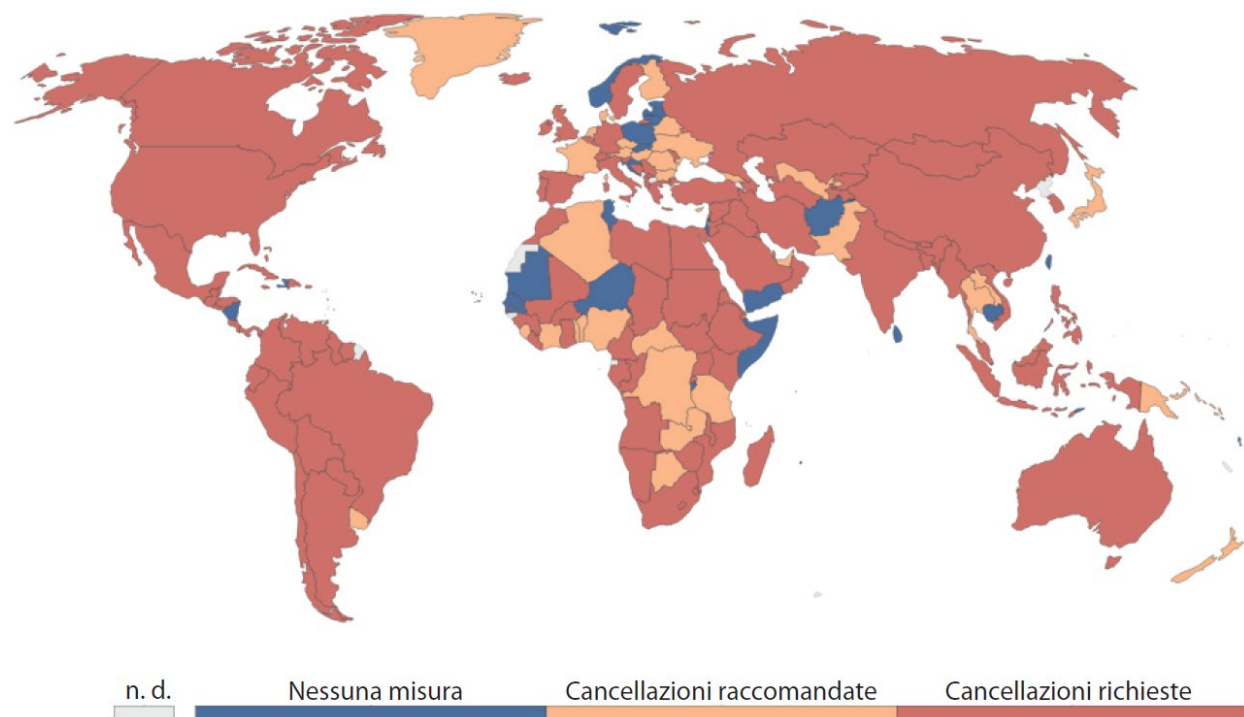


<sup>39</sup> Si veda, per l'aggiornamento, la sezione Policy Tracker delle risposte politiche adottate dai diversi Stati in relazione alla pandemia predisposta dal Fondo Monetario Internazionale: <https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19#C>

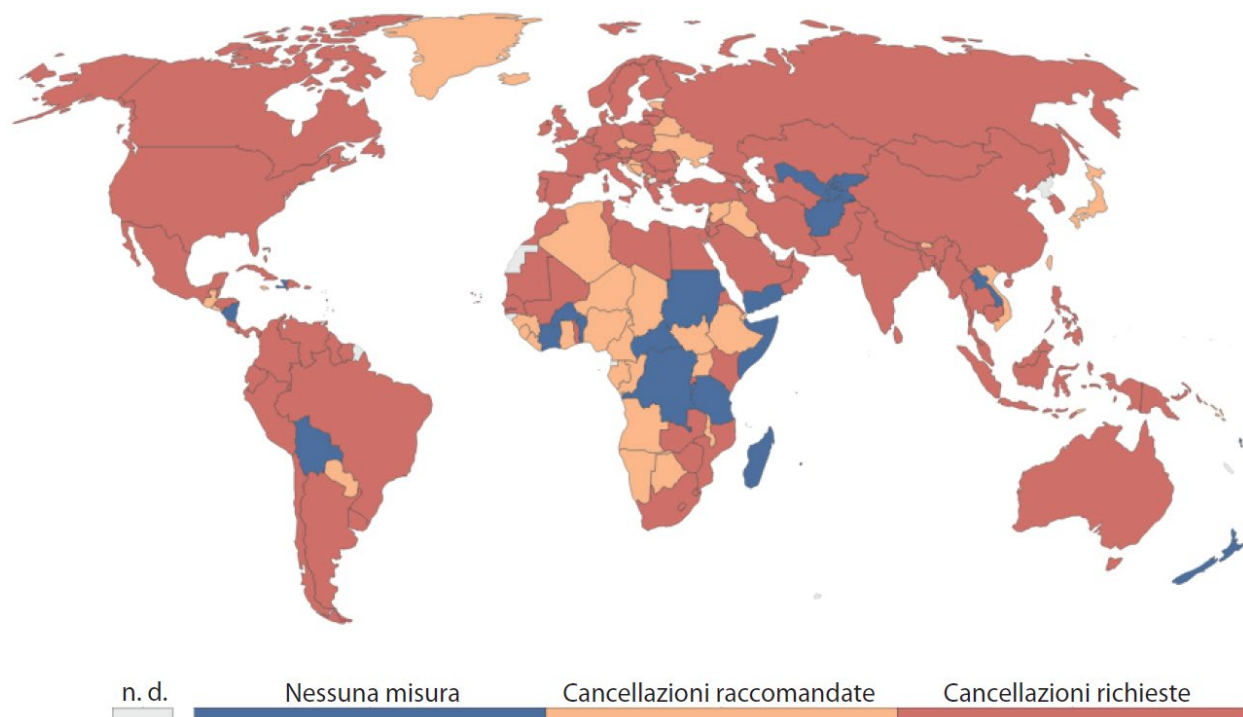
**Fig. 13b – La severità delle misure di cancellazione di eventi pubblici nel mondo, 1 maggio 2020**



**Fig. 13c – La severità delle misure di cancellazione di eventi pubblici nel mondo, 2 settembre 2020**



**Fig. 13d – La severità delle misure di cancellazione di eventi pubblici nel mondo, 1 febbraio 2021**



Fonte: database T. Hale et al. (2021), op. cit.

A conferma di questa tollerabilità della misura specifica, la fotografia ai primi di febbraio 2021 indica la diffusione su scala mondiale del livello più elevato di restrizioni, con l'eccezione di cancellazioni solo raccomandate in Australia, Giappone e Vietnam, alcuni Paesi dell'est europeo e in numerosi Paesi africani. In Africa, la non rigida cancellazione di eventi è stato anche un modo per non ostacolare del tutto lo svolgimento di attività di sopravvivenza legate all'economia informale ed evitare misure di isolamento sociale insostenibili in quei contesti. Infine, pochi Paesi si sono distinti per aver mantenuto un regime di assoluta assenza di limitazione degli eventi, come Nicaragua, Bolivia, diversi Paesi africani, Yemen e pochi Stati asiatici.

A livello di singoli Stati, la classifica dei Paesi in base all'indice standardizzato del livello di severità delle misure di cancellazione di eventi pubblici mostra la polarizzazione su scala mondiale.

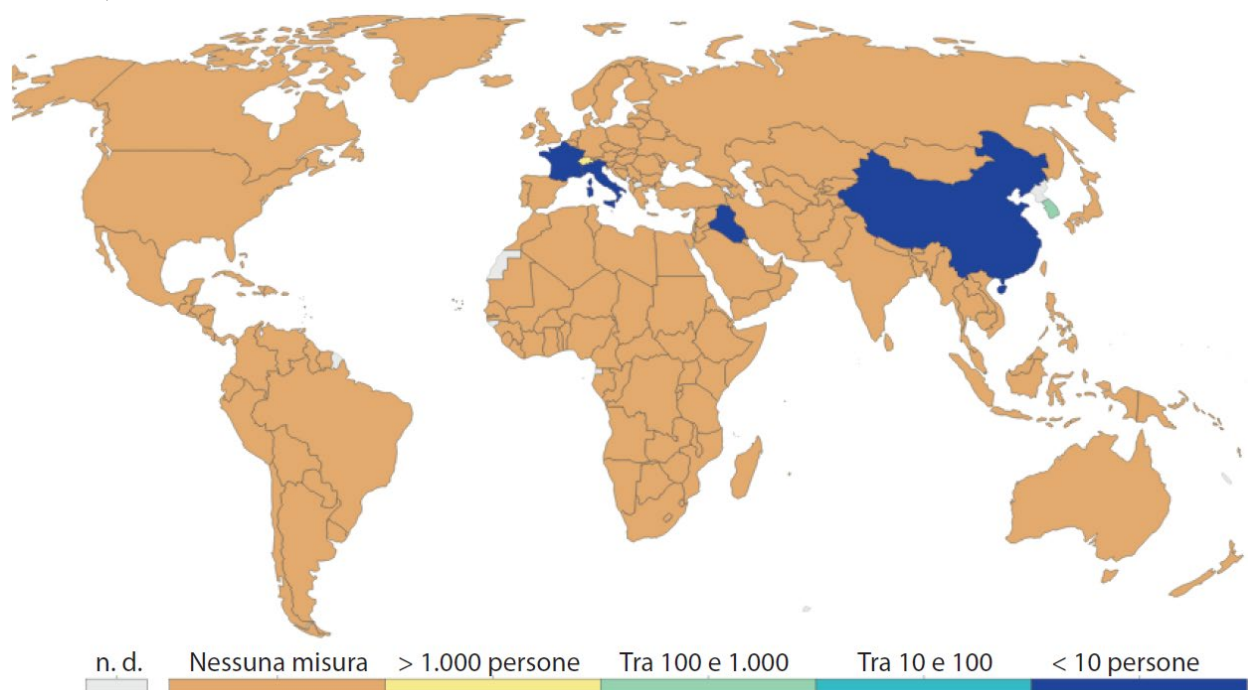
L'Italia, con un punteggio di 0,96, è al vertice dei Paesi che hanno adottato le misure più restrittive per durata e intensità, seconda solo alla Cina e prima di altri Paesi asiatici. Altri Paesi OCSE, come Canada e Stati Uniti nell'America del Nord, ma anche Germania e Svezia nell'UE compongono la lista dei Paesi con misure più restrittive.

**Tab. 8 – Classifica in base a Indice standardizzato del livello di severità delle misure di cancellazione di eventi pubblici (gennaio 2020 - febbraio 2021)**

Posizione	Stati	Valore IS	Posizione	Stati	Valore IS
1	Burundi	0,00	176	Canada	0,91
2	Isole Comore	0,00	177	Svezia	0,91
3	Kiribati	0,00	178	Kuwait	0,91
4	Nicaragua	0,00	179	Germania	0,91
5	Taiwan	0,09	180	Stati Uniti	0,92
6	Timor est	0,20	181	Filippine	0,94
7	Mauritius	0,23	182	Singapore	0,95
8	Niger	0,24	183	Hong Kong	0,95
9	Nuova Zelanda	0,30	184	Italia	0,96
10	Yemen	0,33	185	Cina	1,00

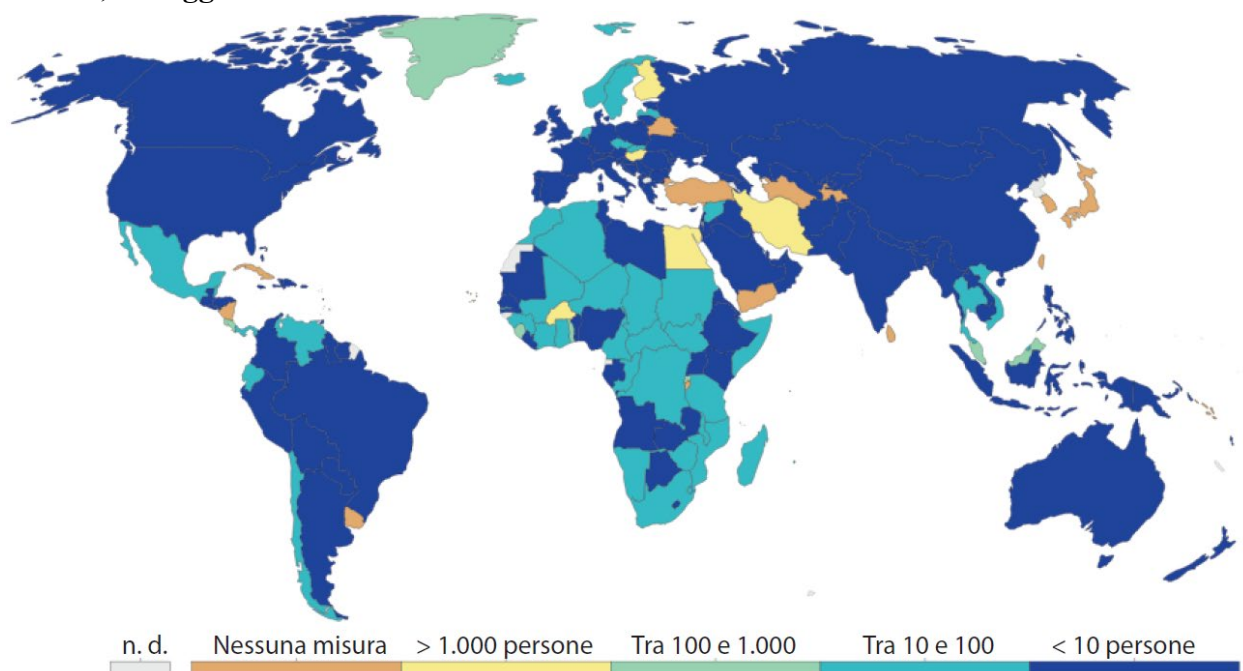
Fonte: Elaborazione dell'autore, banca-dati *Oxford COVID-19 Government Response Tracker*.

**Fig. 14a – La severità delle misure di restrizione su assembramenti e raduni pubblici nel mondo, 1 marzo 2020**



All'opposto, Paesi africani, alcune isole, Nicaragua e Taiwan, un Paese fragile come lo Yemen e la Nuova Zelanda sono i paesi coi valori più bassi in assoluto dell'indice sintetico. In particolare la Nuova Zelanda, rientrando nella ristretta lista dei pochi Paesi che sono riusciti ad arginare con successo la diffusione del virus, dopo un'iniziale fase di misure restrittive su larga scala già nella prima decade di giugno passava al livello più basso di allerta, eliminando le restrizioni sui movimenti personali, sui raduni, sui luoghi di lavoro e sui servizi, mantenendo in vigore la chiusura delle frontiere e l'obbligo di quarantena e riservandosi di imporre rapidamente misure molto restrittive a livello locale.

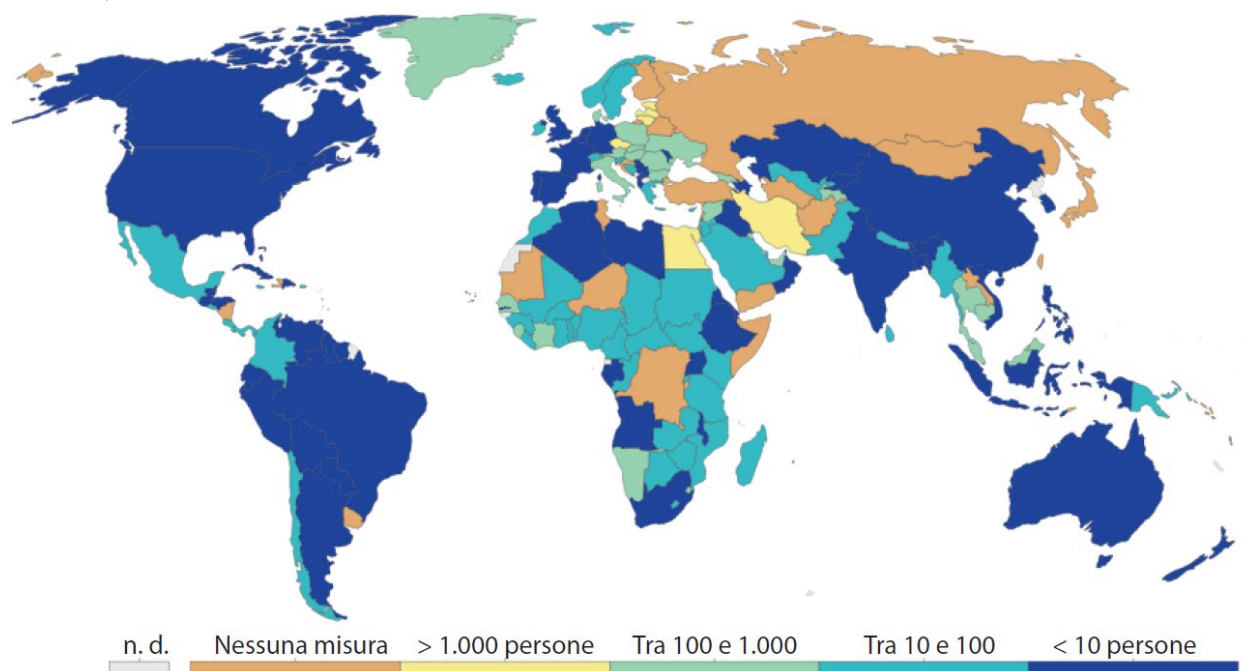
**Fig. 14b – La severità delle misure di restrizione su assembramenti e raduni pubblici nel mondo, 1 maggio 2020**



L'evoluzione della diffusione e del livello di severità dei provvedimenti di limitazione di assembramenti e raduni pubblici nel mondo è solo in parte sovrapponibile alla precedente mappa relativa alla cancellazione di eventi pubblici. La prima fase ha evidenziato una pressoché totale assenza di misure restrittive, ad eccezione solo di quattro Stati (Italia, Francia, Cina e Iran) (Fig. 14a).

A inizio maggio si registrava invece nel mondo una prevalenza delle misure più rigide, che fissavano la soglia di tolleranza dei raduni consentiti a meno di 10 persone, mentre l'Africa era l'unico continente in cui prevaleva una soglia ben più alta, tra 100 e mille persone (Fig. 14b), con pochissimi Paesi (Finlandia e Ungheria in Europa, Burkina Faso ed Egitto in Africa, Iran in Asia) con misure ancora meno restrittive con una soglia a più di mille persone, e una manciata di Paesi senza alcuna restrizione (Cuba, Nicaragua e Uruguay in America latina e caraibica, Burundi in Africa, Yemen in Medio Oriente, Turchia, Bielorussia ed alcuni Stati asiatici, compreso il Giappone).

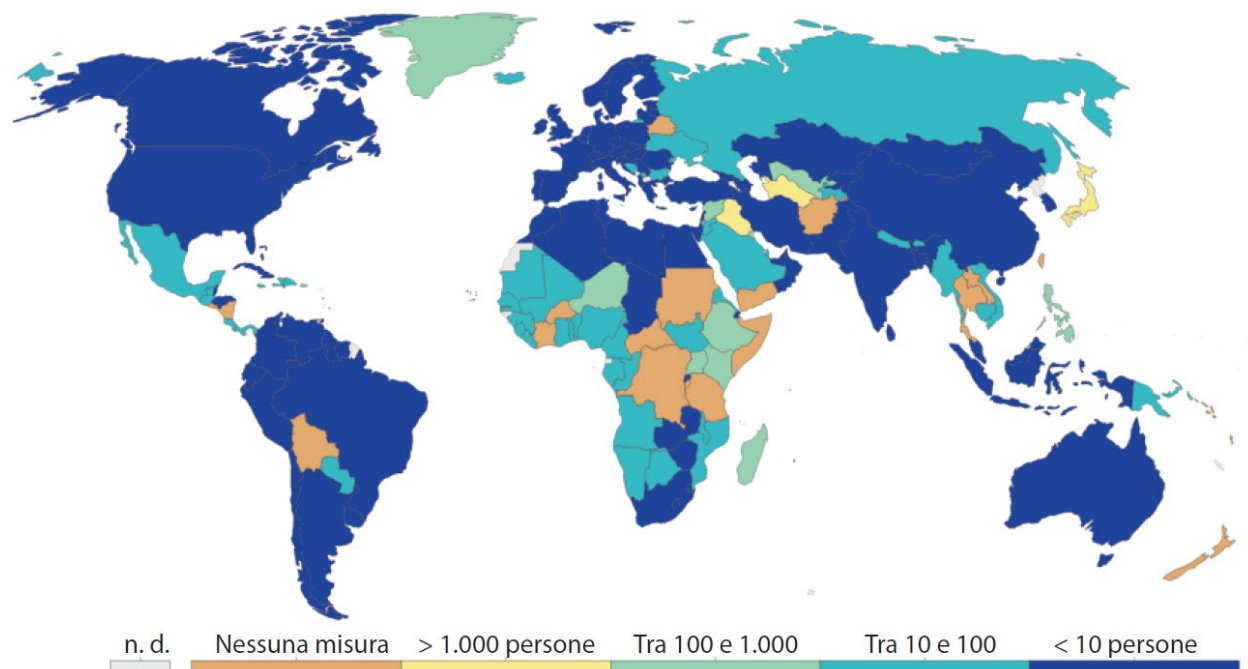
**Fig. 14c – La severità delle misure di restrizione su assembramenti e raduni pubblici nel mondo, 2 settembre 2020**



A inizio di settembre l'allentamento delle restrizioni era abbastanza generalizzato in tutti i continenti, ma non nelle Americhe e in Oceania (Fig. 14c). A inizio di febbraio 2021, prevalevano nel mondo misure molto elevate ed elevatissime (quest'ultime soprattutto nei Paesi OCSE, in America latina, in Cina, India e Sudafrica) senza però registrare un livello massimo di restrizioni come quello registrato sul fronte delle misure di cancellazione di eventi pubblici nel mondo (Fig. 14d).

A livello di singoli Stati, la classifica dei Paesi in base all'indice standardizzato del livello di severità delle misure di cancellazione di eventi pubblici mostra la polarizzazione su scala mondiale.

**Fig. 14d – La severità delle misure di restrizione su assembramenti e raduni pubblici nel mondo, 1 febbraio 2021**



Fonte: database T. Hale et al. (2021), op. cit.

**Tab. 9 – Classifica in base a Indice standardizzato del livello di severità delle limitazioni di assembramenti e raduni pubblici (gennaio 2020 - febbraio 2021)**

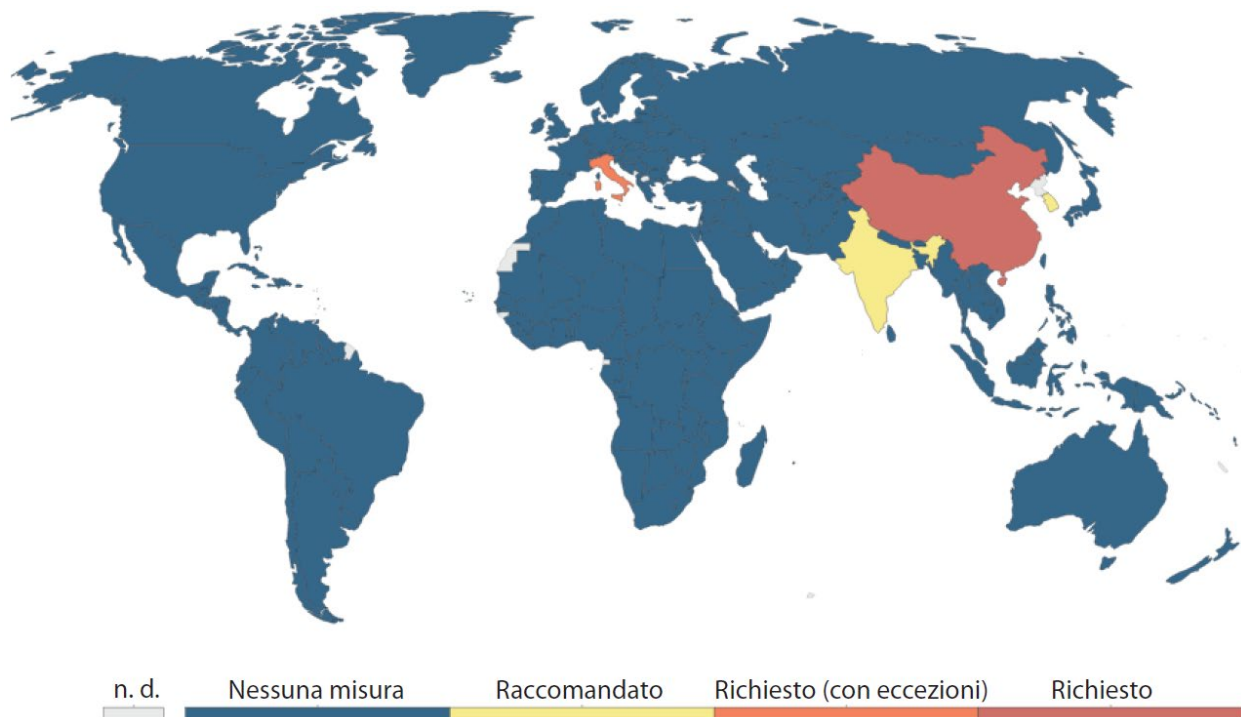
Posizione	Stati	Valore IS	Posizione	Stati	Valore IS
1	Bielorussia	0,00	176	Gibuti	0,90
2	Isole Comore	0,00	177	Guatemala	0,91
3	Kiribati	0,00	178	Kazakistan	0,91
4	Macao	0,00	179	Kirghizistan	0,91
5	Nicaragua	0,00	180	Honduras	0,91
6	Isole Salomone	0,00	181	Canada	0,91
7	Taiwan	0,00	182	Monaco	0,92
8	Yemen	0,00	183	Azerbaijan	0,92
9	Burundi	0,00	184	Francia	0,96
10	Giappone	0,02	185	Cina	1,00

Fonte: Elaborazione dell'autore, banca-dati *Oxford COVID-19 Government Response Tracker*.

Il Paese che con più continuità e intensità ha imposto limitazioni e restrizioni agli assembramenti e raduni è stata la Cina, confermando anche rispetto a questa specifica misura il carattere molto rigoroso e stringente delle politiche di contenimento del contagio.

A seguire ci sono Stati con profili e attitudini molto diverse: la Francia e il Canada tra i Paesi OCSE, la città-Stato del Principato di Monaco, Stati dell'Asia centrale, Honduras e Guatemala in America latina, Gibuti in Africa. Si tratta, cioè, di regimi autocratici che hanno mantenuto o irrigidito misure di forte limitazione di assembramenti, oppure di Stati democratici che hanno preferito intensificare le restrizioni affidate a questo tipo di limitazioni, cercando dove possibile di allentarne altre. L'Italia, con un punteggio di 0,73, è in una posizione intermedia, al sesto decile, per durata e intensità di restrizione di questo tipo di misure.

**Fig. 15a – La severità delle misure di obbligo di permanenza a casa nel mondo, 1 marzo 2020**

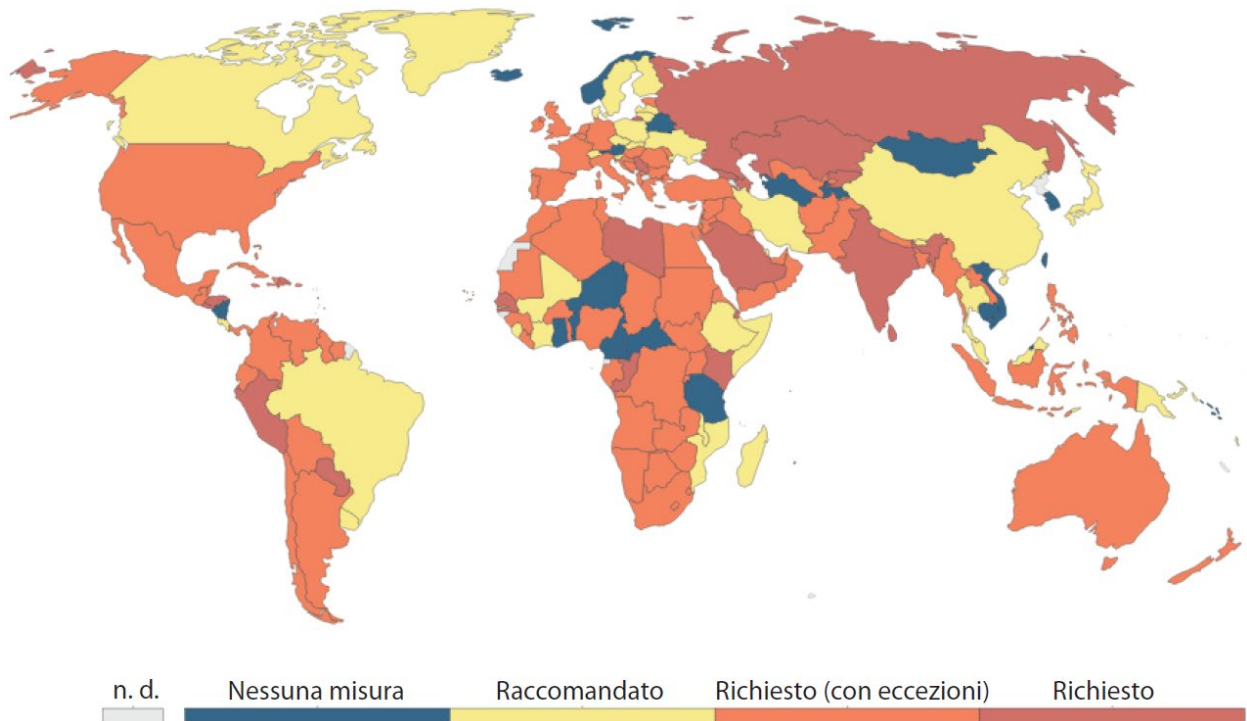


Le misure di obbligo di permanenza a casa nei diversi Paesi e nei diversi momenti dell'anno mostrano un livello di allentamento delle restrizioni maggiore e anticipato rispetto a quello rilevato per le misure prese in considerazione sin qui. Si tratta di misure, evidentemente, ritenute in generale più onerose e meno sostenibili se prolungate nel tempo.

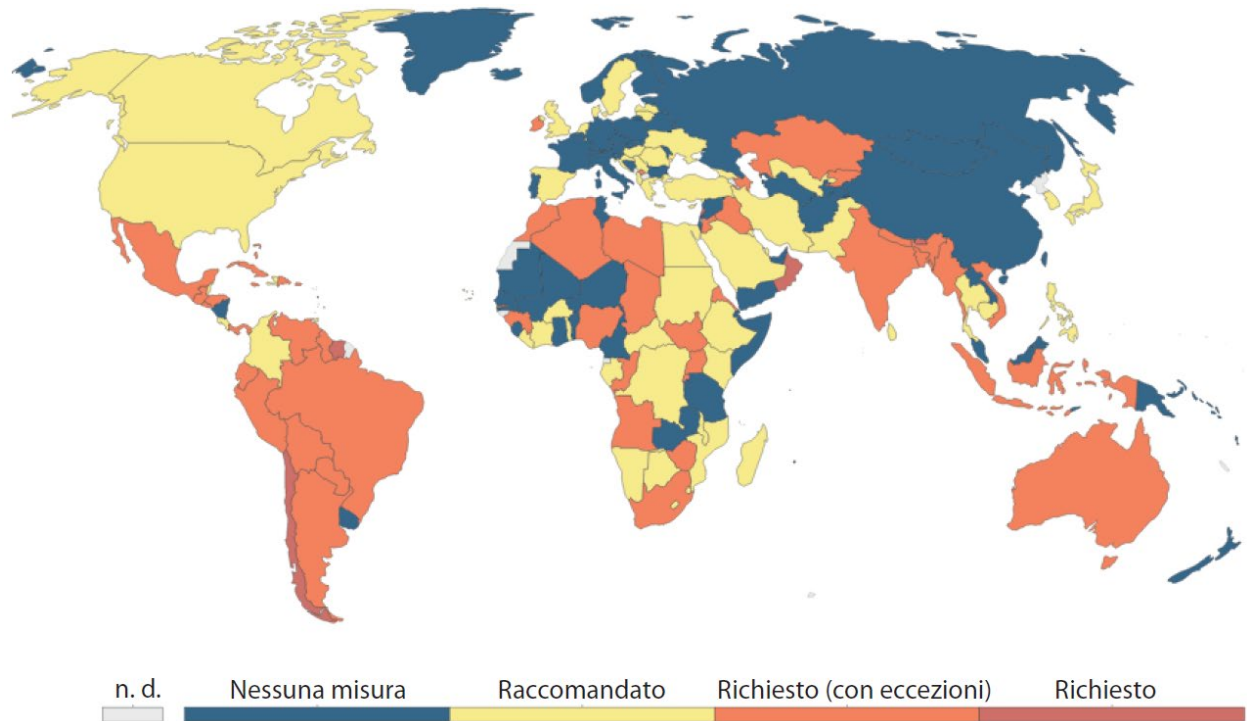
A inizio marzo 2020 solo la Cina imponeva limitazioni assolute e solo l'Italia adottava misure leggermente più permissive, consentendo eccezioni per categorie di lavoratori ritenuti essenziali, mentre solo Corea del sud e India raccomandavano di rimanere in casa. Tutti gli altri Paesi non prevedevano raccomandazioni o l'imposizione di misure di tal genere (Fig. 15a).



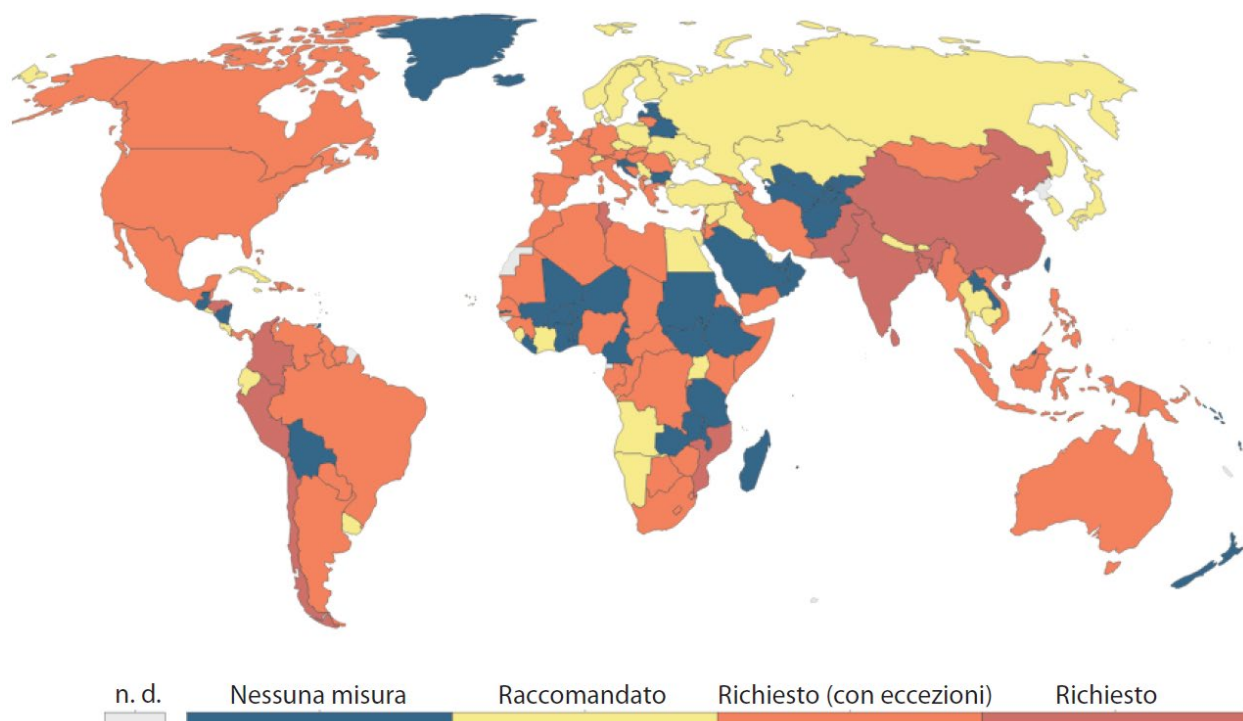
**Fig. 15b – La severità delle misure di obbligo di permanenza a casa nel mondo, 1 maggio 2020**



**Fig. 15c – La severità delle misure di obbligo di permanenza a casa nel mondo, 2 settembre 2020**



**Fig. 15d – La severità delle misure di obbligo di permanenza a casa nel mondo, 1 febbraio 2021**



Fonte: database T. Hale et al. (2021), op. cit.

A inizio maggio, mentre gli interventi preventivi in Cina avevano dato i loro frutti e il Paese poteva passare a misure più blande di semplice raccomandazione, la situazione emergenziale portava molti Stati nel mondo – come l’Italia e gran parte dell’Europa, ma anche Africa, Americhe Medio Oriente e Oceania – ad adottare misure stringenti di obbligo di rimanere a casa, salvo eccezioni per le categorie di lavoratori ritenuti essenziali, mentre diversi Stati, soprattutto in Asia, erano costretti ad inasprire al massimo livello le restrizioni (Fig. 15b).

A inizio di settembre, solo cinque Stati (Cile e Suriname, Arabia Saudita e Libano, Buthan) imponevano il livello più severo di restrizioni; in gran parte dell’Europa e in Cina venivano rimosse tutte le limitazioni; negli altri Paesi europei, in America del nord e in Africa rimanevano in vigore solo raccomandazioni senza alcun obbligo di rimanere a casa, mentre in America latina e caraibica e in una parte dell’Africa restava un obbligo a rimanere in casa che escludeva i lavoratori essenziali (Fig. 15c).

A inizio di febbraio 2021, il perdurare di condizioni critiche imponeva a gran parte degli Stati in Europa, Americhe, Africa e Oceania di mantenere un regime di limitazioni severe in termini di obbligo di permanenza a casa (escludendo i lavoratori essenziali). Solo in Africa, Medio Oriente, Asia centrale e pochissimi altri Stati – come la Nuova Zelanda – prevaleva l’assenza di qualsiasi obbligo. All’opposto, le misure in assoluto più restrittive si trovavano nei popolosi Stati asiatici di Bangladesh, Cina, India e Pakistan, ma anche in Cile, Colombia e Perù in America latina e Mozambico in Africa (Fig. 15d).

**Tab. 10 – Classifica in base a Indice standardizzato del livello di severità delle misure di obbligo di permanenza a casa (gennaio 2020 - febbraio 2021)**

Posizione	Stati	Valore IS	Posizione	Stati	Valore IS
1	Burundi	0,00	176	Algeria	0,75
2	Benin	0,00	177	Congo	0,75
3	Bielorussia	0,00	178	Pakistan	0,77
4	Brunei	0,00	179	Perù	0,79
5	Camerun	0,00	180	El Salvador	0,79
6	Isole Comore	0,00	181	Paraguay	0,79
7	Islanda	0,00	182	India	0,80
8	Macao	0,00	183	Honduras	0,90
9	Nicaragua	0,00	184	Cile	0,97
10	Turkmenistan	0,00	185	Cina	1,00

Fonte: Elaborazione dell'autore, banca-dati *Oxford COVID-19 Government Response Tracker*.

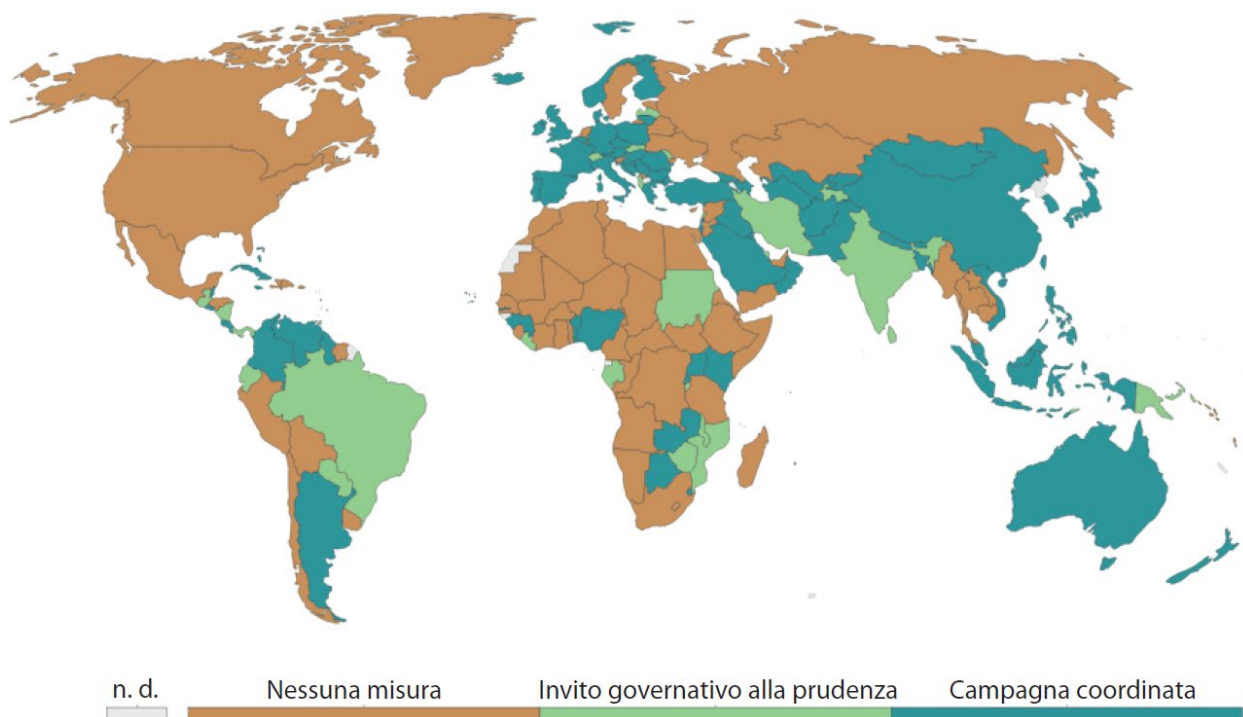
La classifica degli Stati in base all'indice sintetico di severità delle misure di obbligo di permanenza a casa mostra, come nei precedenti casi, un livello di polarizzazione che oppone raggruppamenti di diverso tipo.

Da un lato Paesi con livelli minimi di restrizione, tra cui quelli i cui governi hanno minimizzato o negato l'emergenza pandemica (Bielorussia, Nicaragua e Turkmenistan), Paesi africani e isole, tra cui l'Islanda. Quest'ultima, in particolare, ha adottato una strategia per contenere la pandemia che ha comportato un piano pandemico nazionale con un'attenzione significativa ai test di massa, alla ricerca di contatti e alle quarantene e, soprattutto, alla chiusura delle frontiere, cercando di minimizzare gli obblighi di permanenza a casa. Un cauto allentamento delle misure di contenimento si è poi realizzato in seguito al ridotto numero di nuove infezioni.

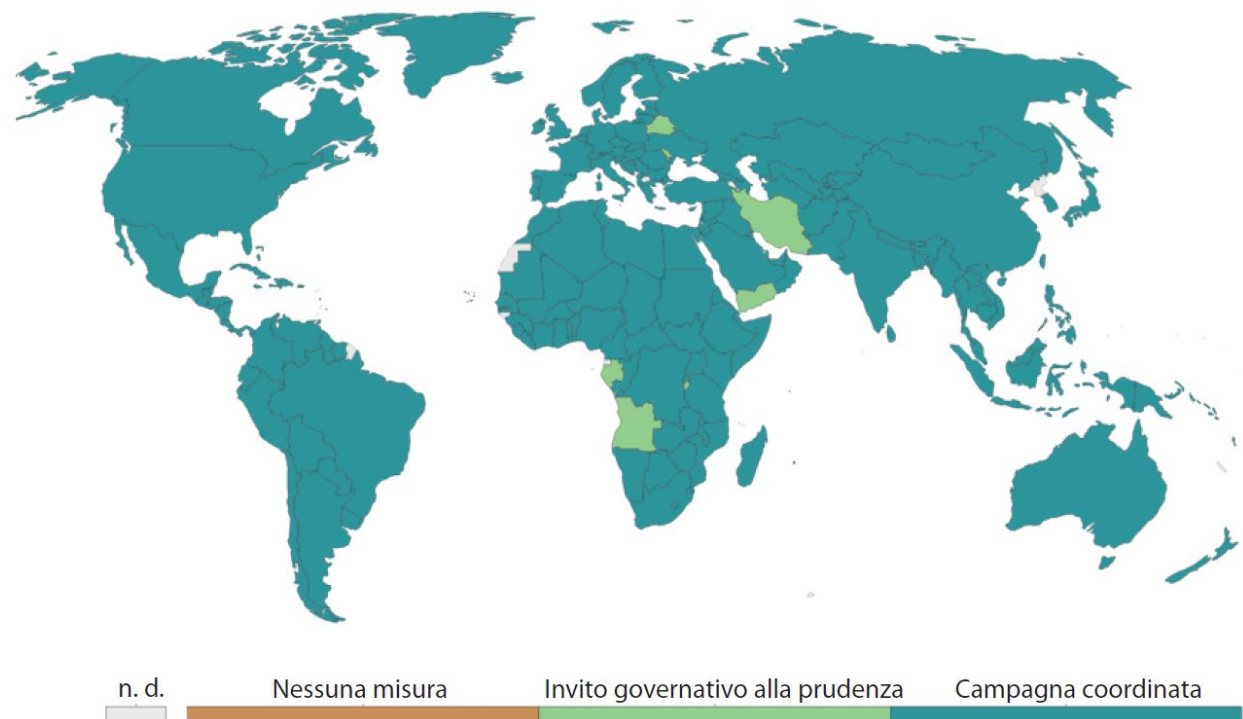
Sul fronte dei Paesi che hanno adottato più a lungo e in modo più severo misure di obbligo a rimanere in casa ci sono, oltre alla Cina, al vertice della classifica, Paesi asiatici, africani e, soprattutto, latinoamericani, costretti a questa misura estrema non potendo fare affidamento su misure di distanziamento sociale e, principalmente, su un sistema di monitoraggio sanitario efficace.

L'Italia, con un punteggio di 0,51, è al 118° posto, in una posizione intermedia, al sesto decile, per durata e intensità di restrizione di questo tipo di misure.

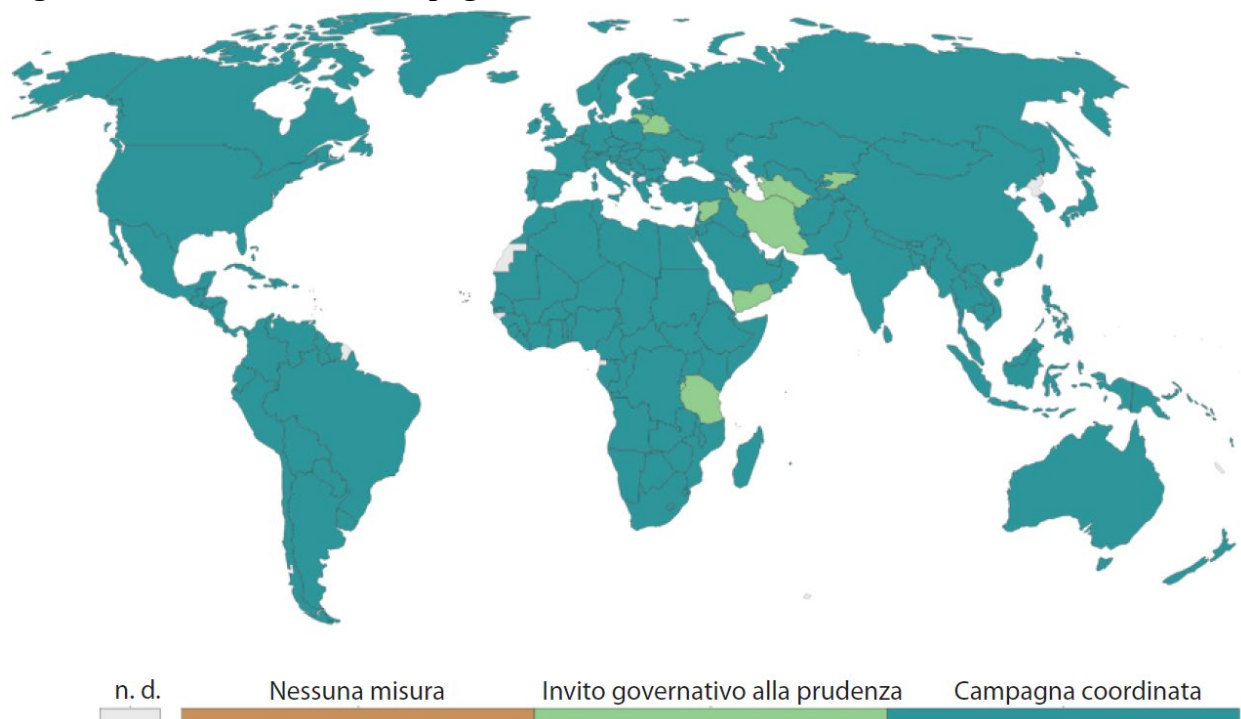
**Fig. 16a – L'intensità delle campagne di informazione nel mondo, 1 marzo 2020**



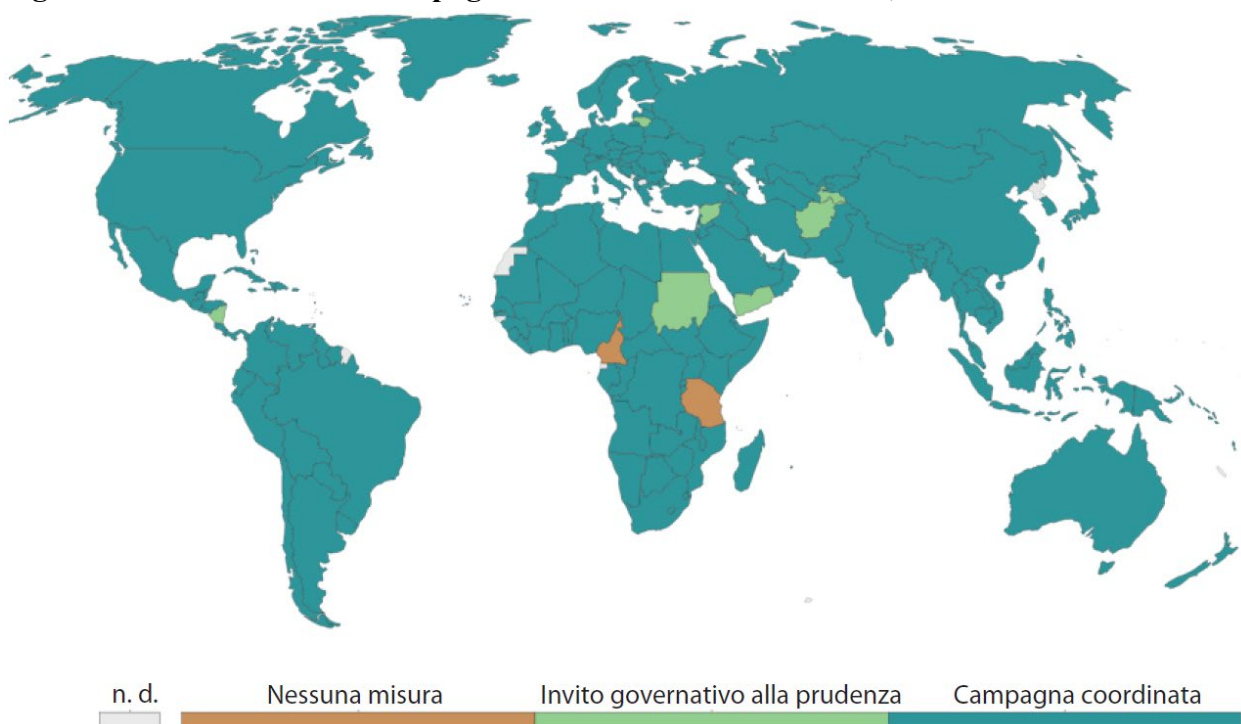
**Fig. 16b – L'intensità delle campagne di informazione nel mondo, 1 maggio 2020**



**Fig. 16c – L'intensità delle campagne di informazione nel mondo, 2 settembre 2020**



**Fig. 16d – L'intensità delle campagne di informazione nel mondo, 1 febbraio 2021**



Fonte: database T. Hale et al. (2021), op. cit.

A differenza delle misure analizzate sin qui, le campagne di informazione sono iniziative che richiedono un investimento finanziario e soprattutto una buona capacità strategica, organizzativa, tecnologica e gestionale per produrre risultati, ma non si tratta di misure che limitano gli spazi di libertà, le opportunità di lavoro e di movimento delle persone.

Per questa ragione, dopo una fase iniziale caratterizzata da una diffusione molto limitata, che comprendeva molti paesi dell'UE, Medio Oriente, Asia e Oceania (Fig. 16a), si è poi assistito ad un'estensione su scala globale di campagne coordinate su scala nazionale, con l'eccezione di otto casi (Angola, Burundi e Guinea equatoriale, Iran e Yemen, Bielorussia, Liechtenstein e Moldavia) in cui ci si limitava a raccomandazioni da parte delle autorità pubbliche (Fig. 16b). Il 2 settembre si confermava sostanzialmente la stessa configurazione, con nove Paesi (Burundi e Tanzania, Siria e Yemen, Iran, Kirghizistan e Turkmenistan, Bielorussia e Lituania) che adottavano misure meno strutturate di informazione pubblica su comportamenti da adottare, rischi e sviluppi della situazione (Fig. 16c).

A inizio febbraio 2021 si è avuta un'ulteriore conferma della continuità di queste campagne, con otto Paesi (Nicaragua, Lituania, Sudan, Siria e Yemen, Afghanistan, Kirghizistan e Tagikistan) con compiti informativi affidati a funzionari pubblici e due Stati africani (Camerun e Tanzania) senza più alcuna misura, ancorché blanda, al riguardo.

**Tab. 11 – Classifica in base a Indice standardizzato del livello di diffusione delle campagne di informazione (gennaio 2020 - febbraio 2021)**

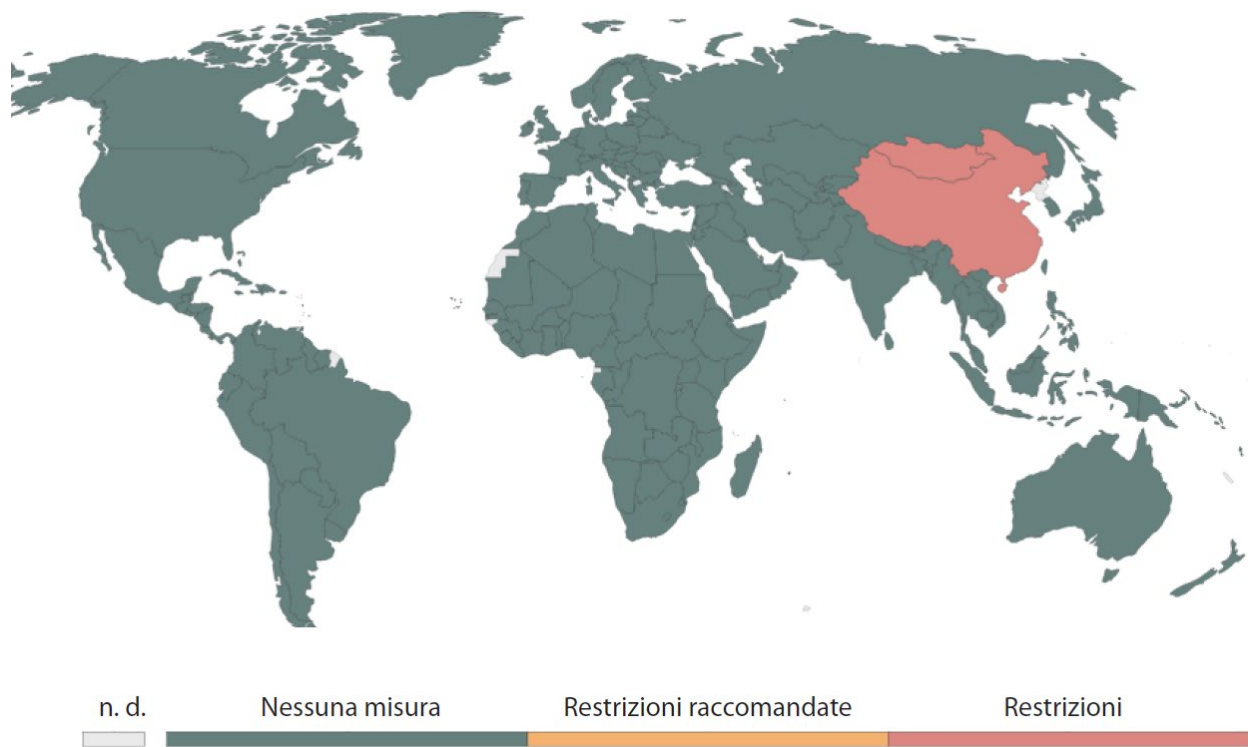
Posizione	Stati	Valore IS	Posizione	Stati	Valore IS
1	Isole Comore	0,00	176	Bhutan	0,95
2	Bielorussia	0,40	177	Indonesia	0,96
3	Yemen	0,40	178	Malaysia	0,96
4	Iran	0,44	179	Botswana	0,97
5	Burundi	0,46	180	Taiwan	0,97
6	Lituania	0,55	181	Brunei	0,99
7	Tanzania	0,59	182	Hong Kong	0,99
8	Andorra	0,60	183	Singapore	1,00
9	Nicaragua	0,61	184	Macao	1,00
10	Siria	0,64	185	Mongolia	1,00

Fonte: Elaborazione dell'autore, banca-dati *Oxford COVID-19 Government Response Tracker*.

La classifica degli Stati in base all'indice sintetico di diffusione delle campagne di informazione mostra l'Asia dominare in termini di persistenza e profondità di tali campagne, in ragione di uno sforzo per indirizzare i comportamenti delle persone a pratiche di distanziamento e igienico-sanitarie, spesso non facili nelle condizioni specifiche di quei contesti. Al contrario, Paesi che hanno preferito minimizzare la gravità della pandemia (Bielorussia, Nicaragua e Tanzania) e Stati con gravi difficoltà istituzionale (Yemen e Siria) hanno i valori più bassi, ma non polarizzati come per le altre misure.

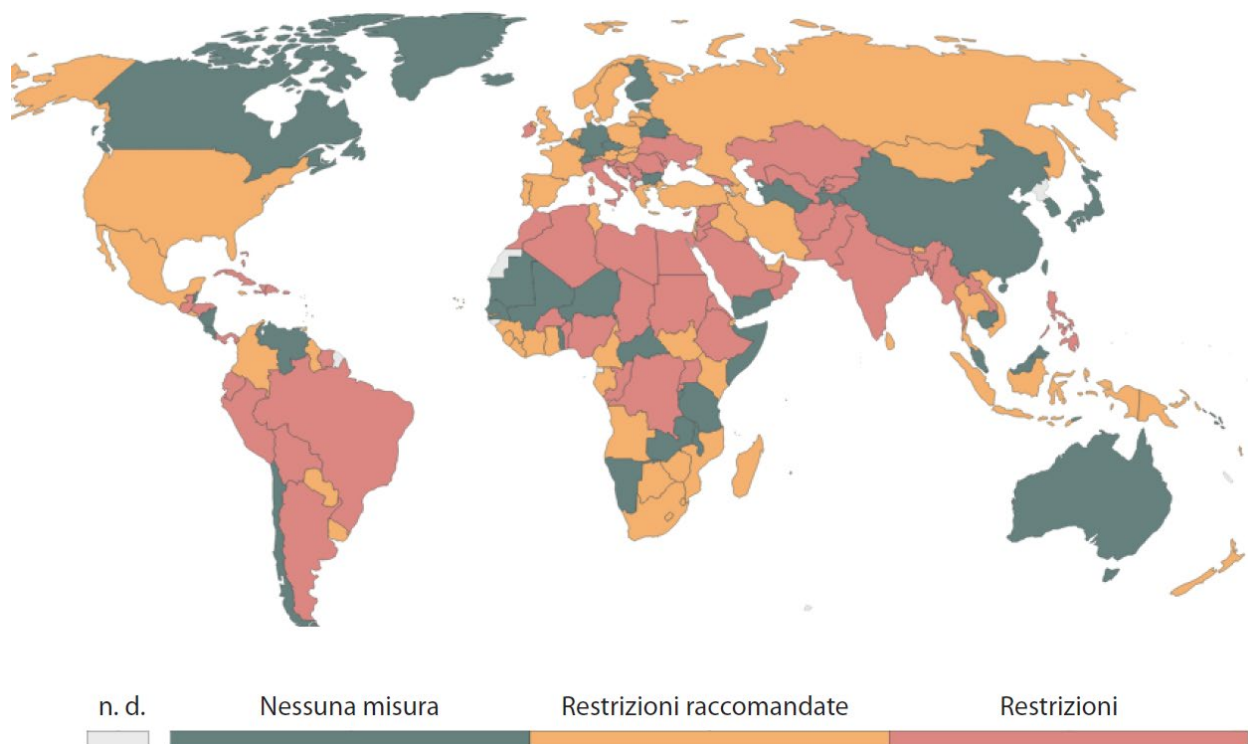
L'Italia, con un punteggio di 0,92, è al 145° posto, cioè in una posizione alta, nell'ottavo decile, per durata e intensità delle campagne informative.

**Fig. 17a – La severità delle misure di chiusura di trasporti pubblici nel mondo, 1 marzo 2020**

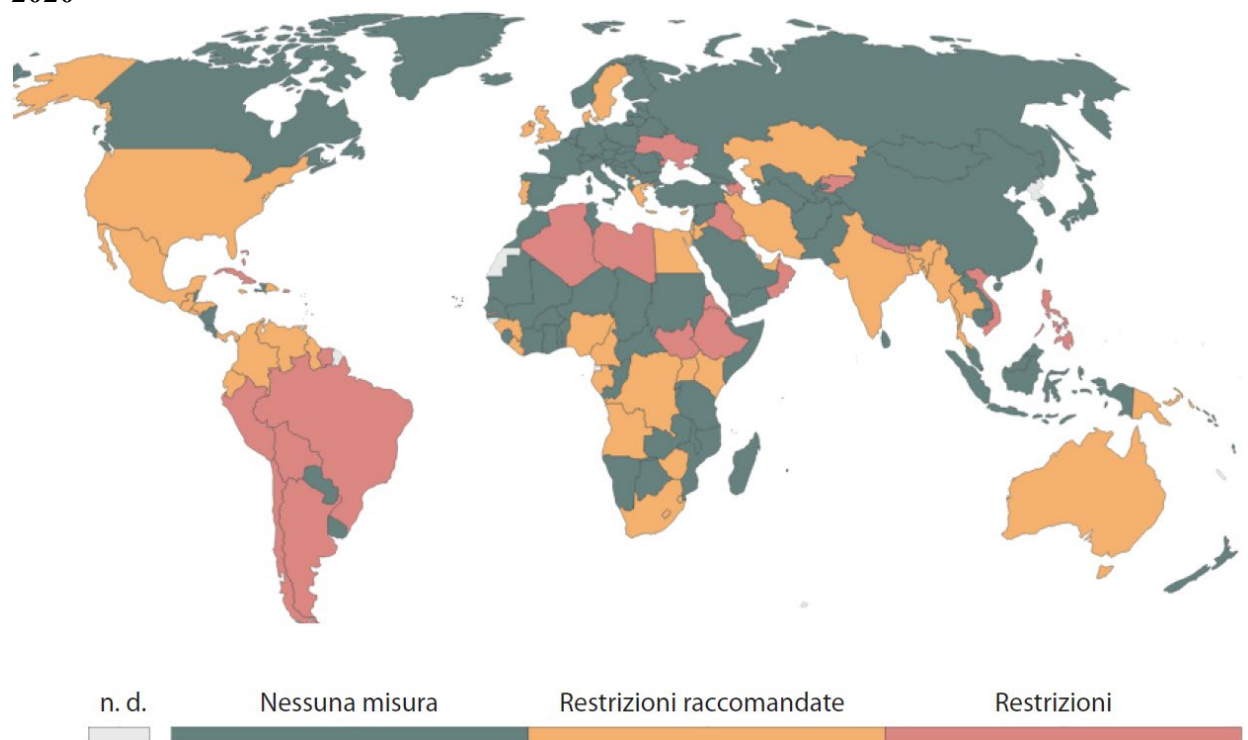


Il caso delle misure restrittive dei trasporti pubblici è un esempio opposto rispetto a quello delle campagne di informazioni perché limita enormemente la possibilità di spostarsi, soprattutto nei continenti – Africa e Asia – in cui la maggioranza delle popolazioni non possiede mezzi privati di locomozione. In questo senso, si tratta di misure molto limitanti, che si è cercato ove possibile di contenere. Infatti, la sequenza di mappe mostra una prima fase senza alcuna limitazione, salvo Cina e Mongolia (Fig. 17a).

**Fig. 17b – La severità delle misure di chiusura di trasporti pubblici nel mondo, 1 maggio 2020**

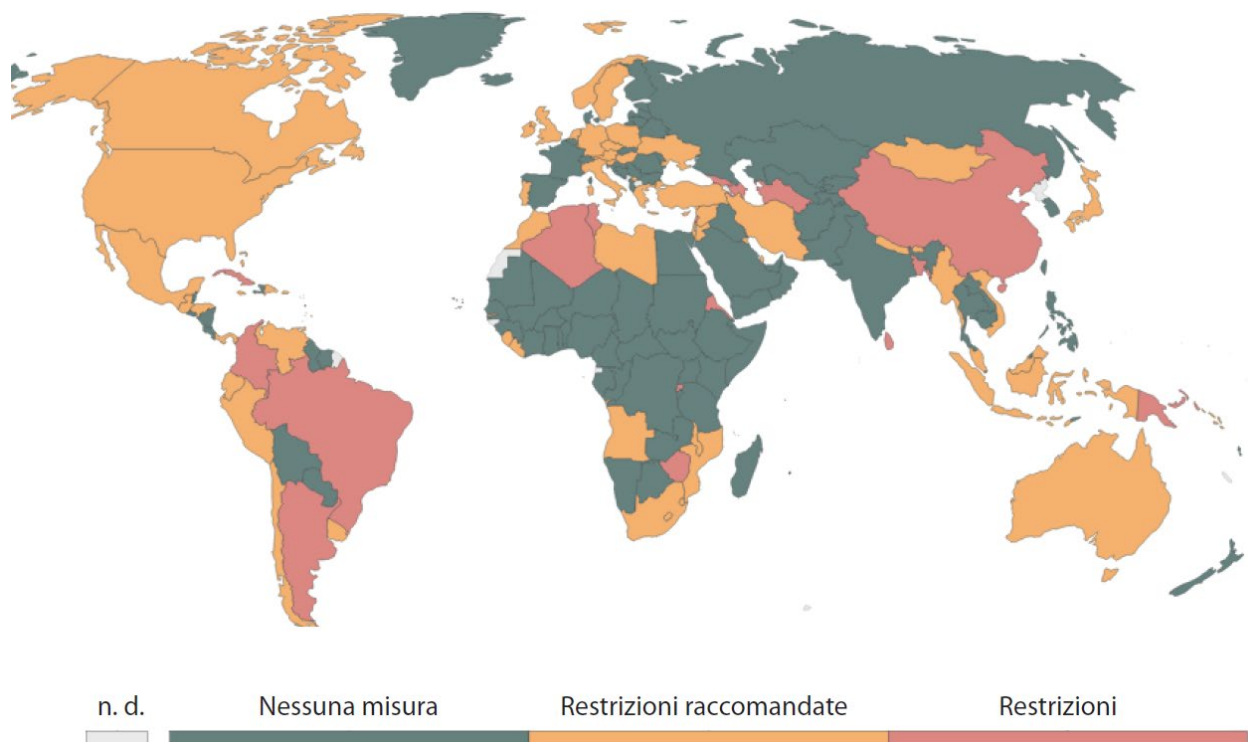


**Fig. 17c – La severità delle misure di chiusura di trasporti pubblici nel mondo, 2 settembre 2020**





**Fig. 17d – La severità delle misure di chiusura di trasporti pubblici nel mondo, 1 febbraio 2021**



Fonte: database T. Hale et al. (2021), op. cit.

Nel pieno della prima ondata a livello mondiale la situazione cambia radicalmente, con una forte eterogeneità di misure in campo: molti Paesi dell’America latina, quelli che si affacciano sul Mediterraneo (Italia compresa), Medio Oriente e Asia centrale e meridionale inaspriscono le chiusure al massimo livello; una minoranza di Stati evita di introdurre qualsiasi misura di chiusura (Australia, Canada, Cina, Germania e diversi Paesi africani), mentre molti Stati introducono misure intermedie (Fig 17b).

Il 2 settembre le misure più restrittive si concentravano in America latina e Africa del nord, mentre molti Stati (compresa la maggioranza di quelli UE) eliminavano le restrizioni, anche se numerosi Paesi in tutti i continenti preferivano adottare un regime intermedio di mantenimento di alcune chiusure dei trasporti pubblici (Fig. 17c). A inizio febbraio 2021 la situazione è quella di un mondo diviso, con diversi Paesi con un regime di massima chiusura (soprattutto in America latina e in Cina), Asia e Africa in cui predomina la rimozione di qualsiasi tipo di chiusura e la prevalenza dei casi (a cominciare da molti Paesi OCSE) con un regime intermedio (Fig. 17d).

**Tab. 12 – Classifica in base a Indice standardizzato del livello di chiusura dei trasporti pubblici (gennaio 2020 - febbraio 2021)**

Posizione	Stati	Valore IS	Posizione	Stati	Valore IS
1	Aruba	0,00	176	Brasile	0,81
2	Burundi	0,00	177	Bolivia	0,82
3	Belgio	0,00	178	Cina	0,84

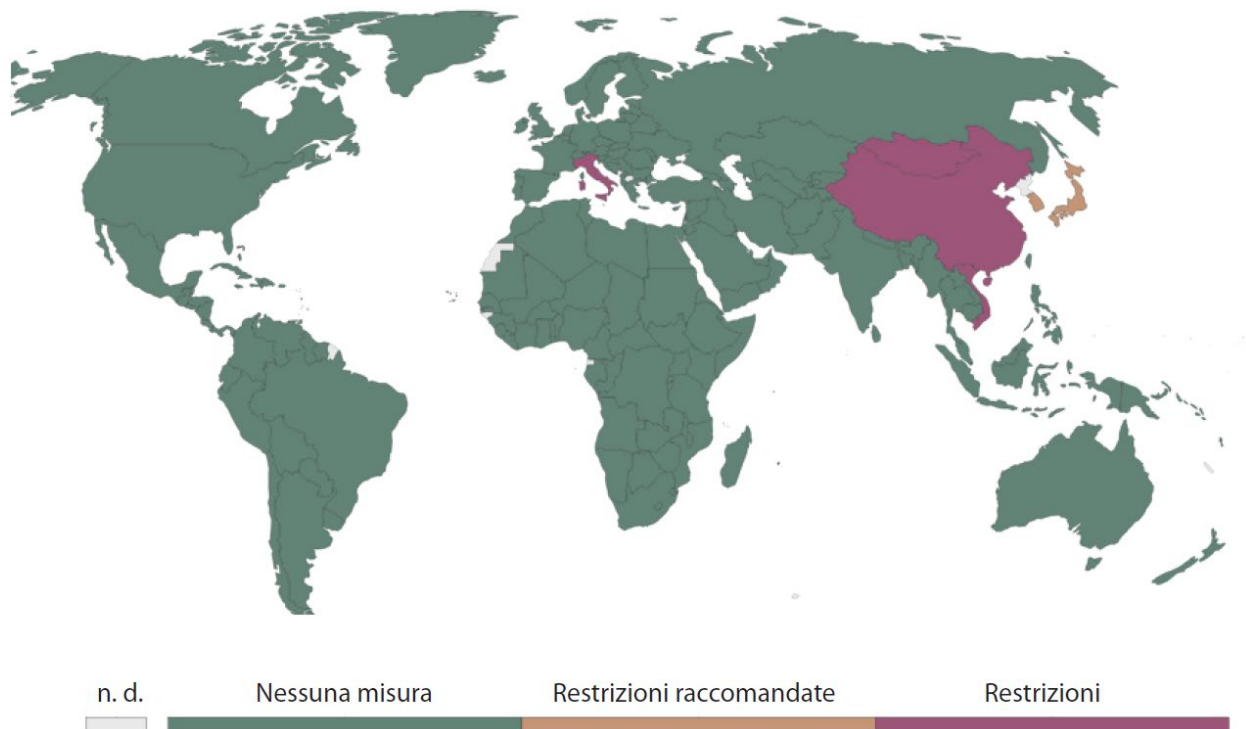
4	Bulgaria	0,00	179	Algeria	0,84
5	Bielorussia	0,00	180	Portorico	0,85
6	Brunei	0,00	181	Palestina	0,86
7	Rep. Centrafricana	0,00	182	Ucraina	0,87
8	Svizzera	0,00	183	Libia	0,98
9	Isole Comore	0,00	184	Argentina	0,98
10	Estonia	0,00	185	Eritrea	1,00

Fonte: Elaborazione dell'autore, banca-dati *Oxford COVID-19 Government Response Tracker*.

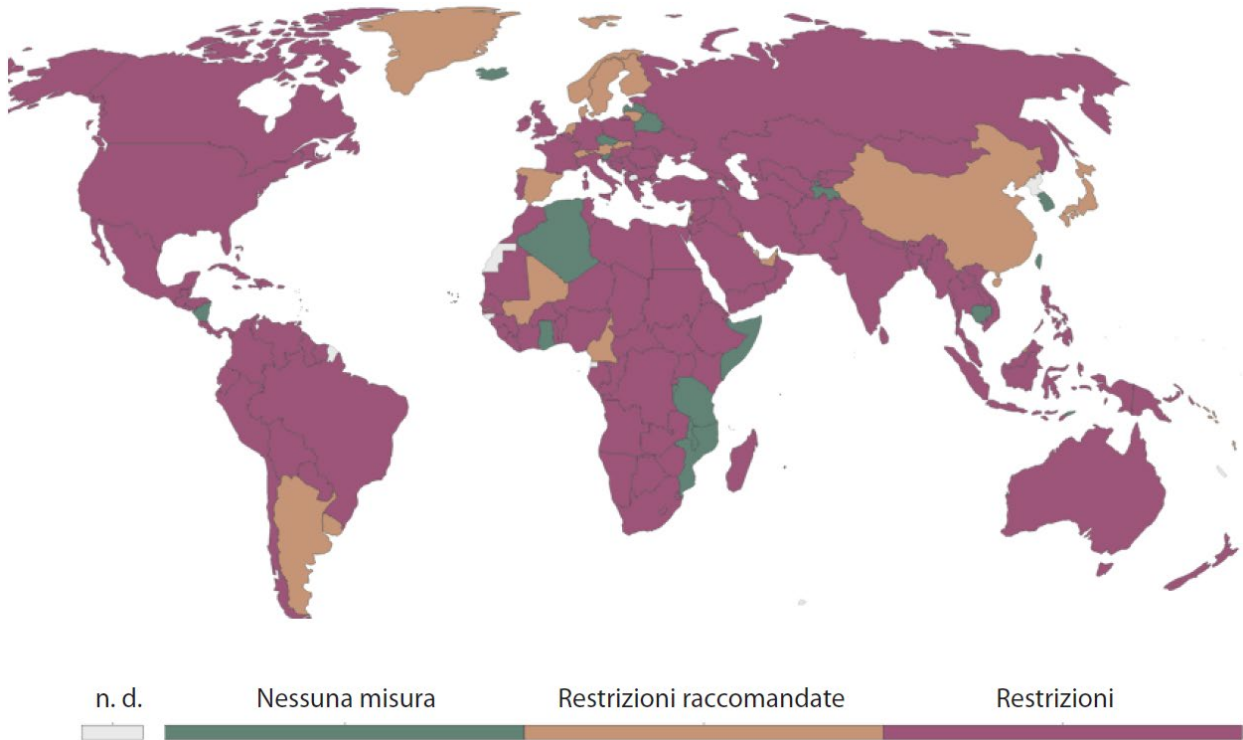
Diversamente dalla diffusione delle campagne informative, in questo caso l'indice standardizzato mostra una situazione fortemente polarizzata, con molti Stati – Paesi africani, isole e Paesi europei – che hanno fatto poco ricorso a misure drastiche di chiusura dei trasporti pubblici, e all'opposto Stati, soprattutto in America latina, che invece hanno deciso di limitare fortemente l'uso dei trasporti pubblici, a cominciare da Eritrea, Argentina e Libia, con valori che distanziano gli altri Paesi.

L'Italia, con un punteggio di 0,30, è comunque al 92° posto, in una posizione intermedia, tra il quarto e il quinto decile, ma molto al di sotto dei valori massimi raggiunti dai Paesi che guidano la classifica.

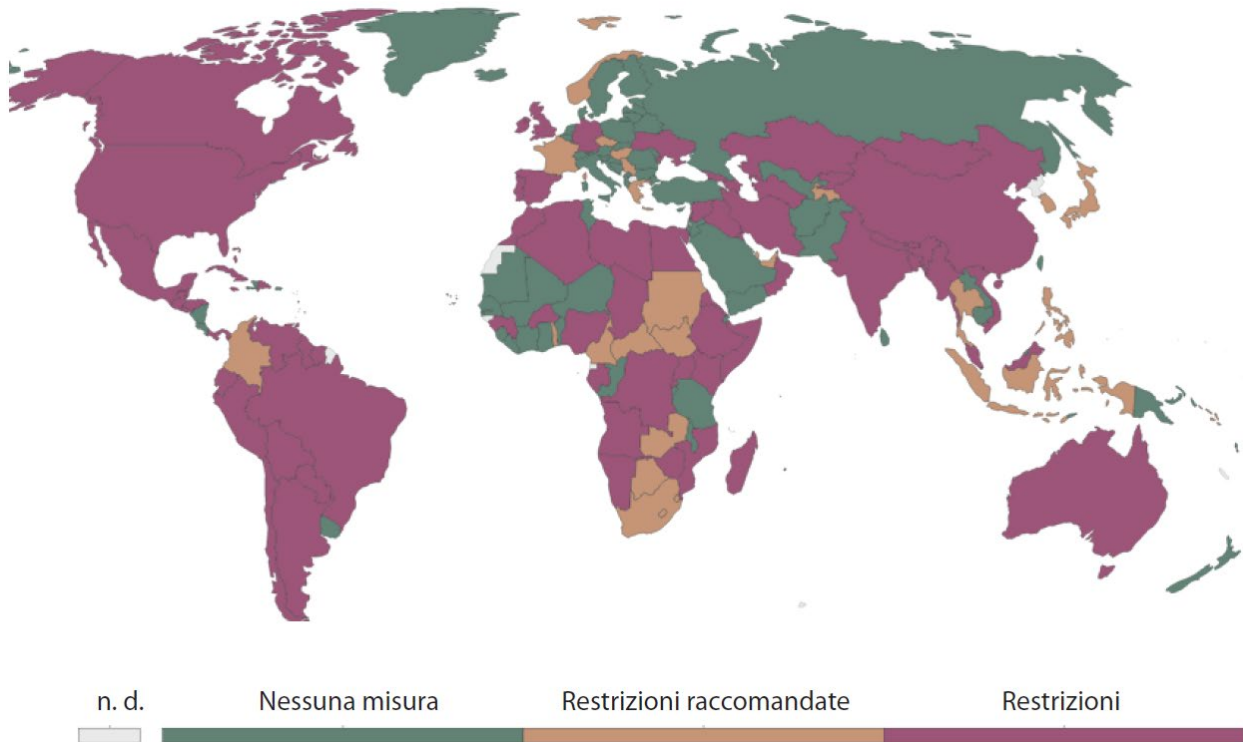
**Fig. 18a – La severità delle misure restrittive sui movimenti interni nel mondo, 1 marzo 2020**



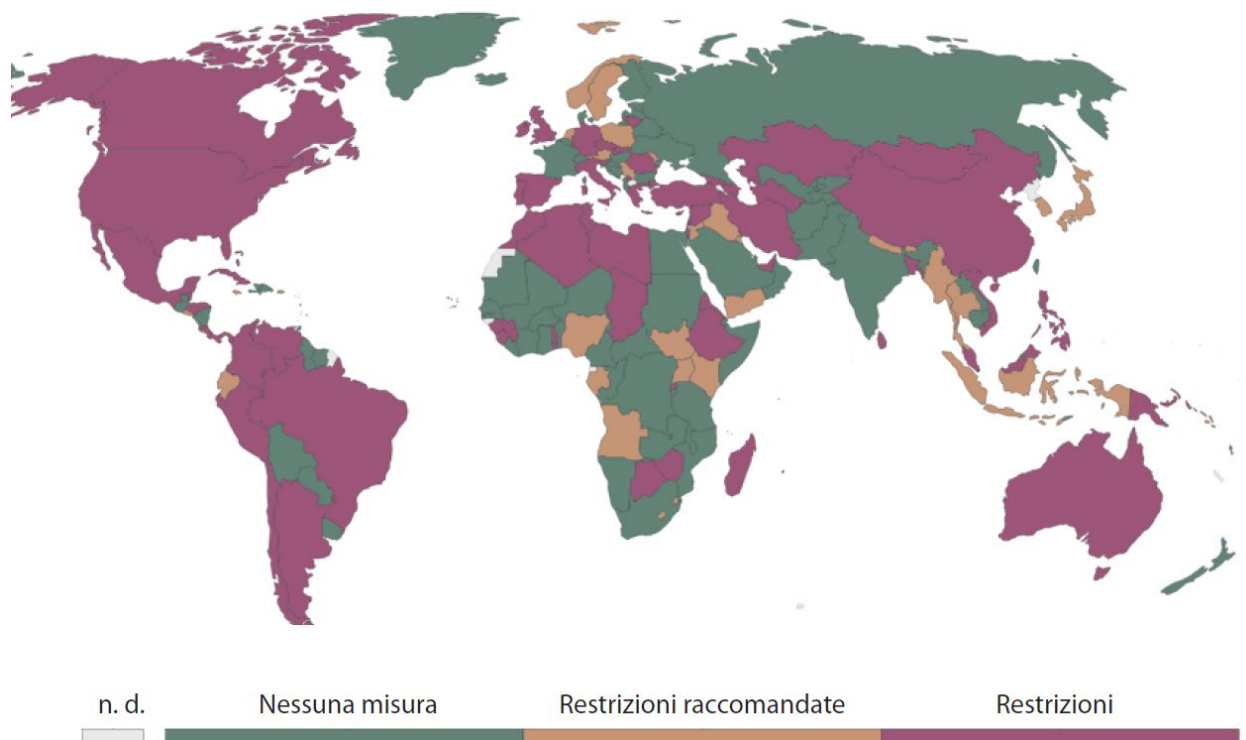
**Fig. 18b – La severità delle misure restrittive sui movimenti interni nel mondo, 1 maggio 2020**



**Fig. 18c – La severità delle misure restrittive sui movimenti interni nel mondo, 2 settembre 2020**



**Fig. 18d – La severità delle misure restrittive sui movimenti interni nel mondo, 1 febbraio 2021**



Fonte: database T. Hale et al. (2021), op. cit.

I provvedimenti di limitazione dei movimenti interni sono una misura complementare a quella centrata sulla chiusura dei trasporti pubblici. In questo caso si può parlare di tre stadi a livello mondiale. Una prima fase è quella in cui le restrizioni sono state minime, con raccomandazioni in tal senso adottate in Giappone e obblighi di limitazione degli spostamenti in Cina, Mongolia, Vietnam e Italia (Fig. 18a).

Il 1° maggio le restrizioni massime prevalgono in tutti i continenti; in Europa solo Bielorussia, Islanda, Lettonia, Repubblica Ceca e Slovenia non adottano alcuna restrizione, insieme ad alcuni Paesi in Africa, Nicaragua, Cambogia, Corea del Sud, Taiwan e Tagikistan (Fig. 18b). Il 2 settembre, la grande maggioranza di Paesi nelle Americhe, Asia e Oceania adotta le misure più restrittive, all'opposto di molti Paesi europei (compresa l'Italia) ed africani che si aggiungono al Nicaragua nel non prevedere misure restrittive, mentre diversi Paesi adottano un regime intermedio (Fig. 18c).

A inizio febbraio 2021, come a settembre, il regime di massima limitazione è molto diffuso (interessando quasi tutti i continenti e coinvolgendo anche l'Italia), mentre in Asia meridionale e in Africa in molti Paesi – come nel caso dei mezzi pubblici – prevale la scelta di non imporre alcuna limitazione; solo pochi Paesi adottano, nei vari continenti, un regime intermedio (Fig. 18d).

**Tab. 13 – Classifica in base a Indice standardizzato del livello di limitazione dei movimenti interni (gennaio 2020 - febbraio 2021)**

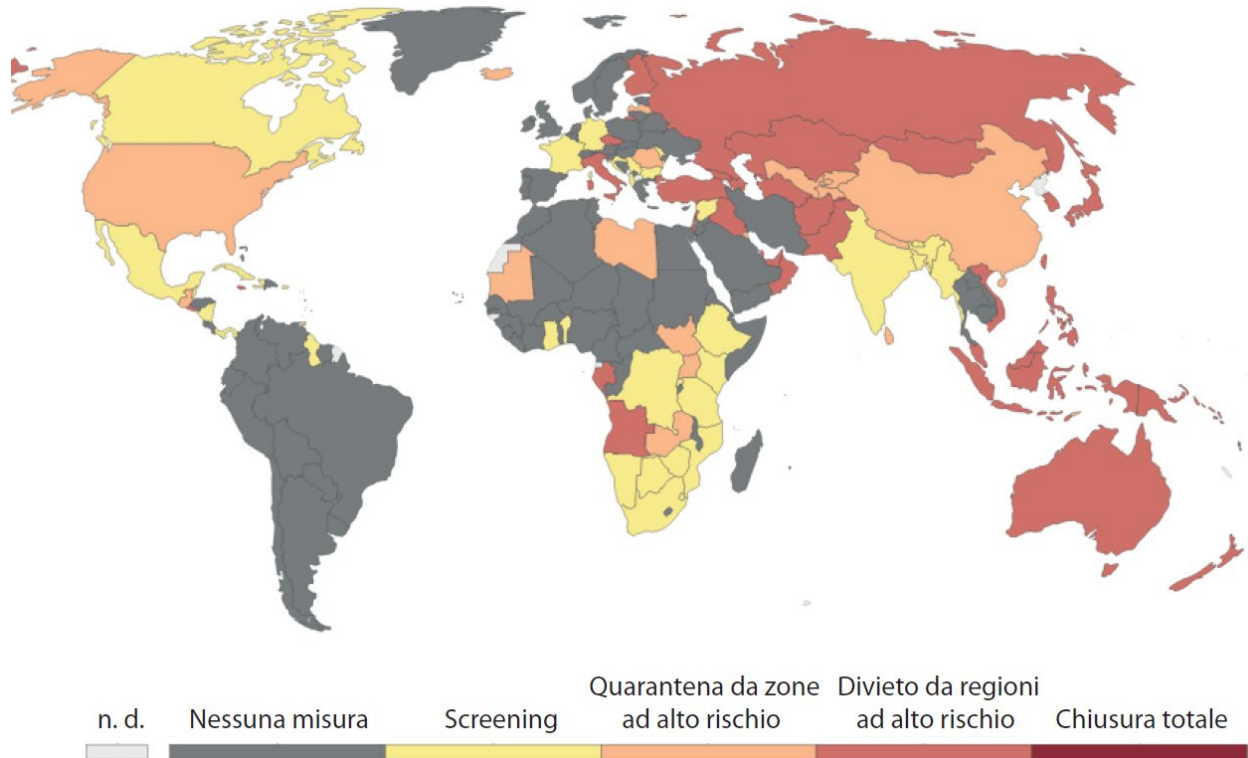
Posizione	Stati	Valore IS	Posizione	Stati	Valore IS
1	Andorra	0,00	176	Australia	0,96
2	Burundi	0,00	177	Marocco	0,96
3	Bielorussia	0,00	178	Canada	0,96
4	Isole Comore	0,00	179	Turkmenistan	0,96
5	Isole Faroe	0,00	180	Stati Uniti	0,96
6	Islanda	0,00	181	Honduras	0,96
7	Kiribati	0,00	182	Giamaica	0,97
8	Lettonia	0,00	183	Iran	0,98
9	Macao	0,00	184	Palestina	0,98
10	Malawi	0,00	185	Cina	1,00

Fonte: Elaborazione dell'autore, banca-dati *Oxford COVID-19 Government Response Tracker*.

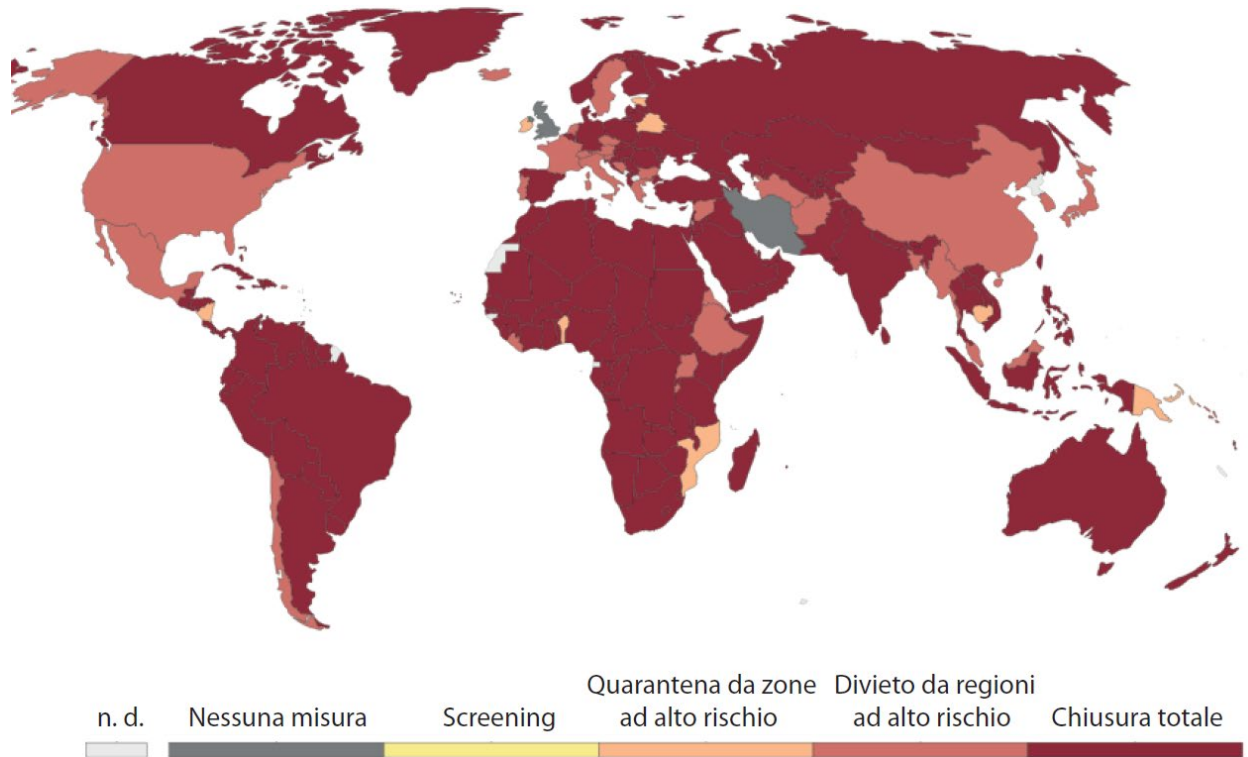
In questo caso l'indice standardizzato mostra una distribuzione fortemente asimmetrica con una polarizzazione tra molti Stati – a cominciare dalle piccole isole, meno attraversate da fitte reti di trasporto pubblico - che hanno fatto poco ricorso a misure drastiche di limitazione dei movimenti interni, e all'opposto Stati nei diversi continenti che invece hanno deciso di limitare fortemente la possibilità di muoversi, a cominciare da Cina, Palestina e Iran.

L'Italia, con un punteggio di 0,59, è al 109° posto, in una posizione intermedia, nel quinto decile, per durata e intensità delle limitazioni della mobilità interna.

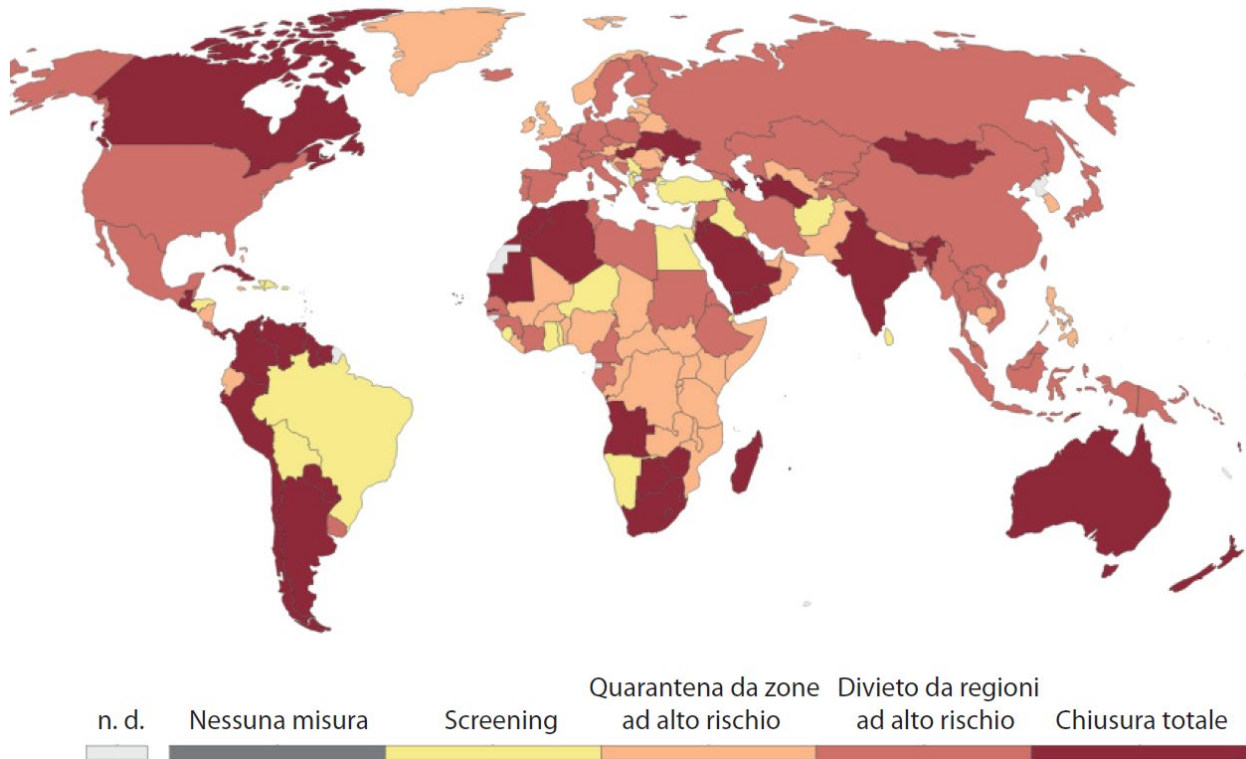
**Fig. 19a – La severità dei controlli sui viaggi internazionali nel mondo, 1 marzo 2020**



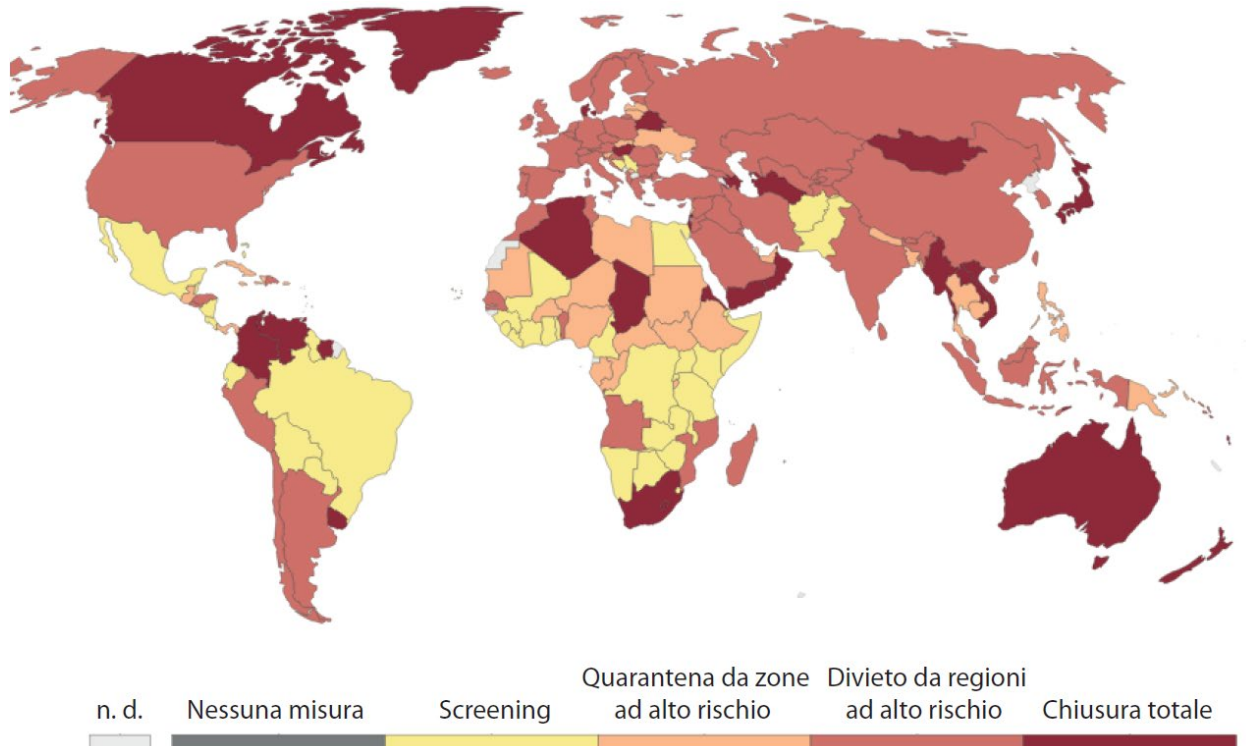
**Fig. 19b – La severità dei controlli sui viaggi internazionali nel mondo, 1 maggio 2020**



**Fig. 19c – La severità dei controlli sui viaggi internazionali nel mondo, 2 settembre 2020**



**Fig. 19d – La severità dei controlli sui viaggi internazionali nel mondo, 1 febbraio 2021**



Fonte: database T. Hale et al. (2021), op. cit.

Diversamente dalle misure tese a limitare i movimenti interni al Paese, i controlli per limitare i viaggi internazionali e controllare le frontiere sono stati adottati prima e mantenuti per più tempo, alterando profondamente il corso della circolazione delle persone, che era una delle caratteristiche della fase della globalizzazione precedente allo scoppio della pandemia.

Il 1° marzo 2020 l'assenza di controlli prevaleva in America latina e in Africa, dove pure prevalevano misure di controllo all'arrivo; altrove si adottava un sistema di quarantena obbligatoria per i passeggeri provenienti da zone ad alto rischio (era il regime adottato in Cina e negli Stati Uniti), oppure - come in gran parte di Oceania, Asia e in Italia - oltre alla quarantena era vietato l'ingresso a viaggiatori provenienti dai Paesi ad alto rischio (Fig. 19a).

Il 1° maggio la situazione era profondamente cambiata: quasi tutti i Paesi adottavano un regime radicale di chiusura delle frontiere, mentre alcuni Paesi – compresi Cina e Stati Uniti, ma anche l'Italia – prevedevano la quarantena e il divieto d'ingresso per i viaggiatori provenienti dai Paesi ad alto rischio (Fig. 19b).

Il 2 settembre prevalevano tre misure diverse: molti Paesi (come Australia, Canada e India) mantenevano la chiusura totale, un numero altrettanto elevato di Stati, compresa l'Europa e gli Stati Uniti, mantenevano la quarantena e il divieto d'ingresso per i viaggiatori provenienti dai Paesi ad alto rischio, mentre un terzo raggruppamento elevato di Paesi in Africa optava per un regime di quarantena dalle regioni ad alto rischio (Fig. 19c).

A inizio febbraio 2021 prevalgono i Paesi che, come l'Italia, scelgono un regime di quarantena per tutti e il divieto d'ingresso per i viaggiatori provenienti dai Paesi ad alto rischio, e resta una manciata di Paesi (compresi Australia, Canada, Danimarca, Giappone e Sudafrica) che adottano la chiusura totale. In Africa e America latina sono molti gli Stati che scelgono misure di controllo agli arrivi o quarantena per chi proviene da zone a rischio elevato (Fig. 19d).

**Tab. 14 – Classifica in base a Indice standardizzato del livello di limitazione dei viaggi internazionali (gennaio 2020 - febbraio 2021)**

Posizione	Stati	Valore IS	Posizione	Stati	Valore IS
1	Isole Comore	0,00	176	Algeria	0,92
2	Isole Virgin (USA)	0,21	177	Hong Kong	0,93
3	Nicaragua	0,26	178	Azerbaijan	0,94
4	Tanzania	0,34	179	Canada	0,94
5	Lussemburgo	0,35	180	Trinidad e Tobago	0,95
6	Serbia	0,35	181	Tonga	0,96
7	Afghanistan	0,37	182	Turkmenistan	0,97
8	Regno Unito	0,38	183	Nuova Zelanda	0,98
9	Iran	0,40	184	Kiribati	0,99
10	Andorra	0,40	185	Mongolia	1,00

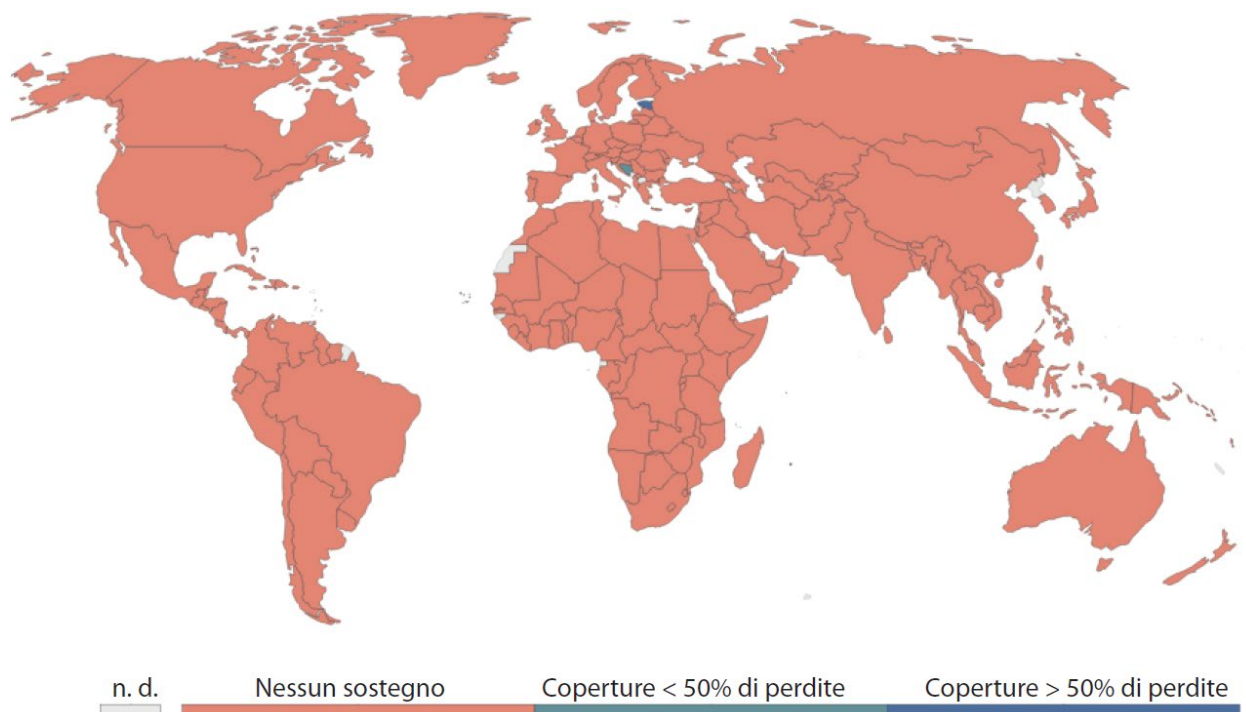
Fonte: Elaborazione dell'autore, banca-dati *Oxford COVID-19 Government Response Tracker*.



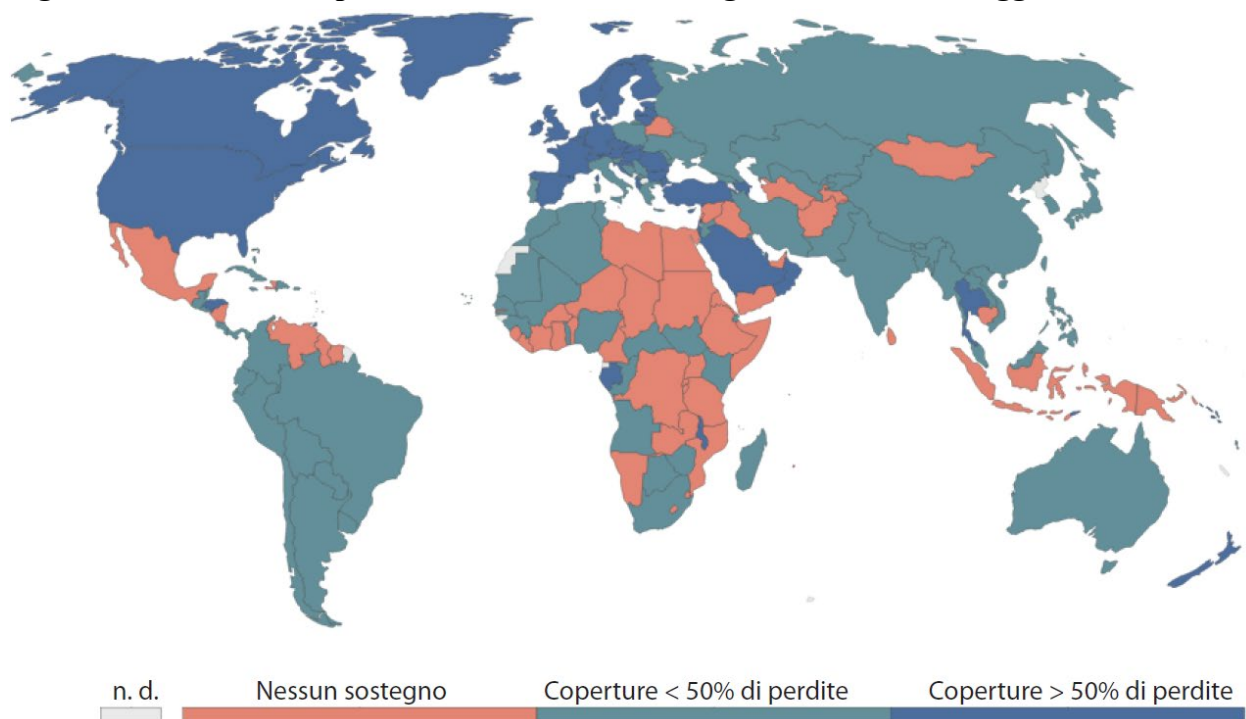
In questo caso, l'indice standardizzato mostra un valore fuori scala delle Isole Comore e poi una distribuzione che tende a concentrarsi su valori elevati, con Stati che sono in basso nella classifica con valori comunque non irrilevanti (Regno Unito con 0,38) e Paesi che, all'opposto, hanno adottato misure molto restrittive, in contesti molto variegati: la Mongolia è il Paese con il valore più alto, seguita da Nuova Zelanda, insieme a varie isole, Stati dell'Asia centrale, il Canada e l'Algeria. È cioè evidente che questa misura specifica presenta convergenze di valori tra Paesi che hanno adottato complessivamente e con motivazioni diverse strategie differenti ove si tenga conto delle misure complessive messe in campo.

L'Italia, con un punteggio di 0,72, è al 112° posto, in una posizione intermedia, nel sesto decile, per durata e intensità dei controlli sui viaggi internazionali.

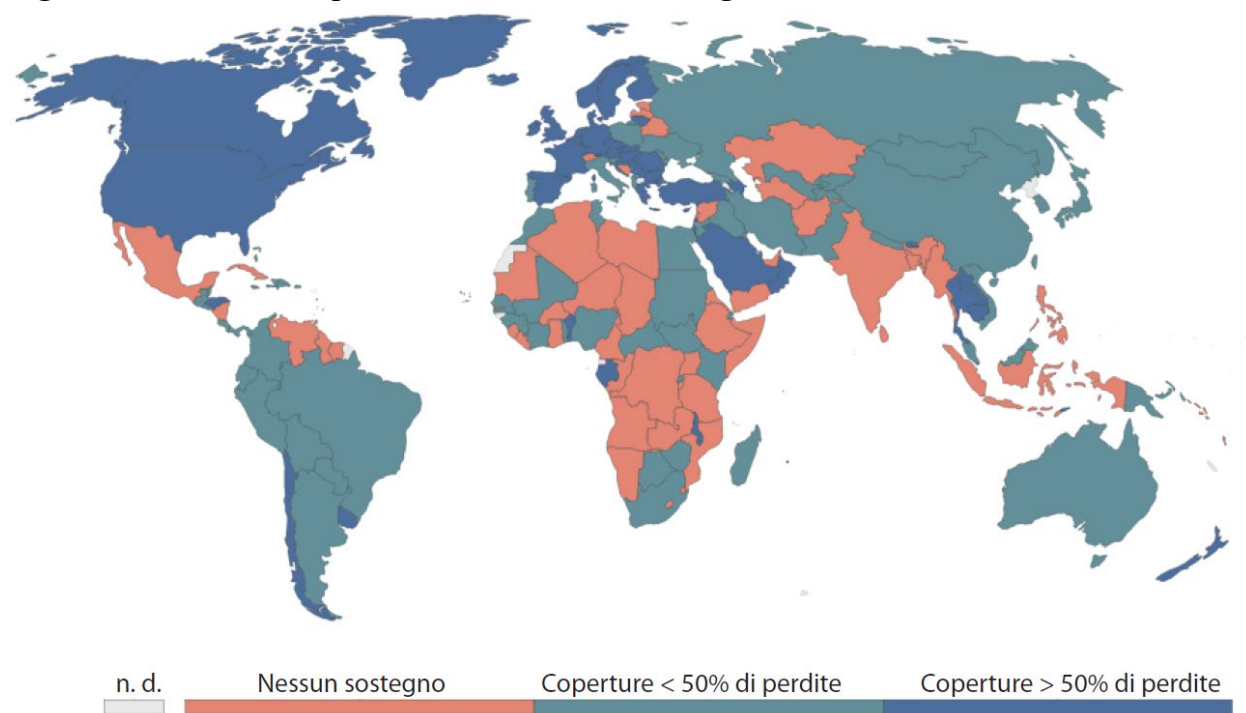
**Fig. 20a – Il livello di copertura delle misure di sostegno al reddito, 1 marzo 2020**



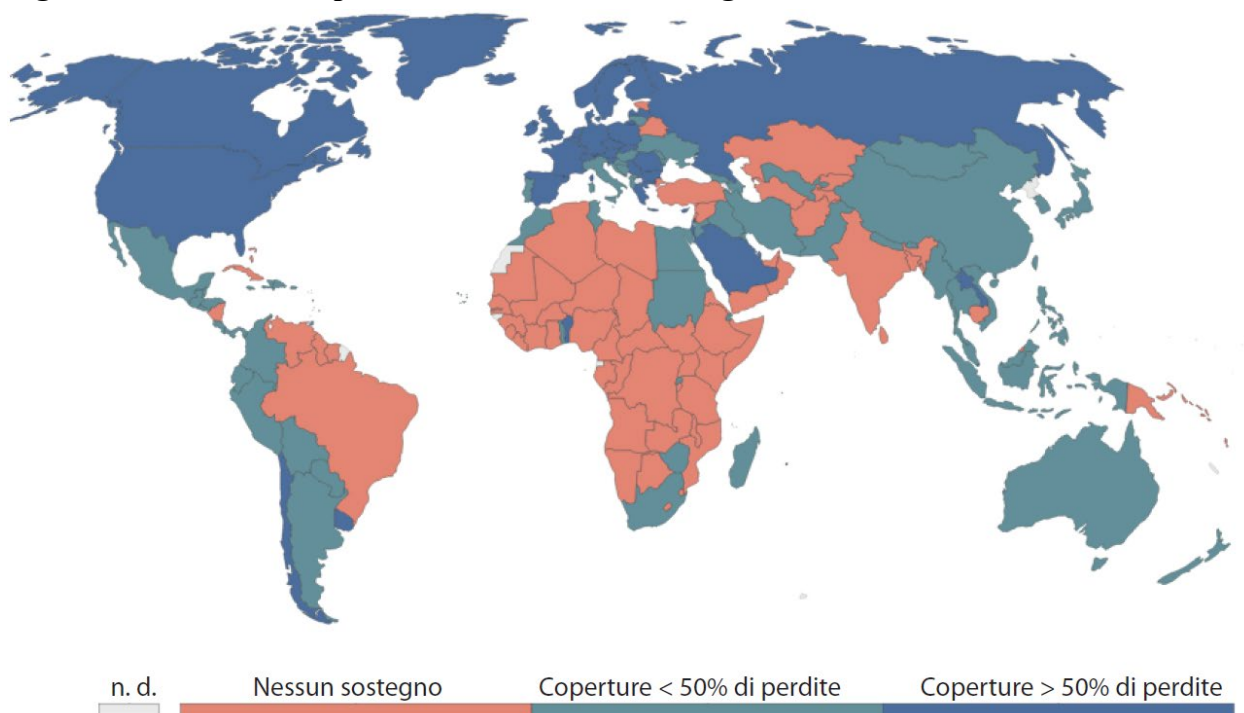
**Fig. 20b – Il livello di copertura delle misure di sostegno al reddito, 1 maggio 2020**



**Fig. 20c – Il livello di copertura delle misure di sostegno al reddito, 2 settembre 2020**



**Fig. 20d – Il livello di copertura delle misure di sostegno al reddito, 1 febbraio 2021**



Fonte: database T. Hale et al. (2021), op. cit.

Le misure di sostegno al reddito sono una linea di intervento introdotta col tempo, quando la durezza della crisi e la necessità di varare provvedimenti di distanziamento sociale hanno comportato il venir meno delle opportunità di impiego e di reddito per molte fasce di popolazione.

Il 1° marzo 2020 solo in Bosnia-Erzegovina, San Marino e isole Mauritius erano previsti contributi a copertura inferiore del 50 per cento delle perdite di reddito subite, mentre in Estonia già si mettevano in campo misure per compensare con importi anche superiori al 50 per cento delle perdite subite (fig. 20a).

Il 1° maggio solo molti Paesi africani, Guyana, Haiti, Messico, Nicaragua, Suriname e Venezuela, alcuni Paesi mediorientali e dell'Asia centrale, alcuni Paesi del sud-est asiatico e Bielorussia non prevedevano meccanismi di compensazione delle perdite di reddito per i lavoratori, mentre la maggioranza dei Paesi al mondo – compresa l'Italia – prevedeva compensazioni inferiori al 50 per cento delle perdite subite e il Nord America e molti Paesi europei garantivano una copertura superiore alla soglia del 50 per cento (Fig. 20b).

Il 2 settembre nelle economie ad alto reddito si manteneva la copertura superiore al 50 per cento delle perdite di reddito; in Italia, Portogallo e nella maggioranza dei Paesi latinoamericani, in Asia e in Australia la copertura era garantita per un importo inferiore al 50 per cento delle perdite; in Africa e in Paesi asiatici come Bangladesh, India, Indonesia e Myanmar, come anche in alcuni Paesi latinoamericani e caraibici (Cuba, Messico, Nicaragua, Guyana, Suriname e Venezuela) non erano previsti contributi di sostegno al reddito (Fig. 20c).

A inizio febbraio 2021 la situazione è tripartita: in quasi tutta l'Africa non è previsto alcun meccanismo di reintegro di reddito, in molti Paesi OCSE il ristoro è superiore alla soglia del 50 per cento delle perdite subite; in Italia, Portogallo, Australia, in molti Paesi dell'America latina e dell'Asia è previsto un ristoro inferiore al 50 per cento delle perdite subite (Fig. 20d).

**Tab. 15 – Classifica in base a Indice standardizzato del livello di sostegno al reddito (gennaio 2020 - febbraio 2021)**

Posizione	Stati	Valore IS	Posizione	Stati	Valore IS
1	Burkina Faso	0,00	176	Singapore	0,85
2	Bielorussia	0,00	177	Andorra	0,87
3	Isole Comore	0,00	178	Austria	0,87
4	Kiribati	0,00	179	Israele	0,87
5	Liberia	0,00	180	Lussemburgo	0,88
6	Libia	0,00	181	Islanda	0,91
7	Mozambico	0,00	182	Irlanda	0,92
8	Nicaragua	0,00	183	Regno Unito	0,95
9	Siria	0,00	184	Hong Kong	0,96
10	Tanzania	0,00	185	Cipro	1,00

Fonte: Elaborazione dell'autore, banca-dati *Oxford COVID-19 Government Response Tracker*.

In questo caso, l'indice standardizzato riflette la massima polarizzazione, con molti Paesi (undici, aggiungendo lo Yemen a quelli presenti in tabella) che non hanno potuto (perché poveri, come quelli africani) o voluto (perché non hanno limitato lo svolgimento delle attività economiche, come Bielorussia, Nicaragua e alcune piccole isole, o perché in grave emergenza politico-istituzionale, come Libia e Siria) adottare misure di sostegno al reddito.

All'opposto si trovano Paesi con economie ad alto reddito e una popolazione poco numerosa in grado di garantire ristori con copertura superiore al 50 per cento delle perdite subite, anche per periodi lunghi (Cipro e Hong Kong su tutti). In mezzo si colloca invece la maggioranza dei Paesi che va da situazioni di minimi e occasionali ristori per un numero limitato di persone alla copertura su vasta scala di importi limitati nel tempo e/o nell'importo (come nel caso dell'Italia).

L'Italia, in particolare, con un punteggio di 0,62 è al 132° posto, in una posizione intermedia, nel settimo decile, per durata e livello di copertura dei contributi a compensazione delle perdite di reddito: una misura che vede una netta segmentazione tra molti Paesi – soprattutto a basso reddito – senza alcuna misura in campo, una fascia di Paesi con misure parziali di compensazione del reddito e un numero limitato di Paesi che ha garantito una copertura superiore al 50 per cento delle perdite. In tutti i casi di sostegno al reddito si tratta di iniziative introdotte – è bene ripeterlo – con ritardo rispetto all'adozione di altre misure, talvolta attraverso iniziative una tantum, oppure diversificate per platea dei beneficiari.

## 2.5. L'importanza delle misure per testare, tracciare e trattare i casi di contagio

Le misure di prevenzione e contenimento della pandemia descritte - come la chiusura dei confini e di spazi pubblici per evitare assembramenti e le varie restrizioni imposte in modi più o meno stringenti - sono fondamentali. È anche essenziale, evidentemente, disporre di sistemi

sanitari pubblici in grado di monitorare la situazione attraverso protocolli efficaci e rapidi per testare, tracciare, trattare (3T) e isolare rapidamente e su larga scala i casi<sup>40</sup>.

Centrale è la diagnostica precoce per l'identificazione delle infezioni – e al momento i test molecolari rimangono il riferimento in termini di affidabilità, con vincoli di capacità e costi relativamente elevati che ne limitano l'uso su larga scala e spiegano il ricorso aggiuntivo a test rapidi sull'antigene – come pure imprescindibile è la qualità del trattamento dei casi di contagio, attraverso cure efficaci e tempestive per chi ha contratto il virus, organizzato in Italia attraverso una filiera coordinata di gestione del decorso della malattia virale a casa, con il ricorso all'assistenza sanitaria territoriale e, come ultima istanza, al ricovero ospedaliero.

Nel corso dei mesi, a livello internazionale, è aumentata e migliorata la capacità nei diversi Stati di testare, tracciare e trattare i casi, il che – associato a misure di contenimento (come la limitazione di eventi e assembramenti, controllo e limitazione dei viaggi internazionali, *lockdown* delimitati territorialmente, oltre a uso di mascherine e attenzione particolare alle strutture con persone fragili) – può dimostrarsi essenziale per evitare *lockdown* generalizzati<sup>41</sup>. I dati indicano anche che il numero di test è strettamente correlato al numero di casi confermati e a quello dei decessi.

Durante la prima ondata del contagio, quando molti sistemi nazionali europei – come quello italiano e inglese – sono stati colti impreparati dalla diffusione rapida del contagio, il fatto che una percentuale altissima dei casi testati risultasse infetta e ormai ad uno stadio avanzato del decorso della malattia virale ha contribuito a determinare un elevato tasso di letalità, ma anche che non si conoscesse l'effettiva diffusione della pandemia tra la popolazione.

In quella fase, il “modello” sudcoreano di test su vasta scala della popolazione faceva registrare una percentuale molto più bassa del rapporto tra persone contagiate e testate, fornendo così un quadro più affidabile dell'estensione della pandemia nel Paese.

Essere riusciti, nel caso della Corea del sud, a mettere in campo una campagna su vasta scala per testare un'ampia fetta della popolazione ha contribuito a conseguire un'efficace azione di contenimento della diffusione del virus, approntando le misure del caso; diversamente, nel caso degli Stati Uniti aver messo in campo un'azione estesa per testare su vasta scala la popolazione in ritardo rispetto allo scoppio della pandemia ha implicato una minore efficacia delle misure restrittive per contenere una pandemia che, a quel punto, era già molto diffusa tra la popolazione.

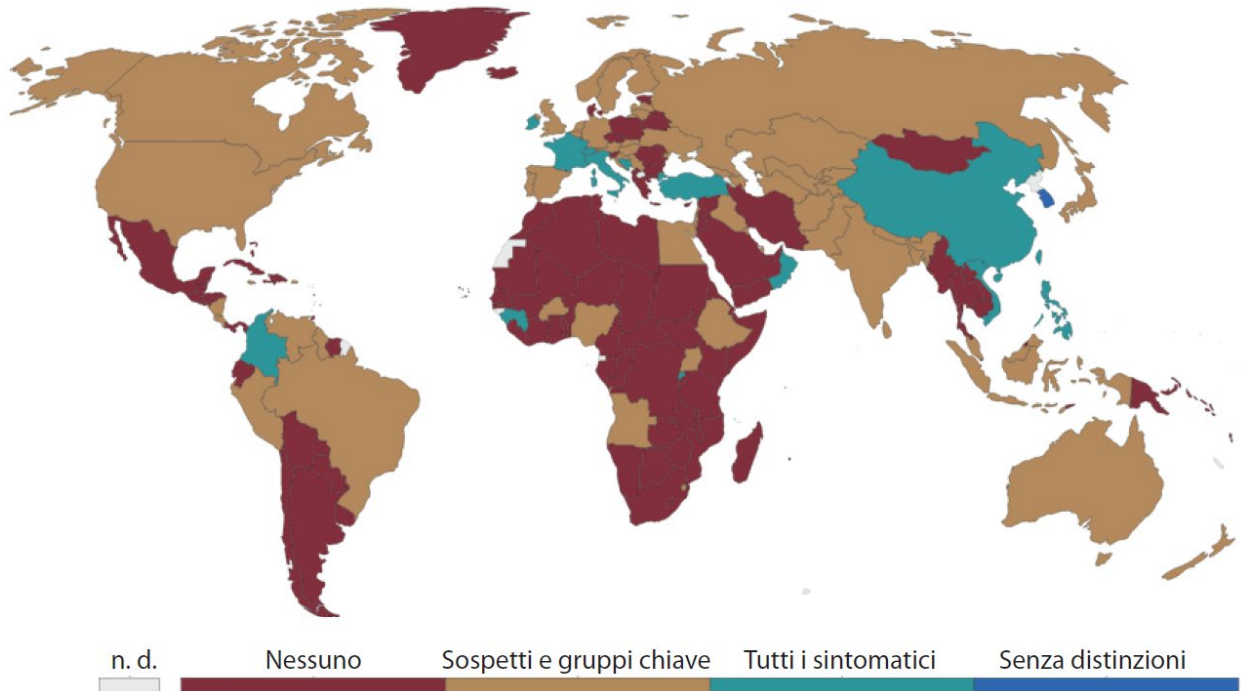
Al riguardo, è possibile fare una panoramica della situazione mondiale in termini di risposta sia attraverso politiche di test – per i casi sospetti e le categorie più a rischio (come i lavoratori in settori chiave, i ricoverati in ospedale, coloro entrati in contatto con un caso di contagio); per tutti i casi sintomatici, oppure disponibili anche per persone asintomatiche, per esempio attraverso i test *drive through* – che attraverso politiche di tracciamento.

---

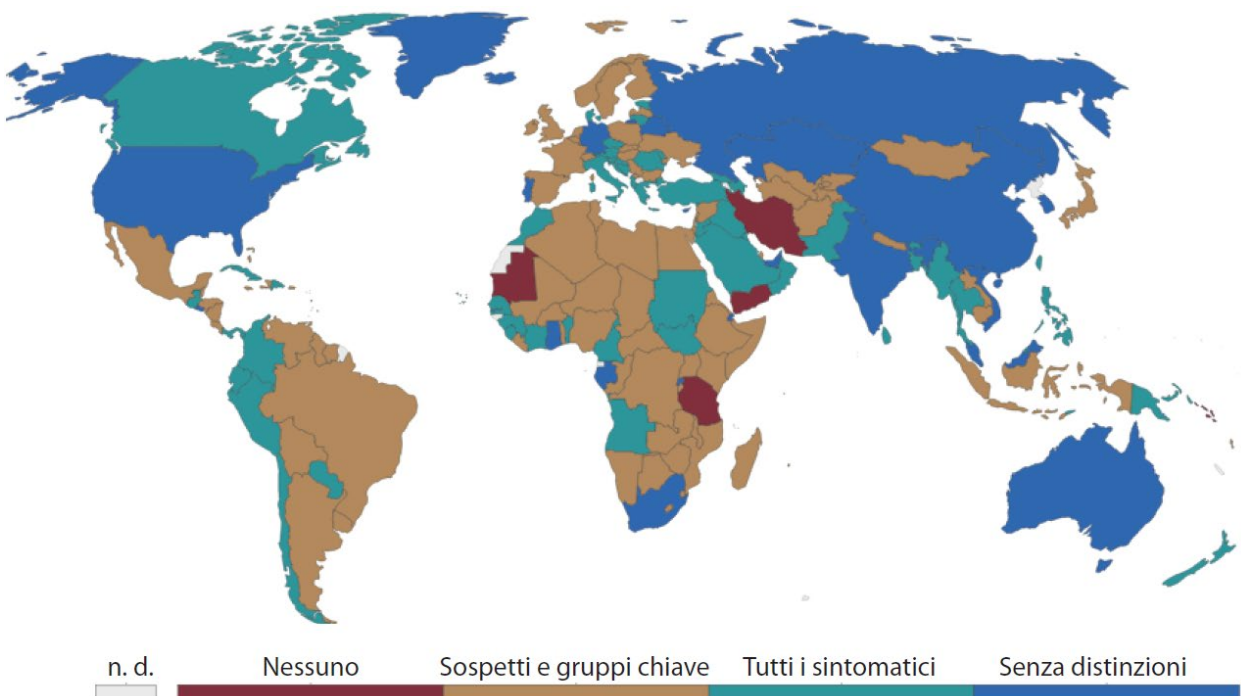
<sup>40</sup> OECD (2020f), “Testing for COVID-19: How to best use the various tests?”, *OECD tackling Coronavirus (Covid-19) series*, 4 dicembre.

<sup>41</sup> OECD (2020g), “Walking the tightrope: avoiding a lockdown while containing the virus”, *OECD tackling Coronavirus (Covid-19) series*, 30 novembre.

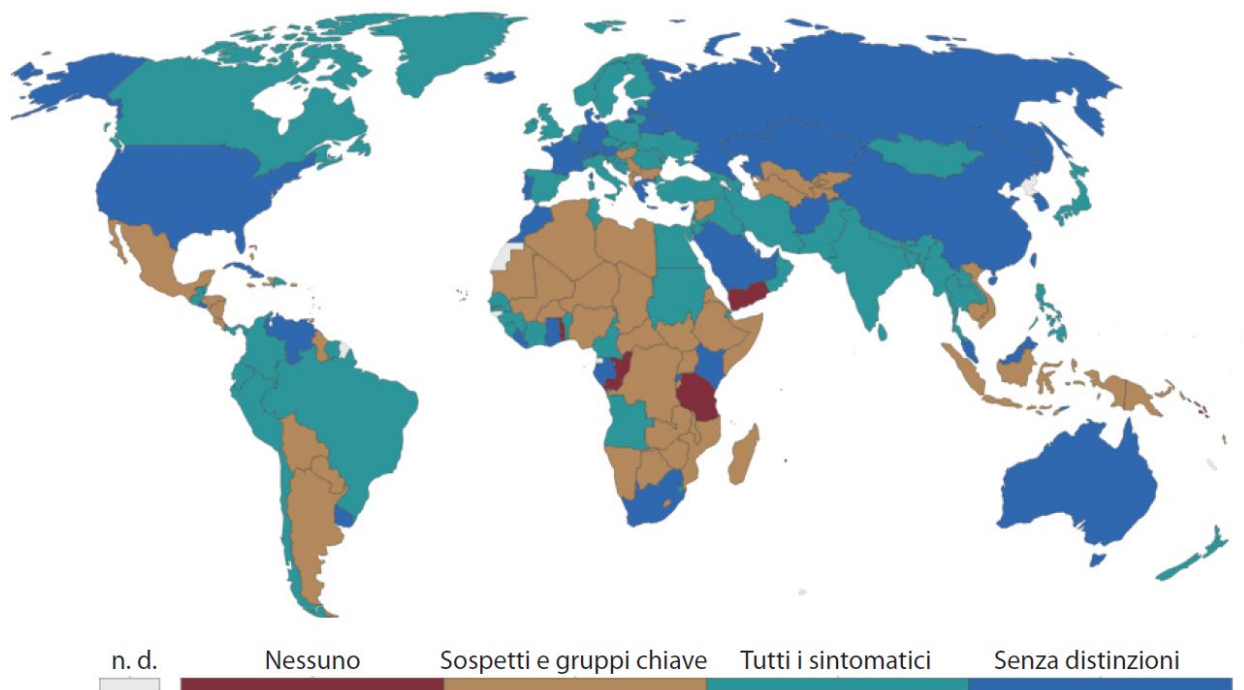
**Fig. 21a – La copertura delle strategie per testare la popolazione nel mondo, 1 marzo 2020**



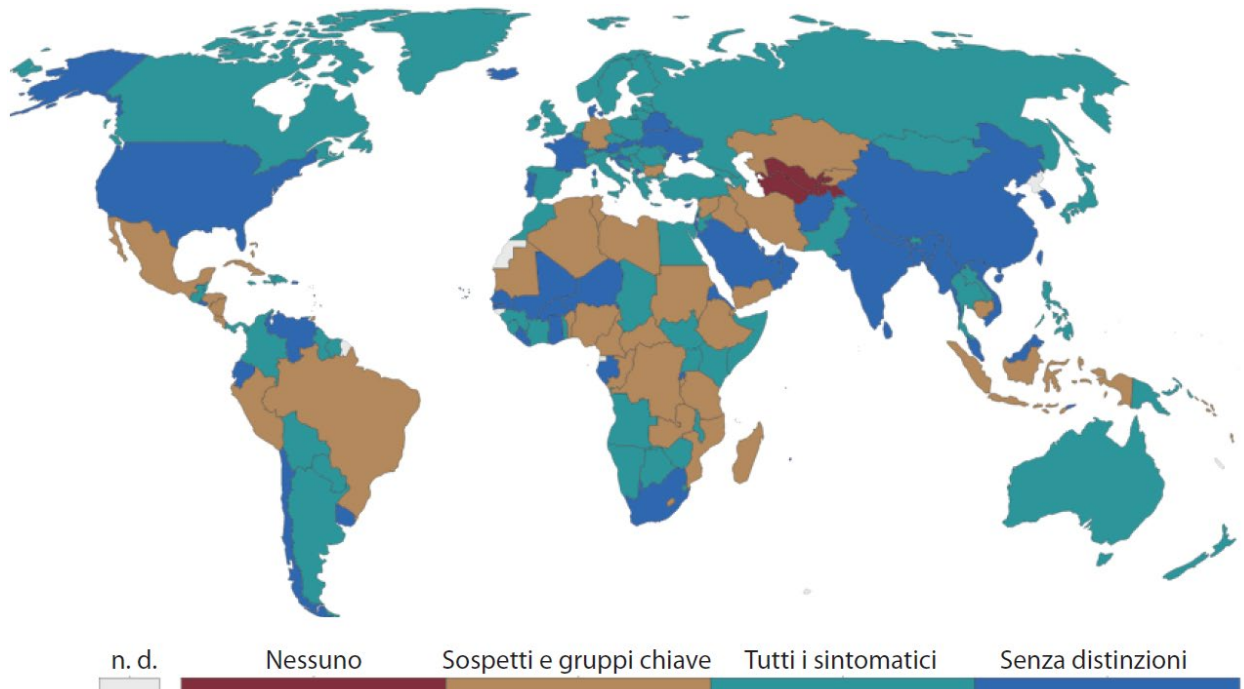
**Fig. 21b – La copertura delle strategie per testare la popolazione nel mondo, 1 maggio 2020**



**Fig. 21c – La copertura delle strategie per testare la popolazione nel mondo, 2 settembre 2020**



**Fig. 21d – La copertura delle strategie per testare la popolazione nel mondo, 1 febbraio 2021**



Fonte: database T. Hale et al. (2021), op. cit.

L'evoluzione delle misure adottate nel tempo dai diversi Stati mostra, combinando i quattro momenti fotografati dalle mappe, come Africa e buona parte dell'America latina e caraibica siano rimaste indietro in termini di capacità di testare la popolazione su vasta scala.

Nel caso dell'Africa, il continente con maggiori problemi, ciò è mostrato chiaramente dal prevalere del colore rosso (che indica assenza di politiche per testare la diffusione dell'epidemia) nella prima mappa, quando nel resto del mondo prevalevano misure per testare i casi sospetti e le categorie più a rischio o, soprattutto nei Paesi più colpiti (come l'Italia), tutti i casi sintomatici, oppure anche gli asintomatici. Ancora l'Africa si distingue per misure più blande di estensione dei test a tutti i sintomatici e anche agli asintomatici, le misure che prevalgono nelle successive mappe in tutti gli altri continenti (escludendo l'America latina e caraibica).

Nel caso dell'Africa, gli *Africa Centres for Disease Control and Prevention* (Africa CDC), promossi dall'Unione Africana e dall'Ufficio regionale dell'OMS per l'Africa, avevano identificato sin dall'inizio come prioritari la promozione del coordinamento e l'allineamento per un'azione sanitaria pubblica basata sulle prove, attraverso l'aumento della capacità di analisi di test<sup>42</sup>. Tuttavia, i costi elevati, le capacità limitate, la dipendenza dai fornitori esterni e la concorrenza con nazioni a più alto reddito per accedere ai dispositivi diagnostici in vitro, nonostante l'impegno dell'OMS a garantire l'accesso a tutti, hanno contribuito ai risultati visibili nella mappa.

A livello di singoli Stati, sempre combinando i dati della banca-dati *Oxford COVID-19 Government Response Tracker* rilevati in tutto il periodo che va dall'inizio del 2020 ai primi di febbraio 2021, è possibile costruire un indice standardizzato (IS) espresso come valore tra 0 e 1, da cui ricavare una classifica dei Paesi per livello di estensione della campagna per testare la popolazione.

**Tab. 16 – Classifica in base a Indice standardizzato del livello di estensione della campagna per testare la popolazione degli Stati (gennaio 2020 - febbraio 2021)**

Posizione	Stati	Valore IS	Posizione	Stati	Valore IS
1	Isole Comore	0,00	176	Russia	0,88
2	Yemen	0,10	177	Portogallo	0,89
3	Isole Salomone	0,11	178	Malaysia	0,89
4	Tanzania	0,13	179	Taiwan	0,90
5	Congo	0,24	180	Bahrein	0,90
6	Turkmenistan	0,24	181	Stati Uniti	0,91
7	Mauritania	0,25	182	Cina	0,92
8	Rep. Centrafricana	0,26	183	Malta	0,92
9	Messico	0,27	184	Ruanda	0,94
10	Bolivia	0,28	185	Corea del sud	1,00

Fonte: Elaborazione dell'autore, banca-dati *Oxford COVID-19 Government Response Tracker*.

<sup>42</sup> P. Ondoa et al. (2020), "COVID-19 testing in Africa: lessons learnt", *Lancet Microbe*, N. 1(3), luglio.



Il valore molto alto del Ruanda è sorprendente, visto l'andamento generale del continente africano e in ragione del livello di reddito pro capite molto basso del Paese (poco superiore ai 2 mila dollari correnti, con metodo della Parità dei poteri d'acquisto).

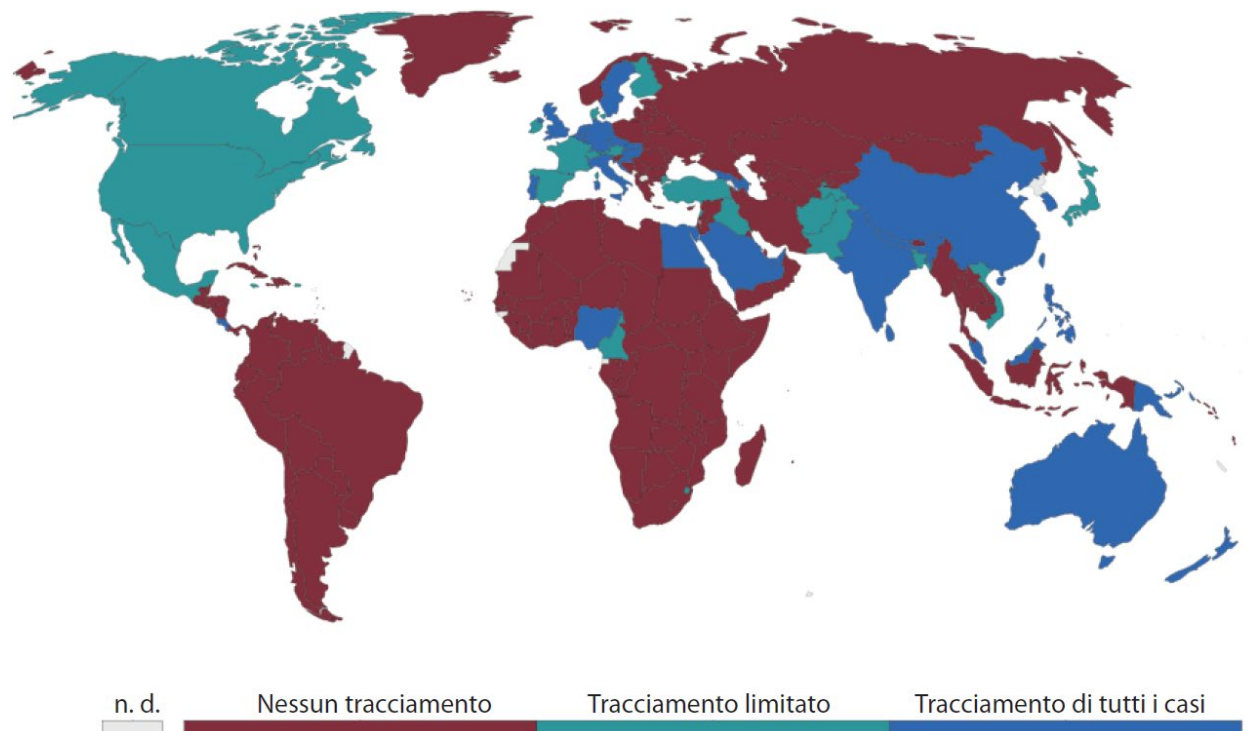
Tutti i test e le cure per il virus sono stati forniti gratuitamente in Ruanda, con un costo per il governo tra i 50 e i 100 dollari per eseguire un singolo test, utilizzando sistemi e attrezzature impiegate per affrontare la pandemia di HIV-AIDS, adottando un processo chiamato *pool testing* per analizzare molti più campioni testati: i materiali di 20-25 tamponi nasali sono messi in una fiala e fatti passare contemporaneamente attraverso una macchina, e laddove ci sia un risultato positivo allora si passa ad analizzare individualmente tutti i tamponi per individuare la persona infetta. A gennaio del 2021 il *Rwandan Biomedical Center* (RBC) ha lanciato nella capitale Kigali una campagna di test gratuiti per gli anziani di almeno 70 anni e per quelli con malattie croniche per accertare la trasmissione del Covid-19.

Come prevedibile, sono africani molti degli Stati con il punteggio più basso, oltre a piccole isole o a uno Stato come il Turkmenistan che si è sempre dichiarato *Covid-19 free*.

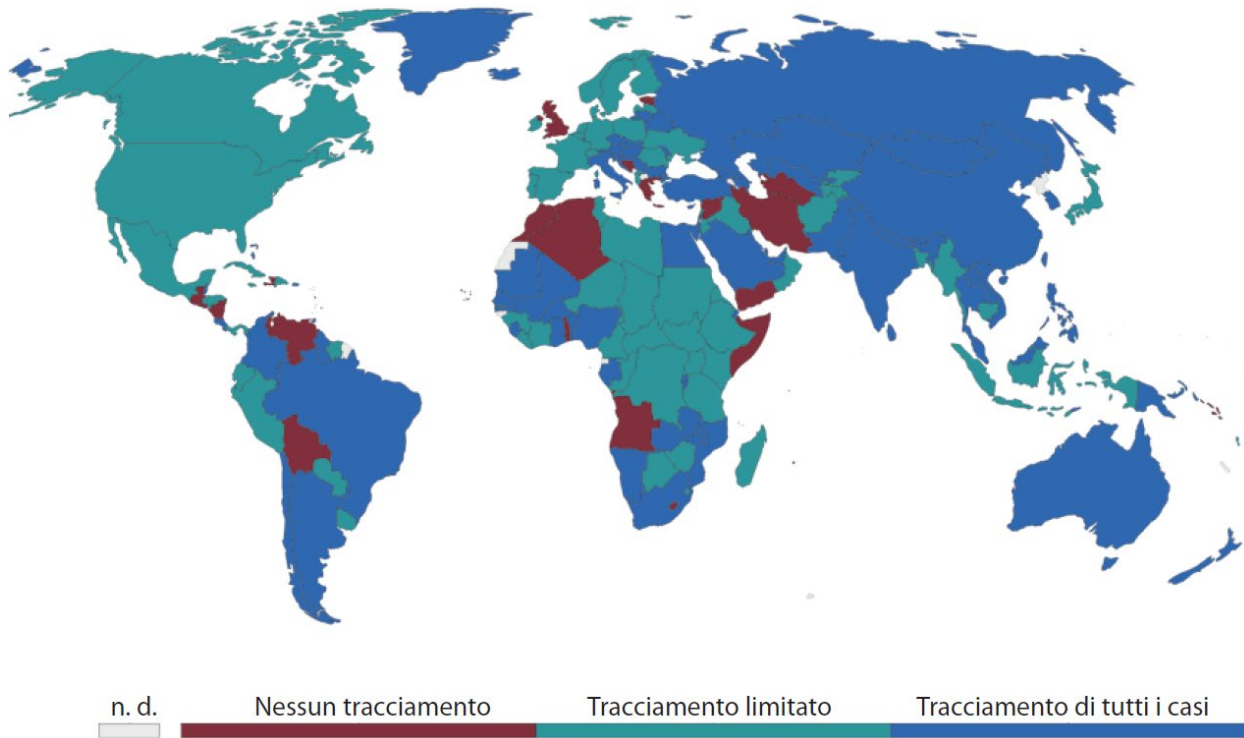
L'Italia, con un punteggio di 0,64, si colloca nelle metà dei Paesi con il valore più alto, posizionandosi al 128° posto su 185 Stati.

Anche nel caso delle misure di tracciamento è possibile ripetere lo stesso esercizio.

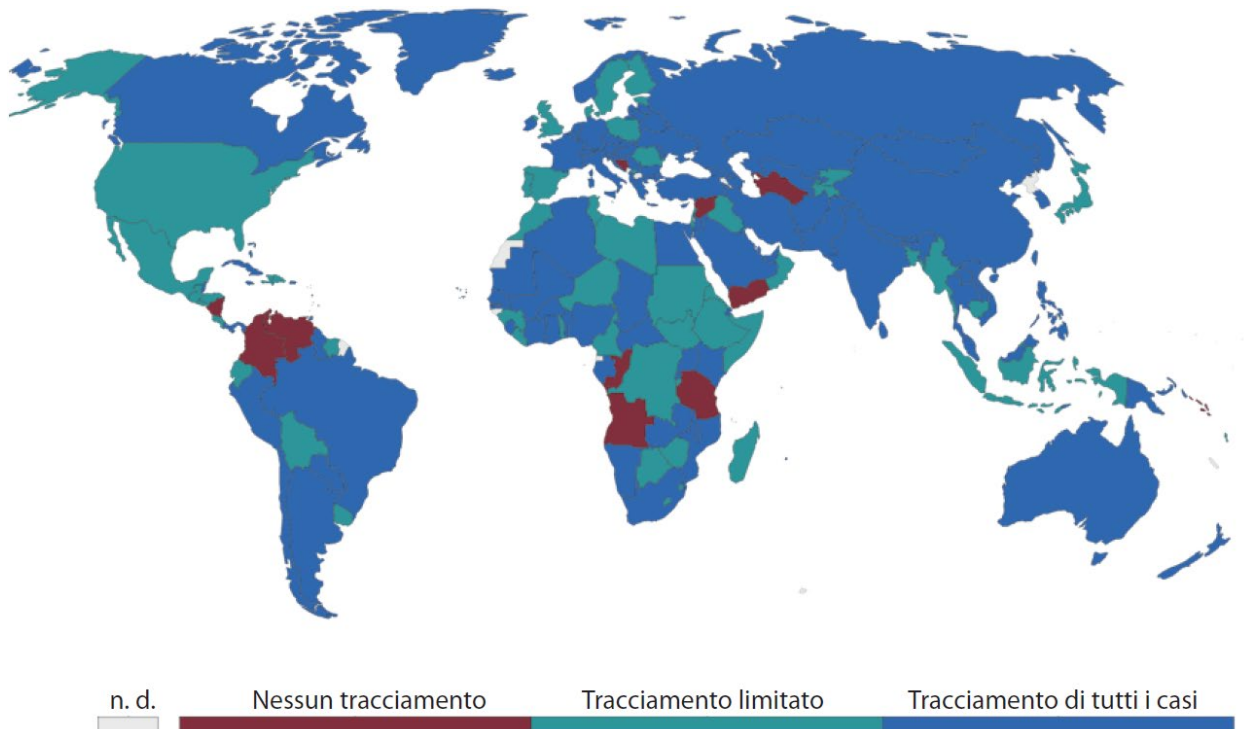
**Fig. 22a – La copertura delle strategie di tracciamento della popolazione nel mondo, 1 marzo 2020**



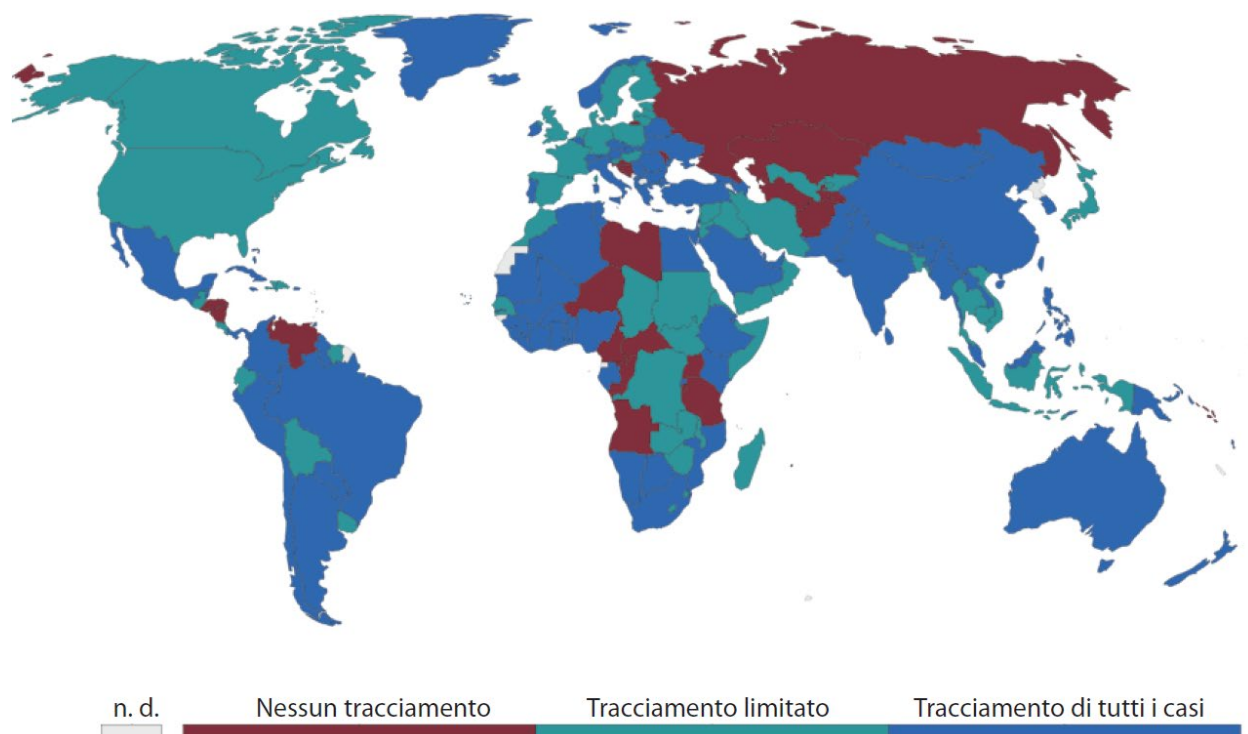
**Fig. 22b – La copertura delle strategie di tracciamento della popolazione nel mondo, 1 maggio 2020**



**Fig. 22c – La copertura delle strategie di tracciamento della popolazione nel mondo, 2 settembre 2020**



**Fig. 22d – La copertura delle strategie di tracciamento della popolazione nel mondo, 1 febbraio 2021**



Fonte: database T. Hale et al. (2021), op. cit.

Le misure di tracciamento hanno raggiunto il maggiore livello di estensione (cioè, tracciamento limitato o esteso a tutti i casi) su scala mondiale a inizio settembre. Il 2 settembre 2020 tre Stati africani (Angola, Congo e Tanzania), due Stati latinoamericani (Colombia e Venezuela) e uno caraibico (Nicaragua), due mediorientali (Siria e Yemen), il Turkmenistan in Asia centrale e Bosnia ed Erzegovina in Europa erano gli unici Stati che non adottano misure di tracciamento dei casi di contagio.

A inizio febbraio 2021, alcuni Stati si sono aggiunti alla lista dei Paesi senza misure di tracciamento.

In generale, quello che si rileva è che, a dispetto dell'idea secondo cui la ricerca di contatti dovrebbe essere uno dei più efficaci strumenti che i Paesi dovrebbero usare più sistematicamente per contenere il diffondersi della pandemia, sono stati davvero eccezionali i Paesi che si sono posti realmente l'obiettivo di tracciare la totalità delle persone entrate in contatto con il virus.

Ciò è vero anche a livello di Paesi occidentali e in un momento in cui, a fine del 2020, gli Stati avrebbero potuto disporre del tempo necessario a sviluppare sistemi migliori di tracciamento. In base a dati raccolti per un'inchiesta pubblicata sulla rivista *Nature*<sup>43</sup>, anche se i sistemi di tracciamento sono teoricamente attivati, i tracciatori di contatti non riescono a mettersi in contatto

<sup>43</sup> D. Lewis (2020), "Why many countries failed at COVID contact-tracing - but some got it right", *Nature*, 14 dicembre.

con una persona su otto che risulta positiva al Covid-19, e il 18 per cento di coloro che vengono raggiunti non fornisce dettagli sui contatti stretti. In alcune regioni degli Stati Uniti, più della metà delle persone che risultano positive al test non forniscono dettagli sui contatti quando viene loro chiesto.

Quindi, contano sicuramente una tecnologia antiquata e sistemi sanitari sotto-finanziati che determinano uno scarso equipaggiamento perché le misure di tracciamento – laddove predisposte – risultino poi efficaci nella risposta sul terreno.

Il sistema digitale di *contact tracing* della app *Immuni* in Italia è un esempio di come procedure non adeguatamente chiare a tutta la catena di soggetti coinvolti, come le aziende sanitarie locali e i medici di base che, riscontrato un caso di positività, dovrebbero registrarlo e chiedere al paziente infetto di autosegnalarsi, abbiano prodotto risultati che nel tempo hanno portato all'abbassamento delle aspettative da parte dei governi stessi e un minore impegno da parte dei cittadini, molti dei quali diffidenti e non disposti a scaricare app di questo tipo sul proprio smartphone.

Limitatamente al prospetto dei dati sulle misure messe in campo, al di là cioè delle pur rilevanti considerazioni sulla loro efficacia, l'indice standardizzato permette di ottenere la classifica dei Paesi per livello di estensione delle misure di tracciamento.

**Tab. 17 – Classifica in base a Indice standardizzato del livello di estensione delle misure di tracciamento degli Stati (gennaio 2020 - febbraio 2021)**

Posizione	Stati	Valore IS	Posizione	Stati	Valore IS
1	Angola	0,00	176	Bermuda	0,95
2	Bosnia-Erzegovina	0,00	177	Australia	0,96
3	Isole Comore	0,00	178	Malta	0,96
4	Kiribati	0,00	179	Hong Kong	0,96
5	Isole Salomone	0,00	180	Malaysia	0,96
6	Turkmenistan	0,00	181	Macao	0,97
7	Venezuela	0,00	182	Taiwan	0,97
8	Nicaragua	0,01	183	Singapore	0,97
9	Siria	0,05	184	Cina	0,98
10	Yemen	0,13	185	Slovacchia	1,00

Fonte: Elaborazione dell'autore, banca-dati *Oxford COVID-19 Government Response Tracker*.

Il Paese che si è distinto per il maggiore impegno sul fronte del tracciamento dei casi, con un valore più alto della stessa Cina e degli Stati asiatici che guidano la classifica, è la Slovacchia. Molto diversamente dai Paesi vicini del gruppo di Visegrad (che comprende anche Polonia, Repubblica Ceca e Ungheria), il neo-governo di Matovič ha adottato una politica di tracciamento molto estesa, a fianco di un sistema predisposto a ottobre per testare tutta la popolazione, potendo sfruttare le ridotte dimensioni del Paese e il numero abbastanza esiguo di abitanti, meno di 5,5 milioni.

In coda alla lista, con i valori più bassi, si trovano piccole isole, il Turkmenistan, Stati africani e latinoamericani e Paesi fragili in grave crisi (Siria e Yemen).

L'Italia, con un punteggio di 0,92, si colloca nel decile con il valore più alto, posizionandosi al 168° posto su 185 Stati.

## 2.6. La campagna di vaccinazione nel mondo

Le misure di prevenzione e contenimento della pandemia ed efficaci sistemi di politica sanitaria pubblica basata sull'approccio 3T sono fondamentali. Tuttavia, è convinzione prevalente, fondata sugli insegnamenti della storia delle pandemie, che la fine dell'emergenza Covid-19 arriverà quando i diversi Paesi svilupperanno un'immunità collettiva al virus, combinando il numero di quanti lo hanno contratto e quanti sono stati vaccinati.

Le campagne di vaccinazione sono state avviate nel mondo a dicembre del 2020. Nella fase del loro pieno svolgimento si possono evidenziare alcuni elementi importanti.

Anzitutto, lo sviluppo di un vaccino è solitamente considerato un processo lungo, complesso e difficile che in genere richiede molti anni per completare il ciclo che parte dalle fasi di sviluppo (attraverso tre fasi di sperimentazione clinica), passa per quelle di valutazione scientifica da parte delle autorità regolatorie e approvazione, per poi arrivare alla produzione su vasta scala e commercializzazione e somministrazione finale.

In questo caso, si è assistito in tempi eccezionalmente rapidi e senza precedenti allo sviluppo, valutazione e sottoposizione all'approvazione delle autorità competenti di numerosi candidati vaccini. Governi, ricercatori del settore pubblico, case farmaceutiche, organizzazioni filantropiche hanno accelerato e mobilitato enormi risorse per la ricerca sui vaccini, con l'obiettivo di renderli ampiamente disponibili quanto prima possibile. Sono oltre 200 i candidati vaccini sperimentali in fase di sviluppo in tutto il mondo, oltre 50 quelli in fase di sperimentazione clinica sull'uomo e quasi 100 quelli in fase di sperimentazione preclinica sugli animali<sup>44</sup>.

In Europa, l'autorità competente (l'Agenzia del farmaco europea: *European Medicine Agency*, EMA) già a dicembre raccomandava alla Commissione Europea di concedere l'autorizzazione all'immissione in commercio del primo vaccino a RNA messaggero: mRNA della ditta BioNTech/Pfizer. Subito dopo, il 6 gennaio 2021, altrettanto succedeva con il vaccino prodotto da Moderna.

Il terzo ad essere approvato è stato, il 29 gennaio, il vaccino di Oxford-AstraZeneca, cui ha collaborato anche la Advent-IRBM di Pomezia e che si basa su una tecnica diversa dai precedenti, essendo un vaccino a vettore virale che utilizza una versione modificata dell'adenovirus dello scimpanzé per fornire le istruzioni per sintetizzare la proteina *spike* e stimolare una risposta immunitaria specifica, sia anticorpale che cellulare.

L'esigenza di rendere disponibili quanto prima i vaccini ma, al contempo, di assicurare il massimo rigore e il rispetto del principio precauzionale a tutela della salute per la messa in commercio di vaccini, non deve essere sottovalutata. Si è creata una sorta di corsa ai vaccini, che vede concorrere contemporaneamente due attori chiave: da una parte la filiera dello sviluppo-commercializzazione, dall'altra i governi nazionali che si muovono in autonomia sul mercato negoziando accordi di pre-acquisto o acquisto. Gli interessi in gioco, anche economico-finanziari, sono enormi, e non mancano opacità sugli accordi in termini di quantità accordate e prezzi fissati, che variano a seconda del governo acquirente e della sua capacità negoziale, rimanendo spesso segreti.

---

<sup>44</sup> Si veda: <https://www.raps.org/news-and-articles/news-articles/2020/3/covid-19-vaccine-tracker#2>

Questo corto circuito rischia di far passare in subordine il principio del diritto universale alla salute e il riconoscimento della salvaguardia del bene pubblico globale, marginalizzando il ruolo di terzietà del sistema multilaterale di coordinamento e l'appello lungimirante lanciato dall'OMS oltre un anno fa, allo scoppio della pandemia, a fornire supporto agli Stati con economie a basso e medio reddito, facilitando l'accesso ai vaccini.

In questo coacervo di interessi economico-finanziari e geo-politici (con la ricerca di un ruolo di leadership per lo sviluppo di un vaccino nel proprio Paese o per il raggiungimento per primi del risultato della vaccinazione della maggioranza della popolazione) sono sotto pressione i meccanismi di coordinamento sovranazionale (anche l'UE, anziché apparire come un interlocutore più forte nei negoziati, è stata criticata per la maggiore lentezza nel raggiungere accordi con le case farmaceutiche rispetto alla più rapida libertà di manovra di singoli Stati, come il Regno Unito).

Soprattutto, rischiano di essere sacrificati i valori etici di equità e solidarietà, laddove si crea il rischio sia di ritardare molto l'accesso al vaccino delle popolazioni di Paesi più poveri e senza potere negoziale, sia di adottare criteri che in pratica risultano discriminanti per l'accesso alla vaccinazione.

Nel caso degli Stati Uniti, ad esempio, nonostante le comunità afro-americane e latine a basso reddito siano state colpite più duramente dalla pandemia, i funzionari sanitari di molte città registrano un'affluenza maggiore di persone provenienti da quartieri più ricchi, soprattutto appartenenti alla classe dei bianchi di origine anglosassone e di religione e cultura protestante (i cosiddetti *White anglo-saxon protestant*, o *Wasp*) nei sistemi di appuntamenti di vaccinazione<sup>45</sup>. Ciò avviene perché i mezzi a disposizione (per prenotarsi sui siti web), il tempo e l'interesse a vaccinarsi, a parità di altre condizioni, possono determinare una discriminazione nei fatti tra fasce di popolazione; senza far riferimento ai casi in cui, invece, senza diritto ma attraverso la corruzione, l'influenza o sfruttando opportunità esistenti (compreso il "turismo dei vaccini", con viaggi all'estero per ricevere una dose di vaccino che nel proprio Paese non si potrebbe ancora ottenere: è il caso del conduttore televisivo messicano Juan José Origel andato in Florida a farsi vaccinare), alcune persone sfruttano le proprie condizioni economiche<sup>46</sup> o politiche<sup>47</sup> privilegiate per vaccinarsi.

Il risultato, su scala globale, è evidente. Più di 240 milioni di dosi di vaccini per il Covid-19 (cioè più del doppio dei casi di contagio) sono stati somministrati in tutto il mondo in un centinaio di Paesi, ma mentre alcuni Stati ad alto reddito si stanno muovendo rapidamente per vaccinare i loro residenti, i Paesi a basso reddito rimangono al palo.

Né deve dimenticarsi che questa condotta potrebbe produrre indesiderati effetti boomerang, rilevanti anche in un'ottica egoistica, laddove l'assenza di vaccinazione in Paesi poveri potrà alimentare la diffusione e mutazione genetica del virus nel tempo, con dubbi sull'efficacia dei vaccini ora in produzione e con un eventuale effetto futuro di sua propagazione in direzione inversa

---

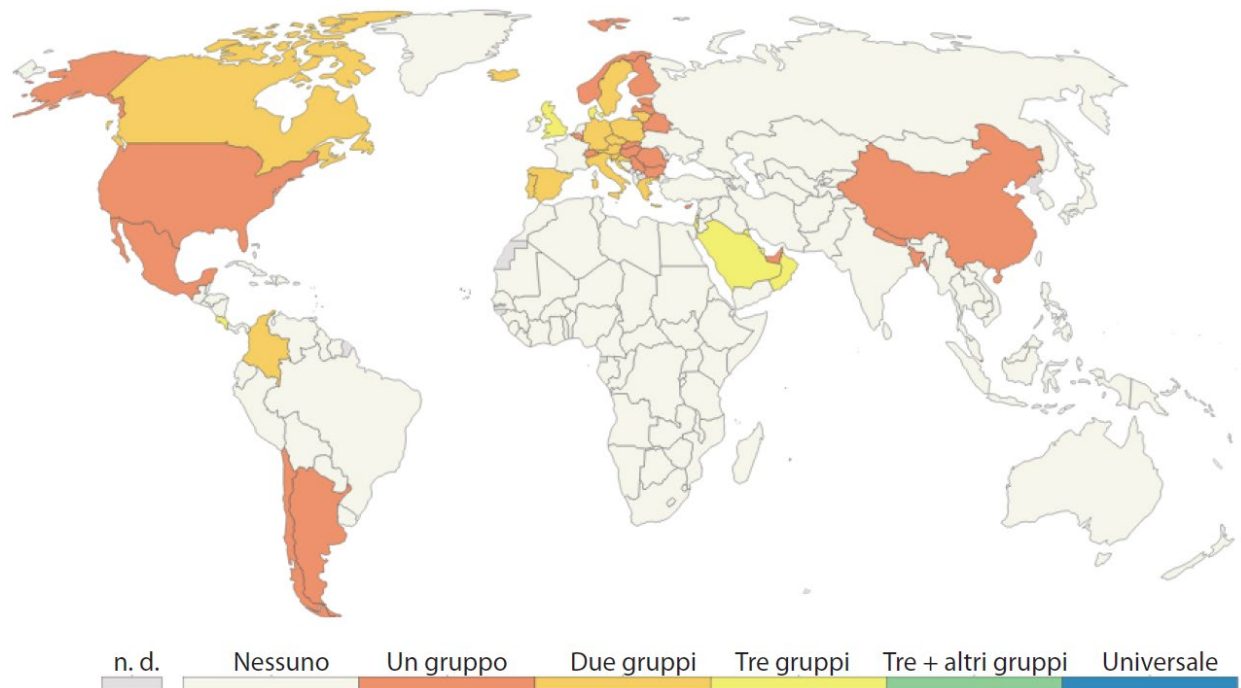
<sup>45</sup> A Philadelphia, per esempio, il 44 per cento della popolazione è afro-americana, ma lo è solo il 12 per cento di quanti hanno ricevuto una dose di vaccino; si veda: A. Goodnough, J. Hoffman (2021), "The Wealthy Are Getting More Vaccinations, Even in Poorer Neighborhoods", *The New York Times*, 2 febbraio. Lo stesso sta avvenendo a Los Angeles; si veda: R. Lin Li, J. Cosgrove, L. Money (2021), "Why wealthy spots like Beverly Hills, San Marino have the highest COVID vaccination rates", *The Los Angeles Times*, 22 febbraio. Simili evidenze sono state riscontrate a New York e in molti altri casi.

<sup>46</sup> S. Pezenik (2021), "VIP vaccines: As availability tightens, the wealthy and well-connected push for access", *ABC News*, 25 gennaio.

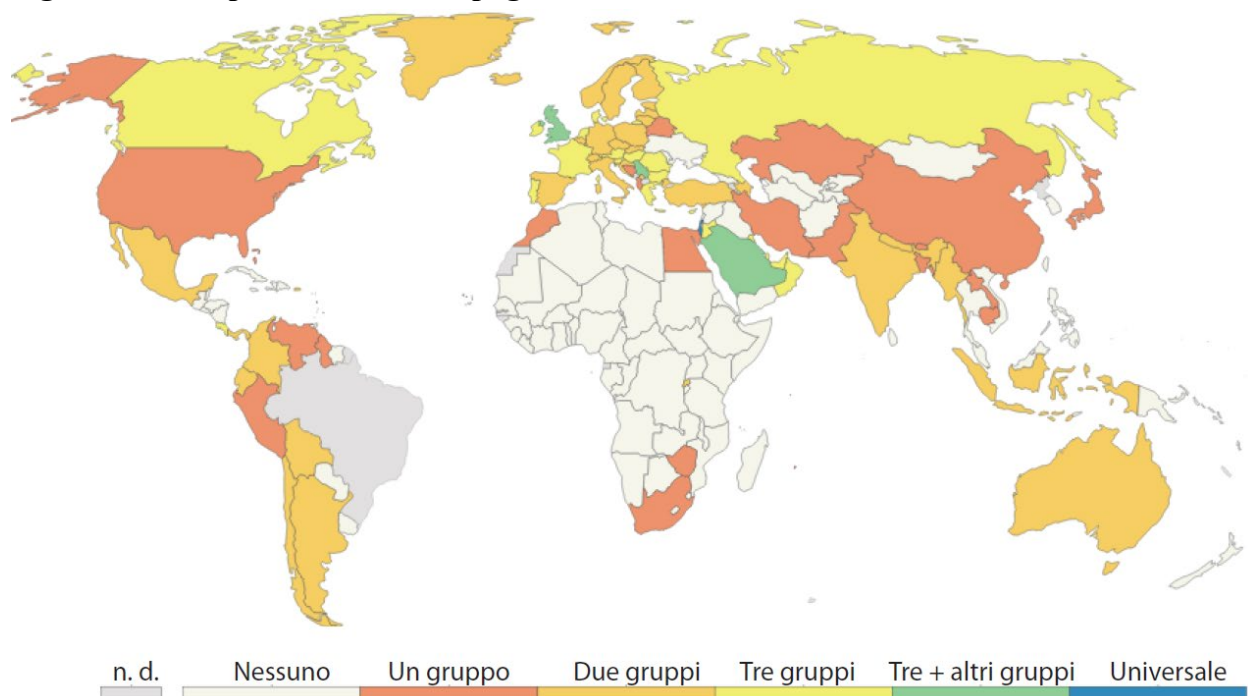
<sup>47</sup> Le dimissioni cui sono stati costretti i Ministri della salute in Argentina (Gines Gonzalez Garcia), Ecuador (Juan Carlos Zevallos) e Perù (Pilar Mazzetti) sono esempi di questa triste cronaca.

(dall'Europa all'Africa all'avvio della prima ondata della pandemia, in un'eventuale direzione opposta nel futuro).

**Fig. 23a – La copertura della campagna di vaccinazione nel mondo, 1 gennaio 2021**



**Fig. 23b – La copertura della campagna di vaccinazione nel mondo, 25 febbraio 2021**



Fonte: database T. Hale et al. (2021), op. cit.

Sempre utilizzando i dati raccolti da *Oxford Coronavirus Government Response Tracker*, è possibile mostrare l'evoluzione della situazione sulla mappa che registra la disponibilità di vaccini per diversi gruppi, distinguendo tra Paesi in cui la strategia prevede l'avvio della campagna a favore solo di uno, due o tutti e tre gruppi cosiddetti vulnerabili (operatori chiave, persone clinicamente vulnerabili, anziani), quelli in cui è estesa anche ad altri gruppi (in base all'età o altro) e quelli in cui c'è disponibilità per tutta la popolazione (cosiddetta disponibilità universale).

Al 1 gennaio 2021, cioè nella fase iniziale di limitata disponibilità di vaccini, al fine di sfruttare il loro effetto protettivo diretto Stati Uniti e Messico, Cile e Argentina, Bangladesh, Cina e Nepal, alcuni Paesi europei come Belgio e Svizzera hanno reso disponibile il vaccino per un unico gruppo prioritario, mentre molti Paesi europei (Italia compresa, che si è concentrata su operatori sanitari e sociosanitari – inclusi quelli delle strutture residenziali per anziani – e persone con più di 80 anni), Canada e Colombia identificavano due categorie da vaccinare in via prioritaria. Infine, cinque Stati – Costa Rica, Arabia Saudita e Oman, Danimarca e Regno Unito – hanno avviato il piano di vaccinazione estendendolo a tutti e tre i gruppi considerati vulnerabili.

Il 25 febbraio, Arabia Saudita, Regno Unito e Serbia erano già allo stadio di estensione della campagna di vaccinazione anche ad altri gruppi in base all'età; aumentavano sia i Paesi con una campagna focalizzata su un unico gruppo prioritario (compresi Egitto, Sudafrica e Zimbabwe in Africa), sia quelli che estendevano la campagna a due gruppi prioritari (compresi due Paesi africani, Marocco e Ruanda), sia quelli, meno numerosi, con una campagna estesa a tutti e tre i gruppi vulnerabili (comprese le isole Mauritius in Africa).

Il fatto che solo 6 su 54 Stati africani avessero avviato la campagna di vaccinazione al 25 febbraio è un primo indicatore della scarsa considerazione finora dedicata ai valori e principi di equità, protezione e promozione della salute e del benessere, oltre che alle indicazioni internazionali.



Si tratta di principi alla base del programma internazionale per l'accesso equo ai vaccini anti Covid-19 (*Covid-19 Vaccines Global Access*, o Covax) nei Paesi a reddito medio e basso, creato nell'aprile 2020 dall'OMS d'intesa con la *Global Alliance for Vaccines and Immunization* (GAVI) e la *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations* (CEPI) col sostegno di Commissione Europea, governo francese e Fondazione Bill e Melinda Gates. Proprio grazie al programma Covax, a fine febbraio il Ghana si è aggiunto ai Paesi africani in grado di avviare una campagna di vaccinazione, grazie alla fornitura di 600 mila dosi di vaccino.

Il dato delle quantità di vaccini distribuiti è un altro parametro importante da considerare. Non solo, cioè, è importante considerare se e quando le campagne di vaccinazione sono cominciate nel mondo e con che grado di copertura dei diversi gruppi di popolazione, rilevando purtroppo in questo caso un elevato grado di disallineamento sui tempi di avvio, indice di scarso coordinamento mondiale e del prevalere di principi mercantili pur in presenza di una grave minaccia all'umanità.

Per meglio valutare lo stato di efficienza ed equità della campagna di vaccinazione nel mondo occorre anche tener conto della quantità di dosi di vaccino (tenendo presente che finora si impiegano vaccini con richiamo e non in unica dose) distribuite e in produzione, oltre che dei luoghi di produzione (che possono determinare ritardi, costi elevati di trasporto e conservazione per Paesi "lontani" dai centri distributivi) e del tipo di vaccino disponibile in un Paese, dal momento che il grado di efficacia dei diversi vaccini cambia.

A febbraio 2021, Covax pubblica previsioni molto preoccupanti per la distribuzione dei vaccini ai Paesi a basso reddito: Paesi pronti a partire, ma che a inizio mese non hanno ricevuto alcuna dose dei vaccini.

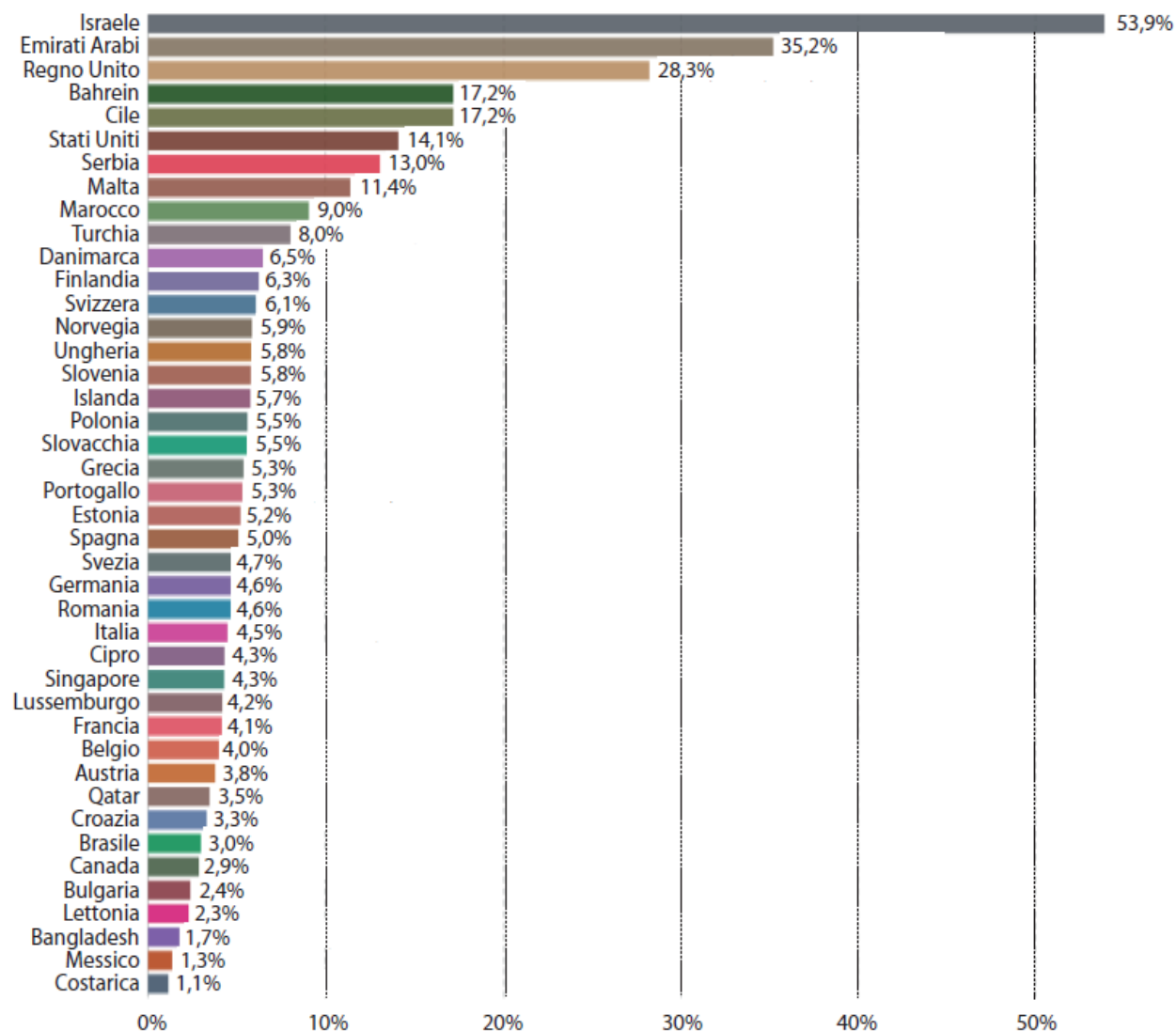
Da parte del programma e dell'OMS sono continui gli appelli affinché i Paesi condividano le dosi, una volta terminato di vaccinare gli operatori sanitari e gli anziani, e i produttori si impegnino ad aumentare significativamente la produzione – avendo peraltro ricevuto sostanziali finanziamenti pubblici –, condividere i dati e la tecnologia per garantire un accesso equo globale ai vaccini<sup>48</sup>.

Al 25 febbraio, cioè a due mesi dall'avvio delle prime campagne di vaccinazione nel mondo, solo 42 Stati al mondo avevano somministrato almeno una dose del vaccino contro il Covid-19 a non meno dell'1 per cento della popolazione totale.

---

<sup>48</sup> Media briefing del direttore generale dell'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, del 5 febbraio 2021.

**Graf. 3 – Quota della popolazione totale che ha ricevuto almeno una dose del vaccino contro il Covid-19 (aggiornamento al 25 febbraio 2021)**



Fonte: Elaborazioni su dati delle autorità pubbliche raccolti da *Our World in Data*.

Il grafico mostra come tre Paesi si stiano distinguendo nettamente per estensione della campagna di vaccinazione. Israele su tutti (con una copertura che ha superato la soglia del 50 per cento della popolazione totale, di circa 8 milioni di abitanti, che ha ottenuto almeno una dose di vaccino), Emirati Arabi Uniti (con una popolazione di un milione di cittadini nativi e oltre 8 milioni di stranieri residenti e che ha avviato la campagna con il vaccino sviluppato dall'azienda cinese Sinopharm)<sup>49</sup> e Regno Unito.

Anche dietro questi dati generali molto positivi si nascondono però realtà complesse e contraddittorie. In Israele, il primo ministro Benjamin Netanyahu, avendo superato una soglia

<sup>49</sup> Finora l'EMA ha approvato solo vaccini sviluppati da aziende occidentali, che hanno accettato di condividere dati e risultati delle fasi di sperimentazione con le autorità europee. Tuttavia, differenziandosi dagli altri Paesi dell'UE, l'Ungheria ha deciso di approvare l'impiego del vaccino russo Sputnik V e poi del vaccino di Sinopharm.

elevata di vaccinazioni, ha ordinato l'invio di decine di migliaia di vaccini a nazioni in Africa, Europa e America Latina come gesto diplomatico per rafforzare alleanze all'estero, ottenendo rapidi riconoscimenti, come nel caso di Guatemala e Honduras che si erano distinti, seguendo l'esempio dell'amministrazione Trump, per aver spostato le proprie ambasciate da Tel Aviv a Gerusalemme, come richiesto dal governo israeliano.

Mentre il governo Netanyahu portava avanti questo piano, al contempo decideva di discriminare la popolazione palestinese, con oltre 5 milioni di persone che vivono nei territori occupati della Cisgiordania e della striscia di Gaza in attesa del vaccino. Il governo di Israele sostiene che, secondo gli accordi di Oslo del 1993, i palestinesi sono responsabili della fornitura dei vaccini alla propria popolazione, anche se le Nazioni Unite e le organizzazioni per i diritti umani considerano Israele, in quanto forza occupante, obbligata a fornire i vaccini in base alle Convenzioni di Ginevra.

Le alleanze internazionali, la durezza nei confronti del "nemico" palestinese e il successo della campagna di vaccinazione sono tra gli argomenti principali per Netanyahu per cercare di vincere le elezioni a marzo e evitare le possibili conseguenze legali di un processo per corruzione attualmente in corso.

Nella lista dei Paesi seguono, distanziati, cinque Stati che hanno una percentuale di vaccinazione (con una prima dose) tra il 10 e il 20 per cento della popolazione: Bahrein, Cile, Stati Uniti (in termini assoluti il primo Paese al mondo per numero di dosi somministrate, trattandosi del terzo Stato più popoloso al mondo, con circa 330 milioni di abitanti<sup>50</sup>), Serbia e Malta. Dopo Marocco (9 per cento) e Turchia (8 per cento), seguono la grande maggioranza dei Paesi membri dell'UE (dalla Danimarca con il 6,5 per cento della popolazione cui è stato somministrato almeno una prima dose del vaccino, all'Austria con il 3,8 per cento e l'Italia nel mezzo con il 4,5 per cento).

Il Canada (2,9 per cento) è nella parte bassa della lista, dopo il Brasile (3 per cento) e prima di Bangladesh, Messico e Costa Rica che chiudono l'elenco con un valore inferiore al 2 per cento della popolazione che ha già ricevuto almeno una dose del vaccino.

Tutto questo rimanda allo spinoso tema di ottenere, in seno all'Organizzazione mondiale del commercio (OMC), una deroga per i vaccini contro il Covid-19 al regime ordinario dell'Accordo del 1995 sui brevetti o altri diritti di proprietà intellettuale (*Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights*, TRIPS) per garantire l'accesso gratuito e universale ai vaccini. In questo caso, come dimostra la gara a completare prima i programmi nazionali di vaccinazione, non si pone solo il problema di ottenere tale risultato, ma di considerare che il "quando" si otterrà è altrettanto decisivo<sup>51</sup>.

---

<sup>50</sup> A fine febbraio 2021, l'Italia è all'undicesimo posto al mondo per numero assoluto di dosi di vaccino somministrate, all'interno della lista dei primi 15 Paesi: Stati Uniti (75,2 milioni di dosi), Cina (40,5 milioni), Regno Unito (20,9 milioni) India (14,3 milioni), Turchia (8,5 milioni), Brasile (8,4 milioni), Israele (8,1 milioni), Germania (6,2 milioni), Emirati arabi uniti (6 milioni), Francia (4,6 milioni), Italia (4,3 milioni), Russia (3,9 milioni), Spagna (3,6 milioni), Marocco (3,6 milioni) e Cile (3,4 milioni).

<sup>51</sup> Le lezioni molto dure, in termini di costi in vite umane, apprese con la vicenda delle cure con farmaci antiretrovirali per combattere l'HIV-AIDS dovrebbero servire da monito. I programmi di successo sono stati possibili solo quando i farmaci chiave non erano protetti da brevetto e potevano essere prodotti localmente a costi molto più bassi. La terapia a tripla combinazione costava circa 10 mila dollari per paziente all'anno nei Paesi occidentali, ma la compagnia indiana di farmaci generici Cipla poteva metterla in commercio a meno di 200 dollari all'anno, rendendola facilmente accessibile su larga scala. Particolarmente preziosa in materia è l'attività informativa e di pressione svolta

L'India e il Sudafrica – protagonisti della campagna per l'accesso ai farmaci contro l'HIV-AIDS nei Paesi poveri - hanno chiesto per la prima volta una deroga al regime TRIPS già ad ottobre 2020; se fosse stata concessa allora, sicuramente si starebbe in condizioni migliori in termini di vaccinazione nel mondo, mentre oggi si ipotizza che la campagna sarà in stadio avanzato a ridosso dell'estate e portata a termine in Europa entro la fine dell'anno, mentre solo nel 2024 od oltre in Africa e Asia<sup>52</sup>.

A fronte di questi problemi strutturali che richiedono risposte adeguate e tempestive, gli Stati si organizzano autonomamente per acquistare vaccini e realizzare campagne di vaccinazione in modo efficiente ed efficace.

Nel caso dell'UE è stato predisposto un piano coordinato, con una fase negoziale iniziale per conto di tutti gli Stati membri e acquisti anticipati dei vaccini per 2,15 miliardi di euro, rivolgendosi<sup>53</sup> a sei produttori diversi e stipulando accordi vincolanti a livello internazionale, che impediscono agli Stati che arrivano “tardi” sul mercato di richiedere dosi già pre-vendute ad altri e con la contemporanea necessità per chi ha operato i pre-acquisti di “indovinare” le scelte<sup>54</sup>.

La ripartizione delle dosi tra i Paesi dell'UE ha adottato sostanzialmente criteri di equità, a partire dal dato demografico, e ha garantito un allineamento di tutti i Paesi membri ai blocchi di partenza<sup>55</sup>, anche se per motivazioni organizzative interne si è poi proceduto a diverse velocità, con l'Italia inizialmente più veloce degli altri nella somministrazione dei vaccini e poi, in coincidenza con l'impiego del vaccino di Oxford-AstraZeneca e il passaggio da una vaccinazione negli ospedali e nelle strutture sanitarie a una di massa, ha registrato un rallentamento. Né, con il tema perennemente sovraesposto della gestione della pandemia, sono mancate e mancano occasioni per mantenere costante la critica al funzionamento dell'edificio europeo e alla sua efficacia.

È possibile che, in una fase più avanzata della campagna di vaccinazione di massa, si ponga in Europa e altrove il problema della obbligatorietà del vaccino per varie categorie e di come disciplinare la vaccinazione dei minori<sup>56</sup>.

In ogni caso, al momento, lo sforzo senza precedenti su scala globale per lo sviluppo di vaccini efficaci contro il Covid-19 potrebbe aver generato effetti positivi indiretti. Infatti, oltre alla tecnica tradizionale, basata sull'uso di virus resi innocui, inattivati o utilizzando solo porzioni degli

---

dall'organizzazione Medici senza frontiere, che incalza l'UE a non ostacolare l'adozione di un regime di deroga in seno all'OMC. Si veda: <https://msfaccess.org/>

<sup>52</sup> Si veda: OECD (2021), “Coronavirus (COVID-19) vaccines for developing countries: An equal shot at recovery”, *OECD tackling Coronavirus (Covid-19) series*, 4 febbraio e The Economist Intelligence Unit (2021), *Coronavirus vaccines: expect delays Q1 global forecast 2021*, The Economist, Londra.

<sup>53</sup> L'UE, al pari di Canada, Stati Uniti, Regno Unito, Australia e Giappone, rientra nel ristretto gruppo di Stati che hanno fatto pre-acquisti di vaccini assicurandosi ingenti scorte, superiori a due dosi pro capite. Si veda: A. Mullard (2020), “La ripartizione iniqua dei vaccini per COVID-19 tra i paesi del mondo”, *Le Scienze*, 1 dicembre.

<sup>54</sup> Per esempio, tra le dosi di vaccini pre-acquistate dall'UE, solo una quota relativamente bassa è rappresentata dal vaccino della BioNTech/Pfizer, sufficiente per 13 milioni di persone in Italia.

<sup>55</sup> La vaccinazione è partita ufficialmente in gran parte dei Paesi, compresa l'Italia, il 27 dicembre 2020, in alcuni altri a ridosso di quella data (i Paesi Bassi hanno avviato la campagna in ritardo, il 6 gennaio 2021, in ragione della necessità di predisporre organizzativamente il sistema). Nel Regno Unito la campagna invece era partita già l'8 dicembre.

<sup>56</sup> D. J. Opel, D. S. Diekema, L. F. Ross (2020), “Should We Mandate a COVID-19 Vaccine for Children?”, *JAMA Pediatrics*, 14 settembre.

involucro proteici<sup>57</sup>, sono stati sviluppati vaccini come quelli di Pfizer-Biotech e Moderna basati su istruzioni – tramite il cosiddetto RNA messaggero o mRNA – che spingono le cellule del corpo a produrre proteine per prevenire o combattere la malattia.

I vaccini che si basano su questa tecnica risultano relativamente più efficaci oggi, riuscendo ad abbattere del 95 per cento i casi di sviluppo dei sintomi del Covid-19, avendo trovato il modo di prevenire la reazione immunitaria infiammatoria spesso letale (ipercitochinemia) che l'organismo mette in campo come reazione a RNA estranei. Questa stessa tecnica potrebbe essere utilizzata anche per altri vaccini, come quelli anti-influenzali, che oggi hanno un'efficacia fra il 40 e il 60 per cento. Soprattutto, ci sono primi incoraggianti segnali per vaccini contro la malaria.

Nel 2019, in base ai dati dell'OMS, ci sono stati 229 milioni di casi di malaria e 409 mila decessi. Di questi casi, il 94 per cento si è concentrato in Africa, con i bambini che sono risultati il gruppo più vulnerabile. Al momento esiste un unico vaccino, l'RTS,S/AS01 (RTS,S)<sup>58</sup>, frutto di una ricerca ventennale, approvato due anni fa e con un'efficacia del 30 per cento, diminuita oggi al 15 per cento.

La realizzazione di un vaccino per la malaria era finora considerata molto difficile perché il parassita che la determina, il *Plasmodium malariae*, contiene una proteina che inibisce la produzione di linfociti T di memoria<sup>59</sup>, le cellule immunitarie che permettono di riconoscere e mettere in atto risposte più efficaci contro i patogeni incontrati in precedenza, rendendo inefficace un vaccino. L'uso della tecnica basata su mRNA sembrerebbe aprire nuovi scenari su questo fronte<sup>60</sup>.

---

<sup>57</sup> Per utili informazioni sulle diverse tecniche per sviluppare un vaccino, si veda: S. H. H Shahcheraghi et al. (2021), "An overview of vaccine development for COVID-19", *Therapeutic Delivery* (Special Report in pre-stampa), 24 febbraio.

<sup>58</sup> Center for vaccine innovation and access (2019), *The RTS,S malaria vaccine. Factsheet*, Path, aprile.

<sup>59</sup> B. Tunland (2018), "Role of Gut Microbiota in Immune Homeostasis", in *Human Microbiota in Health and Disease. From Pathogenesis to Therapy*, Academic Press, Boston.

<sup>60</sup> M. Ravisetti (2021), "First vaccine to fully immunize against malaria builds on pandemic-driven RNA tech", *The Academic Times*, 25 febbraio.

### 3. Alcune considerazioni sulle azioni delle organizzazioni internazionali in campo

Una pandemia globale che, seppure con diversa intensità, ha raggiunto quasi tutti gli Stati e i territori del mondo richiede un'azione coordinata sul piano multilaterale. Al momento, tuttavia, non si possono nascondere problemi di volontà politica (da parte dei governi nazionali, a cominciare dall'atteggiamento ostile dell'amministrazione Trump nei confronti del multilateralismo e dalle critiche avanzate da vari Paesi, compresi gli Stati Uniti, all'altro grande *global player*, la Cina, per lo spirito poco collaborativo nella gestione delle prime fasi della pandemia) e di capacità (con le accuse rivolte all'OMS al riguardo).

Forse è proprio sul terreno dei vaccini contro i Covid-19 che si misurerà l'ambizione e la capacità del sistema di *governance* internazionale fondato sul multilateralismo.

Ad aprile del 2020, il direttore generale dell'OMS ha lanciato l'iniziativa *Access to Covid-19 Tools* (ACT) per accelerare lo sviluppo, la produzione e la distribuzione di test diagnostici, terapie e vaccini, centrata sul programma Covax già ricordato, che mirava a garantire 2 miliardi di dosi di vaccino entro il 2021.

L'OMS stimava che il piano sarebbe costato 38,1 miliardi di dollari in 18 mesi; a fine febbraio, i donatori avevano contribuito con soli 11 miliardi di dollari<sup>61</sup>. Nuovamente, si pone un problema di risorse finanziarie e di tempi per mobilitarle perché i ritardi sono irrecuperabili in termini di vite umane perse.

Oltre 150 Paesi e gruppi regionali hanno espresso il loro sostegno all'acceleratore ACT, ma finora a pesare è stata soprattutto l'assenza dall'iniziativa degli Stati Uniti, attore chiave per lo sviluppo dei vaccini. Con la nuova presidenza Biden è previsto che Washington rilasci 1,5 miliardi di dollari nel 2021 e 2022; si tratta di un contributo importante ma che non risolve il problema dell'incapacità di agire urgentemente per affrontare problemi che richiedono volontà e capacità di predisporre risorse e azioni immediate.

Vale la pena ricordare che la farraginosità e le lungaggini procedurali del complesso sistema dell'architettura multilaterale non costituiscono una novità. Si è già ricordato degli anni occorsi per ottenere una risposta in termini di deroga ai brevetti concessa in seno all'OMC per autorizzare l'introduzione e l'utilizzo dei farmaci generici per l'HIV/AIDS a prezzi accessibili.

Lo stesso potrebbe dirsi ripensando a quanto capitò con le misure di riduzione del debito estero dei Paesi poveri altamente indebitati: un'apposita iniziativa (*Heavily Indebted Poor Countries*, HIPC) fu lanciata nel 1996 con l'obiettivo di assicurare che nessun Paese povero dovesse affrontare un carico di debito insostenibile e fonte di drammatiche conseguenze sul piano sociale e umano, con l'impossibilità per esempio di fornire servizi pubblici minimi sul piano sanitario, oggi riconosciuto come prioritario.

Ebbene, a fronte di tale urgenza e anche in quel caso di una mobilitazione globale e immediata che trovò poi in occasione dell'anno giubilare del 2000 un momento di forte rilancio, dopo 25 anni, nel 2020, 36 Paesi ammissibili stavano ancora ricevendo una riduzione del debito dal Fondo monetario internazionale e da altri creditori, mentre alcuni Paesi identificati come potenzialmente idonei all'assistenza dell'Iniziativa non avevano ancora raggiunto lo status per ottenere i benefici dell'iniziativa.

---

<sup>61</sup> Si veda: <https://www.who.int/publications/m/item/access-to-covid-19-tools-tracker>

Il riferimento a un'iniziativa di riduzione del debito estero non è casuale, dal momento che la pandemia ha aggravato un'emergenza finanziaria che stava montando e che si traduce in una richiesta di azione multilaterale. Nel 2018 il debito estero totale dell'Africa era stimato a 417 miliardi di dollari e il 36 per cento era dovuto ad organizzazioni multilaterali come la Banca Mondiale e il Fondo Monetario Internazionale, il 32 per cento a creditori bilaterali (di cui il 20 per cento alla Cina, una novità rispetto ai decenni passati) e un altro 32 per cento a creditori privati. Intanto, il numero dei Paesi africani ad alto rischio o in difficoltà di indebitamento era più che raddoppiato, passando da 8 nel 2013 a 18 nel 2018.

Nel 2019 più di 30 Paesi africani hanno speso più per il pagamento del debito che per la sanità pubblica. Secondo la Banca Mondiale, nello stesso anno circa il 40 per cento dei Paesi dell'Africa subsahariana erano in difficoltà o a rischio di indebitamento.

Infine, in base alle stime dell'OCSE con riferimento a tutti i Paesi in via di sviluppo<sup>62</sup>, i flussi finanziari per lo sviluppo da tutte le fonti potrebbero essere diminuiti di ben 700 miliardi di dollari nel 2020, il che equivale a più di quattro volte il valore degli Aiuti pubblici allo sviluppo dei Paesi OCSE.

Nonostante il Piano del Gruppo dei 20 (G-20) per sospendere i rimborsi del debito per i Paesi più poveri sia un passo importante, tuttavia la pandemia ha dato origine a nuovi livelli di debito sovrano insostenibile, mentre le esportazioni diminuiscono, l'accesso ai finanziamenti è fortemente limitato e la spesa pubblica tendenzialmente cresce ovunque. Nel corso del 2021 è prevedibile che le economie dei Paesi in via di sviluppo, in cui il turismo e le rimesse sono fondamentali, continueranno a vedere le loro condizioni deteriorarsi e richiederanno ulteriore supporto internazionale. I limiti emersi in occasione delle iniziative multilaterali sul fronte finanziario, promosse nel passato dal G-7, rischiano di ricomparire oggi con riferimento a iniziative simili, di minore ambizione, promosse in seno al G-20.

In un momento in cui l'attenzione politica è concentrata sulla legittima priorità di contenere la pandemia e, al contempo, mantenere in essere misure di sostegno economico, predisponendo piani di investimenti di lungo periodo orientati allo sviluppo sostenibile – quel che sta capitando in Europa con i piani per l'impiego delle risorse del fondo *Next Generation EU* –, molti governi dei Paesi che hanno un peso politico nel sistema di *governance* globale non paiono orientati a proiettare uno sguardo altrettanto strategico sulle sfide della cooperazione internazionale, dando più forza al sistema multilaterale e risorse alle organizzazioni internazionali.

Se all'interno degli Stati si chiede il coraggio di una svolta ambiziosa, in termini di integrazione di transizione ecologica, innovazioni basate sulla digitalizzazione, creazione di valore economico e condizioni dignitose di lavoro per tutti, riduzione dei rischi sanitari di cui la pandemia è un esempio concreto, in ambito di cooperazione internazionale e consessi multilaterali non si ritrova altrettanto impegno.

Manca cioè la visione ambiziosa, la volontà politica e le risorse per mobilitare capacità che vadano oltre le emergenze, e puntualmente le principali sfide per l'ambito multilaterale si ripresentano come urgenze e sono rincorse con ritardo: l'emergenza del debito estero, quella climatica, sanitaria, dei conflitti, dei rifugiati e degli sfollati interni, dei bambini che lavorano, delle violenze sistematiche sulle donne.

L'OCSE riconosce attualmente ben 326 organizzazioni internazionali che rientrano nell'ambito specifico della cooperazione pubblica allo sviluppo, combinando sistema delle Nazioni Unite e

---

<sup>62</sup> OECD (2020h), *Global Outlook on Financing for Sustainable Development 2021*, Parigi.

istituzioni multilaterali, banche regionali di sviluppo, istituzioni dell'UE, alleanze pubblico-private, ONG internazionali. Il rischio della frammentazione e di una cultura operativa di tipo settoriale e non integrata è certamente presente.

Alcuni osservatori hanno evidenziato la possibilità che la pandemia di Covid-19 possa causare o accelerare un declino o un'erosione dell'ordine internazionale liberale guidato dagli Stati Uniti che ha prevalso dalla seconda guerra mondiale, delle istituzioni e delle norme internazionali che vi contribuiscono e, di conseguenza, della *governance* globale<sup>63</sup>.

Non mancano iniziative per cercare di rinsaldare l'asse del multilateralismo basato sul coordinamento tra organizzazioni internazionali proprio a partire dalle sfide poste dalla pandemia, a cominciare dagli sforzi, sostenuti dal G-20, per utilizzare le reti e le catene di approvvigionamento stabilite per le campagne di vaccinazione di routine anche per distribuire il vaccino contro il Covid-19, coinvolgendo, oltre all'OMS, il Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (*United Nations International Children's Emergency Fund*, UNICEF) e il partenariato pubblico-privato Gavi, lanciato nel 2000 per finanziare le campagne di immunizzazione dei bambini.

Un recente studio della Camera di commercio internazionale<sup>64</sup> ha stimato che se i Paesi dovessero continuare a perseguire un approccio non coordinato alla distribuzione dei vaccini (determinando un sostanziale ritardo nelle campagne di vaccinazione nei Paesi in via di sviluppo), il mondo rischierebbe perdite globali del PIL solo nel 2021 di ben 9.200 miliardi di dollari, equivalenti a più del 7 per cento del PIL globale pre-pandemia, con circa la metà di tale perdita che dovrebbe essere sostenuta dalle economie avanzate.

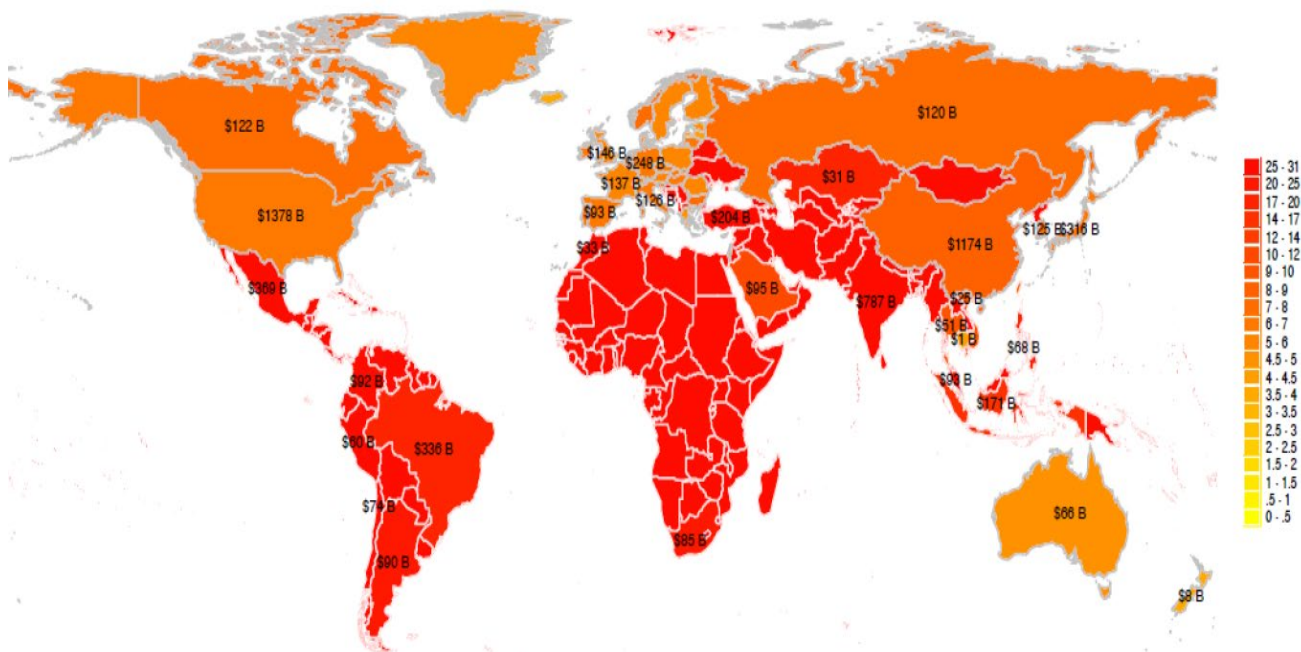
---

<sup>63</sup> M. J. Debre, H. Dijkstra (2020), "Covid-19 and policy responses by international organizations: Crisis of liberal international order or window of opportunity?", *NestIOr Working Paper*, ottobre. Sull'azione di Cina, India e Russia per aumentare la propria influenza e rafforzare legami strategici con il resto del mondo attraverso un sostegno sanitario e nella fornitura di propri vaccini, si veda: S. Choudhury (2021), "How Covid-19 vaccines can shape China and India's global influence", *CNBC*, 28 gennaio.

<sup>64</sup> C. Çakmaklı et al. (2021), "No economy can recover fully from the COVID-19 pandemic until we have secured equitable global access to effective vaccines", International Chamber of Commerce, Parigi.



**Fig. 24 – Stima di perdite del PIL nel 2021 dovute alla mancata realizzazione di campagne di vaccinazione nei Paesi in via di sviluppo**



Fonte: C. Çakmaklı et al., 2021.

Anche in uno scenario più ottimistico in cui i Paesi in via di sviluppo dovessero essere in grado di vaccinare la metà della loro popolazione entro la fine del 2021, i costi globali totali, in termini di perdita di PIL, scenderebbero solo a 4.400 miliardi di dollari, il 53 per cento dei quali (pari 2.400 miliardi di dollari) sarebbero a carico delle economie avanzate.

La disponibilità sul mercato di quantità sufficienti di dosi dei vaccini per i Paesi poveri, l'accesso a prezzi calmierati, la possibilità di produrre localmente i vaccini, sulla base del trasferimento tecnologico e della deroga ai brevetti in seno all'OMC, in tutti i Paesi in via di sviluppo in grado di farlo significa creare un coordinamento multilaterale su più tavoli e fare affidamento anche molto sulle organizzazioni internazionali per rafforzare la capacità all'interno dei Paesi di realizzare campagne di vaccinazione in grado di raggiungere – in modo simile a quanto si cerca di fare nei Paesi che hanno già avviato le campagne – anzitutto i gruppi vulnerabili, tenendo conto delle gravi barriere organizzative, logistiche e infrastrutturali presenti in molti Stati.

Questo è quanto appare prioritario oggi, anche nelle raccomandazioni di una recente pubblicazione dell'OCSE<sup>65</sup>. La necessità di rafforzare le capacità soprattutto delle amministrazioni a livello locale – così importanti nella gestione della crisi pandemica – nei Paesi in via di sviluppo implica anche un orientamento verso il tema della cosiddetta localizzazione degli Obiettivi di sviluppo sostenibile come *core business* delle organizzazioni internazionali impegnate nella cooperazione allo sviluppo<sup>66</sup>.

<sup>65</sup> Si veda: OECD (2021), op. cit.

<sup>66</sup> In pratica, significa rafforzare i sistemi di governance multilivello, basata sul coordinamento e raccordo di responsabilità e funzioni tra il livello nazionale, regionale, locale e sull'interazione orizzontale tra attori pubblici, settore privato e organizzazioni della società civile e della cittadinanza attiva in ciascun contesto locale. Un'iniziativa

Al contempo, la necessità ricordata sopra di strategie integrate e non settoriali richiederà un impegno a non dirottare in un'ottica emergenziale le risorse per la cooperazione multilaterale allo sviluppo principalmente a sostegno della salute, sacrificando il resto per aumentare i contributi ai fondi sanitari – come Gavi (e connesso Covax-Amc), Fondo globale per la lotta all'AIDS, alla tubercolosi e alla malaria (Fondo globale), UNAIDS – certamente importanti, al pari di strategie per fronteggiare le emergenze pandemiche che devono trovare risposte in grado di rafforzare la capacità di monitoraggio e pronta allerta, quella diagnostica e di risposta, andando oltre a soluzioni di compromesso con gli interessi di investitori finanziari, come è stato il Fondo di finanziamento per l'emergenza pandemica (*Pandemic Emergency Financing Facility*, PEF) istituito dalla Banca mondiale nel 2016 e basato sull'emissione di obbligazioni altamente redditizie per gli investitori<sup>67</sup>.

Del resto, il segretario generale delle Nazioni Unite, António Guterres, ha definito il Covid-19 più di una crisi sanitaria, “una crisi umana”. E, mentre l'OMS e l'OCHA rilanciano appelli per la mobilitazione di risorse finanziarie a sostegno di interventi umanitari a favore dei Paesi più vulnerabili, molte entità del sistema delle Nazioni Unite sono impegnate sul fronte del contrasto della pandemia<sup>68</sup>: per esempio, in molti Paesi l'UNICEF, attraverso lo strumento Covax insieme a Gavi, *Vaccine Alliance* e OMS, sta lavorando con i produttori sull'approvvigionamento di dosi di vaccino, così come sulla logistica e lo stoccaggio.

L'Organizzazione internazionale per le migrazioni e l'Alto Commissariato per i Rifugiati sono impegnati ad assistere i migranti internazionali, i rifugiati e richiedenti asilo vulnerabili che hanno perso o non hanno il lavoro a causa della pandemia, non dispongono di reddito e vivono in condizioni molto difficili.

Il Programma alimentare mondiale continua ad assistere i governi nel sostenere i bambini durante la chiusura delle scuole, dando supporto operativo e assistenza tecnica per riprendere in sicurezza l'istruzione e i pasti scolastici, oltre a fornire aiuti alimentari.

L'UNDP sta assistendo molti governi nel rafforzare logistica, prevenzione, preparazione e risposta alla pandemia, rafforzando i sistemi di gestione delle forniture di cibo a livello nazionale, aiutando i governi a sviluppare piani nazionali di preparazione e risposta per mantenere le funzioni governative critiche.

La FAO ha lanciato una piattaforma di dati georeferenziati<sup>69</sup> per aiutare a costruire settori alimentari e agricoli più forti per il dopo pandemia; e così via con molti altri esempi di interventi sul fronte dei servizi vitali di salute, nutrizione, istruzione, protezione dell'infanzia, fornitura di acqua, servizi igienici e sanitari, protezione sociale e contro la violenza di genere, tutti ambiti in cui la pandemia ha aggredito le condizioni di vulnerabilità di molte persone e comunità.

Soluzioni appropriate sul piano sanitario e, più in generale, dello sviluppo sostenibile richiederanno nuovi livelli di coordinamento internazionale, nonché nuove fonti di finanziamento e strumenti finanziari. Un recente studio dell'OMS e dell'OCSE<sup>70</sup> ha identificato un deficit di

---

globale, nell'ambito del sistema delle Nazioni Unite, che si è distinta negli ultimi anni su questo fronte, anche con il sostegno della politica italiana di cooperazione allo sviluppo, è ART (Appoggio alle Reti Territoriali e tematiche di cooperazione allo sviluppo umano) dell'UNDP.

<sup>67</sup> O. Jonas (2019), “Pandemic bonds: designed to fail in Ebola”, *Nature*, 13 agosto.

<sup>68</sup> Per un aggiornamento sugli sforzi delle Nazioni Unite per combattere la pandemia, si veda: <https://www.un.org/coronavirus>

<sup>69</sup> <https://data.apps.fao.org/>

<sup>70</sup> OECD (2020i), “Strengthening health systems during a pandemic: The role of development finance”, *OECD tackling Coronavirus (Covid-19) series*, 25 giugno.

finanziamento complessivo di 95 miliardi di dollari in cinque anni nei Paesi con economie a medio e basso reddito per adeguare le funzioni che contribuiscono a predisporre un piano nazionale di preparazione e risposta a una pandemia.

La finanza globale per lo sviluppo resta, perciò, un passaggio indispensabile per alzare il livello dell'azione delle organizzazioni internazionale e del coordinamento multilaterale, ma non è il solo, come detto. Visione strategica, capacità di effettivo coordinamento, competenze e raccordo di responsabilità e funzioni tra livello internazionale, nazionale, regionale e locale, approccio integrato e non settoriale alle sfide in campo sono e resteranno i principali punti su cui occorrerà impegnare energie e sforzo di innovazione nell'ambito delle azioni multilaterali di contrasto della crisi.

# Osservatorio di Politica internazionale

Un progetto di collaborazione  
tra Senato della Repubblica, Camera dei Deputati  
e Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale  
con autorevoli contributi scientifici.

L'Osservatorio realizza:

## Rapporti

Analisi di scenario, a cadenza annuale, su temi di rilievo strategico  
per le relazioni internazionali

## Focus

Rassegne trimestrali di monitoraggio su aree geografiche  
e tematiche di interesse prioritario per la politica estera italiana

## Approfondimenti

Studi monografici su temi complessi dell'attualità internazionale

## Note

Brevi schede informative su temi legati all'agenda internazionale

[www.parlamento.it/osservatoriointernazionale](http://www.parlamento.it/osservatoriointernazionale)



Senato della Repubblica



Camera dei Deputati



Ministero degli Affari Esteri  
e della Cooperazione  
Internazionale

Coordinamento redazionale:

**Camera dei deputati**  
Servizio Studi – Dip. Affari esteri  
Tel. 06 67604172  
Email: [st\\_affari\\_esteri@camera.it](mailto:st_affari_esteri@camera.it)

Le opinioni riportate nel presente dossier  
sono riferite esclusivamente all'Istituto autore della ricerca.