

ALESSIA MACCARO

L'IMPATTO DEL COVID-19 NEL SUD DEL MONDO

1. *La pandemia nei Low Resource Settings*

La diffusione del virus SARS-CoV-2 (Covid-19), definita “pandemia” dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) l’11 marzo 2020¹, dopo la prima ondata di infezioni in Cina alla fine del 2019, è un fenomeno globale di emergenza sanitaria senza precedenti.

L’ondata di contagi che ha investito i sistemi sanitari di tutto il mondo, mettendo alla prova la loro preparazione e prontezza di risposta – che si usa tradurre con l’espressione inglese *preparedness*², ha svelato vulnerabilità esistenti anche nei Paesi più solidi. La scarsità dei mezzi specifici (dispositivi medici, farmaci), del personale specializzato, oltre che di informazioni e competenze³ relative al nuovo agente patogeno, al di là della disponibilità di risorse economiche, ha consentito di rilevare che la condizione

1 Si veda l’intervento del direttore Generale dell’OMS Tedros Adhanom Ghebreyesus dell’11.03.2020: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (l’accesso a tutta la sitografia indicata nel presente saggio risale al mese di dicembre 2020). Cfr. sul tema I.R. Pavone, *La dichiarazione di pandemia di Covid-19 dell’OMS: implicazioni di governance sanitaria globale*, in *Biolaw Journal*, Special Issue, 1, 2020, pp. 459-482.

2 C. Nelson et al., *Conceptualizing and defining public health emergency preparedness*, in *Am J Public Health*, 2007, 97, pp. 9-11.

3 Si veda il White Paper N. Gonzalez et alii (a cura di), *A Rapid Turnaround Survey of COVID-19 in LMICs: The Readiness, Responses, and Challenges of Healthcare Organizations*, *The Center for Global Health*, University of Illinois at Chicago, College of Medicine, 23 Aprile 2020, pp. 1-18.

prima nota solo ai cosiddetti paesi a basse risorse (Low Resource Settings – LRSs)⁴ fosse, in effetti, temporaneamente generalizzata⁵.

È come se il resto del mondo, almeno nella fase iniziale di caos, avesse provato quella situazione di disorientamento e sconforto dinanzi a qualcosa di troppo grande, quel sublime kantiano al cospetto di una natura che “vuole la discordia”⁶ e che, come scrive Kant, per l'uomo che lui definisce “rozzo”, che cioè non vede la finalità intrinseca delle cose, “è terribile. Questi, in quelle manifestazioni dell'impero devastatore della natura e della sua grande potenza, di fronte a cui il suo potere si riduce a niente, non vedrà che il disagio, il pericolo, l'affanno che colpirebbe l'uomo che vi sarebbe esposto”⁷.

Lo iato tra nord e sud del mondo, i solchi profondi che dividono il globo in “quattro mondi”, parrebbe colmato da un evento naturale nel senso della natura, che ad essa appartiene, anche se non è ancora chiaro se venga pure interamente da essa.

Eppure, un attimo dopo la mesta constatazione che una parte del mondo privilegiata ha dovuto indossare le poche vesti di quella tradizionalmente svantaggiata, bisogna fare qualche considerazione più approfondita.

Il fatto che alcuni paesi si siano trovati ad affrontare una condizione prima ignorata, che invece è familiare ad altri, del resto in una circostanza eccezionale, che per questi ultimi è diacronicamente esperita, non implica la possibilità di appiattire, uniformare aree geografiche e socioculturali ancora molto distanti. Non “tutto il mondo” può mai, neanche durante lo straordinario evento pandemico, sapere davvero che significa essere il “sud del mondo” e viceversa.

Sin dal primo manifestarsi della pandemia si è temuto per il “sud del mondo”, ritenendo che, considerate le note debolezze economiche, poli-

4 L'OMS usa sovente l'espressione Low Resource Settings riferendosi a contesti tipicamente caratterizzati da una scarsità di fondi che possano coprire i costi sanitari, sia su base individuale che societaria. Cfr. WHO, *Prevention and Control of Non-Communicable Diseases: Guidelines for primary health care in low-resource settings*, 2012, in https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/76173/9789241548397_eng.pdf?sequence=1

5 L. Pecchia, D. Piaggio, A. Maccaro C, Formisano, E. Iadanza, *The Inadequacy of Regulatory Frameworks in Time of Crisis and in Low-Resource Settings: Personal Protective Equipment and COVID-19*, in *Health and Technology*, 2020, 1.

6 I. Kant, *Idee di una storia universale dal punto di vista cosmopolitico*, in R. Mordacci (a cura di), Milano 2015, p. 103.

7 Id., *Critica del giudizio*, a cura di A. Gargiulo, intro di P. D'Angelo, Laterza, Roma-Bari 2008, p. 203.

tiche e sanitarie, la minaccia del Covid-19 si sarebbe presto rivelata un disastro senza precedenti.

E, infatti, è proprio nel senso della *preparedness* che le misure dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si indirizzano, mobilitando anzitempo sussidi specifici per incrementare negli stati con sistemi sanitari più deboli⁸ la sorveglianza sanitaria, il rilevamento precoce, l'isolamento e il tracciamento dei contagi⁹.

Con l'avanzare del tempo si è assistito ad un andamento non omogeneo della diffusione del Coronavirus¹⁰: ragionando sempre per macrocategorie idealtipiche che pure hanno una controparte geografica, economica e politica, si può rilevare che, mentre nel "nord del mondo" il dilagare impetuoso del virus sia stato aggressivo e spietato, nell'emisfero australe abbia manifestato una certa clemenza che a tutt'oggi risulta misteriosa.

Le motivazioni addotte per spiegare questa singolare asimmetria sono state diverse: dalla presunta immunità genetica di alcune etnie, idea questa corroborata da alcuni con la tesi secondo la quale il diffuso utilizzo di farmaci per altre malattie trasmissibili si sarebbe rivelato immunizzante per il virus attuale, al ritenere le condizioni climatiche inospitali per il Covid-19, fino a prendere in considerazione l'età media della popolazione, nella convinzione che i più giovani avessero meno probabilità di contrarlo¹¹. Altri hanno ritenuto che i precedenti outbreaks avessero rafforzato i paesi a basso e medio reddito proprio nel senso della *preparedness* in quanto i precedenti focolai epidemici (si pensi all'Ebola in Africa¹²) avevano già porta-

8 N. Kandel, S. Chungong, A. Omaar, J. Xing, *Health security capacities in the context of COVID-19 outbreak: an analysis of International Health Regulations annual report data from 182 countries*, in *The Lancet*, 2020.

9 WHO, *COVID-19 Response in the World Health Organization African Region, February to July, 2020*, in <https://www.afro.who.int/publications/covid-19-response-world-health-organization-african-region-february-july-2020>; WHO, *COVID-19 Strategic Response Plan in the WHO African Region*, 2020.

10 Cfr. WHO, *Coronavirus Disease (Covid-19) Dashboards*, in <https://covid19.who.int/>.

11 A dare delle risposte in tal senso è stata anche la Dr Matshidiso Moeti, la Direttrice dell'OMS della Regione Africa il 19 Marzo 2020 la quale ha sostenuto che le ipotesi che l'età media della popolazione africana e le temperature più elevate africane possano contenere il contagio è in corso di studio, mentre smentisce che molti casi non vengano riconosciuti per l'assenza di test specifici in quanto sin da subito 40 paesi sono stati in grado di effettuarli. <https://www.afro.who.int/pt/node/12465>.

12 R. Ayebare et al., *Leveraging investments in Ebola preparedness for COVID-19 in Sub-Saharan Africa*, in *AAS Open Research*, 3, 2020; N. Kapata et al., *Is Africa prepared for tackling the COVID-19 (SARS-CoV-2) epidemic. Lessons from past*

to all'edificazione di infrastrutture specifiche preposte all'isolamento dei contagi e allo sviluppo di centri di eccellenza per la ricerca sulle malattie trasmissibili (come il South Africa's National Institute of Communicable Diseases o l'Institut Pasteur del Senegal) che si sono, poi, rivelati fondamentali nella gestione della pandemia attuale. Altri ancora sostengono che la graduale diffusione del virus, in alcuni contesti posteriore rispetto ad altri, abbia consentito ai governi di adottare anzitempo misure preventive che hanno consentito il contenimento del contagio¹³. Infine, ci sono coloro che, aderendo alle tesi negazionista e/o complottista, hanno sostenuto che l'epidemia, qualora fosse comprovabile, interesserebbe solo alcune ragioni del mondo e per specifiche ragioni politiche¹⁴.

Invero a tali motivazioni va aggiunta anche quella dell'adeguatezza delle attività di screening non sempre comparabile tra paesi, sia in senso quantitativo che qualitativo, (ad esempio al momento il governo della Tanzania ha comunicato che non divulgherà più dati ufficiali sull'andamento dell'epidemia¹⁵) il che implica che con tutta probabilità il numero effettivo di casi e decessi rilevati nel "sud del mondo" è ben lontano da quello stimato.

Le informazioni sulla natura e diffusione del virus non possono dunque dirsi né omogenee, né ancora sufficienti per ragionamenti comparatistici sensati; pertanto, ben lungi dal voler ripetere le *âneries* degli inesperti, affidandosi al "si dice" che, come scriveva Martin Heidegger, rappresenta la chiacchiera¹⁶ priva di fondamento e che particolarmente si è diffusa in questo momento storico confluendo in quello che è stato definito "*infodemic*" o "*disinfodemics*"¹⁷, ovvero disinformazione che pure sostanzia anche

outbreaks, ongoing pan-African public health efforts, and implications for the future, in *International Journal of Infectious Diseases*, 93, 2020, pp. 233-236; M. Leach, *Echoes of Ebola: social and political warnings for the COVID-19 response in African settings*, in *Echoes*, 2020.

13 A. Soy, *Coronavirus in Africa: Five Reasons why Covid-19 has been less deadly than elsewhere*, in *BBC*, 7 ottobre 2020, <https://www.bbc.com/news/world-africa-54418613>.

14 *Why some Kenyans still deny coronavirus exist?*, in *BBC*, 19 luglio 2020, <https://www.bbc.com/news/world-africa-53403818>

15 E. Nakkazi, *Obstacles to COVID-19 control in east Africa*, in *The Lancet. Infectious Diseases*, 20.6, 2020, p. 660.

16 M. Heidegger, *Essere e Tempo*, in F. Volpi (a cura di), trad. di P. Chiodi, Milano 2005.

17 Unesco, *Disinfodemic. Deciphering Covid-19 disinformation. Dissecting responses to Covid-19 disinformation*, <https://en.unesco.org/covid19/disinfodemic>. Cfr. anche M. Younis, *Covid-19 and disinfodemic: a new age problem*, in *Pakistan Journal of Surgery and Medicine*, 1.3, 2020, pp. 248 ss.; Hu, Zhiwen, et al., *The COVID-19 Infodemic: Infodemiology Study Analyzing*

i discorsi ufficiali, si dica solo che anche il “sud del mondo” è stato colpito duramente dalla pandemia.

Per fare qualche esempio si consideri l’America Latina: in Brasile sono stati superati i sei milioni e mezzo di casi e i 177mila morti, in Argentina si confermano un milione e quattrocento casi, molto vicine sono la Colombia e il Messico. Gravissima, altrettanto, è la situazione in India dove si contano 9735,850 casi confermati e 141,360 morti¹⁸.

Quel che pare rilevante sottolineare è, però, che, accanto all’emergenza sanitaria globale, sono proprio i paesi del “sud del mondo” che hanno vissuto con maggiore durezza e drammaticità la crisi sistemica odierna perché il Coronavirus non ha colpito solo i sistemi sanitari di cui già si conosceva la debolezza, né il complessivo livello di salute della popolazione, già notoriamente non in linea con gli standard, e tantomeno si può dire che abbia significativamente mutato la “case fatality ratio”¹⁹, bensì ha avuto una ricaduta sociale estrema sulla popolazione, mettendo in evidenza le disuguaglianze e le disparità fra sud e nord del mondo ed allargando significativamente la forbice tra paesi e popoli²⁰.

In effetti proprio là dove i sistemi sanitari sono più vulnerabili, dove il commercio è prevalentemente caratterizzato dall’informalità, dove l’istruzione non è garantita ancora universalmente, figuriamoci la disponibilità di strumenti tecnologici per il telelavoro o la didattica a distanza, e dove la densità abitativa di metropoli come Delhi o São Paulo o la condivisione della quotidianità all’interno di nuclei familiari plurimi²¹ rende il distanziamento sociale impraticabile²² e la mancanza d’acqua in alcuni contesti

Stigmatizing Search Terms, in *Journal of medical Internet research*, 22.11, 2020: e22639; V. Tangcharoensathien et al., *Framework for managing the COVID-19 infodemic: methods and results of an online, crowdsourced WHO technical consultation*, in *Journal of medical Internet research*, 22.6, 2020: e19659.

18 <https://covid19.who.int/>.

19 La *case fatality ratio* (CFR) che si ottiene dividendo il numero dei casi confermati con quello dei decessi) mostra che l’*outcome* è stato meno severo che altrove per le popolazioni dell’Africa. Cfr. il sito del John Hopkins Institute: <https://coronavirus.jhu.edu/>.

20 R. Stewart, E.H. Amena, A.C. Sunu, *Evidence synthesis communities in low-income and middle-income countries and the COVID-19 response*, in *The Lancet*, 396.10262, 2020, pp. 1539-1541.

21 C. Odimegwu, P. Ndagurwa, M.G. Singini, O.J. Barua, *Cohabitation in Sub-Saharan Africa: A Regional Analysis*, in *Southern African Journal of Demography*, 18, 1, 2018, pp. 111-170.

22 M. Dahab et al., *COVID-19 control in low-income settings and displaced populations: what can realistically be done?*, in *Conflict and health*, 14.1, 2020, pp. 1-6.

rurali rende impossibile il livello di igiene e disinfezione richiesti²³, quella già manchevole protezione per le fasce più deboli della popolazione sta rivelando, e lo farà sempre più, tutta la sua tragicità²⁴.

A ben vedere, la vera *débâcle* per il sud del mondo sta nelle conseguenze sociali dell'attuale evento pandemico che meritano un approfondimento, pertanto si approssimerà la situazione dell'Africa, considerata singolare in quanto, sebbene sembri il continente meno colpito dall'impatto sanitario della pandemia, sta già iniziando ad esperire le sue drammatiche ricadute sociali che si prospetta si faranno sentire ancora più duramente sul lungo periodo.

2. Il virus in Africa

L'Africa ancora non aveva conosciuto un solo caso di Coronavirus, eppure dopo l'annuncio dell'OMS di un sopravveniente disastro per i paesi africani, vengono messe in campo strategie preventive e viene istituita l'Africa Taskforce per il nuovo Coronavirus²⁵.

Il primo caso africano di paziente positivo al Covid-19 è stato rilevato il 14 febbraio 2020 in Egitto: si è trattato di un viaggiatore non africano proveniente dall'estero. Progressivamente il virus ha iniziato a diffondersi anche negli altri paesi, prevalentemente importato dal rientro dei passeggeri dall'estero²⁶. Come anticipato, presto si è diffusa una seria preoccupazione per l'espandersi della pandemia in Africa, a causa della carenza di attrezzature e mezzi (per fare un esempio, in Sud Sudan sono disponibili solo 4 ventilatori polmonari per una popolazione di circa 11 milioni di abitanti). In molte nazioni africane i preesistenti focolai di malaria, HIV, tubercolosi e colera, mai del tutto tenuti sotto controllo, sommandosi all'epidemia attuale potrebbero causare danni incalcolabili. Eppure ciascun paese affronta la pandemia autonomamente: in alcuni stati la gestione del virus viene fatta dipendere da ragioni di ordine politico che si nascondono dietro convinzioni religiose²⁷.

23 WP. Schmidt, R. Aunger, Y. Coombes et al., *Determinants of handwashing practices in Kenya: the role of media exposure, poverty and infrastructure*, in *Tropical Medicine & International Health*, 14, 2, 2009, pp. 1534-1541.

24 P. Lloyd-Sherlock, *Bearing the brunt of covid-19: older people in low- and middle-income countries*, in *BMJ*, 368, 2020, p. 1052.

25 M. Makoni, *Africa prepares for Coronavirus*, in *The Lancet*, World Report, vol. 395, i. 10223, 15 Febbraio 2020, p. 483.

26 <https://www.afro.who.int/health-topics/coronavirus-covid-19>

27 F. Beltrami, *Coronavirus in Burundi: il regime non interviene, si affida a Dio*, in *L'Indro*, 23 marzo 2020, <https://www.lindro.it/coronavirus-in-burundi-il-regime-non-interviene-si-affida-a-dio/>.

Tuttavia, nell'impossibilità di rendere conto della situazione geopolitizzata²⁸ del continente africano, si è deciso di circoscrivere l'indagine che segue al Bénin, paese dell'Africa Occidentale subsahariana²⁹, laddove è stato possibile condurre uno studio sul campo (l'indagine etnografica si è avvalsa di interviste semi-strutturate, osservazioni empiriche e ricerca documentaria) in collaborazione con un gruppo di ricerca internazionale i cui risultati vengono qui discussi da una prospettiva di tipo bioetico³⁰.

2.1 Case study: l'evoluzione epidemiologica e la gestione governamentale del Covid-19 in Bénin

L'ultimo dato risalente al 9 dicembre 2020 ci informa che in Bénin si registrano un totale di 3090 casi confermati, di cui 2972 guariti, 44 decessi e 74 in corso di trattamento, a fronte di un totale di 360194 sottoposti al test PCR (Polymerase Chain Reaction), e di 36276 test TDR (Rapid Diagnostic Test)³¹. Un numero significativamente inferiore rispetto alla previsione spaventosamente annunciata dall'OMS per l'Africa, per quanto, come detto, bisogna tener conto della varietà delle situazioni specifiche.

In Bénin, in linea con le indicazioni dell'OMS, il governo ha presto deciso di adottare una strategia di sorveglianza sanitaria preventiva, tuttavia il timore per il paese ha iniziato a farsi pressante a partire dal 28 febbraio,

28 L. Nordling, *Africa's pandemic puzzle: why so few cases and deaths*, in *Science*, Vol. 369, Issue 6505, 14 Agosto 2020, pp. 756-757.

29 Per una panoramica approfondita sugli altri Paesi dell'Africa Subsahariana si tenga conto di R. Orrù, *La risposta all'emergenza al Coronavirus nell'Africa subsahariana: riflessioni a partire dall'esperienza del Sudafrica*, in *DPCE Online*, [S.l.], v. 43, n. 2, luglio 2020.

30 La ricerca è parte di un progetto GRP (Global Research Priorities – Health) di cui chi scrive è il *principal investigator*, che ha visto la collaborazione di ingegneri biomedici, socio-antropologi e bioeticisti italiani, inglesi ed africani, in virtù della collaborazione tra l'*Applied Biomedical Signal Processing and Intelligent e-Health Lab* (ABSPIE Lab, diretto dal prof. Leandro Pecchia) della *School of Engineering* dell'Università di Warwick, il *Laboratoire d'Antropologie Médicale Appliquée* (diretto dal prof. Roch Hougnihin) dell'Università di Abomey-Calavi (Bénin) e il Seminario Permanente Etica, Bioetica, Cittadinanza (diretto dalle prof.sse Emilia D'Antuono-Enrica Amato) dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. La ricerca *The social and healthcare impact of COVID-19 in low-resource settings: a case study in Benin* (CosHBen) ha visto coinvolti, oltre chi scrive per la riflessione bioetica, il dr. M. Vignigbé per la ricerca empirica sociologica, il dr. D. Piaggio per l'approfondimento sui temi di ingegneria biomedica, condotta sul campo dal dr. R. Houessou che verrà diffusa in altra sede.

31 <https://www.gouv.bj/coronavirus/>.

allorché è stato registrato il primo caso positivo nella confinante Nigeria; dopo poco, il 6 marzo anche il limitrofo Togo ha registrato il suo primo caso. Da quel momento il governo beninese ha intensificato le misure, decretando il 3 marzo l'obbligo di isolamento in casa per i viaggiatori provenienti da paesi a rischio ed istituendo un meccanismo interministeriale per monitorare l'applicazione delle direttive in vigore.

In Bénin il primo caso di paziente positivo al Coronavirus è stato rilevato il 16 Marzo 2020; il portatore aveva soggiornato per undici giorni in Belgio, pertanto uno dei primi provvedimenti presi dal governo è stato quello di limitare alle situazioni di estrema necessità l'ingresso e l'uscita dalle frontiere e di imporre ai casi sospetti una quarantena di 14 giorni³².

A partire dal primo caso segnalato si è assistito ad un progressivo aumento della curva epidemiologica, tuttavia non è possibile indicare con precisione l'andamento diffusivo del coronavirus in Bénin, in quanto la rilevazione dei casi è dipesa dalle diverse e graduali strategie di screening adottate. È possibile, tuttavia, indicare quattro sequenze temporali cui corrispondono altrettante metodologie osservative.

In una prima fase, ascrivibile al mese di marzo, il governo ha intrapreso lo screening sui soggetti che presentavano un quadro clinico sospetto e con una storia di viaggi in paesi a rischio. In particolare, il 18 marzo si è decisa la messa in quarantena sistematica e obbligatoria di 14 giorni per tutti i viaggiatori che entravano nel paese per via aerea: a tale scopo sono requisite un migliaio di camere d'albergo. Contestualmente sono state sospese manifestazioni culturali, sportive, religiose, politiche e festive. Viene, poi, statuito l'obbligo per i conducenti di mezzi di trasporto (veicoli e motocicli) di indossare la mascherina e dimezzare il numero di passeggeri e quello per le attività commerciali di provvedere alle misure di protezione ed igiene (dispenser di soluzioni alcoliche disinfettanti, distanziamento). Sin da subito il governo avvia la distribuzione di mascherine chirurgiche a farmacie e supermercati stabilendo un costo fisso minimo che possa consentire a tutti l'acquisto (euro 0,30 circa), cosa che accade anche per la cloroquina, usata per il trattamento del Covid-19 (euro 0,7)³³.

Il secondo momento di lettura dell'andamento pandemico rileva una fase di crescita, seguita da una fase di stazionamento. Questo duplice sviluppo è coerente con i provvedimenti intrapresi che subiscono un cambia-

32 I dati epidemiologici sono tratti dal sito ufficiale del Bénin, www.gouv.bj, e da quello dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: <https://covid19.who.int/region/afro/country/bj>.

33 Cfr. <https://www.gouv.bj/coronavirus/mesures/>, ma anche <https://www.gouv.bj/coronavirus/flashinfos/>.

mento poco chiaro. Il 23 Marzo viene annunciato che dal 30 marzo fino al 12 aprile sarebbe stato realizzato un *cordone sanitario* dei comuni (in totale 12) ritenuti più esposti al virus, poi prorogato fino al 27 aprile³⁴; parallelamente vengono avviate operazioni di screening di massa sui gruppi ritenuti vulnerabili e su tutti coloro che si ritiene possano essere entrati in contatto con casi positivi (forze dell'ordine, operatori sanitari, insegnanti). Viene attivato anche un numero da contattare in caso di sospetti positivi per favorire il tracciamento ed offrire sostegno alla popolazione. Tale massiva attività di screening ha portato a rilevare un aumento della curva epidemiologica che vede quadruplicata la diffusione del Coronavirus.

Tuttavia dopo una settimana, il 6 Maggio si annuncia che a partire dall'11 Maggio sarà rimosso il cordone sanitario e riaperte le scuole secondarie e le università e la comunicazione ufficiale relativa alle statistiche pandemiche, solitamente bisettimanale, conosce un insolito silenzio. Coerentemente con ciò si assiste ad un arresto dei dati epidemiologici e il contagio sembra fermo. In questo stesso periodo l'elettorato viene convocato alle votazioni per le elezioni municipali e comunali del 17 maggio, laddove l'unica misura consigliata è l'utilizzo della mascherina.

Un'ulteriore fase è quella in cui si rileva un improvviso calo della curva epidemiologica allorquando, il 18 Maggio il Ministero della Salute e il Rappresentante locale dell'OMS, decidono di riconsiderare, in conformità con gli standard dell'OMS, le statistiche ufficiali dei contagi tenendo conto esclusivamente del numero dei pazienti positivi al test PCR, test virologico di riferimento per il Covid-19, ed invalidando quelli del Rapid Screening (RDT), test antigenico relativo alla ricerca di proteine.

Infine, un'ultima fase è quella tutt'ora vigente in cui continua a registrarsi un lento, ma costante aumento di casi positivi che va di pari passo con la massiva attività di screening e che si scontra con la graduale revoca delle misure di isolamento e restrizione della mobilità.

Invero quel che si può rilevare è che l'iniziativa meritoria del governo beninese sta nella celere e ben organizzata strategia di anticipazione della risposta³⁵ all'emergenza pandemica: non solo si è assistito alla definizione di standard e misure preventive che potessero rallentare il contagio, prima ancora del registrarsi del primo caso positivo, ma c'è stata una proattività

34 <https://www.infoafrica.it/2020/04/15/coronavirus-casi-e-restrizioni-in-africa-aggiornamento-del-15-aprile/>. Cfr. I.A. Osseni, *Benin responds to covid-19: sanitary cordon without generalized containment or lockdown?*, in *Tropical medicine and health*, 48,1, 2020, pp. 1-5.

35 I.A. Osseni, *COVID-19 pandemic in sub-Saharan Africa: preparedness, response, and hidden potentials*, in *Tropical medicine and health*, 48, 1, 2020, pp. 1-3.

anche nel coordinamento di partner tecnici, finanziari e politici, una mobilitazione di esperti e ricercatori con esperienza di gestione di situazioni di emergenza sanitaria, riuniti nel Comitato scientifico che ha collaborato con il ramo operativo composto da professionisti multidisciplinari. Rapidamente è stato stanziato un piano di emergenza estrema di 10,6 milioni di euro e reso operativo in tempo record un primo sito di intervento Covid-19 a Cotonou (al quale si sono progressivamente aggiunti quelli di Abomey-Calavi, Natitingou, Allada e Parakou) con l'acquisizione di attrezzature biomedicali, materiali di consumo, fornitura di strumenti per il primo soccorso. Significativi sono stati in tal senso i gesti di solidarietà e le donazioni: il governo beninese è stato fortemente sostenuto dall'OMS e dalla Banca mondiale che si sono rivelati partner in prima linea. Molte iniziative sono, poi, state rese possibili in virtù di un secondo Piano di Emergenza da 51,4 milioni di euro, teso a rafforzare il sistema sanitario.

La strategia di risposta si è successivamente evoluta in linea con la realtà della pandemia: è stata demandata al Servizio di Assistenza Medica ed Emergenze (SAMU) del Benin la gestione dei casi sospetti, ed è stata anche intrapresa un'importante attività di comunicazione alla popolazione fatta di "7 misure chiave" relative alle regole di igiene (lavaggio delle mani, starnuto nel gomito, utilizzo della mascherina, etc.) diffusa attraverso indicazioni infografiche di immediata fruibilità; alla chiusura delle scuole ed università è corrisposta la creazione di una piattaforma e-learning per la didattica a distanza, di cui si può discutere l'utilizzabilità, ma non l'importanza della sua costituzione.

Sono state inoltre messe in campo alcune misure sociali per contrastare l'impatto socioeconomico, come la sospensione delle imposte relative all'energia elettrica, misura mai formalizzata del tutto, e l'aiuto offerto ad alcune categorie di lavoratori considerati maggiormente colpiti dalle misure per il contenimento della pandemia (parrucchieri, proprietari e dipendenti di bar e ristoranti, tassisti). Come è evidente, tale misura, per quanto fondamentale, non tiene conto del 97%³⁶ degli attori dell'economia informale, il cui reddito si basa sugli introiti della giornata di lavoro precedente (si pensi alle donne, dedite al piccolo commercio nei mercati e sulle strade) e che, non essendo ufficialmente riconosciuti, non hanno ricevuto alcun sostegno.

Al netto di tali iniziative estremamente positive condotte dal governo beninese, quel che desta incertezza, come confermato da tutti gli intervi-

36 A. Ale, *Economie informelle et emploi au Bénin : cadre et pratique de l'économie informelle dans 03 secteurs d'activité à Cotonou*, in https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/documents/publication/wcms_218874.pdf

stati, è la celerità con la quale sono state ritirate le misure restrittive e si è presto tornati alla vita ordinaria. Tale atteggiamento è stato motivato con la bassa percentuale di contagi e con l'idea che questa fosse la strategia preferibile per garantire una sostenibilità delle misure sul lungo periodo. Probabilmente accanto a tali ragioni va menzionato anche il malcontento della popolazione (i sommovimenti dei sindacati che chiedevano aiuti e garanzie)³⁷, come quello della religiosità che si è sentita colpita quando le scuole hanno riaperto, ma non i luoghi di culto. Ciò aiuta a spiegare i rapidi passi indietro del governo, ma certo non giustifica un atteggiamento che, mentre invita la popolazione alla responsabilità individuale, non sembra avere chiaro il senso della responsabilità statale: tale instabilità ha alimentato la confusione della popolazione, il che, unito ad una comunicazione problematica e carente, ha condotto molti alla deroga agli obblighi imposti e al consolidamento di convinzioni peculiari relative al virus stesso.

2.2 La percezione sociale della pandemia e le sue conseguenze

A seguito della diffusione delle prime notizie sul Coronavirus, la popolazione beninese ha presto iniziato a manifestare i primi segni di allarme col recarsi spontaneamente ai centri per lo screening o denunciando casi, poi rivelatisi negativi. Eppure, gli studi di letteratura e i risultati delle interviste condotte mostrano che le raccomandazioni ministeriali relative al contenimento del virus non hanno conosciuto un'effettiva messa in pratica da parte della cittadinanza, il cui disorientamento, corroborato dal non chiaro atteggiamento statale, ha contribuito al sedimentarsi di interpretazioni peculiari della realtà circostante.

Due sono i macro orientamenti ermeneutici più diffusi in Bénin: quello negazionista e quello legato alla cultura tradizionale, ciascuno con le sue

37 La popolazione, invero, ha sin da subito lamentato la difficoltà di accogliere le misure richieste per il contenimento del virus: dal faticoso utilizzo della mascherina con temperature molto elevate (molti intervistati informano di una continua sensazione di soffocamento), all'impossibilità di garantire il distanziamento sociale all'interno di contesti rurali e la troppo dolorosa rinuncia alle cerimonie identitarie collettive come quelle funerarie. Per quanto concerne l'isolamento sociale una situazione drammatica è stata vissuta dai viaggiatori isolati negli alberghi, i quali hanno visto aumentare il numero dei giorni di quarantena da 14 giorni a 21, per difficoltà gestionali con il sovrappiù del carico delle spese che hanno dovuto sostenere, nel caso di cittadini non residenti in Bénin. Per loro si è registrata una condizione di grande malessere e stress psicologico che, unita alla qualità inidonea del servizio di assistenza loro dedicato, è confluita in momenti di rivolta.

varianti specifiche che bisogna considerare per valutare le conseguenze comportamentali che si stanno diffondendo tra la popolazione.

Il primo orientamento è quello che, poggiandosi sulla scarsità di dati epidemiologici relativi al contagio nel paese, recupera le ipotesi summenzionate della presunta immunità (genetica, anagrafica, ambientale) africana rispetto alla “malattia dei bianchi” fino a considerare insicura la diagnosi o la morte per Coronavirus, da ricondurre, piuttosto, ad altre malattie. Tale atteggiamento di incredulità confluisce nella *banalizzazione* o sottostima dell'evento pandemico che giunge all'estremo con l'adesione al pieno *negazionismo*³⁸.

Questo filone interpretativo unendosi con il dolore ancora molto vivo del dominio coloniale subito³⁹ porta al consolidarsi di alcune tesi tra cui quella del *complotto antinatalista* per la quale l'Occidente, desideroso di continuare a detenere il controllo della popolazione africana, stia intentando da secoli delle azioni volte a frenare il suo dinamismo demografico che minaccia la sopravvivenza della stabilità socio-economica occidentale, prima con i programmi di pianificazione familiare ed ora con il Coronavirus, “menzogna” usata come arma demografica. Secondo questa tesi, dietro la minaccia della pandemia si nasconderebbe un progetto di sperimentazione clinica sostenuto dalle aziende farmaceutiche occidentali con lo scopo di modificare il genoma degli uomini africani e garantire il controllo del loro tasso di natalità.

Una versione più moderata di questo orientamento è quella che intravede nella situazione attuale una forma di *neocolonialismo* per la quale l'Occidente starebbe progettando una “truffa” ideologica nei riguardi dei paesi africani. In effetti tale tesi non mette in discussione l'esistenza del Coronavirus in sé, ma l'idea che il contagio in tutta la sua violenza colpirà presto anche i paesi africani, cosa che, nei fatti, tarda a verificarsi: siffatto terrorismo psicologico avrebbe come unico scopo quello dell'Occidente di presentarsi sotto le vesti del generoso abitante di Samaria, pronto ad offrire aiuto alle popolazioni in difficoltà in cambio dell'esercizio di un perpetuantesi dominio.

Le molteplici versioni di tale filone ermeneutico sono foriere di comportamenti non rispettosi delle misure di contenimento, quando non derisori, che possono arrivare sino a forme di ribellione e disordini civili.

38 Cfr. S. Picciaredda, *Covid-19 in Africa and Latin America. Certain forms of religious negationism favor the pandemic*, in *Law, religion and the spread of Covid-19 pandemic*, Pisa 2020, pp. 129-140.

39 Cfr. F. Fanon, *I dannati della terra*, Torino 2007.

Il secondo macro orientamento interpretativo della situazione attuale, come anticipato, matura a partire dal retroterra culturale tradizionale. Anch'esso presenta diversi aspetti, uno dei quali si pone in connessione con quello summenzionato complottista, in quanto si ritiene che l'Occidente voglia perpetuare il suo dominio e controllo del popolo africano anche attraverso la medicina moderna che, però, non avrebbe gli stessi effetti curativi sugli uomini africani. Da qui si sviluppa la ricerca di pratiche terapeutiche locali per il trattamento del Coronavirus (in particolare è in uso la preparazione di decotti o tisane a base di foglie e radici ad alto contenuto antibiotico, composti a base di artemisia, derivati vegetali del Neem) che si rela all'importante patrimonio di medicina tradizionale prevalentemente fitoterapeutica ed erbalistica che in Bénin ha una storia antichissima ed è riconosciuta ufficialmente dal Ministero della Salute. L'utilizzo di elementi naturali per le cure ha una valenza teorica e pratica molto forte che lo rende un'alternativa frequente e riconosciuta da tutta la popolazione, non solo da quella rurale (alcuni intervistati riferiscono che anche in alcuni ospedali l'artemisia è preferita ai farmaci a base di cloroquina), anche in virtù della sua maggiore reperibilità e accessibilità dei costi. Tuttavia, la mancanza di una razionalizzazione scientifica rende i preparati erboristici rischiosi a causa del difficile dosaggio che, se inesatto, potrebbe essere foriero di intossicazione o morte. Dunque, attesi tali rischi, ai quali la popolazione continua ad esporsi, il governo potrebbe favorire gli studi scientifici sui trattamenti della medicina tradizionale per il Coronavirus, evitando di lasciarli all'amatorialità.

Va detto, però, che la tradizione culturale terapeutica beninese non consta solo dell'aspetto medicale naturale, bensì di tutto un retroterra di spiritualità legato all'animismo il che ascrive l'eziologia del Coronavirus allo scioglimento contemporaneo della morale che minaccia un esito apocalittico se non interviene un cambiamento nel comportamento umano. Sicché sono state messe in campo delle consultazioni degli oracoli, con l'obiettivo di ricercare l'etiopatogenesi per calibrare in base ad essa l'intervento terapeutico-spirituale: accanto ai rimedi erboristici sono stati celebrati riti di tipo espiatorio, fondati sulla sovrapposizione, tipica della cultura animista, tra malattia e maleficio. Difatti, per tale tradizione, prevalente nelle aree culturali Fon, diffuse in tutto il paese, la malattia è tipicamente considerata la manifestazione empirica dell'avvenuta rottura dell'ordine fisico-metafisico dovuta a ragioni di ordine morale o all'*envôutement*, letteralmente invio o, più propriamente, auspicio del male nei riguardi di terzi a causa di sopravvenute invidie o gelosie. Tali credenze portano a considerare il malato (in particolare i malati mentali, i disabili o coloro che presentano una malattia

che porta con sé deformità fisiche) portatore del male che in lui si è incarnato e che, attraverso di lui, intende colpire il mondo fisico. Ciò implica che il malato è nella maggior parte dei casi visto con sospetto e considerato passibile di un contagio, per quanto la patologia da cui è affetto non preveda alcun tipo di trasmissibilità biologica. Evidentemente questo porta all'esclusione sociale del malato che è allontanato dal gruppo, il che in un contesto in cui l'identità di ciascuno è definita in base all'appartenenza al gruppo stesso, implica la negazione e, dunque, la messa a morte del singolo⁴⁰.

Rispetto alla circostanza odierna del Coronavirus questa *stigmatizzazione* dei malati è chiaramente ancora più marcata, dal momento che si tratta di una malattia trasmissibile anche dal punto di vista biologico. Lo stigma porta pertanto a tenere a distanza i positivi, per il timore di un contagio non solo fisico, ma anche metafisico. Le interviste riferiscono una marginalizzazione totale dei malati, in particolare degli anziani e dei più vulnerabili (ad esempio coloro i quali presentano altre comorbidità) ai quali la legge ha imposto l'isolamento, perché considerati soggetti particolarmente a rischio. La desocializzazione è applicata anche nei riguardi dei sospetti positivi o di coloro che sono guariti dal virus, al punto che il governo ha previsto il rilascio di "certificati di guarigione" per i pazienti negativizzati che faticavano ad essere riammessi nel contesto sociale e lavorativo. Inoltre, persino tutti coloro che sono impegnati in prima linea nella gestione del virus e ad esso quotidianamente esposti, come gli operatori sanitari, sono vittima di una forma di stigmatizzazione, nella misura in cui sono considerati potenziali portatori, il che, unendosi con lo stress di vedere moltiplicato il proprio carico di lavoro e con l'avvilimento dovuto alla carenza di dispositivi per la protezione individuale e per la cura dei pazienti, rende necessario per essi un supporto psicologico⁴¹ che il governo sta cercando di mettere in campo.

La stigmatizzazione è una delle più drammatiche conseguenze sociali della pandemia che porta con sé il rischio di evitare di sottoporsi ai test o autodenunciarsi per il timore dell'esclusione sociale, il che renderebbe vano l'impegno dei singoli e del governo per il contenimento del contagio⁴².

40 Sull'interpretazione della malattia e le varie forme di cura previste dalla cultura beninese sia consentito di rinviare a A. Maccaro, *Per una bioetica interculturale*, Roma 2019.

41 J.Z. Ayanian, *Mental Health Needs of Health Care Workers Providing Frontline COVID-19 Care*, in *JAMA Health Forum*, 1, 4, 2020, e200397-e200397.

42 Si veda su ciò la guida dell'OMS contro lo stigma sociale associato al Covid-19: https://www.who.int/publications/m/item/a-guide-to-preventing-and-addressing-social-stigma-associated-with-covid-19?gclid=CjwKCAiAlNf-BRB_EiW42osbxUw8UVXFWXfwArUIBiXXFz9hWgP0m7G9MIaAM6-ry8K1JbXpw68ATROCrUQQAvD_BwE. Cfr. A. Lasalvia, *Emergenze epidemiche*

Come si può inferire dall'analisi dettagliata delle interpretazioni prevalenti della pandemia attuale, le conseguenze sociali⁴³, unite con quelle economiche e sanitarie, potrebbero persino sopravanzare quelle legate alla diffusione stessa del virus: si pensi, per fare solo qualche esempio, all'aumento dell'analfabetismo dovuto alla chiusura delle scuole, all'aumento di episodi di violenza civile o domestica⁴⁴ nei riguardi dei più vulnerabili perché considerati passibili di contagio, al diffondersi di preparati terapeutici tradizionali pericolosi per la salute della popolazione che, invero, sembra peggiorata non tanto a causa del Covid-19, bensì nel senso della diminuzione della disponibilità di accesso ai servizi sanitari essenziali⁴⁵ (ad esempio molti meno bambini a causa del lockdown sono stati sottoposti alle consuete vaccinazioni⁴⁶).

Per tali ragioni, oltre all'invito alla sensibilizzazione della popolazione sul Coronavirus, nell'ottica della disgiunzione della malattia dal maleficio, da affrontare con il ricorso a testimonianze di pazienti positivi e guariti che possano contrastare il negazionismo diffuso, parrebbe opportuno approfondire questa singolare circostanza per la quale nel contesto indagato la portata drammatica delle conseguenze supera quella della diffusione del virus.

3. *La pandemia della paura*

Il caso summenzionato del Bénin, invero, riflette una condizione diffusa nella maggior parte dei LRSs⁴⁷, laddove quel che si evidenzia è il portato catastrofico degli effetti prevalentemente economici e sociali e, certo anche sanitari, di una pandemia che, in quegli stessi paesi in cui ha determinato

e stigma sociale. Quali insegnamenti trarre dalle precedenti epidemie di SARS ed Ebola da applicare nell'attuale pandemia Covid-19?, in *Riv Psichiatr*, 55, 4, 2020, pp. 250-253.

43 Unesco, *socio-economic and cultural impacts of Covid-19 on Africa*, 2020, https://en.unesco.org/sites/default/files/stand_alone_executive_summary_fin.pdf

44 Cfr. E. Katana, Elizabeth, *Violence and Discrimination Among Ugandan Residents During the COVID-19 Lockdown*, in *Research Square*, 2020, pp. 1-19.

45 Cfr. M. Okereke et al., *Impact of COVID-19 on access to healthcare in low-and middle-income countries: Current evidence and future recommendations*, in *The International journal of health planning and management*, 2020, pp. 1-5.

46 D. Buonsenso, et al., *Child healthcare and immunizations in sub-Saharan Africa during the COVID-19 pandemic*, in *Frontiers in pediatrics*, 8, 2020, p. 517.

47 D. Buonsenso, et al., *Social consequences of COVID-19 in a low resource setting in Sierra Leone, West Africa*, in *International Journal of Infectious Diseases*, 2020.

conseguenze così atroci, si è verificata *de facto* in maniera assai contenuta. Ci troviamo dinanzi ad un paradosso di ordine globale che inequivocabilmente appella la riflessione filosofica e, in particolare, bioetica.

Atteso che è evidente che le conseguenze della pandemia attuale investano tutti paesi e che ciascuno a proprio modo per lungo tempo dovrà darsi da fare per affrontare i postumi del Coronavirus, quel che più di ogni cosa stupisce è che paesi come il Bénin che sono stati toccati – almeno per ora – solo tangenzialmente dal Covid-19, sono proprio quelli che prima di altri ed in maniera catastrofica sono stati presto colpiti dalle sue conseguenze.

Questo in qualche modo porta a ridiscutere proprio la nozione di universalità di cui si è accennato al principio. Invero si è detto che la pandemia ha generalizzato la condizione di LRSs per la quale anche i paesi del primo mondo hanno conosciuto la scarsità di risorse, mezzi e informazioni per la gestione di un'emergenza sanitaria; hanno potuto esperire sulla propria pelle lo iato tra le norme astratte ritenute universali e la difficoltà della loro applicazione in condizioni peculiari. Ciononostante, non si può davvero sostenere che la pandemia abbia messo tutto il mondo sullo stesso piano anche perché la percezione dell'evento è stata diversa: per alcuni paesi si tratta di un episodio momentaneo, per altri far fronte ad una situazione di emergenza è una costante drammatica. Inoltre, le differenze persistono perché se ci si arresta ad un'analisi limitata al piano sanitario si potrebbe persino sostenere che nei LRSs il contesto della crisi – almeno fino ad oggi – è servito proprio da motore di trasformazione e catalizzatore di cambiamento e rinnovamento del sistema sanitario.

Quel che emerge, in definitiva, è che può dirsi universale la condizione drammatica che il mondo sta vivendo, ma che il mondo, infondo, resta sempre profondamente diviso: il primo mondo si sta affaticando a ricercare strategie per il contenimento sanitario del virus, il resto del mondo sta subendo le conseguenze di un virus che a stento si è affacciato dalla sua parte.

Parrebbe che si tratti di un problema di ordine ideologico: è come se la paura del virus avesse causato conseguenze più gravi del virus stesso⁴⁸.

La *pandemia della paura* ha un impatto più drammatico di quella del Coronavirus.

La paura è da sempre parola filosofica, insieme che psicologica, sulla quale molti teorici contemporanei hanno sviluppato importanti riflessioni: dall'*euristica*, teorizzata da Hans Jonas, per cui profilare un quadro terro-

48 Cfr. M. Francesconi, D. Scotto Di Fasano, *Non avere paura di avere paura. La psicoanalisi di fronte alla pandemia*, in *Micromega*, 4, 2020, pp. 115-124.

rizzante potrebbe attivare nei singoli il *principio responsabilità*⁴⁹ capace di mettere in campo azioni a tutela delle generazioni future, fino alle riflessioni della filosofa statunitense Martha Nussbaum, teorica di una socialdemocrazia basata sulle *capacità*⁵⁰ la quale argomenta modernamente di *monarchia della paura*, di fuoriuscita della paura dalla dimensione emozionale⁵¹ della sfera privata, per far ingresso nella scena pubblica, cosa che pare verificarsi anche durante la cosiddetta “era Covid”.

Difatti sembrerebbe che la paura abbia portato i governi, come quello beninese, a diffondere un iniziale allarmismo e ad assumere provvedimenti drastici, conformi a quelli del “primo mondo” che, però, stava vivendo una situazione epidemiologicamente molto diversa, il che, una volta raffrontato con i dati locali ha presto portato alla banalizzazione, al negazionismo con tutto il carico di conseguenze economiche e sociali summenzionate. La Nussbaum in proposito osserva che è un meccanismo tipico della paura quello di provocare allarmismo e fiaccare la capacità di giudizio: la paura “ci fa desiderare di evitare i disastri. Ma certamente non ci dice come”; il “processo di configurazione della paura è intimamente influenzato dalla cultura, dalla politica, dalla retorica” e “può essere manipolata da informazioni vere e false, producendo reazioni sia appropriate che inappropriate”: essa può “risultare da un’interpretazione sbagliata dei fatti”, “dalla sopravvalutazione o sottovalutazione di un reale pericolo”⁵².

Inoltre, come visto nel caso del Bénin, la paura della sopraffazione, legata al risentimento storico nei riguardi dell’Occidente ha portato ad individuare dei colpevoli, alimentando atteggiamenti antidemocratici. Anche rispetto a ciò la Nussbaum argomenta di meccanismo ira-colpevolizzazione come tipico della paura: “la nostra narrazione della paura ci dice che alcuni avvenimenti molto pericolosi possono facilmente verificarsi. I cittadini possono diventare indifferenti alla verità e preferire il conforto dell’isolamento in un gruppo di pari che si ripetono le menzogne gli uni degli altri. Possono avere paura di parlare apertamente preferendo il conforto di un leader che dà loro una sensazione di sicurezza simile al grembo materno. E possono diventare aggressivi contro gli altri, incolpandoli per il dolore causato dalla paura”⁵³.

49 H. Jonas, *Il principio responsabilità. Un’etica per la civiltà tecnologica*, Torino, 1993.

50 Cfr. M. Nussbaum, A.K. Sen, *The quality of life*, Oxford, 1993.

51 Cfr. anche M. Nussbaum, *L’intelligenza delle emozioni*, Milano 2009.

52 M. Nussbaum, *La monarchia della paura. Considerazioni sulla crisi politica attuale*, Bologna 2020, pp. 50-53.

53 Ivi, p. 65.

Cionondimeno, come visto nel case study riportato, la paura del contagio ha condotto all'esclusione e stigmatizzazione di singoli e gruppi, mettendo in campo quelle che la Nussbaum chiama *politiche del disgusto*: "quando la gente si sente molto insicura attacca i più vulnerabili, incolpandoli e trasformandoli in capri espiatori. Possiamo aggiungere che la tendenza della gente a proiettare il disgusto verso l'esterno probabilmente aumenta nella misura in cui aumenta il suo senso di vulnerabilità fisica e di mortalità. Il disgusto è sempre specifico, combinato con specifici pensieri di paura. Ma l'intuizione che il disgusto riguarda la paura ed è alimentato da una costellazione di paure specifiche rende plausibile che la necessità di disporre di un gruppo ispirato dal disgusto e l'intensità dello stigma causato dal disgusto aumentino, *ceteris paribus*, in tempi di insicurezza generale"⁵⁴.

A ben vedere, però, la paura come emozione primitiva, narcisistica e asociale che sta determinando a tutt'oggi in alcuni paesi conseguenze più gravi della stessa diffusione del virus, nasce quando non c'è un'adeguata stima del *rischio*: "Le nostre valutazioni del rischio sono spesso imprecise perché, invece di calcolare in modo sobrio costi e benefici, utilizziamo una serie di euristiche che non offrono una buona guida nel mondo complesso di oggi". Per la filosofa due sono le fonti molto comuni di errori nella paura una è l'"euristica della disponibilità", per la quale "se un certo tipo di problema è ben presente nella nostra esperienza, questo fatto ci porta a sopravvalutare l'importanza di tale problema", un'altra è la "cascata", per la quale "le persone rispondono al comportamento degli altri affrettandosi a unirsi a loro", il che ad oggi si unisce alle "cascate informative" per cui le notizie virali anche se false ottengono molto consenso dovuto proprio al mancato controllo delle emozioni e alla "paura di parlare fuori dal coro"⁵⁵.

Dunque, per quanto sia oltremodo evidente che la scienza e i suoi risultati debbano essere fruibili universalmente, come la salute, che è un diritto umano fondamentale, sembrerebbe opportuno tornare ad un'effettiva valutazione del rischio per gestire meglio le conseguenze che derivano dalla paura. Questo, si badi bene, non vuol dire minimizzazione della situazione attuale, in particolare per paesi già particolarmente vulnerabili, bensì cercare di avvicinare il gap di conoscenza attraverso una maggiore diffusione della cultura e dell'informazione scientifica che possa consentire un'analisi lucida e democratica che attivi comportamenti responsabili commisurati alle situazioni specifiche, in ossequio a quell'universalità memore

54 Ivi, pp. 120-121.

55 Ivi, pp. 53-55.

delle differenze particolaristiche e contestuali che confluisce nell'*etica della situazione*⁵⁶.

Lo stesso, ad esempio, dicasi per il vaccino anti-Covid: perché già denunciare la disparità della sua distribuzione⁵⁷, prima che si abbiano informazioni adeguate sull'opportunità della sua distribuzione in maniera uguale a tutti i paesi del mondo, quando, magari per alcuni paesi, stante un'analisi dei dati epidemiologici, è più urgente una campagna vaccinale diversa da quella contro il Coronavirus? Bisognerebbe, dunque, adeguare al contesto specifico, valutato su basi scientifiche, la portata mediatica delle informazioni, per commisurare ad esso anche le conseguenze. Questo vuol dire tenere conto della varietà delle situazioni particolari, tenendo fermi principi etici e diritti umani universali, per fare ingresso in una condizione autenticamente democratica. "La democrazia richiede a tutti noi di limitare il nostro narcisismo e di abbracciare la reciprocità"⁵⁸, dunque sostituire la paura con un'altra di quelle emozioni che muovono la storia, "utopie necessarie", come la solidarietà di cui parla Stefano Rodotà⁵⁹ e che, insieme ad altre "parole della convivenza" "sono vittime della retorica politica che tenta di destituirle di valore e di portata non solo morale, ma anche civile e politica"⁶⁰, che sono "antidoti al disumano"⁶¹, come la *speranza*.

Probabilmente, come dice Badiou, non c'è *niente di nuovo sotto il sole*⁶² e le note asimmetrie tra i poli del mondo persistono e, anzi, sono acuite dalla crisi; ciò non toglie però che con sempre maggiore urgenza si faccia pressante la richiesta di speranza che, forse, come sostiene la Nussbaum, è "un'emozione bizzarra" ma è "parente stretta o il rovescio della medaglia della paura. Entrambe implicano la valutazione di un risultato come molto importante, entrambe implicano una grande incertezza sul risultato ed entrambe presuppongono una buona misura di passività o di mancanza di

56 Cfr. gli studi del filosofo napoletano P. Piovani, in particolare si vedano le raccolte Id., *Per una filosofia della morale*, in F. Tessoro (a cura di), Milano 2010 e Id. (a cura di), *L'etica della situazione*, Napoli, 1974.

57 J. N. Nkengasong et al, *COVID-19 vaccines: how to ensure Africa has access*, in *Nature*, vol. 586, 2020, pp. 197-199.

58 M. Nussbaum, *La monarchia della paura*, cit., pp. 64-65.

59 S. Rodotà, *Solidarietà*, Roma-Bari 2014.

60 E. D'Antuono, *Solidarietà*, in V. Franco (a cura di), *Le parole della convivenza*, Roma 2020, pp. 71-92, ivi, p. 72.

61 L'espressione cara a E. D'Antuono viene ripresa in molti dei suoi studi, tra i più recenti si veda Id., *L'umano al tempo del disumano*, Roma 2018, in part. p. 250 ss.

62 Cfr. A. Badiou, *Niente di nuovo sotto il sole. Dialogo sul Covid-19*, in P. Quintili (a cura di), Roma 2020, in part. pp. 13-22.

controllo”⁶³, e tuttavia deve essere intesa, sulla scorta dell’interpretazione kantiana, come “postulato pratico”, “un atteggiamento che assumiamo senza ragioni sufficienti, per la buona azione che essa può rendere possibile”⁶⁴.

63 M. Nussbaum, *La monarchia della paura*, cit., pp. 176- 178.

64 Ivi, pp. 180-182. Qui la Nussbaum cita Kant: “Per quanto incerto io possa essere e rimanere se per il genere umano vi sia da sperare nel meglio, ciò non può tuttavia pregiudicare la massima, e dunque neppure la sua necessaria premessa dal punto di vista pratico, che il progresso sia attuabile. Questa speranza di tempi migliori, senza la quale un autentico desiderio di fare qualcosa di proficuo per il bene universale non avrebbe mai ravvivato i cuori umani, ha sempre anche avuto influsso sull’agire degli uomini retti”. I. Kant, *Sul detto comune: questo può essere giusto in teoria, ma non vale per la pratica* (spesso *Teoria e pratica*), in F. Gonnelli (a cura di), *Scritti di storia, politica e diritto*, Roma-Bari, 1995, p. 155.