

Covid-19. Diario settimanale sulla situazione nel mondo
(aggiornato coi dati disponibili alle 9:30 del 15 maggio 2020)

di Marco Zupi

1. I dati ufficiali disponibili

I **dati** dell'Organizzazione mondiale della sanità (**OMS**) resi pubblici alle 23.30 del **14 maggio** indicano che il numero totale dei **contagiati** confermati nel mondo ha raggiunto la cifra di **4.248.389** casi e i **decessi** riconducibili al Covid-19 sono **294.046**. I dati più aggiornati dell'ECDC, resi disponibili alle 16.00 del 14 maggio indicano un numero totale di **contagiati** confermati pari a **4.308.809**, e un numero di **decessi** pari a **296.680**. L'ultimo aggiornamento disponibile e reso disponibile alle 9:30 del **15 maggio** sul sito della **Johns Hopkins University**, registra **4.444.670** **contagi** confermati, mentre i **decessi** riconducibili al Covid-19 sono **302.493**; i **dati** alla stessa ora disponibili su **Worldometer** registrano **4.527.823** **contagi** confermati e **303.438** **decessi** riconducibili al Covid-19.

1

Tab. 1 - Paesi con il più alto numero totale di contagiati (dati del 14 maggio 2020)

	Numero di casi	% del totale	% cumulata
TOTALE	4.308.809	100,0	
1 Stati Uniti	1.390.746	32,3	32,3
2 Russia	242.271	5,6	37,9
3 Regno Unito	229.705	5,3	43,2
4 Spagna	228.691	5,3	48,5
5 Italia	222.104	5,2	53,7
6 Brasile	188.974	4,4	58,1
7 Germania	172.739	4,0	62,1
8 Turchia	143.114	3,3	65,4
9 Francia	140.734	3,3	68,7
10 Iran	112.725	2,6	71,3
11 Cina	84.024	2,0	73,2
12 India	78.003	1,8	75,0
13 Perù	76.306	1,8	76,8
14 Canada	72.278	1,7	78,5
15 Belgio	53.981	1,3	79,7
16 Arabia Saudita	44.830	1,0	80,8
17 Paesi Bassi	43.211	1,0	81,8
18 Messico	40.186	0,9	82,7



Fig. 1 - Paesi con il più alto numero totale di contagiati (dati del 14 maggio 2020)



Analizzando i dati della ECDC, gli Stati Uniti hanno raggiunto 1.390.746 casi di contagi confermati, con un incremento giornaliero di 20.782 casi, pari al 24,2% del totale mondiale degli 85.769 contagi confermati nelle 24 ore; la Russia ha raggiunto 242.271 contagi totali confermati, con un incremento giornaliero di 10.028 casi di contagio; il Regno Unito ha raggiunto i 229.705 casi totali con un incremento giornaliero di 3.242 casi di contagio; la Spagna ha raggiunto i 228.691 casi confermati di contagio, con un incremento giornaliero di 661 casi; l'Italia ha raggiunto i 222.104 casi totali con un incremento giornaliero di 888 casi di contagio (che salgono a 223.096 in base ai dati pubblicati alle 18.00 del 14 maggio dal Dipartimento della protezione civile, con un incremento totale – nuovi contagi, decessi e dimissioni da ospedali – di 992 nuovi casi giornalieri, comprensivo di una diminuzione di 2.017 persone del numero totale di persone attualmente positive al virus, a fianco di 2.747 persone guarite e 262 decessi); il Brasile ha raggiunto 188.974 contagi totali confermati, con un incremento giornaliero di 11.385 casi di contagio; la Germania ha raggiunto 172.239 contagi totali confermati, con un incremento giornaliero di 933 casi di contagio; la Turchia ha raggiunto 143.114 casi, con 1.639 nuovi casi nelle ultime 24 ore; la Francia ha raggiunto 140.734 contagi totali confermati, con un incremento giornaliero di 507 casi di contagio.

2

Tab. 2 - Paesi con il più alto numero di contagiati nelle ultime 24 ore (dati del 14 maggio 2020)

	Numero di casi	% del totale	% cumulata
TOTALE	85.769	100	
1 Stati Uniti	20.782	24,2	24,2
2 Brasile	11.385	13,3	37,5
3 Russia	10.028	11,7	49,2
4 Perù	4.247	5,0	54,1
5 India	3.722	4,3	58,5
6 Regno Unito	3.242	3,8	62,3
7 Cile	2.660	3,1	65,4
8 Iran	1.958	2,3	67,7
9 Arabia Saudita	1.905	2,2	69,9
10 Messico	1.862	2,2	72,0
11 Turchia	1.639	1,9	74,0
12 Pakistan	1.452	1,7	75,6
13 Qatar	1.390	1,6	77,3
14 Bangladesh	1.162	1,4	78,6
15 Canada	1.121	1,3	79,9
16 Bielorussia	952	1,1	81,0
17 Germania	933	1,1	82,1
18 Italia	888	1,0	83,2
19 Kuwait	751	0,9	84,0

America del nord
America latina e caraibica
Asia
Europa (UE)
Europa (non UE)
Vicino e medio oriente

Fig. 2 - Paesi con il più alto numero di contagiati nelle ultime 24 ore (dati del 14 maggio 2020)



Il confronto tra lo stock di casi accumulati sinora (tab. e fig. 1) e il flusso giornaliero più recente (tab. e fig. 2) evidenzia la transizione in corso, al netto degli Stati Uniti che restano un caso fuori scala per il numero accumulato di contagiati e quello dei nuovi casi registrati giornalmente, tra un gruppo di paesi dell'UE che hanno registrato prima di altri paesi dei focolai significativi di contagio e una rapida diffusione del virus, ma hanno anche raggiunto prima il cosiddetto *plateau*, stabilizzando e riducendo significativamente l'incremento dei casi (per esempio, l'Italia), a paesi sia europei non membri dell'UE sia latinoamericani sia medio-orientali che registrano incrementi maggiori di casi confermati di contagio nel corso degli ultimi giorni.

I sette paesi col più alto numero di nuovi casi confermati nelle ultime 24 ore (in ordine: Stati Uniti, Brasile, Russia, Perù, India, Regno Unito e Cile, mentre l'Italia è al quattordicesimo posto) spiegano il 65,4% degli 85.769 nuovi casi registrati su scala mondiale: 3 paesi (Stati Uniti, Brasile e Russia) hanno registrato oltre 10 mila nuovi casi nel corso delle 24 ore, gli altri 4 paesi hanno registrato oltre 2 mila e altri 8 paesi ne hanno registrato più di mille.

Tab. 2b - Paesi con il più alto numero di contagiati negli ultimi 14 giorni (dati del 14 maggio 2020)

	Numero di casi in ultimi 14 giorni	% del totale
TOTALE	1.179.735	100
1 Stati Uniti	350.837	29,7
2 Russia	142.872	12,1
3 Brasile	110.812	9,4
4 Regno Unito	64.484	5,5
5 India	44.953	3,8
6 Perù	42.375	3,6
7 Turchia	25.525	2,2
8 Arabia Saudita	23.428	2,0
9 Messico	22.387	1,9
10 Canada	20.691	1,8
11 Pakistan	20.029	1,7
12 Cile	19.496	1,7
13 Iran	19.068	1,6
14 Italia	18.513	1,6
15 Qatar	13.975	1,2
16 Spagna	13.508	1,1
17 Germania	13.120	1,1
18 Bielorussia	12.644	1,1
19 Francia	12.292	1,0
20 Bangladesh	10.719	0,9

America del nord
America latina e caraibica
Asia
Europa (UE)
Europa (non UE)
Vicino e medio oriente

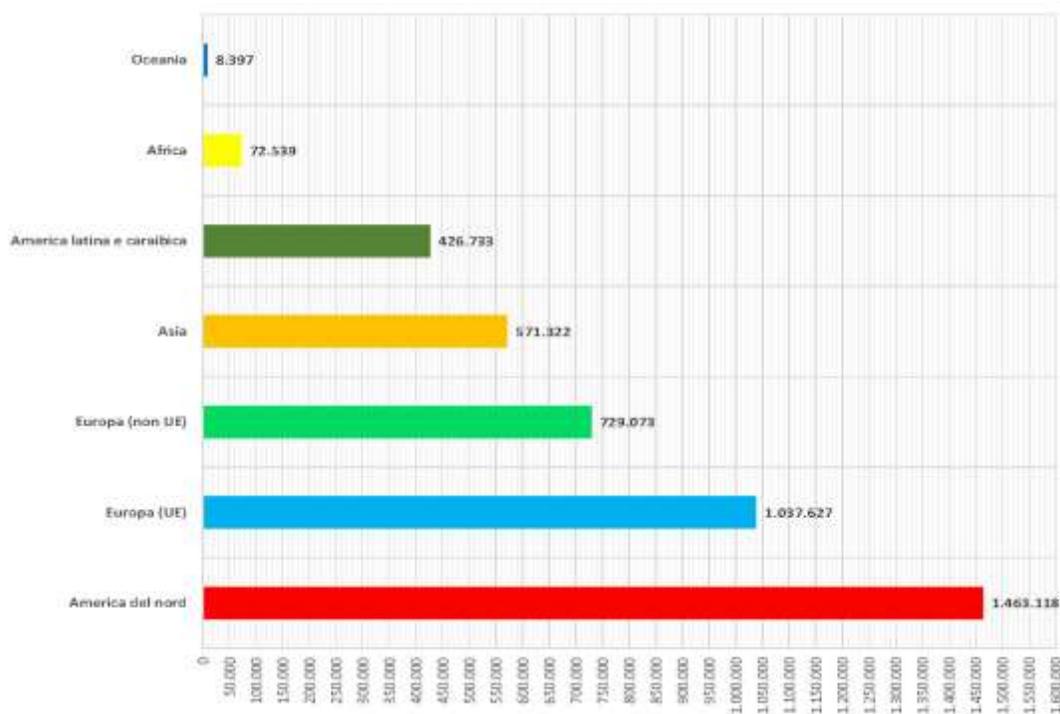
Fig. 2b - Paesi con il più alto numero di contagiati negli ultimi 14 giorni (dati del 14 maggio 2020)



A conferma di un cambiamento geografico dell'epicentro del contagio negli ultimi giorni, che è evidenziato dall'andamento delle ultime 24 ore, si può scorrere i dati relativi ai paesi che hanno registrato i più alto **numero di contagiati nel corso degli ultimi 14 giorni**. Anche in questo caso, **bisogna scorrere la lista dei paesi fino al diciottesimo posto per trovare un paese membro dell'Ue** (l'Italia con 18.513 nuovi casi), mentre alle spalle degli Stati Uniti e prima dell'Italia si trovano quattro paesi latinoamericani, tre paesi europei, due paesi asiatici, due paesi medio-orientali e il Canada.

Il bollettino giornaliero registra 5.167 decessi totali nelle ultime 24 ore; gli Stati Uniti ne hanno registrati 1.746 pari al 33,8% del totale mondiale di decessi delle ultime 24 ore e che portano il totale nel paese nord-americano a 84.133; il Brasile ha registrato 749 nuovi decessi e un totale di 13.149 decessi; nel Regno Unito si sono registrati 494 nuovi decessi e un totale di 33.186 decessi; il Messico ha registrato 294 nuovi decessi e un totale di 4.220; l'Italia ha registrato 195 decessi che hanno portato il totale a 31.106, al terzo posto di questa tragica classifica, dietro a Stati Uniti e Regno Unito (dato aggiornato con 274 decessi giornalieri in più, con un totale complessivo di 31.368 decessi, in base al bollettino delle 18:00 del 14 maggio, con un tasso di letalità che raggiunge il picco del 14,1%); la Spagna ha registrato 184 nuovi decessi e un totale di 27.104.

Fig. 3 - Numero del totale di contagiati confermati per continente (dati del 14 maggio 2020)



Sul piano continentale, in **Oceania** i confermati di **contagio** rimangono **stazionari a meno di 8.500** casi, in **Africa** hanno **superato i 72 mila**, in **America Latina e Caraibica** i **426 mila**, in **Asia** i **571 mila**. Nell'Ue i casi confermati di contagio hanno **superato il milione di casi**, nel **resto dell'Europa** hanno **raggiunto i 729 mila**, nell'**America del nord** gli **1,46 milioni di casi**.

Mappa 1



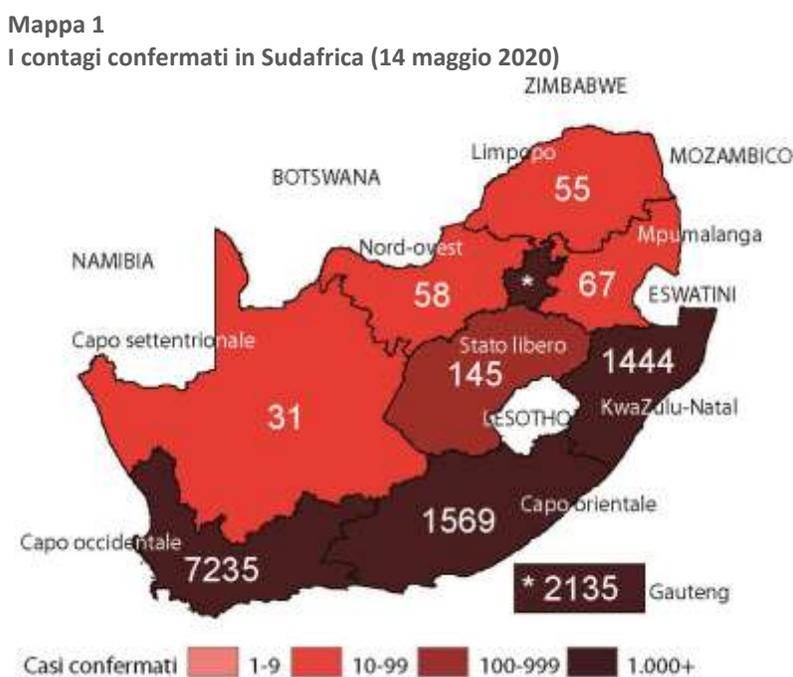
La distribuzione dei contagi nei diversi paesi, tenuto conto della numerosità della popolazione residente nei paesi e della vastità della superficie degli stati, è immediatamente restituita da una mappa tematica che indica il numero totale di contagiati confermati per paese su un milione di abitanti. **Africa, Oceania, gran parte dell'Asia e solo una parte dell'America latina risultano ancora oggi meno contagiati.**

I paesi dell'Ue e Stati Uniti restano le aree più investite dalla pandemia, dopo la prima ondata che aveva colpito la Cina. Occorre, tuttavia, segnalare come i confronti internazionali tra i paesi a partire dai dati ufficiali disponibili rischino di offrire informazioni inesatte e, addirittura, fuorvianti. Non solo **si registra l'assenza di uno standard internazionale adottato da tutti i paesi nel rilevare i dati relativi a numero di contagi e decessi**, ma ci sono **casi di dati ufficiali** che molto probabilmente **sottostimano enormemente il dato reale**, come nel caso del **Nicaragua**, le cui

statistiche ufficiali hanno mostrano dati stazionari e contenuti, all'opposto di quanto segnalano fonti online di opposizione come <https://confidencial.com.ni/> e l'osservatorio indipendente *Observatorio Ciudadano Covid-19 Nicaragua* che pubblica settimanalmente dati molto più alti.

2. Africa

Tra i paesi africani, **il Sudafrica continua ad essere quello che registra il più alto numero di casi confermati di contagio**, che hanno superato i 12 mila casi, in base ai dati diramati dal Dipartimento della Salute sudafricano, ci sono state 10.652 infezioni COVID-19 confermate in Sudafrica, con 219 decessi. Diversi osservatori temono che il tasso di infezione reale possa essere molto più elevato, al momento che sono stati condotti solo 6.004 test per milione di persone.



Soprattutto, la diffusione non sta diminuendo nel paese e più della metà dei casi confermati sono stati registrati nel corso degli ultimi 14 giorni.

L'attuale pandemia di COVID-19 è stata confermata dal Ministro della Salute Zweli Mkhize il 5 marzo 2020, con il primo paziente, un sudafricano di ritorno da Milano; il 15 marzo, il presidente

del Sudafrica, Cyril Ramaphosa, dichiarava lo stato di calamità nazionale e annunciava misure come le restrizioni immediate ai viaggi e la chiusura delle scuole dal 18 marzo; Il 17 marzo Ramaphosa istituiva il Consiglio di comando nazionale sul Covid-19 per guidare il piano nazionale volto a contenere la diffusione e mitigare l'impatto negativo del coronavirus, il 23 marzo era annunciato un blocco nazionale, a partire dal 26 marzo 2020; il 21 aprile era annunciato un piano di sostegno di 500 miliardi di rand (poco più di 25 miliardi di euro) in risposta alla pandemia, portando immediatamente le previsioni di aumento della spesa pubblica in deficit dal 6,8 a oltre il 10 per cento del PIL per l'esercizio 2020; il 23 aprile Ramaphosa annunciava che dal 1 maggio sarebbe iniziato un allentamento graduale delle restrizioni e del blocco, facendo scendere il livello di allerta nazionale. Al 27 aprile 2020, l'età media dei casi confermati in laboratorio era di 38 anni e al 2 maggio 2020 l'età media dei pazienti deceduti era di 64 anni.

L'uso della forza da parte della polizia e del personale dell'esercito è stato controverso, con molteplici segnalazioni di uso eccessivo della forza nel far rispettare il blocco: numerosi sono stati gli episodi di percosse, di impedimenti alle persone di filmare gli abusi della polizia (considerato dalla ONG *Right2Know* un ostacolo all'esercizio del diritto costituzionale di filmare e registrare incidenti). Già al quinto giorno dall'inizio del blocco tre persone erano morte a causa di presunto uso eccessivo della forza da parte dei funzionari di sicurezza che imponevano il blocco, eguagliando il numero di persone che erano morte a causa del virus nel paese entro quella data; il 3 aprile erano già otto i casi di morte sospetta che coinvolgevano la polizia oggetto di indagini della direzione investigativa indipendente della polizia; il 12 aprile si registrava un totale di nove persone decedute a causa di azioni della polizia e dell'esercito a seguito del pestaggio a morte da parte dell'esercito di un uomo ad Alexandra, comune della provincia di Gauteng, vicino a Johannesburg e con una baraccopoli di oltre 20 mila abitazioni. E non è un caso che le situazioni più a rischio di contagio siano proprio negli insediamenti informali, dove il distanziamento sociale è quasi impossibile, i servizi igienici di base sono condivisi e i tassi di incidenza di HIV e tubercolosi sono molto elevati.

In un paese già colpito da elevata disoccupazione e povertà, l'impatto economico della pandemia è stato enorme e le condizioni di blocco hanno ulteriormente evidenziato le grandi disuguaglianze e le divisioni razziali del paese. A 26 anni dalla fine dell'*apartheid*, un sistema di

segregazione razziale applicato sistematicamente in Sudafrica per 40 anni, il paese rimane segnato da profondissime disuguaglianze economiche e sociali, con la maggior parte della terra e della ricchezza del paese di proprietà della sua minoranza bianca e con forte concentrazione di popolazioni povere in aree degradate, confinate in piccole baracche in aree urbane sovraffollate o in villaggi rurali con scarsa illuminazione, senza elettricità e servizi igienici comuni, esposte a maggiore insicurezza e rischi di contrarre il virus. Per i più poveri, la fame è stata la conseguenza più drammatica del blocco. Alcuni studi preliminari stimano che, dall'inizio del blocco, il 34 % dei sudafricani sia andato a letto affamato. Senza entrate, ci sono stati episodi di saccheggio e furto da negozi di alimentari e camion di consegna alimentari, come documenta quotidianamente con le sue foto da Città del Capo il fotografo e giornalista sudafricano Armand Hough.

Il governo sudafricano sta fornendo pacchi alimentari a sostegno di famiglie bisognose, ma i funzionari del governo sono stati accusati di corruzione e nepotismo nella fornitura di questi pacchi; inoltre, alcuni immigrati si sono lamentati del fatto che sono stati negati loro i pacchi alimentari perché non sono cittadini sudafricani. Di fatto, milioni di sudafricani non ricevono assistenza alimentare.

A Khayelitsha, il più grande insediamento informale di Città del Capo, con oltre un milione di abitanti, e il terzo nel paese dopo quella di Soweto e di Sharpeville (vicino Johannesburg), sono state segnalate molte centinaia di casi, sollevando timori che la pandemia stia sfuggendo al controllo.

Il Forum degli editori nazionali sudafricani ha espresso preoccupazione per l'azione della polizia che nega l'accesso dei media ai siti quando si tratta di storie relative al Covid-19; il 27 aprile anche l'Alto commissario delle Nazioni Unite per i diritti umani ha espresso preoccupazione per l'applicazione fortemente militarizzata delle misure di blocco in numerosi paesi, tra cui il Sudafrica. Al 30 aprile, lo stesso governo confermava ben 152 episodi di aggressione da parte della polizia a tre settimane dall'inizio del blocco.

Tutto ciò può essere considerato un caso emblematico dei rischi più generali nel continente africano, in paesi dove le forze di polizia e militare sono accusate di violenza e corruzione e dove le misure di blocco e distanziamento sociale possono diventare insostenibili per la maggioranza di

popolazione povera, in condizioni di malnutrizione cronica e che dipende da programmi sociali governativi.

Il Malawi, per esempio, potrebbe sembrare un paese “fortunato” nell’Africa australe: al momento solo 63 casi confermati di contagio e 3 decessi, su una popolazione totale di circa 219 milioni di abitanti, con i primi due casi di contagio registrati il 3 aprile.

In realtà, **la decisione governativa, presa il 13 aprile**, a fini precauzionali di 21 giorni di blocco totale dal 18 aprile al 9 maggio, vietando spostamenti delle persone, assembramenti con più di 5 persone, decretando la chiusura dei mercati centrali e la possibilità di svolgere solo alcune attività essenziali a condizione di adottare alcune precauzioni **ha determinato molte proteste dai cittadini e delle associazioni per i diritti umani in tutto il paese**, in opposizione a una decisione presa unilateralmente dal governo. Proteste che segnalano il profondo malessere in un paese considerato democratico nel continente, il cui presidente Peter Mutharika ha dovuto fare i conti con la decisione inedita, presa il 3 febbraio 2020 dai giudici della Corte costituzionale, di annullare le elezioni del 21 maggio 2019, che avevano portato alla sua rielezione a presidente, a causa di irregolarità, ordinando nuove elezioni da svolgere in 150 giorni previste tendenzialmente a luglio. Un annullamento del voto che non ha precedenti in Malawi e che, in tutta l’Africa, trova un caso simile solo nella decisione della Corte Suprema del Kenya in merito alle elezioni presidenziali del Kenya del 2017. Aveva reagito attaccando la decisione dei giudici come l’inizio della “morte della democrazia del Malawi”.

Tutto ciò per dire che, **anche dietro la situazione apparentemente “confortante” di un paese in Africa che registra ufficialmente numeri contenuti di contagio del virus, la vulnerabilità e la fragilità istituzionale può far precipitare la situazione con facilità**. Il Malawi è uno stato di ridotta estensione e di limitate possibilità economiche, del tutto privo di risorse energetiche, svantaggiato per la posizione geografica che lo vede incastrato nel Mozambico, senza sbocchi sul mare, lasciato di un’artificiosa creazione del colonialismo inglese. La corruzione delle istituzioni, l’insicurezza alimentare, la crescente incidenza dell’AIDS, la crescita demografica e la povertà di massa, con la maggioranza della popolazione attiva impiegata nel settore agricolo (che concorre per quasi il 31% alla formazione del reddito nazionale lordo), in attività di pura sussistenza, rendono la realtà del paese molto vulnerabile agli effetti di una possibile diffusione del virus.

L’Africa è anche una dimostrazione chiara del rischio che l’emergenza Covid-19 possa far passare in secondo piano problemi centrali, come i processi di **democratizzazione**, la condizione di vita delle fasce più vulnerabili della popolazione, come gli **immigrati** e i **poveri** che affollano gli *slum*, ma anche gli effetti dei **cambiamenti climatici** e la perdita di biodiversità. Al pari di altre precedenti emergenze sanitarie, come AIDS, Ebola e SARS, la perdita di biodiversità è correlati alle pandemie: tra il 1980 e il 2000 oltre 100 milioni di foreste tropicali sono stati abbattuti e oltre l’85% delle zone umide del pianeta sono state distrutte dall’inizio dell’era industriale, il che espone popolazioni umane in rapida crescita a nuovi patogeni e a condizioni sanitarie molto precarie. Quella che è ritenuta l’origine del Covid-19, infatti, non è molto diversa da quella che epidemiologi e antropologi ritengono sia stata l’origine dell’Ebola, attribuita alla trasmissione dal pipistrello della frutta paglierino agli uomini, con il primo caso registrato che fu quello di un bambino del villaggio di Meliandoua nella prefettura di Guéckédou, nella regione di Nzérékoré, nella Guinea meridionale, infettato probabilmente per aver mangiato un frutto contagiato dai pipistrelli e poi deceduto il 6 dicembre 2013, seguito subito dopo dalla madre, dalla sorella, dalla nonna e da altri membri del suo villaggio. **La rottura degli equilibri degli ecosistemi, il venir meno di habitat tradizionali per diverse specie animali e l’antropizzazione degli spazi può portare “naturalmente”** a questi esiti, anche senza scomodare ipotesi complottiste o di intenzionalità umana nella **diffusione dei virus**. La deforestazione, in Africa come in Asia, e la colonizzazione da parte di insediamenti umani di aree prima forestali mettono a contatto diretto animali selvaggi con la specie umana e il commercio e il consumo di carne degli animali della foresta che veicolano il virus, come appunto i pipistrelli, la cosiddetta *bushmeat*, diffondono rapidamente le epidemie. L’ebola si diffuse rapidamente in Africa occidentale, raggiungendo anche l’Africa centrale, con la paziente zero nella Repubblica Democratica del Congo – paese colpito dalla maledizione del saccheggio di risorse minerarie, all’opposto del Malawi – che sarebbe stata una donna incinta del villaggio di Ikanamongo, che aveva cucinato e mangiato carne di un animale della foresta cacciato e ucciso dal marito, per poi morire di febbre emorragica, dopo aver diffuso il virus nella sua comunità.

Per questa ragione, i mercati diffusi in diversi paesi dell’Est asiatico in cui la macellazione di animali avviene al momento stesso dell’acquisto, i cosiddetti mercati umidi, sono ritenuti

responsabili a Wuhan della diffusione del SARS-CoV-2, il virus alla base della pandemia di Covid-19. E per la stessa ragione, in seguito all'epidemia di SARS del 2002-2004, la Cina aveva emanato un divieto per i mercati umidi di ospitare animali selvatici, salvo poi disattenderlo successivamente per poi reintrodurlo recentemente in risposta alla pandemia di Covid-19.

Anche nel caso della SARS asiatica, la sindrome acuta respiratoria grave, di natura virale contagiosa e potenzialmente mortale che, come il Covid-19, colpisce prevalentemente l'apparato respiratorio, provocando sintomi molto simili a quelli dell'influenza e una polmonite atipica capace di provocare grave insufficienza respiratoria, scoperta e denunciata all'OMS poco prima di morire vittima dell'infezione da un medico italiano, Carlo Urbani, consulente della stessa OMS e già presidente della sezione italiana di Medici senza frontiere, si ritiene che i pipistrelli fossero stati i portatori sani del virus. Fortunatamente la SARS non divenne una pandemia su scala globale e forse proprio per questo, come è avvenuto per la malaria e le epidemie che mietono vittime in Africa e in Asia, attualmente non esiste ancora un vaccino.

Oggi risuonano come profetiche le parole che chiudevano l'articolo intitolato "*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus as an Agent of Emerging and Reemerging Infection*", scritto da Vincent Cheng, Susanna Lau, Patrick Woo e Kwok Yung Yuen, pubblicato sulla rivista scientifica *Clinical Microbiology Review* (ottobre 2007, Vol. 20(4), pagine 660–694):

«La presenza di un grande serbatoio di virus simili a SARS-CoV nei pipistrelli, insieme alla cultura del consumo di mammiferi esotici nella Cina meridionale, è una bomba a tempo. La possibilità di riemergere della SARS e di altri nuovi virus da animali o laboratori e quindi la necessità di preparazione non dovrebbe essere ignorata.»¹

3. America del Nord

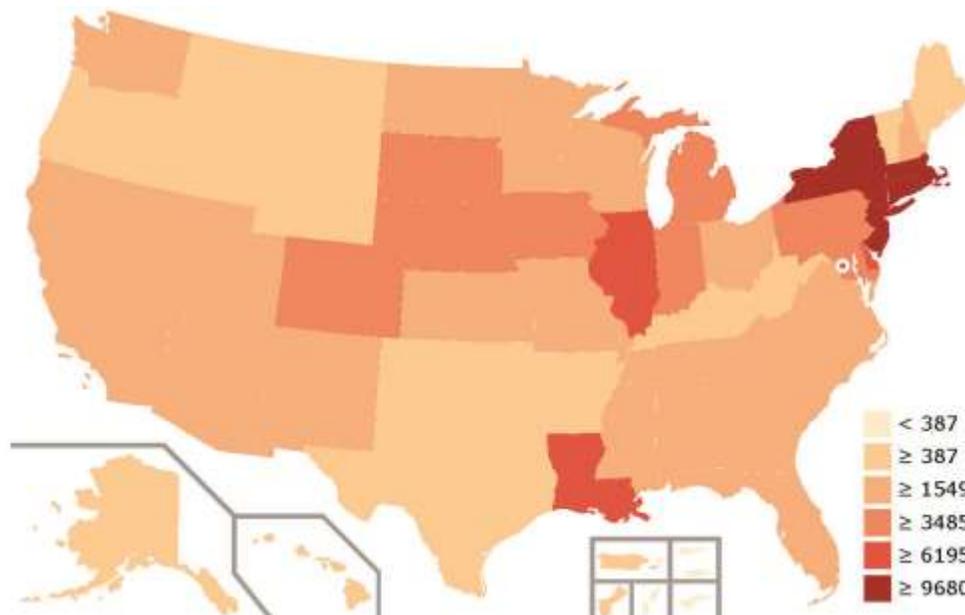
A prima vista, la situazione dell'America del Nord sembrerebbe opposta a quella presente in Africa. Economie ad alto reddito, dati ufficiali che indicano una elevata diffusione del virus, sia in Canada (oltre 72 mila casi confermati di contagio e 5.304 decessi) sia soprattutto negli Stati Uniti

¹ «*The presence of a large reservoir of SARS-CoV-like viruses in horseshoe bats, together with the culture of eating exotic mammals in southern China, is a time bomb. The possibility of the reemergence of SARS and other novel viruses from animals or laboratories and therefore the need for preparedness should not be ignored.*»

(oltre 1 milione e 390 mila casi di contagio- di cui quasi 190 mila nella sola città di New York – e 84.133 decessi).

Mappa 2

I contagi confermati negli Stati Uniti su un milione di abitanti (14 maggio 2020)



12

Gli Stati Uniti sono l’epicentro della crisi mondiale, ma sono anche il paese tecnologicamente più avanzato che, con la dichiarazione di emergenza nazionale ai sensi della sezione 502 della legge Stafford contro i “grandi disastri” e il *National Emergencies Act* permette, per esempio, alla telemedicina di essere praticata e di essere rimborsata. Già sul finire degli anni Ottanta del secolo scorso i progetti di telemedicina *Spacebridge* della NASA dichiaravano che i sistemi di telemedicina esistenti potevano essere facilmente personalizzati e rispondere a esigenze impreviste; **con la pandemia di Covid-19 si registra un’accelerazione nel ricorso alla telemedicina** che anche in un futuro non emergenziale potrà rivelarsi preziosa componente del servizio sanitario, alleata dell’assistenza domiciliare.

In realtà, il caso degli Stati Uniti presenta analogie non solo in relazione alla diffusa mancanza di capacità di sottoporre a test la popolazione, il che ha comportato gravi ritardi nel rilevamento e isolamento dei casi di contagio negli Stati Uniti, con una significativa sottostima iniziale dei casi (in particolare quelli con sintomi lievi e moderati, oltre ovviamente a tutti i casi asintomatici).

Soprattutto, **l'esperienza degli Stati Uniti mette a nudo gli effetti discriminatori anche sul fronte del contagio e del tasso di letalità che le grandi disuguaglianze economico-sociali determinano.** Ovunque, si riscontra una diffusione del contagio e un **tasso di letalità più alto per le comunità ispaniche e afro-americane**, quelle cioè in cui sono più diffuse povertà, disoccupazione, marginalità, malattie. Un recente studio relativo a oltre 20 mila pazienti ricoverati nella clinica ospedaliera dell'Università dello Utah², per esempio, mostra come le persone che si identificano come ispaniche o latine abbiano una probabilità molto più alta di essere positive al Covid-19 rispetto alle persone di etnia caucasica: gli ispanici rappresentano il 10% della popolazione testata e il 22% di quelli positivi nella ricerca, il che è sostanzialmente coerente con i dati a livello statale, in cui gli ispanici rappresentano il 14,2% della popolazione e il 36,6% di coloro che sono risultati positivi al test.

Ci sono probabilmente diversi fattori che contribuiscono a spiegare le disparità in termini di probabilità di risultare positivi al test. Le persone ispaniche/latine sono impiegate in modo sproporzionato come lavoratori cosiddetti essenziali, il che aumenta rischio di una loro esposizione: gli ispanici, infatti, rappresentano il 17,6% della forza lavoro statunitense, ma rappresentano il 25% degli impiegati in professioni di servizio. La maggiore esposizione occupazionale è probabilmente aggravata dalla mancanza di congedo retribuito per malattia, il che induce molti a continuare a lavorare anche se sono malati, determinando una maggiore esposizione al contagio di collaboratori e familiari. Un altro fattore aggravante è la ridotta capacità del personale sanitario di condurre la traccia dei contatti all'interno delle minoranze a causa di una tradizionale sfiducia tra comunità di minoranza e organi di governo. Naturalmente, incide il basso reddito delle famiglie ispaniche (mediamente poco più della metà del reddito delle famiglie di etnia caucasica), che si traduce in situazioni abitative più affollate, che facilitano la trasmissione del virus, maggiore co-morbilità, stili di vita peggiori con alimentazione scorretta e, complessivamente minore cura della salute. Questa situazione di maggiore vulnerabilità e fragilità legata alla povertà diventa particolarmente grave tra gli anziani. Si tratta, perciò, di **fattori socio-economici, politici, culturali e territoriali, di discriminazione e segregazione che le disuguaglianze determinano e non certo di differenze etniche in sé** o – come scorrettamente

² L. Keegan et al. (2020), *Comprehensive Testing Highlights Racial, Ethnic, 1 and Age Disparities in the COVID-19 Outbreak: Epidemiological and Clinical Characteristic of Cases in Utah*, 9 maggio

qualcuno tende ancora a fare – rievocando differenze di presunte razze umane. In questo, la situazione drammatica che stanno vivendo le popolazioni degli Stati Uniti, con tutte le debite differenze, rimanda a quello che succede oggi in Sudafrica e nel resto del continente africano.

Gli anziani, si diceva, **sono particolarmente esposti all’impatto del Covid-19**, con malattie più gravi e mortalità più elevata tra gli adulti di età superiore ai 65 anni, in particolare tra quelli con patologie concomitanti, tra cui diabete e malattie cardiovascolari. Attualmente, otto su 10 decessi correlati al Covid-19 riportati negli Stati Uniti sono anziani. Inoltre, questa malattia è altamente contagiosa, per cui coloro che vivono in spazi ristretti vedono aumentare il rischio di contagio. Se poi il distanziamento sociale – termine utilizzato da anni dall’OMS e da chi si occupava di controllo delle infezioni, ma ora diventato di uso corrente – è raccomandato come misura di prevenzione e contenimento del rischio di contagio, ciò è particolarmente problematico per i più anziani, molti dei quali già affrontano problemi di isolamento sociale e solitudine, con l’aggravante di rischiare ora minore accesso alle cure mediche, minori interazioni con familiari e amici e limitato accesso alle strutture di sostegno sociale. In una città come New York, colpita profondamente dal contagio a partire dal 1 marzo, quando fu confermato il primo caso di contagio, l’impatto della crisi è significativo per tutti, ancor di più per anziani vittime del maltrattamenti, obbligando in certi casi alla convivenza forzata con familiari inadeguati e limitando le capacità delle organizzazioni che in condizioni di normalità operavano per proteggere e servire le vittime di maltrattamenti³.

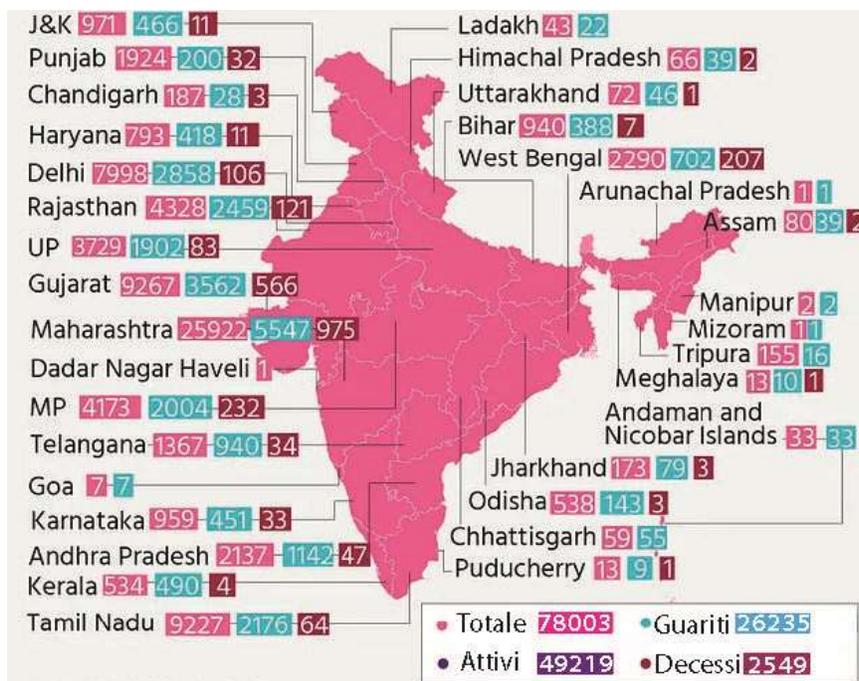
14

4. Asia

In Asia, l’**India** è il primo paese che, in un paio di giorni, supererà il numero di contagi confermati in Cina, avendo già **oltrepassato la soglia dei 78 mila casi e registrando incrementi giornalieri superiori a 3 mia casi**.

³ T. Rosen et al. (2020), “Effects of the COVID-19 Outbreak on Elder Mistreatment and Response in New York City: Initial Lessons”, *Journal of Applied Gerontology*, Maggio, pp. 1–10.

Mappa 3
I contagi confermati in India (14 maggio 2020)



L'India, in un altro continente, è una ulteriore conferma della distribuzione iniqua dei rischi e dei costi umani della diffusione del virus. Con una popolazione di 1,3 miliardi di abitanti e sacche enormi di povertà e informalità, è evidente che **le misure di lock-down** rese necessarie dalla diffusione della pandemia e decretate dal primo ministro Narendra Modi **colpiscono in modo sproporzionato il settore informale**. Molti di coloro che sopravvivono muovendosi nel settore informale perdono le loro fonti primarie di reddito durante il blocco e molti rimangono disoccupati. Non è possibile garantire che il denaro fluirà ancora nei conti di molte piccole imprese. Il settore delle micro, piccole e medie imprese fornisce oggi occupazione a circa 120 milioni di persone e contribuisce per circa il 45% delle esportazioni⁴. Circa il 25% del settore informale è costituito da occupazione urbana in India, che comprende lavoratori domestici, lavoratori a domicilio, venditori ambulanti e raccoglitori di rifiuti⁵.

⁴ H. M. Raney (2020), "COVID 19 Pandemic: Impact on MSMEs", *UGC CARE Journal*, Vol. 40 (68), marzo.

⁵ A. Shaikh e K. Mishra (2020), "The Impact of the Lockdown on India's Informal Sector", *UGC CARE Journal*, Vol. 40 (68), marzo.

Prima che scoppiasse la pandemia, l'ultimo *World Economy Report* del Fondo monetario internazionale (FMI) stimava che l'India sarebbe stata l'economia con la crescita economica più alta nel 2020. Ora la situazione appare opposta; **si prevede che l'impatto della pandemia sui settori economici reali sarà peggiore di quello osservato nelle crisi finanziaria del 2008**; il paese dovrà ora affrontare molteplici sfide in termini di crisi finanziarie, crisi sanitarie, collasso nei prezzi delle materie prime ed estrema vulnerabilità dei milioni di indiani che gravitavano sotto o appena sopra la soglia di povertà, in condizioni di precariato e insicurezza.

Il settore formale dell'economia subirà un duro colpo: il turismo rappresentava il 9% del PIL indiano ed è destinato a subire un crollo nei prossimi 2-3 trimestri; il settore automobilistico contribuiva al 10% del PIL e dava lavoro a circa 40 milioni di persone anch'esso registrerà un continuo e forte calo a causa della minore domanda; molte aziende saranno costrette a chiudere.

L'India, peraltro, importa circa l'85% dei principi attivi farmaceutici dalla Cina e, a causa dell'emergenza in corso e della possibilità di carenza di disponibilità, è ipotizzabile che prezzi possano rapidamente continuare. Più in generale, secondo l'Organizzazione mondiale del commercio (OMC), il commercio mondiale dovrebbe scendere tra il 13 e il 32% nel 2020 a causa della pandemia di Covid-19; l'India rappresenta il 3,5% delle esportazioni mondiali e il 3,1% delle importazioni mondiali, per cui non potrà non risentirne. **Secondo stime preliminari dell'UNCTAD, l'impatto commerciale per l'India sarà molto negativo, collocandola tra le 15 economie più colpite a causa del calo della produzione della Cina⁶.**

Ma è, appunto, **sulle fasce più deboli che si scaricheranno i costi maggiori della crisi**, come in qualunque altro paese. Le politiche sanitarie e le disuguaglianze economiche e sociali contano almeno quanto il modo in cui i nostri corpi reagiscono dinanzi a un virus mortale come il Covid-19, il che significa che la pandemia non è solo una crisi sanitaria, ma sociale e politica, un momento di rottura che porterà grandi cambiamenti in India, come anche nelle nostre società e nel resto del mondo.

Scorrendo queste pagine e il tentativo grossolano di mettere insieme le tessere disponibili di un mosaico ignoto come la realtà complessa delle disuguaglianze nel mondo, disuguaglianze tra paese ma anche e soprattutto oggi all'interno dei paesi, la sensazione di chi scrive non è solo quella di

⁶ S. Agrawal, A. Jamwal, S. Gupta (2020), "Effect of COVID-19 on the Indian Economy and Supply Chain", mimeo, 9 maggio.

dover fare i conti con dati inaffidabili, incompleti e talvolta volutamente manipolati, ma soprattutto ricorre l'impressione di avere a che fare con una distorsione profonda, che alberga nelle lenti con cui continuiamo ad osservare il mondo e che riflette un divario culturale tra quanto avviene nel mondo e il modo prevalente di leggere tali fenomeni. Subito dopo lo scoppio delle epidemia in forma conclamata in Cina a gennaio e ininterrottamente finora, le analisi e l'attenzione di tutti è stata focalizzata sulla scala nazionale e locale dell'epidemia, cercando di cogliere tendenze, allineamenti, ritardi in regioni e città del paese e, al più, gettando lo sguardo – come si cerca di fare in questa sede – altrove, sul piano internazionale in relazione a quello che – spesso in modo molto simile – capita altrove, in termini di indirizzi politici, ritardi, problemi. Tuttavia, prevale sempre l'ottica nazionale, come del resto prevale anche nelle reazioni politiche dei decisori e dei cittadini che si richiamano all'unità del paese, all'identità comune, associando i principi della sicurezza alla scala nazionale, arrivando fino alle reazioni più scomposte che sovrappongono nazionalismo, sovranismo e populismo. Ma, in ogni caso, la focalizzazione è sempre sulla scala nazionale; gli studi statistici sono nazionali e dove si riesce si analizza l'impatto differenziato del virus nelle classi e stratificazioni sociali del paese, della regione o città. È molto difficile oggi partire da una prospettiva analitica globale e avere sufficienti dati attendibili per prescindere dal punto di vista nazionale.

Eppure, questo è un paradosso. **Il nazionalismo metodologico che guida le analisi e il pensiero corrente è il prodotto di una pandemia, cioè di un fenomeno che è essenzialmente e profondamente globale.** Il nazionalismo è cioè, come scrive Geoffrey Pleyers, un risultato intrinseco della nostra epoca globale⁷⁷. In tutto il mondo, praticamente, si adottano misure di chiusura delle frontiere, contenimento o divieto di spostamenti, cancellazione di eventi internazionali, isolamento, corsia preferenziale o esclusiva in ambito nazionale come sbocco della produzione di dispositivi di protezione individuali, discriminazione frequente (in certi contesti, sistematica) degli immigrati nell'accesso ai servizi e prodotti di base forniti per fronteggiare le difficoltà. In altre parole, **misure dettate dalla necessità di contenere la diffusione del Covid-19 alimentano una cultura di riprovincializzazione del perimetro di interesse.** Questo sta accadendo ovunque; è cioè il fenomeno globale della rinazionalizzazione degli spazi politici. Un

⁷⁷ G, Pleyers (2020), *Global Sociology in Times of Coronavirus*, ISA Digital Platform "Global sociology and coronavirus".

cammino faticoso e lungo di cessione di spazi di sovranità nazionale ad ambiti internazionali, come le Nazioni Unite, è stato bruscamente interrotto e seguito da una svolta incentrata sul primato nazionale, in cui trova piena cittadinanza la decisione del governo degli Stati Uniti di sospendere i propri finanziamenti all'OMS, proprio nel momento di massima necessità, dinanzi all'imbarazzo di chi sembra scoprire solo oggi i problemi e la mancata trasparenza nelle organizzazioni internazionali.

Fortunatamente, **non si spezzato il legame solido nella comunità scientifica di medici, biologi, virologi ed epidemiologi**, ed è dalla collaborazione internazionale che ci si attendono i risultati in termini di scoperta di un vaccino efficace per il Covid-19. I ricercatori cinesi hanno isolato e sequenziato il genoma del virus a gennaio e comunicato i risultati di dozzine di studi scientifici, aprendo la strada alla pubblicazione di migliaia di articoli di riviste scientifiche e al parallelo impegno di équipe di ricercatori per trovare un vaccino. Ma l'episodio recente della dichiarazione del gruppo farmaceutico francese Sanofi che avrebbe distribuito prioritariamente negli Stati Uniti un eventuale vaccino contro il Covid-19, che ha immediatamente suscitato un'ondata di polemiche nell'Unione Europea, evidenziando preoccupazioni e sensibilità mosse dal proprio interesse, è emblematico e non tanto di una cultura che dà priorità ai beni globali. Tale reazione, infatti, non si ebbe con immediatezza e forza quando, alla fine del 2007, con circa 33 milioni di persone nel mondo erano infette dall'HIV, con circa 2,5 milioni di nuove infezioni in un anno e circa 2 milioni di malati morti di AIDS – in base ai dati dell'UNAIDS (2008), *Report on the global AIDS epidemic* – e dopo pretestuose dichiarazioni negli anni precedenti sull'inopportunità di introdurre la terapia antiretrovirale nei paesi poveri dell'Africa, le maggiori case farmaceutiche cercarono di contrastare lo sfruttamento del brevetto dei farmaci per produrre dei generici a bassissimo costo, in deroga alle norme sui diritti di proprietà intellettuale, difesi dai trattati commerciali internazionali e dall'OMC.

Se prevale una cultura disattenta alle interdipendenze globali e all'effetto boomerang che può derivare dall'ignorare problemi apparentemente lontani, è inevitabile che non si parli e non si legga molto in Europa del problema in India e in Asia in generale, come anche in Africa, per cui se la pandemia ha effetti in tutto il periodo critico della semina e della distribuzione degli input, allora **la produzione di colture alimentari di base come il grano, il riso e le verdure ne risentiranno, e**

se la produzione di base attesa nei prossimi mesi non si realizzerà ci saranno impatti catastrofici sulla sicurezza alimentare. La combinazione di mancato accesso economico (perché le persone non hanno abbastanza soldi per comprare cibo) e accesso fisico (perché le persone non sono in grado di trovare cibo disponibile) è una miscela esplosiva.

Il 31 marzo 2020, mentre l'attenzione di tutti era monopolizzata dalla lotta per rallentare la diffusione del contagio, **FAO, OMS e OMC** rilasciavano una dichiarazione congiunta in merito a tali incertezze sulla disponibilità di cibo, fonte potenziale di un'ondata di restrizioni alle esportazioni, creando **carenze sul mercato globale delle derrate alimentari e finendo col colpire soprattutto le fasce più vulnerabili della popolazione.**

In India, la pandemia di Covid-19 ha interrotto attività agricole lungo la filiera, anche perché la scarsa disponibilità di migranti ha compromesso le attività di raccolta, in particolare nel nord-ovest dove il grano e i legumi sono le principali colture. Anche gli allevatori di pollame sono stati colpiti duramente dalla crisi, a causa anche della disinformazione, e, più in generale, il *lock-down* a livello nazionale ha colpito distribuzione degli input, raccolta, approvvigionamento, trasporto, commercializzazione e lavorazione di prodotti agricoli. Carenza di input e medicinali veterinari si sono aggiunti a tutto questo⁸.

Il governo indiano è poi intervenuto con un piano di assistenza in contanti e cibo a favore di persone impegnate nel settore informale, principalmente lavoratori migranti, attraverso l'istituzione di un nuovo fondo, il *Citizen Assistance and Relief in Emergency Situations* (PM-CARES). Ma i problemi di fondo e i rischi attuali per milioni di persone vulnerabili in India, come negli altri paesi asiatici e degli altri continenti, restano enormi. E parlare di popolazioni particolarmente svantaggiate, in particolare nelle aree rurali, significa parlare soprattutto delle donne a basso reddito che, come riconosce la pianificazione di genere, nella maggior parte delle società hanno un triplice ruolo: svolgono attività riproduttive, produttive e di gestione della comunità, senza riuscire ad esercitare un controllo politico equivalente a quello degli uomini.

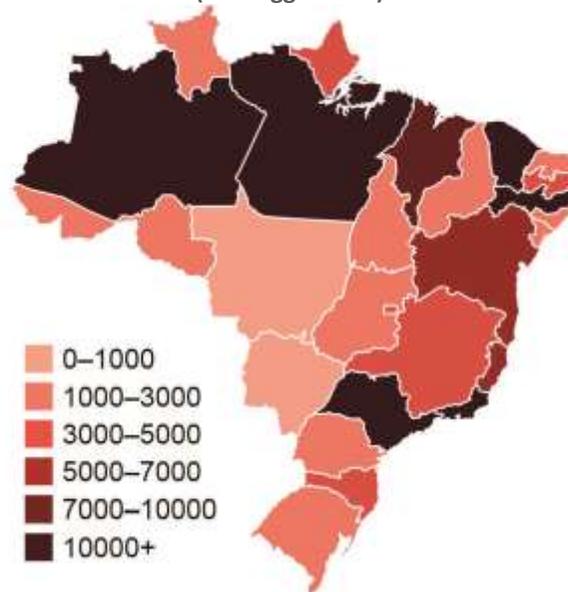
⁸ S. T. Hossain (2020), "Impacts of COVID-19 on the Agri-food Sector: Food Security Policies of Asian Productivity Organization Members", *The Journal of Agricultural Sciences - Sri Lanka*, Vol. 15 N. 2, maggio.

4. America Latina e Caraibica

L'America Latina e Caraibica non ha superato la soglia del mezzo milione di contagiati confermati, come è successo in Asia, ma **sta registrando tassi di crescita elevati del contagio**, avendo già superato i 425 mila casi. **Brasile, Perù, Cile e Messico sono i quattro paesi della regione che sono in cima alla lista**, tra i paesi al mondo col più alto numero di contagio nelle ultime 24 ore e nelle ultime due settimane.

Il Brasile, in particolare, a seguito della discutibilissima politica adottata dal presidente Bolsonaro, **sta registrando oltre 10 mila contagi al giorno**, risalendo rapidamente le posizioni nella macabra classifica dei paesi più colpiti al mondo e, presumibilmente, in pochi giorni supererà la soglia dei 200 mila contagi confermati, avvicinandosi all'Italia e, sopra ancora, alla Spagna e al Regno Unito, alle spalle solo della Russia e degli Stati Uniti.

Mappa 4
I contagi confermati in Brasile (14 maggio 2020)



Anche nel caso del **Brasile**, come in tutti gli altri casi, **occorre evidenziare l'eterogeneità della popolazione in termini di vulnerabilità ed esposizione ai rischi del virus**. Le popolazioni dell'Amazzonia sono estremamente vulnerabili al Covid-19, a causa dell'intenso flusso tra le aree rurali e le sedi municipali e la mancanza di adeguate infrastrutture sanitarie di base nella regione.

Nella regione amazzonica, nel nord del paese, nonostante la sua bassa densità di popolazione (fino a un abitante per km²), **ci sono caratteristiche uniche che rendono i suoi abitanti estremamente vulnerabili**: un quarto della popolazione amazzonica vive in zone rurali e territori indigeni lontani dai centri urbani, con **tassi di sviluppo umano tra i più bassi del paese**; in queste aree, l'accesso ai servizi di base avviene solo nelle aree urbane, le cui infrastrutture sono carenti per soddisfare le esigenze della popolazione.

Uno scenario critico molto concreto è quello nello **stato di Amazonas**, il più esteso del Brasile, situato nella parte settentrionale del paese (quello più scuro, in alto a destra nella mappa)⁹. **Le città interne non sono dotate di letti in terapia intensiva** e tutti i letti della terapia intensiva si trovano nella capitale dello stato, Manaus, e sono già occupati. Lo stato di Amazonas, al momento, è quello con il secondo numero più alto di casi confermati (tasso di incidenza) di Covid-19 e il più alto numero di decessi (tasso di letalità) per ogni milione di abitanti nel paese. Lo stato di Amazonas ha 12 delle 20 città con la maggiore incidenza di nuovi casi di Covid-19 in Brasile e cinque città tra le 10 con il tasso di letalità più elevato, con il comune di Manacapuru, a 80 km. da Manaus.

Nonostante gli sforzi di alcuni municipi, applicare misure di distanziamento sociale in Amazzonia si è dimostrato una sfida molto complessa, principalmente a causa della **vulnerabile situazione socioeconomica della maggior parte della popolazione**. Per molte di queste persone, il sostegno finanziario viene dal lavoro quotidiano e le misure di distanziamento sociale senza protezione sociale possono portare alla fame e alla privazione di beni di base, riproponendo sotto le specificità di questo contesto, i problemi riscontrati nelle situazioni critiche delle popolazioni più vulnerabili in altri continenti.

Un recente studio, realizzato sul tema da un team di ricercatori brasiliani¹⁰, utilizza i dati disponibili localmente conferma empiricamente tali indicazioni, suggerendo che **le misure restrittive concordate avranno un effetto tangibile soprattutto se il distanziamento sociale troverà attuazione nelle aree rurali**, impedendo il continuo flusso da e verso le sedi municipali, in termini di numero di spostamenti, durata del soggiorno durante ogni visita e contenimento

⁹ La regione settentrionale comprende sette stati: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. Insieme, coprono l'area territoriale di 3.851.281 km², che rappresenta quasi il 50 per cento del territorio nazionale. Nel 2019, la popolazione stimata per la regione era di 18.430.980 abitanti, con una densità di 4,79 abitanti per km².

¹⁰ E. Esterici Ramalho et al. (2020), *Disseminação da COVID-19 em cidades e localidades rurais da Amazônia Central*, mimeo,

assoluto degli spostamenti fintantoché persisterà un numero di contagi molto alto. Idealmente, queste azioni dovrebbero essere prese insieme da tutte le località rurali.

Soprattutto, **l'espressione clinica del Covid-19 si aggrava in contesti come l'Amazzonia brasiliana per la presenza concomitante di molte altre malattie croniche cui sono esposte le persone**, come febbre gialla, malaria, dengue e virus zika, di cui sono vettori insetti e che richiederebbero misure di prevenzione per evitare focolai. Inoltre, anche il morbillo e vari tipi di virus influenzali - come il virus dell'influenza A sottotipo H1N1 - sono problemi ricorrenti nella regione.

Il governatore brasiliano dello stato di Amazonas, Wilson Lima, ha recentemente dichiarato che la priorità va necessariamente al problema Covid-19 e all'individuazione delle persone con sintomi, il che porta a ridurre l'attenzione prestata alle altre malattie, aumentando così il rischio di morte nel caso di queste ultime.

In Brasile, più che altrove, le diseguaglianze sono territoriali. Nelle regioni del Nord si concentra un elevato numero di ricoveri e si registra il più alto tasso di letalità; sono anche le regioni col più basso reddito pro capite, con il più basso indice di sviluppo umano. La regione del nord presenta anche, proporzionalmente, **il numero più basso di medici, letti di terapia intensiva e ventilatori polmonari**, il che concorre a spiegare la maggiore incidenza della malattia, rendendo i suoi abitanti più esposti a diventare pazienti non assistiti e con la possibilità di danni irreversibili¹¹.

In Brasile, come altrove, le diseguaglianze preesistenti nel campo della salute, correlate alle dimensioni sociali ed economiche e ai problemi specifici della regione del nord, creano differenze nella capacità di affrontare e reagire alla pandemia e dimostrano come tutte le politiche preventive, in campo sanitario e di sviluppo, restano la strategia di investimento migliore e lungimirante, rispondente ad obiettivi di equità e di efficienza del sistema nel suo complesso.

In termini statistici complessivi, il Lesotho ha registrato ufficialmente, nel corso delle ultime 24 ore, il primo caso di paziente positivo al Covid-19, portando così a **206 il numero dei paesi e**

¹¹ F. Daspett Mendonça (2020), "Região Norte do Brasil e a pandemia de COVID-19: análise socioeconômica e epidemiológica", *Journal Health NPEPS*, gennaio-giugno, Vol. 5(1), pp. 20-37.

territori al mondo che hanno registrato sin qui casi di Covid-19 e facendo delle isole Comore l'unica realtà in Africa ancora non raggiunta dal Covid-19.