



# Università di Genova

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE  
E INTERNAZIONALI

Corso di Laurea Magistrale in:  
AMMINISTRAZIONE E POLITICHE PUBBLICHE

Lezioni dalla gestione della crisi pandemica e sociale in Italia e Cina:  
i casi di Milano e Wuhan

AMMINISTRAZIONE PUBBLICA

Relatore

*Chiar.mo Prof* NICCOLO' TOMMASO DONATI

Candidata

CHEN XIYU

**ANNO ACCADEMICO 2023-2024**

# NDICE

<b>INTRODUZIONE</b> .....	2
<b>CAPITOLO I - CONOSCENZE DI BASE SU COVID-19 E IL CONTESTO ANTE-PANDEMIA DI CINA E ITALIA</b> .....	3
1.1 Cos'è il COVID-19? Origini e diffusione .....	3
1.2 Il contesto geografico, socio-economico e politico di Wuhan e Milano .....	6
1.3 Il quadro del sistema sanitario cinese e l'esperienza storica nella gestione delle crisi .	13
1.4 Il quadro del sistema sanitario italiano e l'esperienza storica nella gestione delle crisi	15
1.5 Teorie di Base sulla Scelta degli Strumenti di Politica: Carote, Bastoni e Sermone .....	22
<b>CAPITOLO II - REAZIONE POLITICA NELLE PRIME FASI DELLA PANDEMIA: RISPOSTA E GESTIONE</b> .....	29
2.1 La reazione dei governi di Wuhan e Milano all'inizio della pandemia .....	29
2.1.1 La preparazione alla risposta alla pandemia .....	29
2.1.2 Politiche di lockdown: Wuhan e Milano .....	39
2.2 Distribuzione delle risorse e gestione governativa durante la pandemia .....	52
2.2.1 Gestione e allocazione delle risorse mediche.....	52
2.2.2 Gestione a griglia in Cina e servizi di volontariato in Italia.....	59
2.2.3 Gestione e politiche governative dei vaccini .....	63
2.3 Politiche per ridurre la crisi economica causata dalla pandemia.....	72
<b>CAPITOLO III: EMERGENZA DELLE CRISI SOCIALI E LE RISPOSTE GOVERNATIVE</b> .....	76
3.1 La crisi della salute mentale causata dal lockdown .....	76
3.2 Sconvolgimenti Sociali e Disuguaglianze Durante la Pandemia .....	88
3.3 Panico sui social media e problema infodemico durante la pandemia.....	100
<b>CONCLUSIONE</b> .....	111
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	123
<b>SITOGRAFIA</b> .....	123

## **Abstract**

È noto che negli ultimi anni il COVID-19 ha avuto un impatto gravissimo e incalcolabile a livello globale, attirando l'attenzione sulle misure adottate dai governi per affrontare e gestire la pandemia. La pandemia è stata un evento inaspettato per tutti, mettendo alla prova la capacità di ogni governo di rispondere a una crisi sanitaria improvvisa. In effetti, ogni governo ha fatto del suo meglio per combattere la pandemia e proteggere la popolazione che vive sul proprio territorio.

Ho scelto Milano e Wuhan, due delle città più colpite all'inizio della pandemia, come casi di studio per confrontare le politiche adottate dai governi locali. Successivamente, ho esaminato come abbiano affrontato le crisi sociali inevitabilmente causate dalla gestione della pandemia. Ho analizzato le misure simili e diverse adottate da queste due città, nonché le misure a livello nazionale, i risultati di queste misure e le ragioni che le hanno motivate, nonché le lezioni e le utilità che queste conseguenze possono offrire per affrontare future emergenze sanitarie.

Nell'affrontare la pandemia, sia le strutture sanitarie eccessivamente decentralizzate che quelle eccessivamente centralizzate hanno mostrato alcune carenze, sottolineando l'importanza del coordinamento tra livelli locali e centrali. È fondamentale essere preparati in anticipo, quindi i piani per affrontare le crisi pandemiche dovrebbero essere una priorità. Inoltre, nell'implementazione delle politiche di lockdown, è necessario utilizzare in modo coordinato diversi strumenti politici, bilanciando misure rigorose e approcci umanitari. Le organizzazioni di volontariato hanno dato un contributo significativo durante la pandemia e sono in grado di rispondere più rapidamente alle emergenze. Il governo dovrebbe considerare un migliore coordinamento con queste organizzazioni per garantire una risposta complementare ed efficace alla pandemia.

## Introduzione

Alla fine del 2019, è emerso un virus sconosciuto a Wuhan, in Cina. Questo virus ha causato una grande reazione all'interno del paese e, successivamente, ha avuto un'esplosione globale, influenzando profondamente ogni aspetto della società umana. In seguito è stato definito come 'COVID-19'. Per affrontare la crisi pandemica, i governi hanno dovuto adottare misure efficaci. È indubbio che gli strumenti più coercitivi siano quelli più efficaci (Profeti e Toth 2023). Tuttavia, queste misure, pur essendo efficaci nel contenere la pandemia, comportano inevitabilmente alcuni impatti negativi a livello umanitario, economico e politico.

Ho scelto Milano (città della Lombardia) in Italia e Wuhan in Cina come casi di studio per effettuare un confronto nelle politiche adottate dai governi locali. Inizierò confrontando come i governi dei due Paesi hanno gestito la crisi pandemica, per poi passare a esaminare come hanno affrontato le crisi sociali inevitabilmente causate da tale gestione. Analizzerò le diverse conseguenze delle loro misure, così come gli effetti differenti delle stesse misure, esplorando le cause e le lezioni apprese. Questo studio non ha tentato di assegnare relazioni causali tra misure e risultati, né di valutare quale paese abbia affrontato meglio la pandemia rispetto a un altro. Al contrario, l'analisi mira a esaminare le risposte iniziali di Wuhan e Milano di fronte a sfide simili e le successive crisi sociali, al fine di analizzare misure comuni, confronti chiave e approcci innovativi.

Nel corso della pandemia, le due città hanno affrontato sfide enormi e hanno messo in atto strategie di contenimento e gestione che possono essere esaminate per comprendere meglio cosa ha funzionato e cosa no. Attraverso l'analisi delle politiche sanitarie, delle misure di lockdown, del coinvolgimento della comunità e della gestione economica, questa tesi intende mettere in luce le migliori pratiche e gli errori commessi, al fine di fornire raccomandazioni per future crisi sanitarie globali.

Una delle ragioni per cui ho scelto di concentrarmi sull'Italia e sulla Cina deriva da un motivo particolare: prima dello scoppio della pandemia, nel dicembre 2019, ero appena arrivata in Italia dove ho vissuto, personalmente, tre anni di pandemia, mentre i miei genitori, familiari e amici hanno affrontato la medesima situazione in Cina. Pertanto, avendo una approfondita conoscenza di come questa emergenza sanitaria sia stata gestita in entrambi i Paesi, ho potuto constatare che, nella risposta delle istituzioni pubbliche al COVID, le organizzazioni in Cina e in Italia hanno adottato approcci sia simili che diversi, ognuno con i suoi pregi e difetti. Un altro motivo è che l'Italia e la Cina sono due paesi che hanno dovuto affrontare gravi impatti dalla malattia nelle fasi iniziali. Essendo tra i primi paesi a subire l'esplosione della pandemia, avevano pochissimi riferimenti da seguire nella scelta delle strategie di risposta, mettendo così alla prova la capacità di gestione delle crisi dei rispettivi governi. Inoltre, entrambi i Paesi hanno optato per strategie di lockdown molto rigorose, offrendo un ulteriore punto di confronto.

## **Capitolo 1: Conoscenze di base su COVID-19 e il contesto antepandemia di Cina e Italia**

### **1.1 Cos'è il COVID-19? Origini e diffusione**

Nel novembre del 2019, la città di Wuhan, nella provincia di Hubei, Cina, ha ospitato i Giochi Mondiali Militari, un evento che ha visto la partecipazione di diversi Paesi del mondo. Poco dopo la conclusione di questi giochi, la città, che è la più popolosa del centro della Cina con oltre 11 milioni di abitanti, ha assistito allo scoppio di una grave epidemia causata da un nuovo virus respiratorio. I primi casi di questo virus ha mostrato un collegamento con mercato di Huanan a Wuhan, che commercia pesci e varie specie di animali vivi. Questo virus è stato riportato come appartenente al gruppo beta dei coronavirus. Il nuovo virus è stato denominato coronavirus di Wuhan o 'nuovo coronavirus 2019' (2019-nCoV) dai ricercatori cinesi. In tempi recenti, il virus SRAS-CoV

(2003) ha infettato 8098 individui, con un tasso di mortalità del 9%, in 26 paesi in tutto il mondo (Shereen, Khan, Kazmi, Bashir, & Siddique, 2020).

Durante l'iniziale scoppio della pandemia a Wuhan, il virus a volte veniva chiamato "coronavirus di Wuhan" nel mondo. In passato, molte malattie sono state nominate in base a località geografiche, come l'influenza spagnola, la sindrome respiratoria del Medio Oriente e il virus Zika. Pertanto, nel gennaio 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha raccomandato di evitare l'uso di località geografiche o gruppi di persone nei nomi delle malattie e dei virus, in conformità con le linee guida del 2015 e le direttive internazionali, per prevenire lo stigma sociale (Organization, 2015).

L'11 febbraio 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha annunciato un nuovo nome per la malattia epidemica causata dal 2019-nCoV: malattia da coronavirus (COVID-19). Per quanto riguarda il virus stesso, il Comitato Internazionale di Tassonomia dei Virus ha rinominato il virus precedentemente chiamato in modo provvisorio 2019-nCoV come coronavirus della sindrome respiratoria acuta grave-2 (SARS-CoV-2). L'analisi genomica indica che il SARS-CoV-2 è strettamente imparentato con i coronavirus dei pipistrelli simili a SARS, suggerendo che i pipistrelli potrebbero essere il serbatoio primario, e allo stesso tempo il contagio tra umani è stato ampiamente confermato (Lai, Shih, Ko, Tang, & Hsueh, 2020).

Anche se il COVID-19 è una malattia infettiva del tratto respiratorio simile alla SARS, si diffonde molto più rapidamente e ampiamente rispetto alla SARS. La SARS è scoppiata nella provincia di Guangdong, in Cina, il 16 novembre 2002, e si è diffusa in 24 delle 34 province, municipalità e regioni autonome cinesi in sei mesi (Abstracts, 2018), mentre il COVID-19 si è diffuso da una singola città a tutto il Paese (tutte le 34 province, municipalità e regioni autonome) in soli 54 giorni (Abstracts, 2018).

A livello globale, il 31 dicembre 2019, la Commissione Nazionale di Sanità della Cina ha informato l'ufficio della WHO in Cina su casi di polmonite di origine sconosciuta. Il 31

dicembre 2019, la Commissione Nazionale di Sanità della Cina ha informato l'ufficio della WHO in Cina su casi di polmonite di origine sconosciuta. Il 2 gennaio 2020, la WHO ha attivato il suo sistema di gestione degli eventi emergenti a tre livelli – a livello di sede centrale, uffici regionali e uffici nazionali – rispondendo immediatamente per promuovere la comprensione del virus, sviluppando linee guida e standard correlati; seguendo e valutando continuamente il rischio dell'epidemia; stabilendo un meccanismo di collaborazione globale per il controllo dell'epidemia; coordinando le risorse per le riserve di emergenza e fornendo assistenza tecnica e materiale ai paesi con capacità limitate, vari misure per affrontare complessivamente la pandemia globale di questa epidemia.

Dal 16 al 24 febbraio, un team di esperti della WHO e esperti cinesi hanno formato un gruppo di studio congiunto, visitando diverse città in Cina, fornendo informazioni su come la Cina e la comunità internazionale potrebbero ulteriormente rispondere all'epidemia di COVID-19, e dando consigli su come i paesi e le regioni ancora non colpite dall'epidemia potrebbero prepararsi a farvi fronte. Il 30 gennaio 2020, l'WHO ha dichiarato che il focolaio cinese di COVID-19 rappresentava un'Emergenza di Sanità Pubblica di Interesse Internazionale, costituendo un alto rischio per i paesi con sistemi sanitari vulnerabili. Il comitato d'emergenza ha affermato che la diffusione del COVID-19 può essere interrotta attraverso la precoce individuazione, l'isolamento, il trattamento tempestivo e l'implementazione di un sistema robusto per il tracciamento dei contatti. Nel frattempo, diversi enti, tra cui l'WHO e i Centers for Disease Control and Prevention (CDC), hanno immediatamente pubblicato raccomandazioni su come prevenire ulteriore diffusione del COVID-19. Essi consigliano di evitare viaggi nelle aree ad alto rischio, il contatto con individui sintomatici e il consumo di carne proveniente da regioni con noti focolai di COVID-19. A livello europeo, l'UE ha mobilitato 10 milioni di euro dal programma Horizon 2020 per la ricerca urgente sul coronavirus. L'obiettivo è quello di una gestione clinica più efficiente dei pazienti infetti e il miglioramento della preparazione e della risposta della salute pubblica.

Riguardo a come affrontare questa pandemia, due strategie fondamentali sono state adottate a livello globale: una concentrata sulla mitigazione, ma non necessariamente sull'arresto della diffusione del virus, e l'altra di contenimento, basata su misure più rigorose per sopprimere e invertire le traiettorie di crescita. Mentre la maggior parte dei Paesi occidentali ha inizialmente implementato la prima strategia, un numero crescente di Paesi (inclusa la maggior parte dei Paesi europei e gli Stati Uniti) ha poi optato per la strategia di contenimento più rigorosa, mentre altri Paesi come Cina, Italia, Singapore, e Corea del Sud hanno adottato quest'ultima strategia sin dall'inizio. In particolare, la Cina ha attuato una delle strategie di sanità pubblica più rigorose.

## **1.2 Il contesto geografico, socio-economico e politico di Wuhan e Milano**

La Cina è la seconda economia mondiale, ha una popolazione di 1,4 miliardi di persone, che rappresenta quasi il 20% della popolazione mondiale. Come risultato della rapida urbanizzazione negli ultimi decenni, 0,85 miliardi (60,60%) della popolazione cinese risiede in aree urbane (China, 2020). La densità di popolazione in Cina è elevata (148,35/km<sup>2</sup>), soprattutto nelle aree urbane. La Cina sta invecchiando più rapidamente rispetto alla maggior parte dei paesi a basso e medio reddito, con il 12,6% della sua popolazione sopra i 65 anni nel 2019 (China, 2020). Il rapporto di dipendenza degli anziani è stato riportato al 16,8% nel 2018. La vita multigenerazionale è comune tra le famiglie cinesi, principalmente per motivi culturali ed economici.

Per quanto riguarda la salute, l'aspettativa di vita alla nascita in Cina era di 76,7 anni nel 2018, inferiore alla media dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) di 80,7 anni (Bank, Life expectancy at birth, total (years), 2020). Alcuni comportamenti di vita non salutari, come il consumo di alcol e tabacco, sono ancora prevalenti. È stato riportato nel 2017 che, in media, un adulto consumava più di 7 litri di bevande alcoliche durante l'anno. Secondo il Rapporto sul Fumo degli Adulti Cinesi del 2018, circa il 26,6% degli adulti cinesi erano "fumatori attuali" (Bank, 2020).



Le malattie croniche hanno rappresentato l'86,6% di tutti i decessi in Cina nel 2019. Le malattie cardiovascolari, il cancro e le malattie respiratorie croniche sono state le tre principali cause di morte. Le malattie legate allo stile di vita sono diffuse: la prevalenza del diabete è stata stimata al 12,8% (pari a 129,8 milioni di persone) nella Cina continentale nel 2019. Associate all'inquinamento atmosferico esterno, le malattie respiratorie sono diventate una minaccia enorme per i cinesi. La broncopneumopatia cronica ostruttiva e l'asma hanno un tasso di prevalenza rispettivamente del 13,6% e del 4,2%. Il cancro ai polmoni è il tipo di cancro più comune (con un tasso di incidenza standardizzato per età di 36,71 per 100.000 persone nel 2014) ed è la principale causa di mortalità per cancro in Cina (Parascandola & Xiao, 2019).

Situata nella Cina centrale, Wuhan è la capitale della provincia di Hubei, alla confluenza dei fiumi Yangtze e Han. Questa posizione geografica strategica ha reso Wuhan un importante nodo di trasporti e un centro di scambi economici e culturali per secoli. Con una popolazione di circa 11 milioni di abitanti, è una delle città più popolose della Cina. Nel settore dei trasporti, l'agglomerato urbano di Wuhan è il nodo più importante della Cina centrale, situato all'incrocio dei corridoi che collegano la Cina settentrionale e meridionale, nonché la Cina interna con la costa. Inoltre, le autostrade nazionali cinesi attraversano Wuhan, così come le superstrade Shanghai-Chengdu e Pechino-Hong Kong-Macao. Inoltre, si trova anche al centro della linea Pechino-Wuhan-Guangzhou, la più importante ferrovia ad alta velocità della Cina. Infine, l'agglomerato urbano di Wuhan ospita l'aeroporto internazionale di Wuhan Tianhe, che ha movimentato circa 25 milioni di passeggeri nel 2018, il principale hub della Cina centrale, con collegamenti diretti con la Cina continentale, l'Europa occidentale e gli Stati Uniti (Huang, Lu, Yang, & Zhao, 2018). Pertanto, l'infrastruttura di trasporto avanzata e internazionale e la densità demografica elevata, unite al fatto che l'epidemia è scoppiata proprio prima della celebrazione del Capodanno cinese, hanno contribuito notevolmente alla rapida diffusione del virus. Il periodo delle festività del Capodanno cinese è infatti considerato la più grande migrazione umana annuale a livello globale, con milioni di persone che viaggiano per tornare alle loro città natali o per

vacanza. Questa combinazione di fattori ha creato le condizioni ideali per la trasmissione del virus su larga scala.

In ambito politico, nonostante il suo vasto territorio e la sua popolazione, la Cina è uno Stato unitario con relazioni centro-locali altamente fluide. Le decisioni strategiche sono prese dai principali politici al vertice, ma il ruolo degli agenti locali non è solo quello di eseguire le politiche decise al centro. L'attivismo politico locale e la sperimentazione non sono solo permessi, ma anche largamente incoraggiati purché siano apolitici e in grado di generare soluzioni innovative ai problemi politici. Infatti, varie ondate di decentralizzazione fiscale dagli anni '80 hanno dato origine a una struttura di federalismo fiscale in questo stato unitario, in cui i governi locali hanno una sostanziale autonomia politica negli affari socioeconomici locali, date le vaste disparità interregionali. Questa struttura decentralizzata costituisce una delle pietre angolari del successo economico della Cina negli ultimi quattro decenni, poiché ha fortemente incentivato la fervente ricerca della crescita economica da parte dei governi locali.

Nonostante la Cina permetta ai governi locali una certa autonomia negli affari sociali ed economici, ciò non significa che il controllo del governo centrale sia diminuito, poiché una forte *leadership* di partito rimane il principio predominante del governo cinese. La regola leninista del comando politico richiede intrinsecamente un'adesione incondizionata alle decisioni del partito. Pertanto, la possibile divergenza di obiettivi politici tra i principali esponenti centrali e gli agenti locali, ossia funzionari o rappresentanti del governo locale che operano sotto la giurisdizione di un'autorità centrale, tende a essere molto meno significativa in Cina rispetto a molti altri sistemi politici (He, Shi, & Liu, 2020). Di conseguenza, un rigido controllo politico consente all'autorità centrale di guidare il comportamento dei governi locali in maniera *top-down* durante le emergenze. Tuttavia, nel sistema politico cinese esiste una rilevante frammentazione burocratica, caratterizzata da una divisione orizzontale dell'autorità tra i ministeri centrali e una decentralizzazione amministrativa verticale. Questo crea un sistema burocratico altamente frammentato che complica il coordinamento

interdipartimentale e il flusso di informazioni, spiegando la cattiva gestione di riforme sanitarie e crisi di salute pubblica, come l'epidemia di SARS del 2003 (He, Shi, & Liu, 2020).

Anche se i dipartimenti locali possiedono una certa autonomia, esiste un punto debole significativo che è emerso chiaramente all'inizio della pandemia: il debole potere gestionale autonomo dei dipartimenti di gestione della sanità pubblica locali. Il sistema di gestione della sanità pubblica in Cina non permette ai dipartimenti locali di dichiarare crisi di malattie infettive anche all'interno della loro stessa giurisdizione. È il Consiglio di Stato che possiede il potere di dichiarare una crisi relativa a una malattia infettiva statutaria e di redigere e attuare piani di emergenza. Nel frattempo, ai dipartimenti locali viene richiesto di adottare misure appropriate per prevenire le malattie in base al livello di prevenzione epidemica stabilito dal Consiglio di Stato per le Malattie Infettive. Pertanto, nel caso di Wuhan, la Commissione Sanitaria di Wuhan (WHC) e il Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie di Wuhan (Wuhan CDCP) non avevano il potere di dichiarare una crisi di malattia infettiva o prendere qualsiasi misura iniziale senza autorizzazione. Sempre più studiosi ritengono che la concentrazione del potere non sia favorevole a una risposta tempestiva alle crisi e la multi-centralizzazione della gestione delle crisi è diventata una tendenza (Rosenthal & Kouzmin, 1997). È importante che i dipartimenti locali combattano con successo qualsiasi malattia infettiva poiché ottengono informazioni rapidamente e dovrebbero avere la discrezionalità di gestirle per prevenire un'epidemia su larga scala.

Dal punto di vista culturale, rispetto alla maggior parte dei Paesi occidentali, i cittadini cinesi non attribuiscono la stessa importanza alla *privacy*. Pertanto, durante la lotta contro la pandemia, il governo ha potuto imporre l'uso di tecnologie di tracciamento con poche restrizioni. Nei Paesi occidentali, la *privacy* è sempre stata una questione centrale nell'implementazione di tali tecnologie, suscitando numerosi dibattiti. Al contrario, in Cina, si sono verificati pochi dibattiti riguardanti la *privacy*, almeno nel dominio pubblico. Nella cultura cinese, la vita dei cittadini ha un peso maggiore rispetto alle garanzie legate al rispetto della *privacy*. Ciò ha permesso un'attuazione

agevole del tracciamento obbligatorio.

Nel 2019, la popolazione in Italia è stata stimata a 59 milioni, di cui circa 5 milioni erano stranieri. Il paese ha una delle popolazioni più anziane al mondo, con persone di età pari o superiore a 65 anni. Nel 2018, la crescita della popolazione anziana è continuata sia in termini assoluti che relativi: gli over 65 erano 13,8 milioni (22,8% della popolazione totale), mentre i giovani fino a 14 anni erano circa 8 milioni (13,2%) e le persone in età lavorativa 38,6 milioni (64%). Il tasso di fertilità totale è rimasto invariato rispetto all'anno precedente (1,32 figli per donna), essendo uno dei più bassi nell'Unione Europea (UE). L'Italia ha la quarta più alta aspettativa di vita tra i paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), con 83 anni alla nascita. Pochi italiani muoiono prematuramente, con 143 decessi per 1.000 persone da cause prevenibili e curabili, rispetto a una media OCSE di 208. Meno del 6% delle persone valuta la propria salute come cattiva, rispetto a una media OCSE dell'8,7%.

L'Italia ha un'economia aperta ed è un membro fondatore dell'UE. È anche membro di importanti organizzazioni economiche multilaterali, come il Gruppo degli Otto (G-8), l'Organizzazione Mondiale del Commercio e il Fondo Monetario Internazionale. L'Italia è l'ottava economia più grande del mondo, la quarta in Europa, e uno dei principali paesi esportatori a livello mondiale. Nel 2019, il 3,72 per cento della forza lavoro era impiegata nell'agricoltura, il 25,62 per cento nell'industria e il 70,66 per cento nei servizi. La base dell'economia italiana è la trasformazione e la produzione di beni, principalmente in piccole e medie imprese. Le microimprese, molte a conduzione familiare, sono particolarmente importanti, fornendo il 44,9 per cento dell'occupazione rispetto alla media dell'UE del 29,7 per cento. Queste differenze demografiche e sanitarie sono emerse durante la pandemia. L'Italia ha dovuto affrontare una popolazione anziana vulnerabile, mentre la Cina si è concentrata sul controllo della diffusione del virus e sulla gestione delle complicanze legate alle malattie croniche, all'inquinamento e alla salute precaria.

Simile a Wuhan, Milano è una città molto importante nel paese. Situata nella regione Lombardia, è una delle città più influenti d'Italia, sia dal punto di vista economico che culturale. Con una popolazione di 3.250.731 abitanti, è la seconda città metropolitana più popolosa d'Italia dopo Roma e prima di Napoli. L'area metropolitana di Milano, che comprende la città di Milano e altri 133 comuni, ha una densità di popolazione di 2.063 abitanti per km<sup>2</sup>, oltre a 1.441.409 persone che si spostano nelle varie parti del territorio di Milano ogni giorno ((ISTAT), 2019). La Regione Lombardia è composta da diverse aree densamente popolate nelle vicinanze di Milano (specialmente Bergamo, Brescia, Monza).

Tra le province e le città metropolitane italiane, la Città metropolitana di Milano ha il secondo numero più alto di residenti stranieri, dopo la Città metropolitana di Roma Capitale. Dal punto di vista economico, Milano è una delle aree più importanti d'Italia. Con un PIL annuo pro capite di 43.000 euro si posiziona al primo posto tra le città italiane, concentrando da sola la maggior percentuale del PIL nazionale e producendo annualmente una ricchezza superiore ai 200 miliardi di euro (Tuttitalia, 2021). La presenza qualificata e diversificata di ogni comparto economico ha consentito a Milano di affrontare le nuove sfide competitive con un buon vantaggio rispetto ad altre città italiane. La città si confronta con le principali città europee nella capacità di attrarre investitori stranieri. In Lombardia, il numero di unità produttive facenti capo a imprese partecipate da multinazionali estere ha superato la soglia delle mille unità, di cui oltre la metà sono localizzate nella città metropolitana. Qui hanno sede le maggiori banche italiane ed estere, rendendo Milano un centro finanziario di primaria importanza.

L'area metropolitana della Grande Milano rappresenta il più importante agglomerato urbano e industriale in Italia ed è un collegamento con l'Europa centrale e settentrionale. Nel settore dei trasporti, le principali autostrade nazionali italiane attraversano Milano, ovvero la Torino-Trieste (Ovest-Est) e la Milano-Napoli (Nord-Sud). Inoltre, ferrovie ad alta velocità nazionali e internazionali convergono a Milano,

collegando l'area con le principali città europee e con le principali aree metropolitane nazionali. Infine, l'area metropolitana della Grande Milano ospita gli aeroporti internazionali di Linate e Malpensa, oltre ad essere collegata direttamente con l'aeroporto di Bergamo. Questi tre aeroporti hanno movimentato 49,3 milioni di passeggeri nel 2019, il secondo sistema hub più grande in Italia, con collegamenti diretti con l'Europa, la Cina e gli Stati Uniti (Assaeroporti).

Entrambe le grandi metropoli, Milano e Wuhan, hanno funzioni industriali e post-industriali, con una forte presenza di aziende manifatturiere nei settori della meccanica, dell'*automotive* e dell'ICT, oltre a servizi avanzati e culturali. Entrambe le aree condividono una forte interazione con le attività agricole e presentano una vasta espansione urbana.

Il COVID-19 è scoppiato a Wuhan in Cina, mentre in Italia l'epidemia ha avuto inizio a Codogno, per poi raggiungere Milano come primo centro urbano. Perché queste due città sono diventate aree di rapida diffusione pandemica? In parte, le due città presentano somiglianze geografiche, ovvero Wuhan nella provincia di Hubei in Cina e la Valle del Po in Italia, in particolare l'area metropolitana della Grande Milano e i collegamenti principali città industriali. Le mappe dell'inquinamento dell'ESA (Agenzia Spaziale Europea) mostrano che l'agglomerato urbano di Wuhan e la Valle del Po sono le aree con la più alta concentrazione di NO<sub>2</sub>. Questo fattore sembra aver contribuito: come recentemente sottolineato da alcuni studiosi, una prolungata esposizione all'inquinamento atmosferico rappresenta una causa ben nota di infiammazione, che potrebbe portare a un'iperattivazione innata del sistema immunitario, anche in soggetti giovani e sani (Murguante, Borruso, Balletto, Castiglia, & Dettori, 2020). Pertanto, vivere in un'area con alti livelli di inquinanti potrebbe rendere un soggetto più incline a sviluppare condizioni respiratorie croniche e, di conseguenza, più vulnerabile a qualsiasi agente infettivo. Inoltre, entrambe le aree corrispondono alla sottoclasse Cfa nel sistema di classificazione climatica di Köppen come 'subtropicale umido', tipico delle aree temperate continentali. Entrambe si trovano in una pianura alluvionale,

l'agglomerato urbano di Wuhan—fiume Yangtze, e l'area metropolitana della Grande Milano—Valle del fiume Po.

### **1.3 Il quadro del sistema sanitario cinese e l'esperienza storica nella gestione delle crisi**

Dopo l'introduzione delle politiche di riforma e apertura nel 1978, la Cina è passata gradualmente da un'economia pianificata a un'economia basata sul mercato. Il governo ha ridotto gli investimenti pubblici, sottolineando che le entrate dei servizi costituivano la principale fonte di reddito per gli ospedali. Con la distribuzione delle risorse basata sui meccanismi di mercato, le istituzioni sanitarie hanno iniziato a competere per ottenere più risorse per sostenersi. Tuttavia, le istituzioni sanitarie di base non avevano risorse sufficienti per mantenere le operazioni e pagare il personale. Per sopravvivere, molti fornitori di servizi sanitari pubblici hanno iniziato a offrire principalmente servizi clinici e ospedalieri a pagamento, il che ha gradualmente indebolito la loro capacità di prevenzione e controllo delle epidemie (Wang, Wang, Ma, & al., 2019).

Nel 2003, quando scoppiò l'epidemia di SARS, il governo cinese si trovò completamente impreparato, soprattutto perché il patogeno era sconosciuto, riscontrando diverse carenze nella prevenzione e nel controllo delle malattie, nella raccolta delle informazioni, nella segnalazione delle epidemie e nella risposta alle emergenze. Dopo questo evento, la salute pubblica divenne nuovamente una priorità e fu immediatamente avviato un nuovo giro di riforme, mirato a stabilire un solido sistema sanitario pubblico, dando priorità a un sistema di risposta alle emergenze sanitarie pubbliche, un sistema di prevenzione e controllo delle malattie e un sistema di supervisione sanitaria. Furono promulgati una serie di piani di risposta, leggi e regolamenti relativi alla salute pubblica, alla sicurezza alimentare e alle emergenze epidemiche animali (Wang, Wang, Ma, & al., 2019). La pandemia di SARS-CoV del 2003 ha

quindi stimolato il primo miglioramento sostanziale del sistema sanitario pubblico in Cina dalla riforma e apertura del 1978. Questi miglioramenti hanno in seguito aiutato enormemente la Cina a contenere l'epidemia di COVID-19 attraverso un efficace condivisione delle risorse e tracciamento dei contatti stretti. Inoltre, Dopo l'epidemia di SARS, la Cina ha stabilito il più grande sistema di segnalazione al mondo per le epidemie di malattie infettive e le emergenze sanitarie pubbliche (China T. S., 2017). Tutti i tipi di istituzioni sanitarie a tutti i livelli, inclusi i centri cittadini della salute (THCs), possono segnalare direttamente i casi di malattie infettive e le emergenze sanitarie pubbliche al livello nazionale.

Anche se esistono problemi di rigidità politica, a differenza della maggior parte dei paesi europei, la Cina è un paese altamente centralizzato. Il governo centrale ha il potere di abilitare la riallocazione delle risorse a livello nazionale in varie circostanze. A livello nazionale, l'autorità sanitaria, ossia la Commissione Nazionale della Salute (NHC), ha un ampio spettro di responsabilità che includono la politica sanitaria nazionale, la salute pubblica, la fornitura dei servizi sanitari e la gestione delle emergenze sanitarie. Altre autorità ministeriali, come la Commissione Nazionale per lo Sviluppo e la Riforma, il Ministero degli Affari Civili e l'Amministrazione Nazionale per la Sicurezza Sanitaria, collaborano con la NHC adempiendo ai loro compiti di pianificazione, finanziamento e gestione delle assicurazioni nel sistema sanitario. Il sistema sanitario cinese è costituito da quattro livelli, includendo autorità nazionali, provinciali, municipali e di contea (Qingyue, Hongwei, Wen, & al., 2015).

La spesa sanitaria totale (THE- Total Health Expenditure) della Cina è aumentata drasticamente negli ultimi decenni. Dal 1995 al 2018, la THE come percentuale del PIL è aumentata dal 3,51% al 6,57%. Nel 2018, la spesa sanitaria pro capite era di 4237 CNY (605,6 USD) (PRC, 2019). Il finanziamento basato su tasse governative, l'assicurazione sanitaria sociale e il pagamento privato diretto sono le tre principali fonti di finanziamento della sanità, rappresentando rispettivamente una contribuzione del 27,7%, 43,7% e 28,6%.



Il sistema di assicurazione sanitaria cinese presenta le caratteristiche principali dell'assicurazione sanitaria sociale. Negli ultimi due decenni, la Cina ha istituito un sistema di assicurazione sanitaria universale basato sull'assicurazione sanitaria sociale, integrato da assicurazioni sanitarie private e altri schemi sociali per gruppi vulnerabili specifici (ad esempio, popolazione a basso reddito, e persone con disabilità).

Le strutture sanitarie in Cina consistono principalmente in ospedali (che forniscono cure di emergenza e servizi per pazienti ricoverati e ambulatoriali), cliniche (che forniscono servizi ambulatoriali) e istituti di sanità pubblica (controllo delle malattie infettive). Nel 2018, gli ospedali, anche quelli pubblici, erano finanziati da un mix di sussidi governativi (10%) e ricavi basati sui servizi (90%) (Xu, Wu, & Cao, 2020). Dallo scoppio della sindrome respiratoria acuta grave (SARS) nel 2003, il governo cinese ha rafforzato il sostegno finanziario agli istituti di sanità pubblica in termini di infrastrutture, sviluppo delle capacità e erogazione dei servizi sanitari pubblici. Oggi, tutti gli istituti di sanità pubblica sono completamente finanziati dal governo. Gli investimenti privati nel mercato sanitario sono incoraggiati e supportati dal governo. Nel 2018, gli ospedali privati rappresentavano il 60,4% di tutti gli ospedali in Cina . Tuttavia, gli ospedali pubblici erano complessivamente più grandi e fornivano il 79% dei posti letto nel Paese. Tuttavia, c'è un problema facilmente trascurabile, ovvero che le risorse sanitarie sono concentrate nelle aree urbane e scarse nelle aree rurali (Wang, Wang, Ma, & al., 2019).

#### **1.4 Il quadro del sistema sanitario Italiano e la loro esperienza storica nella gestione delle crisi**

L'Italia ha un profilo di alto rischio in termini di rischi naturali; terremoti, alluvioni, eruzioni vulcaniche, tempeste e mareggiate e subsidenza del terreno hanno continuamente segnato la storia del paese. Per affrontare questi problemi strutturali

e sviluppare politiche di gestione del rischio, è stato istituito un sistema nazionale di protezione civile nel 1992. Questo sistema è coordinato dal governo attraverso una specifica struttura burocratica, il Dipartimento della Protezione Civile, che è stato valutato molto positivamente in termini di attività di monitoraggio e capacità operative di primo intervento, soprattutto in relazione ai terremoti (OECD, 2010). Il Dipartimento della Protezione Civile lavora insieme a varie istituzioni nazionali e locali ed è sostenuto da un significativo sforzo volontario. È stato questo Dipartimento a essere incaricato dal Consiglio dei Ministri di gestire l'epidemia di COVID-19, a partire dal 31 Gennaio 2020 quando viene dichiarato lo stato di emergenza.

Le responsabilità della protezione civile non sono assegnate a un solo livello di governo, ma coinvolgono l'intera organizzazione territoriale. Poiché il paese è frequentemente esposto a rischi naturali come i terremoti, ha sviluppato una lunga esperienza nella protezione civile. Nel 1992, la Legge n. 225 ha creato il sistema di protezione civile, suddividendo le sue azioni in tre categorie: previsione e prevenzione, soccorso e assistenza, gestione dello stato di emergenza e programmi di recupero. Dalla sua creazione, il sistema di protezione civile è stato integrato e basato sui principi di sussidiarietà verticale e orizzontale, coinvolgendo tutti i livelli di governo (inclusa l'Unione Europea, con il suo Centro di Coordinamento della Risposta alle Emergenze, o ERCC) e molti attori a vari livelli (con una forza di volontari altamente mobile). All'interno del sistema di protezione civile, i governi regionali e locali, agendo sulla base di regolamenti quadro nazionali, formulano e implementano i propri programmi di emergenza e trasmettono dati al Dipartimento della Protezione Civile (DPC) come braccio operativo del governo nazionale. Nel 2010, l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) ha dato una valutazione positiva a questo sistema decentralizzato, specialmente riguardo al monitoraggio dei rischi e alla fornitura di efficienti azioni di primo intervento in caso di terremoti. Tuttavia, in termini di emergenze sanitarie, in assenza di gravi emergenze dopo la Seconda Guerra Mondiale fino al COVID-19, le autorità hanno trascurato di aggiornare i loro piani pandemici.

A livello nazionale, il DPC è stato costretto a implementare il piano nazionale del 2006 contro le pandemie quando il COVID-19 è emerso. A differenza di altri Stati membri dell'UE, le autorità italiane non hanno aggiornato il loro piano pandemico nel 2017, quando l'OMS e il Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie hanno emesso nuove linee guida. Di conseguenza, le autorità sanitarie regionali sono state costrette ad applicare i piani pandemici regionali obsoleti nel miglior modo possibile.

Pertanto, l'Italia non aveva affrontato questo tipo di emergenza da mezzo secolo. L'ultima pandemia che ha seriamente colpito il paese è stata l'epidemia di H3N2 ("influenza di Hong Kong"), che si è verificata in due ondate, nel 1968 e nel 1969, e ha ucciso circa 20.000 persone. Le pandemie successive hanno solo marginalmente colpito l'Italia; l'epidemia di SARS nel 2003 ha portato a quattro casi, mentre l'epidemia di H1N1 nel 2009 ha ucciso in Italia 229 persone (su 229.000 casi).

Nel 2005, l'OMS ha emesso una lista di raccomandazioni per l'aggiornamento e lo sviluppo di un piano nazionale per la pandemia, in seguito al quale il Ministero della Salute in Italia ha sviluppato un "Piano Nazionale di Preparazione e Risposta a una Pandemia Influenzale", definendo obiettivi e attività, concordati con le regioni, da attuare per prevenire e affrontare una futura pandemia su tutto il territorio nazionale. Il piano nazionale era molto dettagliato e ben fatto. Tuttavia, non è mai stato aggiornato e la maggior parte delle sue linee guida rilevanti (inclusa la disposizione per l'approvvigionamento di DPI) non sono mai state attuate né a livello nazionale né a livello regionale, nonostante il piano assegnasse compiti di preparazione alla pandemia molto specifici a ciascuna regione.

io ha attirato forti critiche, come riportato anche dai media nazionali. Diversi passaggi intermedi chiave erano previsti per raggiungere questi obiettivi, che, come purtroppo riportato durante l'inizio della pandemia di COVID-19, sono rimasti in gran parte inattuati. Anche il Primo Ministro italiano, il 24 febbraio, ha minacciato di riprendere i

poteri dalle regioni e dalle province autonome perché “incaricati dell’attuazione dell’assistenza sanitaria ma non preparati a fronteggiare un’emergenza nazionale” e si è lamentato della mancata applicazione di protocolli di preparazione “non specificati” (Carinci, 2020). Questo divario non è sorprendente se si considera che dal 2001 nell’allocazione del bilancio sanitario nazionale non più del 5% è stato destinato alla prevenzione, che include anche le attività di preparazione alla pandemia, mentre l’assistenza comunitaria e ospedaliera (rispettivamente 51% e 44% nel 2019) hanno ricevuto la quota maggiore (Capano, 2020).

Tuttavia, in realtà, storicamente l’Italia è stata pioniera nel riconoscimento dei diritti alla salute individuale. Nel 1948, l’Italia è diventata il primo paese in Europa a riconoscere il diritto alla salute nella propria Costituzione. La salute è stata riconosciuta come un diritto fondamentale secondo l’articolo 32 della Costituzione italiana, che afferma: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. (...) La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”. Il 1958, la struttura del sistema sanitario italiano fu ulteriormente rafforzata con la legge n. 296 del 13 marzo, che istituiva il Ministero della Sanità. La nascita del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) avviene nel 1978, sulla base della legge n. 833 che definiva il SSN come “il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione” (Assidai, 2019) (Salute, 2019).

Dettagliatamente, il SSN è un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l’accesso universale all’erogazione equa delle prestazioni sanitarie. La salute è diritto di tutti, tutelato dalla Costituzione italiana. Il SSN è costituito sostanzialmente dai vari servizi sanitari regionali, dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale e dallo Stato. In base al principio di sussidiarietà, il servizio sanitario è articolato secondo diversi livelli di responsabilità e di governo: a livello centrale, lo Stato è responsabile di garantire il diritto alla salute

dei cittadini tramite i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); a livello regionale, le Regioni hanno la diretta responsabilità nella gestione e nella spesa per i traguardi sanitari nazionali (Salute, 2013). Le Regioni detengono l'esclusività nella regolamentazione e nell'organizzazione di servizi per la tutela della salute, compreso il finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali e ospedaliere, oltre al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie, nel rispetto dei principi generali stabiliti dalle leggi dello Stato.

Il SSN si caratterizza per essere altamente regionalizzato: nel corso del tempo la divisione delle competenze tra Stato e Regioni prevista dalla Costituzione ha trovato diversi punti di equilibrio nella *governance* concreta delle politiche sanitarie (Busilacchi & Toth, 2021). Nell'assetto attuale, il governo nazionale fornisce gli indirizzi di politica sanitaria alle Regioni, ma gli strumenti che ha a disposizione risultano poco efficaci nel garantire l'uniformità dei servizi sul territorio nazionale. Di conseguenza, le Regioni godono di un'ampia autonomia che permette loro di adottare *setting* sanitari diversi tra loro.

Durante la epidemia del 2019, è diventato evidente che, anche in condizioni del tutto eccezionali, le Regioni hanno implementato strategie diversificate, dimostrando che, a prescindere dai risultati nel contrasto alla malattia, il grado di libertà d'azione garantito dalla regionalizzazione del SSN è rimasto molto elevato anche in situazioni di emergenza. In sintesi, le Regioni hanno adottato soluzioni organizzative e strategie differenti tra di loro (Busilacchi & Toth, 2021). Sia nelle risposte alle prime ondate pandemiche sia nelle campagne vaccinali, ci sono state variazioni significative da regione a regione. Ad esempio, il Veneto e la Lombardia sono regioni molto simili e vicine, con la stessa maggioranza politica. Tuttavia, in Italia, i sistemi sanitari regionali hanno la possibilità di organizzarsi in modo diverso da regione a regione. Il Veneto ha un sistema in cui in anni recenti c'è stata una forte centralizzazione con la creazione di Azienda Zero, in questo aspetto simile alla Cina. Mentre in Lombardia, il sistema sanitario viene gestito anche attraverso meccanismi competitivi, in cui i vari centri di

acquisto sono in competizione tra di loro nell'approvvigionamento di forniture mediche e di servizi. Dovendo servire minori bacini d'utenza, il potere d'acquisto delle singole Aziende Ospedaliere (ASST) risulta minore rispetto ad Azienda Zero in Veneto (Donati e Tria 2020).

In Italia, le strutture di assistenza residenziale e i servizi sociali sono prevalentemente situati al Nord e vi è una forte dipendenza dalle donne come caregiver informali, con politiche sociali frammentate e carenti nel Sud. Nel 2016, erano attive 12.828 strutture di assistenza residenziale con un totale di 390.689 posti letto (6,4 per ogni 1.000 residenti). La maggior parte di queste strutture offre sia servizi sociali che sanitari. Del totale dei posti letto, il 64% si trovava nelle regioni settentrionali.

Le politiche sociali e i servizi sociali italiani sono un esempio paradigmatico del modello di welfare meridionale. L'assistenza per le persone dipendenti è principalmente fornita dalla famiglia e dalle solidarietà intergenerazionali, mentre i servizi sociali sono strutturalmente carenti, specialmente nel Sud. In particolare, vi è una forte dipendenza dalle donne per svolgere il ruolo di caregiver informali per bambini e persone con esigenze di assistenza a lungo termine. La Legge 328/2000 ha introdotto i livelli essenziali per i servizi sociali. Tuttavia, la sua attuazione è stata vagamente definita e non supportata da risorse garantite. I servizi sociali sono forniti dai comuni e fortemente influenzati dalla discrezionalità e dai vincoli di bilancio. Un'altra caratteristica è una forte differenziazione territoriale, con una maggiore copertura dei servizi sociali ed educativi nel Centro-Nord rispetto al Sud (Sanfelici, 2020). Il regime del reddito di cittadinanza ha sostituito il precedente schema di sostegno al reddito, mantenendo un approccio di inclusione attiva basato su condizioni specifiche. Tuttavia, le politiche sociali continuano a essere scarsamente integrate. Le misure volte a promuovere le pari opportunità e l'equilibrio tra lavoro e vita privata risultano frammentate e di portata limitata, influenzando negativamente la partecipazione delle donne al mercato del lavoro.

Secondo l'analisi fornita dall'OCSE/Osservatorio Europeo sui Sistemi e le Politiche Sanitarie, "il sistema sanitario italiano è generalmente efficiente e performa bene nel fornire un buon accesso a cure di alta qualità a un costo relativamente basso, sebbene ci siano significative variazioni tra le regioni". Le necessità non soddisfatte di assistenza medica in Italia sono generalmente basse. Tuttavia, i dati suggeriscono che esistono notevoli disparità nell'accesso alle cure tra le regioni, con i cittadini del Sud quasi due volte più propensi a segnalare bisogni di assistenza medica non soddisfatti (Sanfelici, 2020).

In sintesi, la differenza più evidente tra il sistema sanitario cinese e quello italiano è che il primo è altamente centralizzato mentre il secondo è altamente regionalizzato. Allo stesso tempo, le risorse sanitarie in Cina sono più abbondanti nelle città e più scarse nelle aree rurali, mentre in Italia le condizioni sanitarie sono più sviluppate al Nord e più carenti al Sud. Entrambi i tipi di sistemi sanitari, a modo loro, sono riusciti a contenere la pandemia.

Per quanto riguarda l'Italia, un sistema sanitario decentralizzato ha i suoi vantaggi, poiché incoraggia l'innovazione nelle regioni che cercano soluzioni alla crisi, offrendo potenzialmente le migliori pratiche. Nonostante ciò, per evitare una frammentazione delle azioni, è necessario coordinare le azioni delle diverse regioni quando si affronta una crisi nazionale di grande entità.

Tuttavia, la frammentazione burocratica è presente nella maggior parte dei sistemi politici, ma è particolarmente evidente in Cina. Questo problema risiede nella divisione orizzontale dell'autorità tra i ministeri centrali e nella decentralizzazione amministrativa verticale, che ha creato un sistema burocratico altamente frammentato che spesso complica il coordinamento interdipartimentale e il flusso di informazioni. In altre parole, questa rigidità porta a una mancanza di chiarezza nelle responsabilità e nei poteri tra i vari dipartimenti governativi, rendendo difficile il coordinamento e la circolazione delle informazioni. Questo può portare a problemi di

divisioni interne nel sistema frammentato e al conseguente scaricabarile. A causa della trasmissione delle istruzioni attraverso vari livelli, potrebbero verificarsi azioni che differiscono leggermente dalle direttive durante l'implementazione. Allo stesso tempo, sebbene la centralizzazione del potere faciliti la presa di decisioni, le capacità di gestione autonoma dei dipartimenti locali di sanità pubblica sono deboli. Questo significa che i dipartimenti sanitari locali, senza autorizzazioni e direttive chiare dal governo centrale, mancano dell'autorità necessaria per prendere decisioni indipendenti e implementare misure di risposta a crisi sanitarie pubbliche, come le pandemie. Questo design del sistema limita la flessibilità locale nella gestione degli eventi di sanità pubblica.

### **1.5 Teorie di Base sulla Scelta degli Strumenti di Politica: Carote, Bastoni e Sermone**

Gli strumenti di politica pubblica sono le tecniche utilizzate dalle autorità governative per garantire supporto e provocare o prevenire cambiamenti sociali. È importante selezionare attentamente questi strumenti per raggiungere gli obiettivi desiderati. Nel processo di contenimento della pandemia, le politiche governative non dovrebbero essere univoche e richiederanno combinazioni uniche di vari strumenti politici. Per i responsabili politici, è cruciale avere una buona comprensione delle forme generiche di questi strumenti, poiché la scelta della combinazione appropriata è una delle questioni più complesse e importanti nella pianificazione strategica.

In questo contesto verrà adottata la tassonomia di Etzioni come punto di partenza per approfondire il tema. Le tre categorie principali saranno denominate regolamenti, mezzi economici e informazione. Le espressioni comuni per descrivere questi concetti sono il bastone, la carota e il sermone (Bemelmans-Vidéc, Rist, & Vedung, 2011). Il governo può costringerci, pagarci o farci pagare, oppure persuaderci. Questa triplice tassonomia si basa sull'approccio delle risorse per la classificazione degli strumenti di politica, non



sull'approccio della scelta. Parte dal presupposto che sia stata presa la decisione che qualche forma di intervento governativo sia giustificata. La domanda è quali tipi di strumenti possano essere utilizzati in tali situazioni.

Una tassonomia parsimoniosa e comprensiva dei controlli di politica dovrebbe distinguere tra quegli strumenti politici che implicano (1) coercizione, (2) uso di remunerazione o privazione di risorse materiali, e (3) appelli intellettuali e morali. È particolarmente importante che gli appelli intellettuali e morali siano distinti come categoria separata, poiché l'argomentazione e la persuasione, sebbene sempre più utilizzate, sono ampiamente trascurate dalla comunità accademica. Gli strumenti sono classificati come regolamenti, mezzi economici e informazione. Si sostiene che tutti gli altri tipi di strumenti politici avanzati nella letteratura possono essere ridotti a questi tre fondamentali. Si afferma anche che questa tricotomia non può essere ulteriormente ridotta; non può essere compressa in nessuno schema biforcuto senza una perdita irreversibile di comprensione.

### **1.The Stick: La Regolamentazione come Strumento di Governo**

Praticamente tutto ciò che i governi intraprendono potrebbe essere considerato "regolamentazione". Tuttavia, in questo contesto, la regolamentazione è vista come uno dei vari strumenti che i governi hanno a disposizione per esercitare il potere sulle azioni dei cittadini.

La regolamentazione è comunemente definita come il "bastone" del governo. Gli strumenti regolamentari vengono utilizzati per definire norme, comportamenti accettabili o per limitare attività in una data società. La legge, sostenuta dalla minaccia di sanzioni, rappresenta il "bastone" usato per prescrivere o prevenire certi tipi di comportamento umano. Qualsiasi violazione delle regole comporta la possibilità di sanzioni. In altre parole, il governo utilizza il "bastone" per costringere i recalcitranti a obbedire alle regole.

Regolamentare è un metodo di intervento utilizzato sin dall'inizio della storia. Le sue

forze e debolezze come strumento politico sono state ampiamente discusse. Spesso, molte regolamentazioni si rivelano inefficaci e troppo costose perché si applicano a situazioni che sono già gestite in modo adeguato dalle forze di mercato o dalle normative sulla responsabilità civile, che intendono regolare le azioni degli individui o delle aziende per evitare danni agli altri. In teoria, alcune regolamentazioni potrebbero essere utili per integrare le forze del mercato e per gestire le minacce di azioni legali, aiutando così a colmare le lacune lasciate dal mercato o dalla legge. Tuttavia, nella pratica, l'efficacia di tali regolamentazioni si estende solo fino a un certo punto. Frequentemente, queste vengono applicate oltre tale punto, fino a quando i costi aggiuntivi di implementazione delle regolamentazioni superano i benefici che ne derivano. Questo eccesso di regolamentazione può portare a una perdita di efficienza economica, poiché il costo per mantenere tali norme diventa più alto del loro valore aggiunto per la società.

Negli ultimi vent'anni, ci sono state molte richieste di riduzione del carico regolamentare sulle economie nazionali. Gli economisti hanno guidato questa battaglia dimostrando l'inefficienza generata dalla regolamentazione economica. Hanno sostenuto che l'intervento regolamentare del governo causa più danni all'economia rispetto alle carenze delle forze di mercato che intendeva correggere. Il movimento di deregolamentazione negli anni '80 ha portato sia successi che fallimenti. Una cosa è chiara: una volta che una regolamentazione è stata in vigore per un certo periodo, un ritorno alla situazione pre-regolamentare spesso non è fattibile. Più in generale, la regolamentazione modifica il contesto politico in cui viene implementata e la deregolamentazione segnala una ridefinizione di quel contesto politico, non sempre con risultati prevedibili. Gli anni '90 sono stati il decennio focalizzato sulla competitività: gli interventi governativi vengono valutati in base al loro impatto sulla competitività delle economie nazionali. Sembra che la lezione appresa dagli anni '80 sia che la deregolamentazione, da sola, non risolverà tutti i mali economici. Ogni caso merita un esame più approfondito e talvolta la reregulation è l'ordine del giorno. Negli anni '90, ci stiamo spostando da una posizione di deregolamentazione a una di reregulation o

di regolamentazione migliorata per garantire la competitività.

## **2.The Carrot : I Sussidi come Strumento di Governo**

Gli strumenti di politica economica implicano la distribuzione o la rimozione di risorse materiali, siano esse in contanti o in natura. Questi strumenti rendono certe azioni più economiche o più costose in termini di denaro, tempo, sforzo e altri valori. Tuttavia, i destinatari non sono obbligati a prendere le misure richieste, il che rende gli strumenti economici fondamentalmente diversi dalle regolamentazioni. Gli strumenti economici lasciano sempre ai soggetti un certo margine di scelta se intraprendere un'azione o meno. I destinatari possono decidere di non usufruire di un incentivo governativo, come un sussidio, perché esitano a prendere le misure richieste per ottenerlo. Oppure possono scegliere di richiedere un sussidio perché ritengono che le condizioni ad esso collegate siano vantaggiose. Gli incentivi economici non prescrivono né proibiscono le azioni coinvolte, ma le rendono meno costose. Lo stesso vale per i disincentivi. Una tassa sull'acquisto di tabacco non proibisce ai fumatori abituali di acquistare e godersi i loro sigari e sigarette, ma rende semplicemente più costosa questa abitudine.

Le tasse certamente comportano elementi coercitivi. Nell'atto di acquistare il tabacco, l'acquirente deve pagare la tassa. Ma qual è realmente la differenza tra una tassa e un divieto? Entrambi sembrano implicare una misura di autorità o forza obbligatoria. La differenza è che un divieto proibisce l'azione stessa (l'acquisto di tabacco), mentre l'obbligo nel caso della tassa si applica al pagamento della tassa quando si acquistano sigari, non all'acquisto stesso. C'è una chiara differenza di principio tra vietare l'acquisto di sigari e imporre una tassa su di essi. Va sottolineato che gli strumenti economici includono risorse materiali non monetarie oltre a quelle monetarie. La fornitura di servizi medici gratuiti negli ospedali e nelle cliniche pubbliche, e la fornitura di medicinali gratuiti dalle farmacie sono strumenti economici così come lo sono le indennità per figli a carico erogate in contanti. Un dosso sulla strada per impedire agli automobilisti di superare i limiti di velocità è uno strumento economico così come lo è una tassa sulla benzina.

Durante la pandemia di COVID-19, i sussidi e le sovvenzioni sono stati strumenti cruciali per i governi di molti paesi, tra cui l'Italia e la Cina, per sostenere le economie e aiutare i cittadini in difficoltà. I sussidi, che possono essere classificati come strumenti di politica economica affermativa, sono stati utilizzati per fornire incentivi economici diretti a individui e imprese colpite dalla crisi sanitaria. Nei paesi industrializzati, i sussidi e le sovvenzioni rappresentano una porzione significativa della spesa pubblica. Ad esempio, in paesi come la Germania, il Belgio, i Paesi Bassi, la Francia e la Danimarca, la spesa pubblica per queste forme di aiuto varia tra il 20% e il 35% del PIL.

Una caratteristica fondamentale dei sussidi è che il governo non svolge direttamente le attività supportate, ma cerca di influenzare il comportamento dei destinatari dei sussidi per raggiungere determinati obiettivi. I sussidi cercano di influenzare il comportamento attraverso effetti sul reddito e sulla sostituzione. "L'effetto reddito descrive come le persone reagiscono all'alleviamento del vincolo di bilancio grazie all'aumento del reddito disponibile per uso privato. L'effetto sostituzione descrive come le persone reagiscono ai cambiamenti nei prezzi relativi. I due effetti tendono a presentarsi insieme." Pertanto, i sussidi intendono agire come un incentivo finanziario che spinge il destinatario a intraprendere attività che raggiungeranno gli obiettivi del fornitore del sussidio, in questo caso il governo. A tal fine, il trasferimento è soggetto a determinate condizioni, formulate dal fornitore e relative alle attività da intraprendere. È quindi importante che un sussidio porti a comportamenti che realizzino gli obiettivi formulati dal governo. Durante la pandemia, questo ha significato fornire incentivi finanziari per mantenere l'occupazione, sostenere le piccole imprese e garantire che le famiglie potessero affrontare le difficoltà economiche derivanti dalle misure di lockdown.

### **3.The Sermon: : Programmi Informativi nel Processo di Politiche Pubbliche**

Informazione, la terza categoria, spesso chiamata anche "persuasione morale" o

esortazione, include i tentativi di influenzare le persone attraverso il trasferimento di conoscenze, la comunicazione di argomentazioni ragionate e la persuasione. L'informazione può riguardare la natura del problema, come le persone stanno affrontando il problema, le misure che possono essere adottate per cambiare la situazione attuale e le ragioni per cui queste misure dovrebbero essere adottate dai destinatari. Tuttavia, oltre al trasferimento di conoscenze o a ragionamenti persuasivi, non viene offerto altro per influenzare le persone a fare ciò che il governo ritiene desiderabile. La categoria dell'informazione include tutte le campagne di comunicazione, la diffusione di materiali stampati come brochure, opuscoli, volantini, bollettini, manifesti, etichette, audit, ispezioni, programmi dimostrativi, consigli personalizzati, programmi di formazione e sforzi educativi, e altre forme di raccolta, confezionamento e diffusione di conoscenze e raccomandazioni.

Nel linguaggio comune e nella teoria dell'informazione, "informare" significa fornire fatti oggettivi e corretti su uno stato di cose. Naturalmente, questo significato di base è stato mantenuto nel linguaggio dell'analisi delle politiche pubbliche. Tuttavia, nelle politiche pubbliche, il governo può anche "informare" i cittadini su ciò che è buono o cattivo, giusto o sbagliato. Inoltre, il governo può "fornire informazioni su" ciò che le persone possono fare o su come dovrebbero agire e comportarsi. La categoria dell'informazione copre, quindi, non solo conoscenze oggettive e corrette, ma anche giudizi su quali fenomeni e misure sono buoni o cattivi, e raccomandazioni su come i cittadini dovrebbero agire e comportarsi. Nella letteratura sulle scienze politiche, l'informazione ha abbracciato molto più della semplice trasmissione di conoscenze.

Come per gli strumenti economici di governo, non c'è nessun obbligo o coercizione governativa coinvolta. In nessun caso i destinatari sono obbligati ad agire nel modo suggerito dall'informazione. Seguire o meno le raccomandazioni è completamente a discrezione dei cittadini perché, per definizione, l'informazione non include mezzi di influenza più forti della semplice raccomandazione e del ragionamento concomitante. Questa assenza di obbligo rende l'informazione diversa dalla regolamentazione, che

per definizione contiene regole di condotta obbligatorie. Tuttavia, l'informazione è anche diversa dagli strumenti di politica economica in quanto non comporta la distribuzione o la rimozione di risorse materiali. Le informazioni diffuse possono includere argomenti secondo cui i destinatari beneficeranno materialmente dall'adozione delle misure raccomandate. Tuttavia, il governo non premia materialmente coloro che agiscono, né priva materialmente coloro che non fanno nulla. L'unica cosa offerta sono dati, fatti, conoscenze, argomentazioni e appelli morali.

Un mezzo economico del governo potrebbe informare i membri del pubblico che, a condizione che rispettino determinate disposizioni - ad esempio, guadagnare un reddito inferiore a un certo livello o impegnarsi a svolgere alcune azioni specifiche - saranno idonei a ricevere determinati premi materiali. Queste disposizioni di idoneità costituiscono il contenuto sostanziale degli strumenti economici. Tuttavia, la forza autoritativa - su cui si basa la classificazione tripartita - è qualcosa di molto diverso dal contenuto dell'azione. La forza autoritativa riguarda il grado di vincolo, o meglio, il grado di potere, che l'ente governativo ha investito nel tentativo di governare. In linea di principio, la regolamentazione è più vincolante per i destinatari rispetto ai mezzi economici, e questi ultimi sono più vincolanti dell'informazione. Un divieto sulla produzione di sigari è più vincolante di una tassa imposta sulla loro produzione, che a sua volta è più vincolante dell'informazione che sostiene che questi mezzi di gratificazione sensoriale non dovrebbero essere prodotti.

In sintesi, gli strumenti di politica economica offrono ricompense materiali a chi soddisfa certe condizioni, mentre la regolamentazione impone regole obbligatorie e l'informazione cerca di persuadere senza imporre obblighi. La classificazione degli strumenti di governo si basa quindi sul grado di vincolo esercitato: la regolamentazione è la più vincolante, seguita dai mezzi economici, e infine dall'informazione, che offre solo consigli e raccomandazioni.

## **Capitolo 2: Reazione politica nelle prime fasi della pandemia: risposta e gestione**

### **2.1 La reazione dei governi di Wuhan e Milano all'inizio della pandemia**

#### **2.1.1 La preparazione alla risposta alla pandemia**

La posizione di Wuhan nel cuore della Cina e la sua vasta rete di trasporti hanno fatto sì che il virus si diffondesse rapidamente, proprio prima della stagione di viaggio più intensa al mondo: le vacanze del Festival di Primavera. Per il coronavirus, sia la posizione che il tempismo erano perfetti.

L'indagine ha rivelato che i primi sintomi del caso noto più antico si sono manifestati il 1° dicembre 2019. Secondo i ricordi dei medici della piccola clinica ambulatoriale di Wuhan, il 12 dicembre 2019, l'ospedale ha ricevuto un commerciante di sesso maschile del mercato ittico di Huanan a Wuhan (Ma, 2020). Tuttavia, il reparto di febbre della piccola clinica non era in grado di diagnosticare questi casi, e quindi hanno consigliato al paziente di recarsi in un ospedale meglio attrezzato, trasferendolo così all'Ospedale Centrale di Wuhan.

Tuttavia, l'epidemia passò inosservata fino a quando un medico di Wuhan, chiamato Zhang Jixian, osservò un cluster di polmonite sconosciuta. Zhang era un medico di terapia intensiva presso l'Ospedale di Medicina Integrata Tradizionale Cinese e Occidentale di Hubei. La sua esperienza nella lotta contro la SARS nel 2003 l'aveva resa attenta a un'emergenza di salute pubblica. Il 26 dicembre 2019, una coppia anziana che viveva vicino all'ospedale di Zhang si recò da lei a causa di febbre e tosse. I risultati della TC del torace della coppia mostrarono cambiamenti insoliti nei polmoni, diversi da quelli di qualsiasi polmonite virale conosciuta. La dottoressa Zhang consigliò al figlio della coppia di farsi visitare e trovò condizioni simili. Nello stesso giorno, anche un

paziente del mercato ittico di Huanan che la dottoressa Zhang visitò presentava condizioni insolite (Gao, et al., 2020). Il 27 dicembre, la dottoressa segnalò la sua scoperta al suo ospedale e l'ospedale informò presto il CDC (Centers for Disease Control and Prevention) di Jiangnan, pensando che potesse trattarsi di una malattia infettiva come indicato dal cluster familiare. Come precauzione, disse ai suoi colleghi di indossare dispositivi di protezione e di preparare un'area specializzata nell'ospedale per ricevere pazienti con condizioni simili.

Durante questo periodo, alcuni operatori sanitari hanno tentato di lanciare allarmi sulla pandemia, ma senza successo, incluso il noto 'whistleblower del coronavirus', il dottor Li Wenliang, che aveva cercato di avvertire i suoi compagni di università attraverso WeChat, ma è stato accusato dalle autorità locali di diffondere notizie false.

Il 31 dicembre 2019, la Commissione Sanitaria di Wuhan ha annunciato un cluster di 27 casi di polmonite atipica. Questi casi erano inizialmente collegati al mercato ittico di Huanan, che è stato chiuso e sanificato il giorno successivo (Commission, 2019). L'8 gennaio, i Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie della Cina (China CDC) hanno ufficialmente annunciato che l'agente causale era un nuovo coronavirus strettamente correlato ai coronavirus dei pipistrelli.

Il 16 gennaio, il China CDC ha elevato la risposta all'emergenza al livello I, il livello più alto. Tra il crescente numero di decessi e nuovi casi, la possibilità di trasmissione da uomo a uomo è stata confermata dal dottor Zhong Nanshan, un eminente epidemiologo cinese, il 20 gennaio, il nuovo coronavirus è stato classificato come patogeno di Categoria B, rendendo obbligatoria la segnalazione immediata dei casi. Da quel momento, la diffusione del virus ha accelerato, con casi segnalati a Pechino, Shanghai e Shenzhen.

La crescente pressione ha costretto il governo cinese a prendere una decisione decisiva,



seppur tardiva, il 23 gennaio: il blocco di Wuhan. Nel frattempo, la Cina ha anche innalzato la sua risposta nazionale di salute pubblica al massimo livello di emergenza: Livello 1 su 4 livelli di gravità nel Sistema di Emergenza Cinese, definito come un "incidente estremamente grave"(figura 1).La chiusura di Wuhan è stata annunciata nelle prime ore di questo giorno, vietando a tutti i cittadini di lasciare la città senza un permesso speciale dopo le 10 del mattino. Le altre città della provincia di Hubei, colpite dal virus, hanno successivamente seguito l'esempio con blocchi completi. A questo punto, erano stati segnalati casi in tutte le province, tranne il Tibet. A complicare la situazione c'era il chunyun, la stagione dei viaggi per il Festival di Primavera, considerata il più grande evento di migrazione umana a livello globale. Nel 2020, il Festival di Primavera doveva iniziare il 25 gennaio e milioni di residenti avevano già lasciato Wuhan prima del lockdown.

**Table 1**

**Structure of the public health emergency response levels of China**

<b>Level</b>	<b>Authorization</b>
I	Extremely serious public health emergency Coordinated at the State Council level
II	Serious public health emergency Coordinated at the provincial level with guidance from the State Council if required
III	Public health emergency Coordinated at the municipal level with guidance from the Provincial Health Commission if required
IV	General public health emergency Coordinated at the district level with guidance from the Municipal Health Commission if required

Fonte del grafico:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7475588/>

Per quanto riguarda Italia, all'inizio della pandemia di COVID-19, l'Italia era un paese ancora in ripresa dalla crisi finanziaria del 2008. L'adozione di severe politiche di austerità aveva portato a sostanziali tagli alla spesa pubblica. La riduzione della spesa per il welfare senza dubbio ha avuto un certo impatto sulle infrastrutture pubbliche,

come il sistema sanitario, il sistema educativo e il settore dei servizi sociali. A livello statale, la bassa crescita della produttività, l'elevato debito pubblico, le forti disuguaglianze sociali tra gruppi e territori e le politiche sociali scarsamente integrate erano problemi ancora non risolti. Inoltre, sia a livello locale che globale, le questioni ambientali, dalla inquinamento al cambiamento climatico di origine antropica, potrebbero aver giocato un ruolo nella crisi attuale.

A seguito della crisi economica, sono state adottate numerose misure di contenimento dei costi per ridurre la spesa pubblica. Come quota dell'economia, la spesa sanitaria rappresentava l'8,8% del PIL nel 2017, un punto percentuale al di sotto della media UE del 9,8%. Tra il 2000 e il 2017, il numero di posti letto ospedalieri pro capite in Italia è diminuito di circa il 30%, passando a 3,2 posti letto per 1.000 abitanti, un numero inferiore alla media UE. I confronti internazionali, che considerano diversi parametri, riportano che l'Italia spende il 2,9% della spesa sanitaria totale per la prevenzione, in linea con la media dei paesi OCSE. La spesa per i servizi preventivi destinati agli individui (cioè, immunizzazione e screening) è aumentata nel tempo, mentre i servizi di igiene pubblica e le spese veterinarie sono diminuite (Signorelli, Odone, Bianco, Di Vivo, & Bevere, 2016).

Nel 2016, in Italia, erano operative 12.828 strutture di assistenza residenziale, che offrivano complessivamente 390.689 posti letto (pari a 6,4 ogni 1.000 abitanti). La maggior parte di queste strutture eroga sia servizi sociali che sanitari. Inoltre, il 64% dei posti letto nelle strutture di assistenza residenziale si trovava nelle regioni settentrionali. Nel frattempo, il sistema sanitario italiano stava preparando le proprie strutture per affrontare eventuali emergenze sanitarie future, non sapendo ancora che presto si sarebbe trovata ad affrontare una delle più gravi pandemie della storia moderna.

Il virus è stato confermato per la prima volta in Italia il 31 gennaio 2020, quando due turisti cinesi a Roma sono risultati positivi al virus. Una settimana dopo, un italiano

rimpatriato dalla città di Wuhan, in Cina, è stato ricoverato in ospedale ed è stato confermato come il terzo caso in Italia (sera, 2020).

L primo paziente italiano positivo al COVID-19 è stato segnalato dalle autorità sanitarie locali in Lombardia a Codogno (Lodi) il 20 febbraio. Si trattava di un giovane di 38 anni identificato dal personale sanitario come Paziente 1. Si recò al pronto soccorso dell'ospedale di Codogno almeno due volte il 18 e 19 febbraio con sintomi simili all'influenza, ma il personale non riconobbe la sua infezione come COVID-19. Così, ha diffuso l'infezione a molte persone presenti nel pronto soccorso, inclusi i sanitari, prima di essere ricoverato perché la sua condizione era diventata molto grave. Seguito da numerosi altri casi nelle aree vicine dell'Emilia-Romagna e del Veneto. Il 21 febbraio è stato registrato il primo decesso per COVID-19 in Veneto. Anche in quella data, le autorità della Lombardia hanno dichiarato il lockdown per l'area di Codogno, Lodi e Casalpusterlengo, poi denominata "zona rossa". Allo stesso tempo, persone sintomatiche infette sono apparse anche nel piccolo villaggio di Vò Euganeo, vicino a Padova nella regione del Veneto. Quel villaggio ha rapidamente imposto restrizioni complete di movimento. A partire da quel momento, le strategie per prevenire la diffusione dell'infezione nelle regioni della Lombardia e del Veneto hanno preso strade diverse. La Lombardia ha testato solo le persone sintomatiche per l'infezione da COVID-19; a Vò Euganeo, il personale sanitario ha effettuato screening e testato l'intera popolazione, sintomatica o meno.

Il 31 gennaio 2020, il governo italiano ha dichiarato lo stato di emergenza nazionale per poter affrontare la crisi imminente del COVID-19. La conseguenza più diretta di questo atto è stata che il Dipartimento della Protezione Civile, un ramo operativo della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha assunto il ruolo importante di coordinamento e esecuzione dell'intervento di emergenza. La Protezione Civile è un'organizzazione altamente stimata e rispettata, una reputazione maturata grazie alla loro lunga esperienza nella gestione di terremoti e altri disastri nazionali.

Sono stati creati anche ulteriori comitati e ruoli per affrontare l'emergenza. In particolare, seguendo la cronologia degli eventi, il 3 febbraio, il Dipartimento della Protezione Civile ha istituito un comitato tecnico-scientifico (di seguito CTS), composto da alti funzionari del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dai governi regionali e dallo stesso Dipartimento della Protezione Civile, nonché da esperti clinici (esperti di sanità pubblica, virologi e clinici) per fornire consulenza scientifica al governo. I governi regionali di Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Piemonte, tutti all'epicentro della crisi sanitaria COVID-19 in Italia, hanno anche istituito le proprie task force e comitati consultivi. Inoltre, il 17 marzo, per rispondere alla scarsa disponibilità sia di dispositivi di protezione individuale (DPI) sia di ventilatori, il Presidente del Consiglio ha nominato un commissario incaricato di coordinare il loro approvvigionamento centralizzato. Infine, il 10 aprile, un "comitato di esperti in materia economica e sociale" è stato istituito dal Presidente del Consiglio per sviluppare piani e linee guida per la transizione dal lockdown totale alla riapertura più ampia del paese.

Per quanto riguarda la legittimità, La costituzione del 1948 non regola in dettaglio lo stato di emergenza, ma permette al governo di adottare decreti-legge in caso di necessità e urgenza, validi per massimo due mesi a meno che non siano convertiti in legge dal Parlamento. Lo stato di emergenza è stato dichiarato sulla base della legge sulla protezione civile del 2018, che permette al governo di adottare misure necessarie rispettando i principi generali del sistema giuridico. Questa legge non definisce i poteri specifici del governo né autorizza la limitazione delle libertà fondamentali, ma specifica solo i tipi di emergenze che possono attivare i poteri di protezione civile a vari livelli. Nel caso del COVID-19, la natura della minaccia ha richiesto l'uso dei poteri nazionali di protezione civile. Il capo del Dipartimento della Protezione Civile (DPC— un dipartimento sotto la Presidenza del Consiglio dei Ministri) è stato investito del potere di emanare ordinanze speciali in deroga a qualsiasi disposizione vigente e in conformità con i principi generali dell'ordinamento giuridico. Sebbene di natura amministrativa, questi atti possono derogare alle disposizioni legislative: in questo

modo, l'apparato giuridico è stato attrezzato per intervenire in qualsiasi momento (Palermo, 2022).

Quando è iniziata la pandemia, l'Italia si è affidata a un sistema di governance molto decentralizzato, in particolare nel settore sanitario. Infatti, in questo paese, l'assistenza sanitaria è una responsabilità politica fondamentale dei governi regionali e ciò ha portato persino all'emergere di "regimi di welfare" regionali divergenti e alla frammentazione delle politiche sociali. La decentralizzazione è stata raggiunta aumentando i livelli di "autonomia" regionale e trasferendo una significativa autorità di decisione politica ai governi regionali, mantenendo al contempo l'autorità fiscale piuttosto centralizzata. Il rafforzamento del livello regionale, tuttavia, non è stato accompagnato da meccanismi robusti (formali o informali) di coordinamento territoriale. L'Italia è caratterizzata da alti livelli di "competizione" territoriale verticale e orizzontale, in cui singole regioni o piccoli gruppi di regioni cercano di ottenere il miglior accordo possibile con il governo per sé stessi (Vampa, 2021).

Le dinamiche politiche emerse nella prima fase della crisi riflettevano alcune delle tensioni territoriali preesistenti alla pandemia. I governi centrali hanno iniziato a prendere alcune misure tra la fine di gennaio e l'inizio di febbraio. Il 31 gennaio il governo italiano ha dichiarato lo stato di emergenza. Ciò si basava su una disposizione statutaria, piuttosto che costituzionale: la Legge sulla Protezione Civile del 2018, che autorizza il governo ad adottare "qualsiasi misura necessaria" entro i limiti dei "principi generali dell'ordinamento giuridico" (Vampa, 2021).

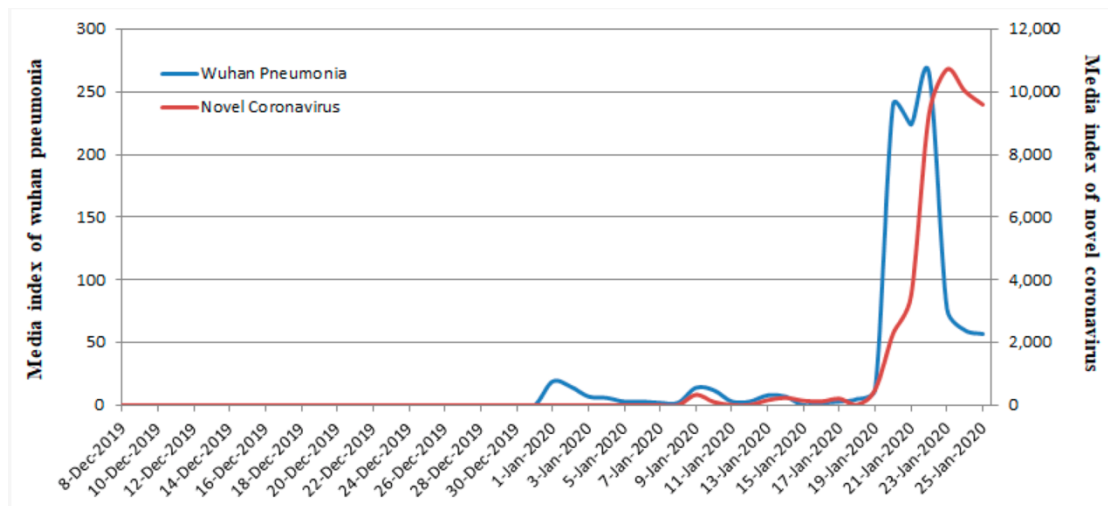
Lo stato di emergenza ha avuto due importanti implicazioni per la gestione della crisi. In primo luogo, per garantire una risposta rapida, al governo è stato permesso di bypassare il Parlamento nella definizione degli interventi legislativi. Il governo ha fatto questo approvando i cosiddetti 'decreti del Presidente del Consiglio'. Questo approccio, sebbene legalmente fondato nella legge italiana, ha sfumato i confini tra il potere esecutivo e legislativo, congelando di fatto il quadro costituzionale. Per questo motivo,

i critici hanno messo in discussione la decisione del governo di prolungare lo stato di emergenza prima fino al 31 ottobre e poi fino al 31 gennaio 2021. In secondo luogo, lo stato di emergenza ha introdotto la possibilità di derogare alle regole esistenti sugli appalti. L'Italia ha regole molto rigide sugli appalti e l'agenzia nazionale anticorruzione è dedicata a verificare la legittimità delle offerte di appalto. Il Dipartimento della Protezione Civile ha emesso nuove regolamentazioni sugli appalti, valide principalmente per l'acquisizione di DPI, test e ventilatori, semplificando e accelerando le procedure esistenti.

Durante la fase di preparazione alla crisi, sia la Cina che l'Italia hanno affrontato un problema evidente: la mancata tempestività nella divulgazione delle informazioni. In Cina, i controlli iniziali dei media hanno lasciato la maggior parte delle persone indifese contro il COVID-19. Sebbene la ricerca dimostri che il controllo dell'informazione può temporaneamente prevenire la diffusione di voci durante una crisi ed eliminare la paura del pubblico, il pubblico sperimenta una paura maggiore se la crisi scoppia su larga scala (Helm, 1981). Per ridurre il panico, sia la Cina che l'Italia hanno, all'inizio della pandemia, in una certa misura, preferito controllare l'informazione.

Il caso cinese conferma che il controllo dell'informazione priva le persone della capacità di prevenire e resistere alle crisi. Nelle prime fasi del COVID-19, il governo cinese ha adottato misure di blocco e controllo delle informazioni per prevenire il panico pubblico, lasciando la maggior parte delle persone impreparate al COVID-19. Ad esempio, una ricerca su Baidu, il motore di ricerca più utilizzato in Cina, con la parola chiave "polmonite di Wuhan" non ha restituito alcun rapporto dei media sulla "polmonite di Wuhan" prima del 31 dicembre 2019 (Figura 2). Ci sono stati pochissimi rapporti nel periodo dal 1 gennaio 2020 al 19 gennaio 2020. La ricerca delle parole chiave "Nuovo Coronavirus" non ha trovato alcun rapporto sul nuovo coronavirus prima dell'8 gennaio 2020. Solo dal 20 e 21 gennaio 2020 si è assistito a un grande aumento delle ricerche per "polmonite di Wuhan", che è stata sostituita da "Nuovo Coronavirus" dopo il 23 gennaio 2020. In sintesi, il governo cinese ha imposto un

severo blocco dei media sulla segnalazione del COVID-19 prima del 31 dicembre 2019 e ha continuato a controllare l'informazione dal 1 gennaio 2020 al 19 gennaio 2020. Solo dal 20 gennaio 2020 i media cinesi hanno iniziato a coprire ampiamente l'argomento.



Fonte del grafico: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/9/3279>

A causa del blocco dei media e del controllo delle informazioni sul COVID-19, la Comunità Baibuting a Wuhan ha tenuto un banchetto con più di 40.000 famiglie il 18 gennaio 2020, che è stato approvato come l'evento infettivo singolo più grave a Wuhan. Ignari del COVID-19, le persone a Wuhan continuavano a frequentare in gran numero luoghi affollati come centri commerciali, supermercati e luoghi di intrattenimento fino al 20 gennaio 2020. Questo ha accelerato la rapida diffusione del COVID-19. Alcuni operatori sanitari hanno cercato di avvertire dell'epidemia, ma tutti sono stati messi a tacere, incluso il famoso "Informante del Coronavirus" Dr. Li Wenliang, che ha cercato di avvertire i suoi compagni di università medica nel suo cerchio WeChat dell'epidemia, ma è stato accusato di diffondere informazioni false dalla polizia locale, sebbene successivamente il governo cinese abbia riconosciuto il contributo del Dr. Li e lo abbia riconosciuto come martire. In sintesi, il controllo delle informazioni e il silenzio dei media hanno direttamente portato la maggior parte delle persone a essere impreparate durante l'epidemia di COVID-19.

Anche l'Italia ha affrontato problemi simili di divulgazione tardiva delle informazioni nelle prime fasi della pandemia. All'inizio del 2020, nonostante fossero stati segnalati i primi casi di COVID-19 nel paese, le autorità italiane non hanno immediatamente riconosciuto la gravità della situazione. Ciò ha portato a ritardi nella comunicazione delle misure di contenimento e nella sensibilizzazione del pubblico. Solo alla fine di febbraio 2020, con l'aumento esponenziale dei casi, il governo italiano ha iniziato a prendere misure più drastiche e a comunicare più apertamente con il pubblico.

La gestione dell'epidemia in Italia è stata compromessa da alcune debolezze comunicative, messaggi contrastanti da parte di vari messaggeri e ritardo nel rilascio delle informazioni (Ruiu, 2022). I messaggi contrastanti tra autorità politiche e scientifiche hanno creato confusione tra la popolazione, rendendo difficile comprendere le misure da seguire. Inoltre, il ritardo nel rilascio delle informazioni ha impedito una risposta tempestiva e coordinata, aggravando la diffusione del virus.

Questa mancanza di tempestività nella divulgazione delle informazioni ha avuto gravi conseguenze, con un rapido aumento del numero di infezioni e decessi nelle settimane successive. La tardiva risposta ha fatto sì che molte persone continuassero a svolgere attività quotidiane senza prendere le necessarie precauzioni, contribuendo così alla diffusione del virus. La tardiva risposta ha fatto sì che molte persone continuassero a svolgere attività quotidiane senza prendere le necessarie precauzioni, contribuendo così alla diffusione del virus.

L'Italia è stato il primo paese europeo a subire l'impatto del COVID-19 e potrebbe essere stata eccessivamente fiduciosa nella fase iniziale della crisi, poiché i suoi rispettivi sistemi sanitari erano tra i migliori al mondo (ad esempio, il ranking di The Lancet), e l'Italia aveva ottenuto buoni risultati nel Global Health Security Index (2019). La minaccia è stata anche notevolmente sminuita in Italia fino alla fine di febbraio 2020. Alcuni studi hanno dimostrato che alcuni problemi sorti durante la gestione della crisi pandemica avrebbero potuto essere minimizzati se le misure politiche fossero state



implementate rapidamente e fossero stati utilizzati gli strumenti politici disponibili (Mattei & Vigevano, 2021). Né i piani pandemici generali a livello del governo centrale, né i piani di preparazione esistenti per l'influenza e l'Ebola, avevano previsto l'entità di un'epidemia come il COVID-19. Tuttavia, essi fornivano strumenti e protocolli utili che non sono stati implementati e sono stati completamente ignorati in molte regioni in Italia.

I sistemi sanitari decentralizzati hanno vantaggi perché incoraggiano l'innovazione nelle regioni che cercano soluzioni alla crisi e queste risposte possono fornire migliori pratiche, come accaduto in Veneto. Tuttavia, è anche probabile che i sistemi decentralizzati rendano più complessa la coordinazione. I governi centrali possono essere tentati di assumersi responsabilità o di evitarle. Questo è avvenuto nel caso dell'Italia e ha reso difficile capire chi fosse responsabile della crisi nelle fasi iniziali, chi dovesse prendere decisioni e chi dovesse essere punito o ricompensato per esse. La crisi del COVID-19 è servita come esperienza di apprendimento sui limiti della pianificazione pre-crisi e sul ruolo svolto dalla capacità di coordinamento durante la gestione della crisi. Ha comunque aiutato a identificare alcuni aspetti della gestione pandemica che richiedono miglioramenti.

### **2.1.2 Politiche di lockdown: Wuhan e Milano**

In Cina, con il primo decesso registrato il 9 gennaio, il momento più favorevole per contenere la diffusione del virus è stato perso a causa del rapido flusso su larga scala di viaggiatori da e verso Wuhan durante la stagione del festival di primavera più trafficata della Cina. Alla fine è stata presa una decisione critica: il lockdown di Wuhan dal 23 gennaio. L'intero paese è passato prontamente in modalità di emergenza per combattere questa epidemia.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito il lockdown di Wuhan "senza precedenti" e ha affermato che mostrava "quanto le autorità siano impegnate a contenere un'epidemia virale". Tuttavia, l'OMS ha chiarito che questa mossa non era

una raccomandazione fatta dall'OMS e che le autorità devono aspettare e vedere quanto sia efficace. Separatamente, l'OMS ha dichiarato che la possibilità di chiudere completamente una città in questo modo era "nuova per la scienza" (Reuters, 2020).

Allo stesso tempo, gli studiosi di vari settori della società hanno opinioni diverse al riguardo. Lo storico della medicina Howard Markel ha sostenuto che il governo cinese "potrebbe ora stare reagendo eccessivamente, imponendo un peso ingiustificabile alla popolazione" e ha affermato che "restrizioni incrementalmente applicate in modo costante e trasparente, tendono a funzionare molto meglio di misure draconiane" (Markel, 2020). Altri, come Anthony Fauci, direttore del National Institute of Allergy and Infectious Diseases, hanno difeso l'intento dei lockdown, citando che i lockdown hanno dato al mondo un "ritardo per prepararsi meglio." Un epidemiologo matematico di nome Gerardo Chowell della Georgia State University ha dichiarato che, basandosi sulla modellizzazione matematica, "le strategie di contenimento implementate in Cina stanno riducendo con successo la trasmissione" (Begley, 2020).

Riguardo al lockdown, anche se a livello internazionale ci sono state alcune controversie, è indiscutibile che, sin dal lockdown di Wuhan, la Cina abbia rapidamente contenuto questa crisi sanitaria senza precedenti e abbia guadagnato tempo per gli altri paesi.

Il momento dell'emergenza del COVID-19 è stato sfidante, i casi erano già aumentati costantemente in Cina e il governo è stato costretto a prendere decisioni difficili intorno al periodo del Capodanno Lunare annuale. Durante questo periodo, più di 1 milione di persone viaggiano per visitare le loro famiglie. La celebrazione porta a grandi raduni, autobus affollati, aerei pieni e movimenti significativi in tutto il paese e a livello globale. Le azioni intraprese in Cina si basavano sulle lezioni apprese dalle epidemie di SARS del 2002-2003, dove non c'era pianificazione di emergenza né un meccanismo. Tuttavia, dopo il 2003, la Cina ha stabilito un piano che è stato successivamente chiamato: Un piano, tre strategie che consisteva in una leadership a

quattro livelli, dal vertice alla comunità (Wang & Wang, 2020). La Cina si è concentrata su tattiche tradizionali di risposta alle epidemie di sanità pubblica, tra cui: isolamento; quarantena; distanziamento sociale; contenimento della comunità; fornitura di cibo da parte del governo locale per una quarantena efficace (Wu & McGoogan, 2020).

Poiché a quel tempo non esistevano né un vaccino né un trattamento farmacologico specifico per la malattia da coronavirus 2019 (COVID-19), è stato utilizzato un insieme di interventi di sanità pubblica (non farmacologici) per controllare l'epidemia. Nel tentativo di prevenire ulteriori diffusioni del COVID-19 dalla sua fonte, tutti i trasporti in entrata e in uscita dalla città di Wuhan sono stati proibiti dalle 10:00 del 23 gennaio 2020, seguiti dal blocco dell'intera provincia di Hubei un giorno dopo. In termini di popolazione coperta, questo sembra essere il più grande tentativo di cordone sanitario nella storia umana.

Il 22 gennaio, la Provincia di Hubei ha avviato il Livello II di Risposta all'Emergenza Sanitaria Pubblica (per eventi sanitari pubblici di grande rilievo). Nello stesso giorno è stato imposto il tracciamento dei contatti con visite porta a porta e indagini da parte dei lavoratori della comunità. Entro due giorni, il 24 gennaio, il Livello II di Risposta all'Emergenza Sanitaria Pubblica è stato elevato a Livello I (il livello più alto per eventi sanitari pubblici estremi). Questo significa che le misure contro questa epidemia sono state coordinate a livello centrale e la riallocazione delle risorse sanitarie tra regioni è stata legittimata. Una delle misure principali è stata imporre un lockdown obbligatorio a Wuhan il 23 gennaio. Sia l'ingresso che l'uscita dalla città sono stati vietati. Tutti i trasporti pubblici inclusi autobus, ferrovie, voli e servizi di traghetto, sarebbero stati sospesi. L'aeroporto di Wuhan, la stazione ferroviaria di Wuhan e la metropolitana di Wuhan sono stati tutti chiusi. Ai residenti di Wuhan è stato inoltre vietato lasciare la città senza il permesso delle autorità. L'avviso ha causato un esodo da Wuhan. Si stima che circa 300.000 persone abbiano lasciato Wuhan solo in treno prima del lockdown delle 10 del mattino. Nel pomeriggio del 23 gennaio, le autorità hanno iniziato a chiudere alcune delle principali autostrade in uscita da Wuhan.

Tutti i servizi pubblici sono stati chiusi, tranne supermercati, ospedali e stazioni di servizio. Anche l'uso delle strutture pubbliche disponibili è stato strettamente controllato. Durante le settimane più severe, solo una persona per famiglia era autorizzata a fare la spesa una volta ogni tre giorni. Restrizioni simili sono state rapidamente imposte in tutte le 15 città della Provincia di Hubei entro due giorni, interessando un totale di 57 milioni di persone. Le festività del Capodanno Cinese sono state trasformate in un periodo di quarantena e sono state prolungate secondo gli ordini del governo. Sotto queste istruzioni, tutte le aziende non essenziali, i negozi, i parchi e le scuole sono rimasti chiusi fino a metà marzo. Un lockdown più severo a livello comunitario (Xiaoqu) è stato imposto a Wuhan l'11 febbraio nell'area urbana e successivamente esteso alle aree rurali a livello di villaggio il 16 febbraio. Durante il lockdown, i residenti potevano entrare e/o uscire dalle comunità/villaggi solo in caso di assoluta necessità e le ispezioni sanitarie erano obbligatorie. Tali misure rigide hanno contribuito a rallentare la trasmissione, ma hanno anche causato un incubo logistico: i prezzi dei generi alimentari sono aumentati, i contadini hanno buttato i loro prodotti marci, gli ospedali non riuscivano a rifornirsi di forniture mediche e medici e pazienti avevano difficoltà persino a recarsi in ospedale.

La chiusura della Cina, è importante notare, non è stata a livello nazionale e la sua implementazione è stata in gran parte disomogenea. Alcune città hanno seguito scrupolosamente l'esempio di Wuhan chiudendo le attività commerciali e la produzione quando hanno registrato picchi di infezioni. Altre città hanno deciso di chiudere le attività per timore di future ritorsioni se la situazione fosse peggiorata. I funzionari locali nelle grandi città, comprese le potenze economiche come Guangzhou, Shanghai, Pechino, Shenzhen e Hangzhou, hanno deciso di non emettere ordini di chiusura totale della città, fiduciosi di poter contenere il virus con restrizioni di viaggio meno severe. Per quelle città che hanno ordinato il lockdown, i governi locali hanno implementato direttive rigide senza margine di interpretazione. Questo si riflette nel termine cinese per il lockdown - fengcheng (封城) - che significa letteralmente sigillare

una città.

Quindi, in altre aree, sono state imposte misure simili, ma in misura minore e per un periodo più breve. Ad esempio, a Shanghai non è stato imposto alcun lockdown obbligatorio. Invece, è stata richiesta la dichiarazione di salute e le ispezioni della temperatura corporea in tutti i principali porti di trasporto (ad esempio, aeroporto, stazione ferroviaria, stazione degli autobus, ingresso dell'autostrada). Un sistema di registrazione con nome reale nei trasporti pubblici (esclusi autobus, metropolitana e taxi) è stato implementato in Cina da decenni. Insieme alla diffusione delle informazioni sui social media, il tracciamento dei contatti dei viaggiatori è stato abilitato e implementato anche prima della segnalazione del primo caso a Shanghai. Come misura obbligatoria, gli ingressi e le uscite delle comunità e dei villaggi erano sotto controllo (in misura minore rispetto a quelli di Wuhan). Similmente a Wuhan, il governo ha annunciato la chiusura delle scuole e di tutte le aziende non essenziali, dei trasporti pubblici non essenziali, dei negozi e dei parchi. Lockdown successivi sono stati introdotti in altre regioni della Cina in risposta a focolai localizzati nei due anni successivi. Il più grande di questi è stato a Shanghai all'inizio del 2022.

L'implementazione del lockdown in Cina è stata in gran parte modellata dalle relazioni gerarchiche tra il governo centrale e quello locale. La decisione di mettere in lockdown Wuhan mostra dove risiede il potere nel sistema politico a tre livelli: tra il governo centrale, provinciale e municipale, il governo centrale è l'attore più potente. Sebbene le autorità cittadine esercitino una discreta autonomia nelle loro giurisdizioni, il potere in una crisi di tale portata è detenuto dal governo centrale. Dopo il ritardo iniziale, è stato il governo centrale a intervenire rapidamente e a potenziare la risposta a livello nazionale. Poco dopo aver imposto il lockdown, il governo centrale ha anche rimosso il sindaco di Wuhan e il segretario del partito della provincia di Hubei.

In questo modo, il governo centrale ha protetto se stesso dalle critiche, addossando la colpa agli ufficiali locali incompetenti e licenziandoli. Ha dimostrato al paese che la

situazione era stata gestita male dalle autorità locali, ma che sarebbe stata posta sotto controllo grazie alla guida ferma del governo centrale. Questa azione non solo ha riaffermato l'autorità del governo centrale, ma ha anche rassicurato la popolazione che misure decisive erano in atto per affrontare la crisi. Inoltre, ha evidenziato l'importanza di una leadership centralizzata e coordinata in tempi di emergenza, rafforzando l'idea che il potere centralizzato è cruciale per la gestione efficace di crisi di tale portata.

Durante l'implementazione del lockdown, la Cina ha adottato una serie di strumenti di politica per coordinare il personale governativo nella gestione della crisi e per sollecitare la popolazione a rispettare le misure di lockdown. Questo era fondamentale per il successo dell'implementazione delle politiche. Per evitare che la situazione peggiorasse, le politiche di lockdown in Cina erano estremamente coercitive. Tuttavia, la coercizione non è mai stata l'unico strumento politico, poiché né la Cina né l'Italia sono dittature con un imperatore, ma entrambe sono nazioni democratiche. Pertanto, oltre a utilizzare misure coercitive per far rimanere le persone a casa, era necessario anche implementare alcuni incentivi per garantire che il personale governativo e la popolazione rispettassero effettivamente le politiche e le regole stabilite.

Questa serie di strumenti è conosciuta come "carote, bastoni e prediche," "bastone" si riferisce alle misure coercitive e regolative imposte per garantire il rispetto delle direttive del governo. Durante l'epidemia di COVID-19, uno degli strumenti principali è stato il lockdown obbligatorio di Wuhan, imposto il 23 gennaio 2020. Questo ha comportato il divieto di ingresso e uscita dalla città, la sospensione di tutti i trasporti pubblici e la chiusura di tutte le strutture pubbliche, tranne supermercati, ospedali e stazioni di servizio. Le autorità locali hanno attuato controlli rigorosi per garantire che i residenti rispettassero le misure di quarantena, e durante le settimane più severe, solo una persona per famiglia poteva fare la spesa una volta ogni tre giorni. Queste misure coercitive hanno contribuito a limitare la diffusione del virus e a mantenere l'ordine pubblico.

Per quanto riguarda la gestione della pandemia e la motivazione dei funzionari governativi, La "carota" si riferisce agli incentivi economici offerti per motivare il personale governativo e la popolazione a collaborare con le misure di contenimento. La Cina ha implementato promozioni rapide per offrire incentivi politici ai quadri locali affinché migliorassero la gestione della crisi.

per incoraggiare i funzionari locali a migliorare la gestione della crisi. Questa tradizione di "promozione sul campo di battaglia" risale ai tempi della lotta armata rivoluzionaria, quando le promozioni eccezionali erano considerate un riconoscimento importante per i militari meritevoli. In gestione della crisi, strategie simili sono state utilizzate per incoraggiare la dedizione dei funzionari pubblici. Pochi giorni dopo il lockdown di Wuhan, il Comitato Centrale del Partito Comunista Cinese ha rilasciato una circolare ad alto profilo, sottolineando che: "I comitati di partito a tutti i livelli devono incoraggiare i membri, in particolare i quadri, a dedicarsi a questa campagna... I quadri devono essere valutati in base alle loro prestazioni in prima linea... I quadri che si distinguono devono essere generosamente promossi e riconosciuti." Pertanto, le rapide promozioni sono sia un forte incentivo politico che una ricompensa importante per i funzionari che si sono distinti nelle loro prestazioni (He, Shi, & Liu, 2020).

Il governo cinese ha utilizzato lo strumento della carota non solo per fornire incentivi politici ai funzionari locali, ma anche attraverso una serie di misure di incentivazione economica per sostenere la popolazione. Queste misure mirano a ridurre l'impatto della pandemia sull'economia e sulla società, e a incoraggiare il pubblico a collaborare con le misure di controllo.

L'Italia è stato il primo paese dell'UE ad essere colpito dall'epidemia di COVID-19. La risposta iniziale sia del governo nazionale italiano che dei governi regionali, delle organizzazioni imprenditoriali e del pubblico generale è stata di incredulità e inazione. Tuttavia, la dichiarazione dello stato di emergenza all'inizio della crisi ha permesso al governo nazionale di prendere decisioni immediate ed esecutive per affrontare la crisi sanitaria. In questo contesto, la decisione di imporre misure di lockdown rigide, simili

a quelle imposte dalla Cina, è stata un esercizio difficile poiché richiedeva di affrontare il compromesso senza precedenti tra l'applicazione di misure che incidono sulle libertà individuali in un sistema democratico e la necessità di contenere, o almeno mitigare, la diffusione del virus. I ritardi nell'attuazione delle misure di lockdown, specialmente nella chiusura delle attività produttive non essenziali, sono stati dovuti alla necessità di ottenere il consenso sia delle industrie che dei rappresentanti sindacali. Anche se il termine italiano per lockdown è "chiusura totale," le misure di lockdown implementate in Italia non sono state né totali né efficaci nel chiudere completamente città e regioni. Al contrario, sono state frammentarie e porose.

Il primo ordine di lockdown è stato emesso in un gruppo di città nelle regioni della Lombardia e del Veneto, nel nord, il 22 febbraio 2020. L'8 marzo, è stato esteso a tutta la Lombardia e ad altre 14 province settentrionali (figura 3). Tuttavia, l'ordine di lockdown non è stato seguito rigorosamente in molte città della regione settentrionale, e i residenti potevano ottenere moduli di "auto-certificazione" che permettevano loro di viaggiare dentro e fuori dall'area chiusa per lavoro, salute o "altre necessità." Il significato di "altre necessità" era vago. I parametri poco chiari del decreto di lockdown hanno alimentato conflitti tra Roma e i governi regionali, che erano responsabili dell'applicazione dell'ordine.

Il 9 marzo, il governo centrale ha dichiarato un lockdown nazionale, chiudendo parchi e vietando le attività all'aperto, incluso fare lunghe passeggiate lontano da casa. Il 21 marzo, il governo centrale ha chiuso tutte le attività e le industrie non essenziali, aggiungendo ulteriori restrizioni al movimento delle persone. Questa serie di misure, pur essendo un tentativo di contenere la pandemia, ha evidenziato le difficoltà di coordinamento e le tensioni politiche interne, sottolineando la necessità di una risposta più coesa e coordinata per affrontare emergenze sanitarie di tale portata.



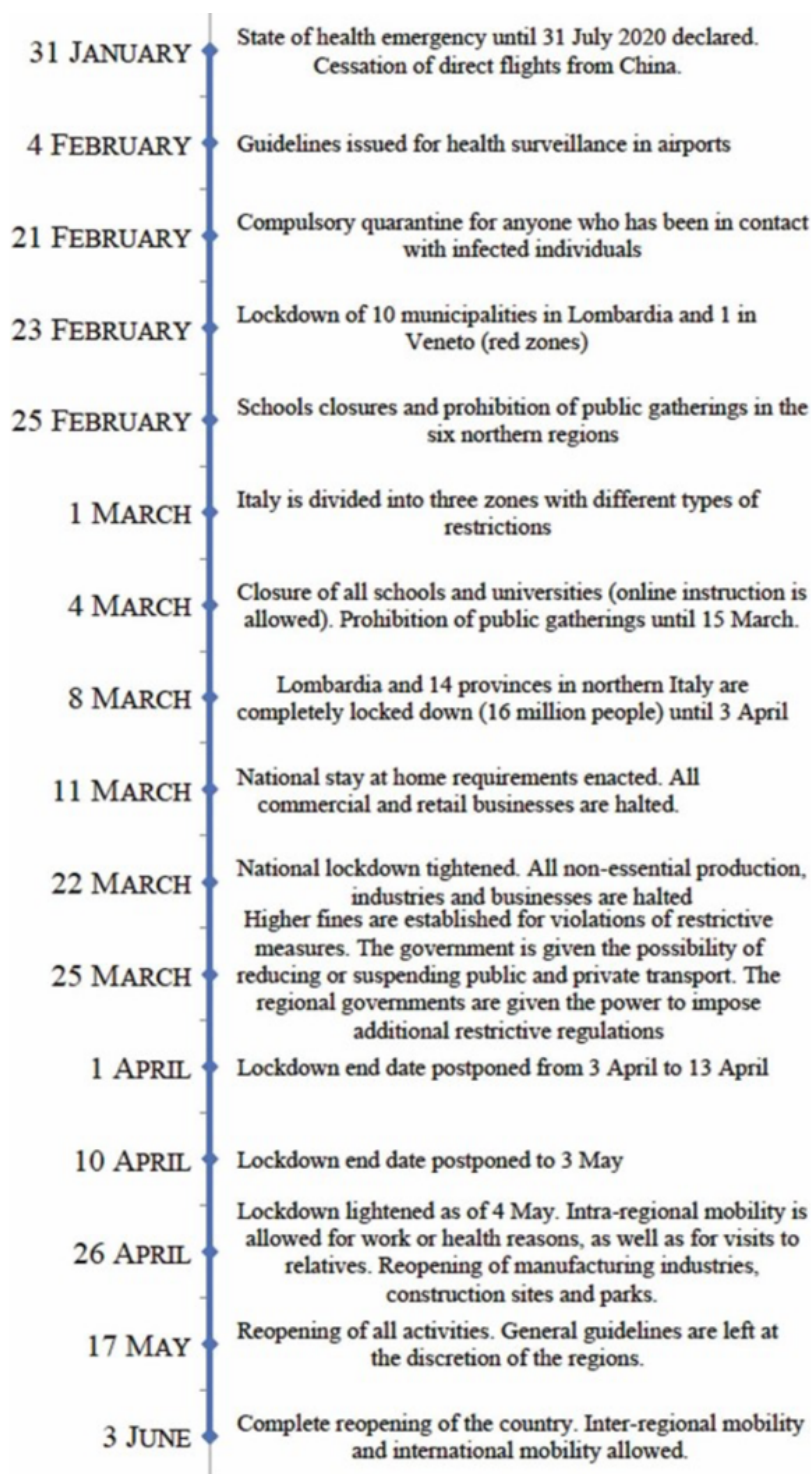


Figura 3: Tempistica e contenuto delle principali decisioni di mitigazione a livello nazionale (processi di lockdown e di riapertura).Fonte del grafico:

<https://academic.oup.com/policyandsociety/article/39/3/326/6407896>

Pertanto, il primo problema è che l'Italia ha implementato il lockdown in modo frammentato, tra messaggi contrastanti da parte dei funzionari governativi che hanno generato grande confusione. Un lockdown efficace richiede un intervento tempestivo, regole chiare e un'applicazione rigorosa, nessuna delle quali è avvenuta in Italia. Le autorità locali spesso adottavano misure discordanti, creando ulteriori incertezze tra la popolazione. L'ordine di lockdown in Italia è sempre stato in ritardo rispetto alla curva delle infezioni. Questo ritardo ha permesso al virus di diffondersi più ampiamente, aggravando ulteriormente la crisi sanitaria. La pandemia, fortemente politicizzata, è stata sfruttata da diversi partiti politici per screditarsi a vicenda, complicando ulteriormente la risposta unitaria necessaria per affrontare l'emergenza. L'applicazione frammentata del lockdown mette in evidenza i governi volatili dell'Italia e le relazioni competitive tra il governo centrale e le regioni, che spesso hanno agito in base a interessi politici locali piuttosto che a un coordinamento nazionale efficace.

In secondo luogo, la risposta lenta dell'Italia riflette il sistema politico volatile del paese e le tese relazioni tra il governo centrale e le regioni. Fino alla sua unificazione nel 1861, l'Italia era un mosaico di città-stato e repubbliche indipendenti. Il governo centrale ha consolidato il potere durante il regime fascista degli anni '20. La sua costituzione attuale definisce un sistema complesso di territori che include regioni, province e comuni. Le regioni godono di un notevole potere e risorse. Ogni regione elegge il proprio presidente, e i presidenti regionali sono responsabili della risposta alle emergenze sanitarie pubbliche. Le regioni settentrionali più colpite, come la Lombardia, il Veneto e il Piemonte, sono governate da partiti di opposizione come la Lega di destra e Forza Italia. L'attuale governo, guidato dal primo ministro Conte, è formato da una fragile coalizione di centro-sinistra tra il Partito Democratico e il Movimento Cinque Stelle, che non vanno d'accordo tra loro. La competizione tra i partiti ha frammentato significativamente la risposta dell'Italia alla crisi.

Quindi, il modo in cui il lockdown è stato implementato in Italia è stato in gran parte modellato dalla sua politica volatile. I governi centrali e regionali, formati su fragili

alleanze di partiti politici competitivi, si sono incolpati a vicenda per la mancanza di azione. Il governo centrale ha cercato di potenziare la risposta, ma ha incontrato una reazione negativa da parte dei presidenti regionali. La competizione tra i partiti ha complicato gli sforzi del governo centrale di intervenire a livello regionale, poiché la regione settentrionale è governata da partiti di opposizione. Con l'aumento del numero di morti e l'Italia che ha superato la Cina diventando il paese con il maggior numero di decessi per Covid-19 il 19 marzo, i diversi partiti politici hanno finalmente messo da parte temporaneamente le loro divergenze, negoziando uno sforzo coordinato per mitigare insieme la crisi.

Questo contesto politico frammentato ha reso difficile per l'Italia rispondere in modo efficace e coordinato alla pandemia. Le tensioni tra il governo centrale e le autorità regionali, insieme alla competizione politica, hanno contribuito a una gestione della crisi meno efficace, con misure spesso tardive e incoerenti. La necessità di un intervento rapido e di una chiara comunicazione delle direttive è stata compromessa dalle rivalità politiche e dalla mancanza di cooperazione tra i vari livelli di governo, evidenziando la complessità della governance in Italia durante una crisi sanitaria di questa portata.

I diversi partiti politici hanno politicizzato la pandemia per screditare i loro avversari. Il Primo Ministro Conte ha cercato di spostare la colpa della sua gestione della crisi sui governatori regionali, lamentandosi che non avevano risposto alla crisi in modo competente. Dalle regioni, i partiti di opposizione hanno cercato di utilizzare la pandemia per promuovere le loro politiche xenofobe e anti-immigrazione. Matteo Salvini, leader del partito di destra Lega, ha suggerito di mettere in quarantena ogni passeggero proveniente dalla Cina. Con il senno di poi, probabilmente era la cosa giusta da fare, ma il passato di Salvini nel promuovere politiche anti-immigrazione ha screditato le sue opinioni. Altri funzionari della sanità pubblica che raccomandavano misure di quarantena simili sono stati criticati per essere sostenitori della Lega. Tuttavia, anche i politici della Lega hanno inviato messaggi contrastanti, minimizzando

la minaccia della pandemia. Attilio Fontana, governatore della Lombardia per la Lega, ha paragonato il COVID-19 all'influenza stagionale.

Inoltre, la mancanza di un coordinamento efficace tra il governo centrale e i governi regionali ha complicato ulteriormente la situazione. Nonostante il governo centrale abbia cercato di imporre linee guida uniformi, l'implementazione e l'adesione a queste linee guida sono state spesso influenzate dalle priorità e dalle capacità locali. Questo ha portato a situazioni in cui alcune regioni hanno adottato approcci molto diversi, creando confusione tra la popolazione e rendendo più difficile il controllo della diffusione del virus.

Per affrontare queste sfide, sarebbe stato necessario rafforzare i meccanismi di coordinamento tra i vari livelli di governo. La creazione di un quadro di governance più integrato avrebbe potuto facilitare una risposta più coerente e efficace alla pandemia, assicurando che tutte le regioni potessero beneficiare delle stesse risorse e supporto per gestire la crisi sanitaria (Vampa, 2021). In sintesi, l'esperienza italiana durante la pandemia ha evidenziato i punti di forza e le debolezze di un sistema decentralizzato di governance sanitaria. Mentre la decentralizzazione può promuovere l'innovazione e l'adattamento locale, la mancanza di coordinamento e la competizione territoriale possono ostacolare una risposta unitaria ed efficace in tempi di crisi. La lezione da trarre è che un equilibrio tra autonomia regionale e coordinamento centrale è essenziale per affrontare emergenze sanitarie di vasta portata.

D'altra parte, L'Italia ha fatto ricorso al lockdown perché il governo ha perso la finestra temporale per intervenire tempestivamente. Come analizzato in precedenza, all'arrivo della pandemia né la Cina né l'Italia erano pronte ad affrontarla. Nella fase iniziale dell'epidemia, sia il governo nazionale che quelli regionali hanno minimizzato il rischio di contagio. Il 31 gennaio 2020, l'Italia ha segnalato i suoi primi casi di COVID-19: due turisti cinesi provenienti da Wuhan in visita a Roma. Lo stesso giorno, l'Italia ha

dichiarato lo stato di emergenza e ha sospeso tutti i voli da e per la Cina, ma ha permesso a migliaia di passeggeri di raggiungere l'Italia dalla Cina tramite voli con scali. Nelle settimane successive, sia i politici nazionali che quelli regionali hanno continuato a minimizzare il rischio di contagio. Il primo ministro italiano Giuseppe Conte ha attribuito l'alto numero di infezioni in Lombardia e Veneto ai test aggressivi condotti in queste regioni. Ha anche criticato i media per aver esagerato l'entità del contagio. Le grandi manifestazioni pubbliche sono continuate. Il 19 febbraio, si è tenuta una grande partita di calcio a Bergamo con più di 40.000 spettatori. Analogamente, a causa del blocco dei media e del controllo delle informazioni sul COVID-19, la comunità di Baibuting a Wuhan ha tenuto un banchetto con più di 40.000 famiglie il 18 gennaio 2020. Bergamo è diventata in seguito un'altra città duramente colpita. A Milano, il sindaco ha lanciato la campagna "Milano non si ferma" e ha riaperto molti siti turistici.

A livello municipale, l'applicazione del lockdown è stata eseguita dalla polizia. Ma almeno all'inizio, gli ordini di lockdown non sono stati seguiti rigorosamente. Mentre le infezioni aumentavano, le persone affollavano ancora i bar nelle grandi città, le località sciistiche nelle Alpi e le spiagge nelle città costiere. Molti sindaci hanno sollecitato i governi centrali e regionali a inviare più forze dell'ordine per far rispettare le misure. Alcuni sindaci sono andati personalmente nelle piazze, nei parchi e sulle spiagge per dire ai residenti di tornare a casa; altri hanno utilizzato i social media per esortare le persone a rimanere all'interno.

Vale la pena menzionare che la fase iniziale dell'emergenza è stata caratterizzata da un basso livello di conformità e aderenza alle misure di sanità pubblica. Un esempio è il massiccio flusso di persone che hanno viaggiato dalle regioni settentrionali più colpite verso il sud, prima dell'introduzione del lockdown nazionale a marzo, dopo che questa politica è stata prematuramente trapelata alla stampa, e che potrebbe aver avuto un impatto negativo sulla diffusione dell'epidemia in aree precedentemente non colpite (Bosa, et al., 2020). Tuttavia, la maggior parte delle regioni meridionali ha preso immediatamente provvedimenti per gestire il flusso di persone provenienti dalle

regioni settentrionali, ad esempio introducendo un periodo di autoisolamento di 14 giorni per le persone in viaggio dalle regioni più colpite. Questo potrebbe aver permesso a queste regioni di mantenere i loro numeri iniziali di casi positivi di COVID-19 più bassi e di "appiattire la curva" prima delle regioni settentrionali (Bosa, et al., 2020). La seconda ondata della pandemia non risparmia le regioni meridionali, rivelando debolezze preesistenti nei loro modelli di organizzazione e fornitura dell'assistenza sanitaria.

## **2.2 Distribuzione delle risorse e gestione governativa durante la pandemia**

### **2.2.1 Gestione e allocazione delle risorse mediche**

Per lungo tempo, la Cina ha avuto riserve insufficienti di risorse mediche per le malattie infettive. A Wuhan, la pandemia è iniziata e 14 milioni di persone (8,5 milioni di residenti locali e oltre 5 milioni di lavoratori migranti o studenti le cui città di origine sono in altre parti della Cina) potevano accedere solo a due ospedali che trattano malattie infettive. Il numero totale di posti letto in questi ospedali è di circa 900, il che equivale a 0,64 posti letto per 10.000 persone. Questo è molto al di sotto dello standard per il numero di posti letto negli ospedali per malattie infettive in Cina, che va da 1,2 a 1,5 posti letto per 10.000 persone (Ding, et al., 2020).

Il 23 gennaio 2020, a Wuhan non c'erano posti letto disponibili per le persone infette e per coloro che sospettavano di essere infetti. Per affrontare questa emergenza e isolare meglio i pazienti, è stato costruito un ospedale specializzato chiamato Ospedale Huoshenshan come contromisura alla pandemia. Il governo della città di Wuhan aveva richiesto a un'impresa statale di costruire tale ospedale "alla massima velocità" paragonabile a quella dell'epidemia di SARS del 2003. All'apertura, l'ospedale specializzato disponeva di 1.000 posti letto e occupava 30.000 metri quadrati.

L'ospedale è modellato sull'Ospedale Xiaotangshan, che è stato realizzato per l'epidemia di SARS del 2003, costruito in soli sette giorni. Il 25 gennaio le autorità hanno annunciato i piani per l'Ospedale Leishenshan, un secondo ospedale da campo utilizzando lo stesso design, con una capacità di 1.600 posti letto; le operazioni sono iniziate il 6 febbraio. Entro tre settimane dai primi casi conosciuti, il governo ha costruito sedici grandi ospedali mobili a Wuhan e ha inviato 40.000 operatori sanitari nella città. A causa della carenza di posti letto, i medici potevano solo consigliare ai pazienti che sospettavano di avere il COVID-19 e a quelli con sintomi lievi di isolarsi a casa. Questo ha portato a un forte aumento del numero di trasmissioni familiari.

Sebbene ci sia sempre stata una carenza nelle riserve di risorse mediche per le malattie infettive, gli stati autoritari sono di solito trovati in una posizione vantaggiosa nella mobilitazione delle risorse durante le crisi. Lo stato cinese, in particolare, ha dimostrato una notevole capacità di mobilitazione nei soccorsi in caso di disastri e nella ricostruzione post-disastro. La sua capacità di estrarre enormi risorse umane e materiali è in gran parte sostenuta da due condizioni cruciali: l'allocazione nazionale delle risorse e il grande settore delle imprese statali. In primo luogo, il forte governo centrale autoritario consente al governo cinese di raccogliere vaste risorse sia dai subordinati civili che militari, di solito in termini non negoziabili a causa degli obblighi politici dei subordinati verso lo stato. L'Esercito Popolare di Liberazione (PLA), in particolare, svolge un ruolo fondamentale nel controllo delle pandemie e nei soccorsi in caso di disastri. Nella battaglia contro il Covid-19, circa 4000 operatori sanitari militari accompagnati da abbondanti attrezzature e forniture sono stati inviati a Wuhan dal PLA. Uno dei due ospedali da campo recentemente istituiti per curare i casi più gravi è stato preso in carico da squadre mediche militari.

in secondo luogo, mentre i governi di alcuni paesi hanno faticato con le risorse materiali nella battaglia contro il Covid-19, il governo cinese si trova in una posizione molto più favorevole perché il vasto settore delle imprese statali (SOE) fornisce una solida base economica per la mobilitazione delle risorse materiali. A differenza delle

loro controparti private nell'economia di mercato, le SOE in Cina sono soggette a vincoli di bilancio relativamente morbidi. Soddisfare i mandati politici è importante quanto le prestazioni di mercato. Dominando le industrie strategiche, le grandi SOE possono organizzare enormi forniture per la lotta contro la pandemia, indipendentemente dai costi. Ad esempio, i due ospedali da campo specializzati menzionati sopra (l'Ospedale Huoshenshan e Leishenshan) sono stati costruiti da aziende edili statali a una velocità sorprendente: meno di due settimane.

L'esplosiva epidemia scoppiata a Hubei—particolarmente a Wuhan—tra gennaio e febbraio 2020 ha quasi paralizzato il sistema medico locale. La mancanza di personale, posti letto ospedalieri, dispositivi di protezione individuale, kit di test e altre forniture necessarie era grave, il che avrebbe potuto portare a una rapida diffusione del virus se i pazienti infetti non fossero stati isolati e trattati. Le autorità cinesi hanno lanciato un programma di assistenza abbinata uno a uno in cui le province sono state assegnate per fornire assistenza alle città colpite dall'epidemia. La Cina ha una tradizione ben consolidata di questo tipo di solidarietà comunista come parte del suo stile di gestione delle crisi. Il governo centrale ha abbinato 19 province con 16 città prefettizie di Hubei. Le province assistenti erano responsabili dell'invio di squadre mediche, attrezzature e forniture necessarie a Hubei. Questa assistenza uno a uno ha notevolmente migliorato la capacità di risposta del sistema medico a Hubei ed è stata determinante per il rapido contenimento del Covid-19 nell'epicentro. Ad esempio, poco dopo che le squadre di assistenza medica hanno preso in carico il trattamento del Covid-19 a Wuhan, la percentuale di casi confermati gravi è scesa dal 32,4% al 18% (Gao & Yu, 2020).

Nonostante le sfide senza precedenti poste dalla pandemia di COVID-19, l'Italia ha dimostrato una notevole capacità di adattamento e riorganizzazione del sistema sanitario. La rapida riallocazione delle risorse e l'implementazione di misure straordinarie hanno permesso di affrontare efficacemente l'emergenza, garantendo cure intensive ai pazienti più bisognosi. Inoltre, la struttura di governance multilivello



dell'Italia e il suo sistema sanitario decentralizzato hanno permesso ai governi locali (sia regionali che municipali) di adattare le loro risposte alle esigenze della popolazione e di adottare proattivamente ulteriori misure come richiesto dallo sviluppo epidemiologico dell'epidemia di COVID-19 nelle rispettive aree. Questo sforzo collettivo ha evidenziato la resilienza e la dedizione degli operatori sanitari italiani e la capacità del paese di mobilitarsi di fronte a una crisi globale.

A causa dell'afflusso di pazienti COVID-19 che richiedevano cure mediche, e in particolare terapie intensive, si è resa necessaria quasi ovunque una rapida e vasta riorganizzazione della fornitura dei servizi sanitari (Remuzzi e Remuzzi, 2020). La maggior parte dei sistemi sanitari regionali ha subito una drastica riduzione della capacità di trattare i pazienti chirurgici, dovuta alla riallocazione delle risorse per rispondere alla pandemia e al consiglio del governo di sospendere tutti gli interventi chirurgici elettivi non urgenti.

In Italia, durante le 12 settimane di maggiore emergenza, sono stati cancellati circa 50.552 interventi chirurgici a settimana. La cancellazione ha interessato oltre il 90% delle chirurgie benigne, come le sostituzioni di anca e ginocchio, e tra il 20 e il 29% per quelle ostetriche e oncologiche. Inoltre, le procedure ambulatoriali sono state sospese per allocare risorse e personale al trattamento dei pazienti COVID-19. I pazienti con malattie croniche hanno subito modifiche agli standard di cura abituali (Bosa, et al., 2020).

all'inizio dell'epidemia di COVID-19, la regione Lombardia ha istituito un centro di coordinamento dedicato alla gestione strategica e alla riorganizzazione dell'attività medica. L'obiettivo era continuare a garantire l'assistenza sanitaria alla popolazione generale affrontando al contempo l'aumento della domanda di risorse dovuto all'emergenza sanitaria pubblica del COVID-19. L'attività clinica e chirurgica è stata prontamente riorganizzata in diversi hub per le malattie acute.

Prendo come esempio l'Ospedale San Raffaele di Milano. L'Istituto Scientifico San

Raffaele è un ospedale universitario di terzo livello con 1318 posti letto a Milano. Sebbene sia un'istituzione privata, la maggior parte dei suoi servizi medici è fornita nell'ambito del sistema sanitario nazionale. Fondato nel 1969, il San Raffaele è attualmente il più grande centro in Italia per la chirurgia maggiore. Durante la pandemia, è stato selezionato come hub di riferimento cardiovascolare. Una rete di ospedali spoke fa riferimento al San Raffaele per le urgenze e le emergenze cardiologiche, vascolari e di chirurgia cardiaca. In caso di necessità, i chirurghi degli ospedali spoke si recano all'hub per eseguire le procedure necessarie. Questo modello di hub e spoke è stato esteso anche ad altre specialità mediche in diversi ospedali lombardi per gestire situazioni come ictus, oncologia, traumi e altre emergenze generali. Parallelamente, l'attività chirurgica elettiva è stata ridotta, limitandosi infine agli interventi oncologici urgenti e di emergenza. Un'unità di crisi speciale, composta da membri dell'esecutivo dell'ospedale e specialisti di varie discipline, si riunisce quotidianamente per prioritizzare gli interventi chirurgici. Questa organizzazione ha permesso di liberare risorse, concentrando gli sforzi sul trattamento dei pazienti COVID-19 e alleviando la pressione sulle strutture sanitarie (Zangrillo, 2020). Una delle prime misure adottate dall'ospedale è stata la creazione di percorsi dedicati per i pazienti con sospetta o confermata infezione da COVID-19. Questa iniziativa aveva lo scopo di minimizzare i contatti tra i pazienti, limitando così la diffusione del virus. I pazienti vengono sottoposti a uno screening per l'infezione e valutati clinicamente in una nuova area di triage da personale sanitario qualificato. Tutti i pazienti che presentano sintomi respiratori sono considerati positivi al SARS-CoV-2 fino a prova contraria. Dopo il primo screening, basato sui segni vitali, esami di laboratorio e esame fisico, i pazienti vengono gradualmente allocati in base alla gravità delle loro condizioni, variando dalla dimissione a domicilio fino al ricovero in terapia intensiva.

Tuttavia, la pandemia di COVID-19 ha evidenziato e aggravato le carenze del sistema sanitario italiano, caratterizzato da un sottofinanziamento e una mancanza di personale, soprattutto infermieristico. Per far fronte all'emergenza, il governo ha adottato varie misure, tra cui il richiamo di medici e infermieri in pensione,

l'assunzione di nuovi professionisti e la redistribuzione del personale, al fine di garantire la capacità di risposta del sistema sanitario alla crescente domanda di cure intensive. La necessità di ampliare la capacità di produzione per trattare i pazienti affetti da COVID-19 ha comportato la sospensione della maggior parte delle attività sanitarie elettive e lo spostamento del personale verso la cura intensiva e acuta dei pazienti COVID-19. Questo ha significato anche un aumento delle ore lavorative e dei turni per il personale medico e infermieristico in servizio. L'emergenza ha quindi amplificato tutte le conseguenze negative del sottofinanziamento estensivo del sistema sanitario italiano e del blocco del turnover del personale.

Come molti altri paesi OCSE, l'Italia soffriva da tempo di carenze di personale nel settore sanitario e di un invecchiamento della forza lavoro medica. Secondo gli indicatori OCSE "Health at a Glance" (2019), nel 2017 l'Italia aveva la più alta percentuale di medici di 55 anni e oltre tra tutti i paesi OCSE, con un aumento del 36% tra il 2000 e il 2017. Tuttavia, il problema delle carenze di personale riguarda in particolare gli infermieri. L'Italia ha infatti meno infermieri rispetto alla quasi totalità dei paesi dell'Europa occidentale (esclusa la Spagna), con 5,8 infermieri per 1000 abitanti rispetto alla media europea di 8,5. Sebbene l'Italia si collochi meglio rispetto ai suoi pari europei in termini di medici (4,0 medici per 1000 abitanti rispetto alla media UE di 3,6), ha il rapporto medico-infermiere più basso dell'OCSE (1,4 infermieri per medico).

Nonostante i recenti tentativi del governo italiano di affrontare questo squilibrio aumentando il numero di studenti che si formano per diventare infermieri (il numero è aumentato a 13.000 nel 2014 da un minimo di 3100), la crisi del COVID-19 ha aggravato la carenza di professionisti sanitari nel SSN, con un'incidenza pre-COVID-19 di personale medico di circa 95 lavoratori per 10.000 abitanti (57 infermieri, 19 medici e 19 altri tecnici). La carenza di infermieri e medici in prima linea nella risposta all'emergenza, anche in considerazione del alto numero di operatori sanitari risultati positivi al COVID-19, ha costretto il governo a introdurre diverse misure per far fronte

alla crescente domanda di personale sanitario. Queste misure includevano la redistribuzione interregionale del personale sanitario, la riassunzione di medici, infermieri e altri professionisti sanitari in pensione, la creazione di percorsi di reclutamento accelerato, la possibilità di impiegare personale in modo freelance e l'assunzione di 20.000 professionisti sanitari (un aumento del 3,5% della forza lavoro sanitaria): tra questi, più di 4300 medici aggiuntivi, principalmente anestesisti; circa 9700 infermieri; e 6000 altri professionisti sanitari, principalmente tecnici.

Ulteriori misure includevano lo stanziamento di 250 milioni di euro per pagare gli straordinari del personale, la possibilità per le strutture sanitarie di posticipare il pensionamento per il personale idoneo, il ritorno volontario in servizio di medici e infermieri in pensione (nel picco della crisi in Lombardia, più di 300 medici e 500 infermieri in pensione sono tornati a lavorare su base volontaria), e la richiesta di arruolamento temporaneo di medici e infermieri dalle forze armate. Inoltre, agli ospedali è stata data la possibilità di reclutare medici e infermieri su base freelance, anche quelli non ancora iscritti all'Albo Medico, e i medici e infermieri praticanti all'estero secondo le direttive dell'UE sono stati autorizzati a lavorare temporaneamente in Italia. Questa riorganizzazione della forza lavoro sanitaria era essenziale per rispondere efficacemente alla crisi del COVID-19 e per garantire che il sistema sanitario italiano potesse far fronte alla crescente domanda di cure intensive.

Le forze armate italiane hanno avuto un ruolo cruciale nell'affrontare l'emergenza COVID-19, sia all'inizio del contagio che durante tutta la campagna di vaccinazione. L'infrastruttura e l'organizzazione civile hanno mostrato alcune carenze, e l'esercito ha colmato il vuoto, soprattutto fornendo supporto logistico e operativo fondamentale. Hanno contribuito con personale qualificato e risorse nelle aree più critiche. In particolare, si sono occupati delle operazioni di pattugliamento, dell'allestimento delle infrastrutture per i test COVID-19, del supporto logistico e delle operazioni di sepoltura nei momenti più critici della pandemia.

A causa di questa preparazione insufficiente delle autorità civili a livello nazionale e regionale, l'intervento militare è stato significativo. Le forze armate italiane hanno tra le loro missioni istituzionali (la più rilevante in tempi di pace) la partecipazione alla protezione della comunità nazionale in caso di danni o pericoli gravi per la sicurezza delle persone e dei beni. Di fronte a un'emergenza o crisi, l'Esercito, la Marina, l'Aeronautica e i Carabinieri forniscono supporto logistico e operativo, personale qualificato, strumenti e altri mezzi. Il contributo delle forze armate è garantito attraverso unità operative dislocate su tutto il territorio nazionale, suddiviso in aree di responsabilità (le regioni militari) e zone di intervento (i comandi di area militare). Il collegamento con il Servizio Nazionale di Protezione Civile è garantito dallo Stato Maggiore della Difesa a livello nazionale e dal Comando della Regione Militare a livello regionale. Nel 2015, è stato firmato un accordo tra l'Esercito e il Dipartimento della Protezione Civile per permettere una sinergia strutturale e permanente. L'esercito è stato impiegato per pattugliare strade e infrastrutture e per supportare i servizi logistici e sanitari. Ad esempio, i militari hanno allestito e gestito le tende per i test COVID-19 e hanno supportato il trasporto e persino le sepolture nei momenti più critici (Palermo, 2022).

### **2.2.2 Gestione a griglia in Cina e servizi di volontariato in Italia**

Il concetto di "griglia" deriva dalla rete elettrica. Il termine "griglia" assume diverse connotazioni in diversi campi, tra cui geografico, grid computing e griglia di gestione di base. La "griglia" di questa situazione durante la pandemia è formata dalla divisione fine delle responsabilità tra le comunità urbane o rurali esistenti. In Cina, la governance basata sulla griglia cerca di dividere il livello di base della società in molte griglie responsabili, inserendo quindi affari, organizzazioni e persone in griglie particolari, e utilizzando anche la tecnologia moderna per completare in modo completo e rapido la raccolta delle informazioni di base. La governance della griglia è una misura chiave che aiuta a promuovere la decentralizzazione a livello di base ed è applicata sia nelle comunità urbane che rurali in Cina (Wei, Ye, Cui, & Wei, 2021).

Nel 2004, Pechino ha preso l'iniziativa di implementare il modello di gestione a griglia della comunità, che ha ottenuto buoni risultati nella gestione degli affari comunitari ed è stato successivamente diffuso e applicato in altre regioni della Cina. Durante il periodo di prevenzione e controllo dell'epidemia, la Cina ha rigorosamente implementato il modello di gestione a griglia della comunità e ha sfruttato appieno la tecnologia dell'informazione moderna per promuovere la gestione raffinata della prevenzione e del controllo dell'epidemia comunitaria e contenere la diffusione dell'epidemia nella comunità attraverso misure di intervento attivo.

I paesi occidentali, invece, si concentrano principalmente sullo studio del governo senza soluzione di continuità e sulla gestione digitale e delle informazioni delle comunità, piuttosto che sulla governance a griglia. I paesi asiatici come Cina, Singapore e Corea del Sud applicano invece un modello di governance comunitaria fortemente basato sul governo, come dimostra l'entità con cui i governi intervengono nella gestione delle comunità. Questo significa che la prevenzione e il controllo della pandemia possono collegare le risorse di gestione dall'alto verso il basso. Una volta introdotte le misure di prevenzione, possono essere implementate rapidamente e le misure obbligatorie possono quindi estendersi alle comunità urbane e rurali.

A livello locale, "sigillare" una megacittà è un'operazione che richiede molto lavoro e uno sforzo estensivo per essere applicata. Tuttavia, a differenza di altri paesi, la Cina non ha utilizzato né l'esercito né la polizia per svolgere questo compito. Invece, l'applicazione locale si è basata su una fitta rete di istituzioni e autorità territoriali, come i comitati di residenti (burocrazia governativa a livello di quartiere), le wuye (società di gestione delle proprietà/物业), le associazioni di proprietari di case e varie agenzie governative. I comitati di residenti hanno assunto il comando per garantire che le persone rimanessero a casa. Le wuye e le associazioni di proprietari di case sono state mobilitate per sorvegliare gli ingressi di ogni complesso residenziale. Inoltre, molte agenzie governative e imprese pubbliche – i governi di città e distretti, i tribunali,

gli uffici delle tasse e persino le università – hanno chiesto ai loro dipendenti di "volontariarsi" per far rispettare il blocco nei propri quartieri. Per esempio, chiedendo loro di "immergersi" (xiachen/下沉) nei propri quartieri e assumere compiti come avvertire i residenti di indossare le maschere e controllare la temperatura corporea delle persone che entrano ed escono dai complessi residenziali.

La stessa rete di comitati di residenti, wuye(servizi di gestione immobiliare), associazioni di proprietari di case e dipendenti governativi è stata incaricata anche del tracciamento dei contagiati. Hanno rapidamente identificato coloro che risultavano positivi al coronavirus e, a seconda dei sintomi, inviato gli infetti in ospedali da campo temporanei o centri di quarantena che spesso erano stati convertiti da hotel. In questo modo, la Cina può implementare le misure senza dover ricorrere alle forze armate o di polizia, sfruttando invece le risorse e l'impegno delle comunità locali e delle istituzioni territoriali.

Questo sistema di controllo e sorveglianza di quartiere è stato istituzionalizzato attraverso un esperimento continuo con la "grid governance" (网格化管理). L'idea è di dividere la giurisdizione di un comitato di residenti in "griglie" più piccole tramite la mappatura GIS, con ogni "griglia" che comprende alcuni edifici residenziali di 300-500 famiglie. Un team di gestione è nominato per essere responsabile di ciascuna griglia, composto da rappresentanti dei governi distrettuali, uffici di strada (jiedao/街道), comitati di residenti, associazioni di proprietari di case e società di gestione delle proprietà (Tang 2019). Inizialmente inventato nel 2004 per prevenire disordini sociali nei quartieri urbani, il sistema di "grid governance" si è dimostrato altamente efficace nell'applicare il lockdown e nel tracciare i contagiati.

La Cina ha proclamato una vittoria simbolica il 18 marzo 2020, annunciando di aver raggiunto un punto di "zero infezioni" – nessun nuovo caso locale in tutto il paese (Hernandez 2020). Tre settimane dopo, il 7 aprile, l'ordine di lockdown di Wuhan è

stato revocato. Tuttavia, per paura di una nuova ondata di infezioni, la sorveglianza è stata continuata a livello di quartiere attraverso la stessa rete di istituzioni e autorità territoriali, facilitata dalla tecnologia. A Pechino, ad esempio, la sorveglianza iniziava all'aeroporto. I passeggeri in arrivo venivano smistati secondo i distretti in cui risiedevano o soggiornavano, e poi trasportati alle loro residenze con autobus forniti dai governi distrettuali. All'arrivo, residenti e visitatori dovevano firmare un modulo in cui si impegnavano a auto-isolarsi per 14 giorni e a riferire quotidianamente la loro temperatura sia al comitato di residenti che alla società di gestione della proprietà del loro quartiere. Dopo il periodo di quarantena, i residenti dovevano utilizzare un'app per muoversi in città. Potevano entrare nei negozi, nei ristoranti e nei loro luoghi di lavoro solo presentando un codice a barre verde sull'app che segnalava buona salute e nessun sintomo di febbre (Ren, 2020).

In Italia, l'impegno dei volontari è cruciale per sostenere chi è più colpito. L'emergenza Covid-19 ha visto l'Italia mobilitare un esercito di volontari dediti a sostenere la popolazione in difficoltà. Il movimento scout è stato tra i primi ad intervenire, consegnando generi alimentari e medicinali agli anziani costretti a casa. Più di 100.000 volontari dell'ANPAS (Associazioni Nazionali Pubbliche Assistenze) hanno continuato a garantire il trasporto d'emergenza in tutto il paese, partecipando anche a centri operativi, call center e task force regionali, montando tende per i triage negli ospedali e raccogliendo forniture mediche.

I gruppi della Caritas italiana, grazie a sistemi elettronici e telefonici, hanno mantenuto attivi i loro servizi di supporto, offrendo sostegno psicologico a coloro che sono angosciati e disorientati dalla pandemia, in particolare agli anziani e ai malati. Forniscono dispositivi di protezione individuale (DPI) a chi lavora nelle strutture per i più vulnerabili e alcune Caritas producono essi stessi questi dispositivi. Oltre 11.000 volontari della Protezione Civile coordinano la risposta nazionale all'emergenza Covid-19, mentre i volontari delle Misericordie, una delle organizzazioni di volontariato più antiche d'Italia, si sono recati all'aeroporto di Malpensa per ricevere forniture di DPI e



apparecchiature elettromedicali inviate dalla Cina.

Le banche alimentari raccolgono e distribuiscono cibo a 7.500 punti di assistenza caritatevoli, aiutando un milione e mezzo di persone in povertà. I medici e infermieri di Emergency gestiscono le unità di terapia intensiva e sub-intensiva del nuovo ospedale da campo Covid-19 a Bergamo, costruito dagli Alpini. Grazie alla loro esperienza con l'epidemia di Ebola in Sierra Leone, hanno contribuito alla progettazione dell'ospedale.

In un contesto dove restare a casa non è possibile per tutti, migliaia di italiani rispettano le istruzioni governative per proteggere se stessi e chi assistono, ma si impegnano a fondo per alleviare una situazione che, giorno dopo giorno, rischia di diventare insostenibile per molti. Il Ministero della Salute italiano ha riconosciuto il coraggio di oltre 100.000 volontari in prima linea ogni giorno, ringraziandoli per il loro contributo fondamentale: "Grazie a tutti quei volontari che ci aiutano così coraggiosamente (Group)."

### **2.2.3 Gestione e politiche governative dei vaccini**

Il tasso di vaccinazione nelle città cinesi è relativamente alto, il processo di mobilitazione è relativamente fluido e i cittadini hanno una consapevolezza del rischio sanitario elevata, secondo un rapporto dell'Associated Press, "La Cina sta facendo qualcosa che quasi nessun altro paese al mondo può fare nella vaccinazione contro il COVID-19." Effettivamente, il tasso medio di vaccinazione in Cina ha superato i 19 milioni di dosi al giorno, mentre negli Stati Uniti il tasso è di soli 3,4 milioni di dosi al giorno. Tuttavia, nelle aree rurali, la vaccinazione e la mobilitazione sono ancora in corso, e il tasso di vaccinazione è stato in ritardo. Le aree rurali stanno cercando di adottare misure per accelerare il processo. Ad esempio, alcune aree della provincia di Hunan trasportano gratuitamente i villaggi per farli vaccinare in aree più urbane. Gli

orari delle sedi di vaccinazione sono stati estesi fino alle 22:00 per la comodità del pubblico. La provincia di Guangdong organizza i professionisti sanitari affinché si rechino nelle aree rurali e nelle comunità per somministrare le vaccinazioni. Per garantire che i residenti nelle aree montuose remote della Regione Autonoma del Tibet abbiano una migliore comprensione della malattia e accesso ai vaccini, alcuni funzionari non hanno risparmiato sforzi andando porta a porta per educare la popolazione. I promotori del vaccino nella contea di Zuogong, in Tibet, viaggiano per più di 400 chilometri ogni giorno per promuovere i vaccini e più di 30.000 dei circa 50.000 residenti hanno ricevuto la loro prima dose.

Per quanto riguarda la questione se la vaccinazione sia volontaria o obbligatoria, la Commissione Nazionale per la Salute ha ripetutamente sottolineato che la Cina incoraggia la vaccinazione volontaria contro il COVID-19 e si impegna a garantire che tutti coloro che sono idonei alla vaccinazione abbiano accesso al vaccino. La vaccinazione segue i principi fondamentali di "informato, concordato e volontario". Tuttavia, nel processo di mobilitazione e vaccinazione, esistono ancora alcuni fenomeni individuali discordanti (Fang, 2021). Man mano che la Cina accelera gli sforzi di vaccinazione, alcuni governi locali hanno adottato politiche estreme e uniformi. Ad esempio, sotto la pressione di raggiungere l'immunità di gregge e ridurre la diffusione della pandemia, alcuni governi locali hanno interpretato la spinta alla vaccinazione come un "obiettivo rigido" da raggiungere a tutti i costi. Per questo motivo, molti villaggi e città hanno formulato indicatori chiave di prestazione (KPI) rigorosi. Per raggiungere questi KPI, vengono offerti premi in generi alimentari (riso, farina, olio) e ricompense in denaro da 200 a 300 yuan come incentivi per la vaccinazione. Tuttavia, tali misure non sono state sufficienti. Secondo i rapporti dei media, almeno due distretti di Chongqing hanno emesso avvisi in cui si afferma che, se le persone di età superiore ai 18 anni senza controindicazioni rifiutano di vaccinarsi senza motivo, possono essere registrate nel sistema di disonestà sociale. Non è facile per i governi locali adempiere alle loro missioni rispettando allo stesso tempo il diritto degli individui di sottoporsi volontariamente alla vaccinazione.

I governi locali hanno avvertito la pressione politica di vaccinare i propri cittadini. Dopo il successo nella ricerca e sviluppo del vaccino contro il COVID-19, il Comitato Centrale del Partito Comunista ha lanciato un appello unificato per garantire che le regioni supportassero la vaccinazione. Durante il processo di vaccinazione, diverse province hanno esplorato numerose esperienze e pratiche utili. In alcune città, per garantire la standardizzazione e la sicurezza del processo di vaccinazione, la Commissione Nazionale per la Salute ha inviato una squadra di supervisione per guidare le autorità locali nell'organizzazione di tutti gli aspetti della vaccinazione secondo i requisiti governativi.

Sebbene il governo centrale abbia sottolineato che la vaccinazione doveva essere volontaria, i funzionari dei governi locali hanno comunque avvertito una grande pressione politica. Se si fossero verificati casi nell'area in cui si trovavano i governi locali o se un focolaio avesse causato una diffusione più ampia, i leader responsabili avrebbero rischiato il licenziamento. Per evitare ciò, i governi locali hanno mobilitato tutte le risorse, concentrato tutte le forze e provato tutti i metodi immaginabili per svolgere attivamente il lavoro di vaccinazione. Incoraggiato dai loro governi locali, e in particolare guidato dall'esempio di gruppi specifici come il personale medico, i soldati dell'EPL e i funzionari pubblici, il pubblico ha collaborato attivamente al lavoro di vaccinazione, creando congiuntamente la “velocità cinese” della vaccinazione. Nel complesso, la deviazione dalla politica centrale è un comportamento di alcuni governi locali e non significa che il paese abbia cambiato le sue politiche (Meng, Shan, & Zhang, 2021).

Un altro problema è che le politiche di vaccinazione durante la pandemia hanno mostrato notevoli incoerenze e una mancanza di standardizzazione, mettendo a rischio particolarmente le fasce più vulnerabili della popolazione, come gli anziani con malattie croniche. Le politiche e gli standard relativi al processo di vaccinazione sono incompleti e non ancora standardizzati. Gli anziani hanno generalmente malattie croniche più gravi, principalmente ipertensione, malattie cardiache, diabete e tumori. Tuttavia, prima dell'inizio della vaccinazione, non sono state menzionate

controindicazioni, i tutori degli anziani non sono stati contattati e non c'è stata una comunicazione sufficiente durante il processo di vaccinazione. Sebbene la Commissione Nazionale per la Salute abbia emanato le Linee Guida Tecniche per la Vaccinazione COVID-19 (Prima Edizione), le controindicazioni per la vaccinazione non menzionavano direttamente le comuni malattie croniche degli anziani, come l'ipertensione, le malattie cardiache, il diabete e i tumori, comportando rischi aggiuntivi per quella specifica popolazione. Inoltre, ogni regione ha le proprie regole e modalità di applicazione. Ad esempio, un anziano con ipertensione potrebbe essere trattato in modo diverso in luoghi diversi.

L'aspetto positivo è che il popolo cinese ha fiducia nel governo e nell'efficacia dei vaccini cinesi. La solida base posta dalla riforma del mercato cinese negli ultimi decenni ha migliorato gli standard di vita dei cittadini. Le persone sono piene di speranza per la vita e credono nella capacità del governo di governare. Sotto la guida del governo cinese, la produzione del vaccino contro il COVID-19 in Cina opera 24 ore al giorno, e molti dei vaccini prodotti in Cina sono stati approvati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e messi in uso di emergenza. Ciò ha aumentato la fiducia del popolo cinese nelle vaccinazioni.

Inoltre, la consapevolezza personale della salute in Cina sta migliorando. Negli ultimi anni, lo stato ha emanato numerose politiche e regolamenti per proteggere la salute del popolo e incoraggiare lo sviluppo dell'industria sanitaria. Il 25 ottobre 2016 è stato rilasciato il "Piano d'Azione per la Salute in Cina 2030", il primo piano strategico a medio e lungo termine nel campo della salute proposto a livello nazionale dalla fondazione della Repubblica Popolare Cinese. Nel luglio 2019, il Consiglio di Stato ha formalmente emesso le "Opinioni del Consiglio di Stato sull'Implementazione dell'Azione per una Cina Sana" e ha promosso l'attuazione di "Cina Sana" come importante strategia nazionale. Il 1° giugno 2020 è entrata in vigore la "Legge della Repubblica Popolare Cinese sull'Assistenza Sanitaria di Base e la Promozione della Salute". Per la prima volta, è stato chiaramente dichiarato a livello legale che la salute

è un diritto umano fondamentale e la sua equità è garantita. Incoraggiata dalle politiche, l'industria sanitaria cinese è cresciuta. Con l'introduzione di politiche e regolamenti nazionali rilevanti e la promozione dei cluster industriali, la consapevolezza della salute del popolo cinese sta aumentando quotidianamente, principalmente riflessa nella crescente domanda di prodotti come medicinali, assistenza sanitaria, nutrizione, sport e fitness. Questo ha contribuito al più alto tasso di vaccinazione complessivo del paese.

Al contrario, in tutti i paesi occidentali, la campagna di vaccinazione contro il COVID-19 ha incontrato una certa resistenza, come accade di solito nelle politiche vaccinali. Per superare l'inazione e l'esitazione nei confronti del vaccino, i governi hanno utilizzato una varietà di strategie e strumenti politici. Per superare l'inattività vaccinale e l'esitazione, e per aumentare la percentuale della popolazione vaccinata, i governi hanno impiegato una varietà di strategie e strumenti politici. Questi strumenti possono essere posizionati su una 'scala di intrusività', che va dagli strumenti volontari basati su semplici informazioni e persuasione, attraverso incentivi e disincentivi materiali di varia natura e portata, fino ad arrivare a strumenti altamente coercitivi, come il lockdown per i non vaccinati e l'introduzione dell'obbligo vaccinale.

L'Italia non solo è stata tra i primi paesi con la percentuale più alta di persone vaccinate all'inizio del 2022, ma è stata anche uno dei paesi che ha gradualmente introdotto le misure più intrusive per aumentare l'adesione alla vaccinazione, almeno rispetto ad altri paesi europei. Infatti, nel corso dei mesi, il governo ha scalato la 'scala dell'intrusività', iniziando con strumenti non coercitivi (basati su informazione e persuasione morale), aggiungendo progressivamente misure più restrittive (ricalibrando incentivi e disincentivi associati al Green Pass) e arrivando infine all'obbligo vaccinale per l'intera popolazione oltre i 50 anni.

la campagna di vaccinazione contro il COVID-19 in Italia tra il 2021 e i primi mesi del 2022 è suddivisa in 5 fasi successive, individuate in base alle principali alterazioni nella

composizione del mix di strumenti e alle loro motivazioni sottostanti (Profeti & Toth, 2023).

**Prima fase - Caccia ai vaccini (Gen–Feb 2021):** La campagna di vaccinazione contro il COVID-19 in Italia è iniziata il 27 dicembre 2020. Il piano di vaccinazione, approvato il 2 gennaio 2021, ha seguito le raccomandazioni dell'UE e ha identificato fasi basate su gruppi prioritari: operatori sanitari, persone fragili e anziani. I vaccini a RNA (Moderna e Pfizer) erano destinati principalmente a queste categorie, mentre i vaccini a vettore virale (come AstraZeneca) erano per persone tra 18 e 55 anni e over 55 in buona salute. Nel primo trimestre del 2021, le dosi di vaccino a RNA disponibili erano circa il 44% in meno del previsto, specialmente per il vaccino Moderna destinato agli anziani e ai fragili. Con risorse scarse, il governo si è concentrato sulla gestione della domanda e sulla creazione di un clima favorevole alla vaccinazione, utilizzando principalmente strumenti non intrusivi ed esortativi. Ci sono state alcune iniziative di comunicazione istituzionale che hanno promosso la vaccinazione focalizzandosi su un registro emotivo e sottolineando la responsabilità civile e di cura verso gli altri. La strategia includeva informazioni tramite il Ministero della Salute e le Regioni, e iniziative di comunicazione emotiva come il progetto "primule" e spot televisivi del regista Gabriele Tornatore, che rappresentavano la vaccinazione come un atto d'amore verso i propri cari.

**Seconda fase—prepararsi per la vaccinazione di massa (Marzo–Maggio 2021):** Nel marzo 2021, la campagna di vaccinazione in Italia ha cambiato rotta con il nuovo governo di Mario Draghi. Draghi ha nominato il generale Francesco Paolo Figliuolo come Commissario straordinario, che ha ampliato i punti di vaccinazione e introdotto punti drive-through gestiti dai militari. È stato anche raggiunto un accordo con i medici di base per vaccinare gli anziani. Il governo ha implementato un coordinamento più rigoroso tra le regioni, fissando obiettivi ambiziosi: 500.000 dosi al giorno entro aprile e copertura dell'80% della popolazione entro metà settembre per ottenere l'immunità di gregge prima dell'autunno.

Oltre a questi aggiustamenti organizzativi significativi, il governo italiano ha introdotto

due strumenti normativi per promuovere la compliance, posizionandosi più in alto sulla scala dell'intrusività: primo, la vaccinazione è stata resa obbligatoria per i professionisti sanitari dal 1° aprile (l'Italia è stato il primo paese in Europa a farlo), nonostante circa il 92% dei medici e degli infermieri avesse già ricevuto la prima dose e il 76% avesse completato il ciclo vaccinale a quella data. Secondo, seguendo i certificati digitali emessi dall'Unione Europea nel marzo 2021 come mezzo per combinare la mobilità dei cittadini con la limitazione della malattia, il Decreto N. 52/2021 (aprile) ha introdotto il cosiddetto Green Pass, necessario per viaggiare tra le regioni e per partecipare a eventi pubblici dove era impossibile mantenere il distanziamento sociale (come concerti o eventi sportivi). In questa forma iniziale, l'obbligo di portare il Green Pass—rilasciato non solo ai vaccinati o guariti dal COVID, ma anche a coloro che avevano un risultato negativo da un test effettuato nelle 48 ore precedenti—era più simile a un incentivo (positivo per chi sceglieva di vaccinarsi, poiché offriva la possibilità di riprendere alcune attività sociali sospese durante la pandemia, e negativo per i non vaccinati) che a una vera misura coercitiva, poiché era progettato per rendere scomodo non vaccinarsi, ma non proibire nulla effettivamente. Alcuni studiosi hanno anche interpretato il Green Pass italiano come una sorta di "spinta gentile", poiché l'opzione di sottoporsi a un tampone ogni 48 ore sarebbe stata molto più costosa (in termini di tempo e denaro) rispetto a ricevere il vaccino.

### **La terza fase—raggiungere gli indecisi (giugno–luglio 2021)**

Da marzo a giugno 2021, la disponibilità di dosi di vaccino in Italia è aumentata costantemente, raggiungendo il picco tra maggio e giugno. Tuttavia, con l'arrivo dell'estate, le nuove vaccinazioni si sono stabilizzate e da metà giugno sono diminuite drasticamente. Questo calo è stato causato dal rallentamento delle infezioni, dalla ridotta percezione del rischio e dalla sospensione precauzionale del vaccino AstraZeneca per presunti casi di trombosi.

In questo contesto, il governo ha dovuto affrontare la sfida di convincere coloro che erano ancora indecisi a vaccinarsi. Diversamente da altri paesi, in Italia non sono stati utilizzati incentivi positivi per incoraggiare la vaccinazione. La strategia si è invece

concentrata sulla rimozione degli ostacoli logistici e sull'aumento della flessibilità organizzativa, decentralizzando i punti di vaccinazione e introducendo misure come la possibilità di vaccinarsi presso farmacie locali, pediatri e punti mobili di vaccinazione. Parallelamente, il governo ha cercato di sfruttare il desiderio degli italiani di tornare alla normalità prima delle vacanze estive. La comunicazione istituzionale ha spostato l'attenzione dal rispetto e dalla cura per gli altri al desiderio di riprendere una piena vita sociale. Ad esempio, lo spot televisivo "Riprendiamoci il gusto del futuro", lanciato dal governo a giugno, ha invitato gli italiani a vaccinarsi per tornare alla normalità. Inoltre, il Green Pass è stato esteso per includere attività sociali chiave dell'estate, come l'accesso a ristoranti, bar, teatri e piscine. Le misure introdotte durante questo periodo hanno avuto effetti positivi sul numero di nuove vaccinazioni, con un aumento significativo delle prenotazioni per la prima dose. Tuttavia, le ulteriori restrizioni associate al Green Pass hanno anche scatenato le prime proteste da parte dei "no vax" e creato divisioni all'interno della maggioranza di governo. Nonostante queste tensioni, la maggior parte degli italiani si è dimostrata favorevole al Green Pass, con una forte adesione tra i sostenitori dei principali partiti di governo.

#### **La quarta fase—rendere costosa l'esitazione vaccinale (agosto–ottobre 2021)**

Tra agosto e ottobre 2021, il governo italiano ha dovuto rivedere la sua strategia vaccinale a causa di una lenta crescita delle vaccinazioni. La riapertura delle scuole a settembre ha reso difficile mantenere il distanziamento fisico tra bambini e adolescenti, molti dei quali non erano ancora idonei alla vaccinazione. All'inizio di agosto, circa il 15% degli insegnanti e oltre il 63% degli adolescenti non avevano ricevuto alcuna dose di vaccino. La diffusione delle varianti Delta e Omicron ha ulteriormente complicato la situazione, portando il governo a rivedere l'obiettivo di raggiungere l'immunità di gregge entro metà settembre.

Nonostante ciò, il governo ha continuato a promuovere la vaccinazione per ridurre i rischi individuali e la pressione sugli ospedali, soprattutto in vista dell'autunno. Alla fine di luglio 2021, solo l'88,5% degli over 60 aveva ricevuto la prima dose di vaccino,



con un incremento settimanale minimo.

Per migliorare la situazione, il governo ha rafforzato l'uso del Green Pass, rendendo la non vaccinazione una scelta costosa. In agosto, il Decreto N. 111/21 ha esteso l'obbligo del Green Pass a tutti i lavoratori dell'istruzione, agli studenti universitari e a coloro che utilizzavano i trasporti pubblici a lunga percorrenza. In settembre, il Decreto N. 127/21 ha esteso l'obbligo a tutti i lavoratori del settore pubblico e privato dal 15 ottobre, prevedendo che i lavoratori non in regola sarebbero stati considerati assenti senza permesso, perdendo così il salario.

Queste misure, pur permettendo di evitare il vaccino presentando un test negativo effettuato nelle ultime 48 ore, miravano a rendere questa opzione onerosa in termini economici, di tempo e psicologici. Dopo l'annuncio del Green Pass obbligatorio per accedere ai luoghi di lavoro a metà settembre, si è registrato un aumento delle prime dosi, in particolare tra le persone tra i 50 e i 59 anni e tra i 40 e i 49 anni.

Tuttavia, come in altri paesi con politiche simili, l'incremento delle vaccinazioni è stato limitato alla settimana successiva all'annuncio e ai pochi giorni successivi alla sua entrata in vigore, con il momentum che gradualmente si è esaurito. L'impatto del Green Pass sulle nuove vaccinazioni è diminuito nel tempo, mentre è aumentato il numero di test antigenici rapidi effettuati. In Italia, le persone più riluttanti a vaccinarsi contro il COVID-19 hanno preferito fare test frequenti per ottenere il Green Pass senza vaccinarsi.

### **La quinta fase—combattere la riluttanza con la coercizione (novembre 2021–gennaio 2022)**

ra novembre 2021 e gennaio 2022, l'Italia ha affrontato una quarta ondata di infezioni da COVID-19. A metà novembre, i contagi giornalieri sono aumentati oltre i diecimila, raggiungendo decine di migliaia a dicembre. Nonostante l'aumento dei tassi di ospedalizzazione e terapia intensiva, questi sono rimasti molto più bassi rispetto alle prime fasi della pandemia grazie ai vaccini. Tuttavia, le nuove vaccinazioni sono cresciute lentamente, con circa l'80% della popolazione vaccinata e il 30% che aveva già ricevuto la dose di richiamo a metà novembre 2021. Un nucleo duro di persone

riluttanti, pari a poco più del 10%, ha resistito a ogni tipo di persuasione o incentivo. La resistenza al vaccino era maggiore tra i gruppi di età 30-39 e 40-49 anni, con circa il 16% di non vaccinati, mentre diminuiva con l'aumentare dell'età. Per combattere questa resistenza, il governo italiano ha rafforzato ulteriormente il Green Pass. Il Decreto N. 172 del 26 novembre ha introdotto il 'Super Green Pass', disponibile solo per i vaccinati e coloro che erano guariti dal COVID, mentre il Green Pass 'base', ottenibile con un test negativo, consentiva solo l'accesso al luogo di lavoro, ai trasporti pubblici e a poche altre strutture.

Durante il periodo natalizio, con la diffusione della variante Omicron, il Decreto N. 221 del 24 dicembre ha reso necessario il Super Green Pass per tutte le attività, ad eccezione dell'accesso ai luoghi di lavoro. A gennaio 2022, il Decreto N. 1/2022 ha esteso l'obbligo del Super Green Pass anche ai lavoratori over 50, con responsabilità del controllo a carico dei datori di lavoro e sanzioni per i non conformi. Seguendo l'esempio di altri paesi europei, lo stesso Decreto ha introdotto l'obbligo vaccinale per tutti gli over 50, indipendentemente dall'occupazione. Questa decisione sembra essere il risultato di un compromesso tra i partiti di governo, alcuni dei quali erano fortemente contrari a un obbligo universale.

Secondo alcune stime, l'introduzione di queste misure più stringenti ha portato 1/3 degli over 50 non vaccinati a fare la prima dose entro un mese. Tuttavia, da metà febbraio, il numero di nuove vaccinazioni è diminuito nuovamente, quasi azzerandosi nelle settimane successive. A marzo 2022, quando lo stato di emergenza pandemica è stato ufficialmente dichiarato concluso, l'84% della popolazione italiana aveva completato il ciclo vaccinale con almeno due dosi, e circa il 65% aveva ricevuto la terza dose di richiamo, con variazioni significative a seconda del gruppo di età.

### **2.3 Politiche per ridurre la crisi economica causata dalla pandemia**

La pandemia di COVID-19 e l'incertezza che essa porta hanno creato una enorme pressione sui governi per controllare la pandemia globale e ristabilire la crescita economica. A livello globale, i paesi hanno adottato politiche monetarie espansive per aumentare la liquidità finanziaria e attenuare le fluttuazioni dei mercati finanziari al fine di mitigare le perdite economiche causate dalla pandemia. Ad esempio, la Federal Reserve degli Stati Uniti ha ridotto il tasso di interesse obiettivo per i fondi federali di un punto percentuale e ha lanciato un programma di allentamento quantitativo (QE) di 700 miliardi di dollari. Allo stesso modo, la Banca Centrale Europea ha temporaneamente applicato operazioni mirate di rifinanziamento a più lungo termine (TLTRO) e un programma aggiuntivo di acquisto di attività (APP) di 120 miliardi di euro.

Parallelamente, politiche fiscali proattive sono state introdotte in tutto il mondo. Il governo federale degli Stati Uniti, ad esempio, ha messo insieme il pacchetto di stimolo più ambizioso nella storia americana, ammontando a 2,2 trilioni di dollari (Dipartimento del Tesoro degli Stati Uniti, 2020). Anche i paesi europei hanno ampiamente adottato politiche fiscali, come il pacchetto di stimolo di 30 miliardi di sterline lanciato dal Regno Unito e l'investimento in infrastrutture di oltre 122,5 miliardi di euro da parte della Germania.

Dall'inizio della pandemia, il governo cinese ha avviato una serie di politiche fiscali proattive e politiche monetarie sane per affrontare i gravi shock economici. Per quanto riguarda le politiche monetarie, ad esempio, la Banca Popolare Cinese ha lanciato un'operazione di riacquisto inverso di 1,2 trilioni di yuan nel mercato aperto il 3 febbraio 2020. Il tasso di interesse primario sui prestiti a un anno (LPR) è stato ridotto di dieci punti base al 4,05%, e l'LPR a cinque anni di cinque punti base al 4,75% il 20 febbraio 2020. La Banca Popolare Cinese ha inoltre istituito un prestito mirato di 300 miliardi di yuan per le imprese che combattono contro la pandemia di COVID-19, mantenendo il costo effettivo del finanziamento di queste imprese al di sotto dell'1,6%. È stato lanciato un pacchetto di ri-prestito e sconto di 500 miliardi di yuan per le imprese agricole e le piccole imprese, con un tasso di interesse inferiore (2,5%).

Queste politiche monetarie solide rilascerebbero liquidità e ridurrebbero il costo dei finanziamenti nel mercato dei capitali, con l'obiettivo di alleviare il divario di liquidità delle imprese e stimolare la fiducia degli investitori.

Per quanto riguarda le politiche fiscali, sono state implementate in Cina diverse contromisure comprensive. Ad esempio, l'imposta sul valore aggiunto per i contribuenti su piccola scala è stata esentata nella provincia di Hubei per tutto l'anno 2020, e l'aliquota per i contribuenti su piccola scala in altre province è stata ridotta dal 3% all'1% per tre mesi (dal 1 marzo 2020 al 31 maggio 2020). Dal 1 gennaio 2020, i redditi delle imprese derivanti dal trasporto di beni e materiali per la prevenzione e il controllo dell'epidemia sono stati esentati dall'imposta sul valore aggiunto. Inoltre, per tutte le aziende della provincia di Hubei e per le piccole, medie e micro-imprese delle altre province, sono stati esentati i contributi sociali per cinque mesi. Dal 17 febbraio 2020, tutti i veicoli sono stati esentati dai pedaggi stradali a livello nazionale. Inoltre, i governi centrali e locali hanno aumentato la spesa fiscale per la prevenzione e il controllo dell'epidemia di 110,48 miliardi di yuan entro i primi di marzo 2020. Le politiche fiscali proattive mirano a fornire fondi per la prevenzione dell'epidemia, minimizzare i costi di produzione delle imprese e ampliare la spesa governativa, con l'obiettivo di stabilizzare l'occupazione e la crescita economica.

Queste misure fiscali hanno lo scopo di sostenere l'economia durante la crisi pandemica, offrendo agevolazioni fiscali e incentivi economici alle imprese per ridurre i costi operativi e mantenere la forza lavoro. L'aumento della spesa pubblica, destinata principalmente alla prevenzione sanitaria, rappresenta un ulteriore tentativo di stimolare la crescita economica e garantire la stabilità sociale in un periodo di grande incertezza (Liu, 2021).

L'Italia, già alle prese con una situazione economica fragile al momento dell'arrivo della pandemia di COVID-19 nel marzo 2020, ha dovuto imporre severe restrizioni alle attività economiche, chiudere le scuole e attuare un lockdown fino a maggio. Queste

misure sono arrivate in un contesto di non completa ripresa dalle conseguenze della crisi finanziaria del 2008, che aveva manifestato un andamento di "double dip", aggravato dalla successiva crisi del debito sovrano tra il 2011 e il 2013. Gli indicatori come il tasso di occupazione, i livelli di reddito e il PIL non erano ancora tornati ai livelli precedenti al 2008. La lunga recessione aveva accentuato il divario economico tra il Centro-Nord e il Sud del paese, con una concentrazione della perdita di posti di lavoro nel Mezzogiorno e una ripresa economica che stentava a estendersi oltre il Nord. La povertà, in particolare quella assoluta, era in aumento continuo dal 2009 al 2018, mostrando un leggero miglioramento solo nel 2019. Questa situazione di impoverimento colpiva soprattutto le famiglie numerose con figli minori e quelle con un unico reddito.

In Italia, l'incidenza della povertà infantile è stata storicamente più alta rispetto a quella degli adulti e degli anziani, con una particolare concentrazione nel Mezzogiorno e tra le comunità di stranieri. Nel 2019, circa il 12% degli operai o simili viveva in condizioni di povertà assoluta a causa di salari bassi o intermittenti e della prevalenza delle famiglie monoreddito, spesso aggravata da un basso tasso di occupazione femminile tra le donne con minori livelli di istruzione, nonché dalla scarsità e frammentazione dei trasferimenti alle famiglie con figli.

Inoltre, nel 2020, l'Italia ha dovuto affrontare sia la crisi derivante dal COVID-19 sia il fardello di un debito pubblico molto elevato, pari al 135% del PIL. Questa situazione ha limitato la flessibilità di manovra del paese, nonostante un cambiamento nell'atteggiamento della Commissione Europea rispetto al 2008 che ha allentato i vincoli fiscali. La pandemia ha colpito un'Italia economicamente fragile, esacerbando preesistenti disparità regionali e sociali e mettendo a dura prova la resilienza delle famiglie, in particolare quelle in condizioni vulnerabili. È essenziale che le politiche future mirino a rafforzare l'economia in modo inclusivo e sostenibile, garantendo che le misure di sostegno economico e sociale siano distribuite equamente per affrontare le radicate disuguaglianze e promuovere una ripresa duratura.

Il Governo Italiano ha implementato una prima risposta alla pandemia nel marzo 2020 con il Pacchetto di Emergenza Cura Italia. Il decreto ha stanziato 20 miliardi di euro per il 2020, inclusi fondi per il sistema sanitario e misure per preservare i posti di lavoro e supportare il reddito dei lavoratori licenziati e dei lavoratori autonomi, delle imprese e dell'offerta di credito. Ad aprile, il governo ha adottato il Decreto Liquidità, che ha consentito garanzie statali aggiuntive fino a 400 miliardi di euro. A maggio, il governo ha stanziato 55 miliardi di euro per il 2020 per finanziare il Pacchetto Fiscale Rilancio, che ha previsto ulteriori misure di sostegno al reddito per le famiglie e le imprese e fondi aggiuntivi per rafforzare il sistema sanitario. Dopo l'approvazione parlamentare di una deviazione del deficit ad agosto, il governo ha adottato il cosiddetto Decreto Agosto, che includeva misure lavorative e sociali e proroghe della moratoria sul rimborso del debito delle imprese e dei tempi per il pagamento delle obbligazioni fiscali. Infine, da ottobre a dicembre 2020, il governo ha approvato quattro Pacchetti Ristori volti a estendere i supporti per quelle imprese e lavoratori maggiormente colpiti dai lockdown imposti a causa della seconda ondata della pandemia. Ha inoltre esteso le esenzioni dai contributi sociali, il divieto di licenziamento e i regimi di cassa integrazione. Il totale di questi quattro pacchetti è stato di circa 13,5 miliardi di euro nel 2020.

## **Capitolo 3: Emergenza delle crisi sociali e le risposte governative**

### **3.1 La crisi della salute mentale causata dal lockdown**

Le pandemie e le epidemie hanno sempre fatto parte della storia umana. Solo nel secolo scorso, l'influenza spagnola (1918-1920), l'influenza asiatica (1956-1957), la sindrome respiratoria acuta grave (SARS, 2002-2003), l'influenza "suina" (2009),

l'Ebola (2013-2014) e altre hanno colpito persone in tutto il mondo.

Diversi studi sono stati condotti in passato con l'obiettivo di valutare i sintomi psicologici derivanti da queste e altre pandemie o epidemie. La letteratura suggerisce che le misure restrittive come la quarantena, l'isolamento e il distanziamento sociale hanno un impatto sul benessere psicologico delle persone, oltre che sulle reazioni emotive alla pandemia stessa (JG., 2020) (Brooks, Webster, Smith, & al., 2020)

Le reazioni psicologiche alle pandemie includono comportamenti maladattivi, stress emotivo e risposte difensive: ansia, paura, frustrazione, solitudine, rabbia, noia, depressione, stress e comportamenti di evitamento. Una sindrome particolare nota come "headline stress disorder" può essere osservata durante le pandemie moderne: è caratterizzata da una risposta emotiva elevata, come stress e ansia, ai continui rapporti dei media, che possono causare sintomi fisici tra cui palpitazioni e insonnia; un'ulteriore progressione verso disturbi fisici e mentali è possibile.

Dal 2012, un'epidemia di sindrome respiratoria mediorientale (MERS) ha colpito diversi paesi, principalmente nel Medio Oriente. Gli studi sull'impatto psicologico hanno confermato livelli più alti di ansia, preoccupazioni e comportamenti di evitamento sociale nella popolazione generale (Ro, Lee, Kang, & Jung, 2017). I sopravvissuti alla MERS con malattie critiche riportavano una qualità della vita inferiore rispetto ai sopravvissuti con malattie meno gravi, mostravano sintomi psichiatrici e ricevevano una diagnosi psichiatrica e farmaci durante il loro soggiorno ospedaliero. Stress, depressione e stigmatizzazione negli operatori sanitari di prima linea, e ansia e rabbia nelle persone in quarantena con una storia di disturbi mentali erano anch'essi comuni. Le ricerche sulla risposta psicologica alla quarantena durante l'epidemia di Ebola hanno confermato i risultati precedenti: le persone riportavano paura, rabbia e insonnia indotta dall'ansia. La stigmatizzazione da parte degli altri era un problema rilevante. Depressione, ansia e stress post-traumatico erano conseguenze comuni nei sopravvissuti all'Ebola. Gli operatori sanitari di prima linea riportavano un profondo

senso di stigmatizzazione, sofferenza, solitudine, isolamento e tristezza. Anche il distress psicologico, l'abuso di alcol/droghe, il disturbo da stress post-traumatico, la depressione, l'ansia e l'insonnia erano comuni nelle popolazioni militari dispiegate nell'emergenza in Africa occidentale.

Pertanto, nella storia dell'umanità, le pandemie e le misure restrittive associate sempre più o meno inevitabilmente hanno un impatto profondo e duraturo sulla salute mentale delle persone. È essenziale che vengano sviluppati e implementati programmi di supporto psicologico per mitigare questi effetti e aiutare le persone a superare il trauma associato a queste crisi globali.

All'inizio del 2020, la nuova malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) è improvvisamente scoppiata a Wuhan, in Cina. L'11 marzo, questo coronavirus di origine sconosciuta si è sviluppato in una pandemia a livello mondiale. Il COVID-19 ha portato non solo una crisi di vita, ma anche stress psicologico: tensione, ansia, tristezza e paura tra il pubblico, i pazienti e i soccorritori medici. Diverse caratteristiche uniche dei modelli epidemici di COVID-19 in Cina e della sua politica di gestione hanno portato a una crisi di salute mentale pubblica accentuata. La necessità di aiutare le persone a superare le reazioni da stress traumatico e a uscire dalla crisi psicologica è diventata una questione urgente e imprescindibile.

La trasmissione da uomo a uomo del COVID-19 è rapida se non si adottano adeguate protezioni respiratorie. All'inizio della pandemia, il tasso di riproduzione di base ( $R_0$ ) per il COVID-19 era di 2,68. Per interrompere la trasmissione del COVID-19, la maggior parte delle regioni in Cina ha avviato una risposta di primo livello all'emergenza sanitaria pubblica il 25 gennaio. È stata implementata una gestione chiusa nella maggior parte delle comunità (villaggi) in Cina. Ai residenti è stato richiesto di rimanere a casa il più possibile e di ridurre l'affollamento. I residenti migranti e i visitatori dovevano osservare una quarantena di 14 giorni. I contatti stretti dovevano ricevere un'osservazione medica di 14 giorni a casa o in luoghi designati. Indipendentemente



dal successo nel controllare la pandemia, il contagio diffuso e il lockdown avranno inevitabilmente un effetto psicologico. Questi effetti potrebbero rappresentare i risultati sulla salute mentale per le persone colpite dal CoViD-19 o essere associati alle misure di prevenzione e all'impatto socio-economico per la popolazione generale. Inoltre, popolazioni specifiche come gli anziani, i bambini e i lavoratori sanitari potrebbero segnalare diversi livelli di distress psicologico. Gli esperti sottolineano la necessità di prestare particolare attenzione ad altri gruppi a rischio di ulteriore distress che potrebbero necessitare di interventi personalizzati, come persone con condizioni psichiatriche preesistenti, donne incinte, persone detenute, lavoratori migranti internazionali e studenti internazionali.

Pertanto, indipendentemente dal tipo di gruppo, un lungo periodo di quarantena ha inevitabilmente portato a risposte di stress psicologico. Una "infodemia" unica, ovvero una sovrabbondanza di (dis)informazione sui social media e altrove, rappresenta un grande rischio per la salute mentale pubblica durante questa crisi sanitaria. La diffusione rapida e incontrollata di informazioni contrastanti ha generato confusione e ansia, aggravando ulteriormente lo stress psicologico della popolazione.

Gli individui confinati a casa tendevano a utilizzare i social media per ottenere notizie sulla pandemia, quindi erano facilmente esposti a notizie fuorvianti e voci non comprovate (Torales, O'Higgins, Castaldelli-Maia, & Ventriglio, 2020). La loro comprensione della situazione del COVID-19 facilmente cadeva in pregiudizio e quindi venivano costantemente disturbati e spaventati. Il ritardo nella ripresa del lavoro e la persistenza della pandemia causavano ansia riguardo al licenziamento o al fallimento del datore di lavoro. Alcune persone soffrivano di febbre alta a causa dell'ansia continua e dell'irritabilità, e non potevano fare a meno di misurare la temperatura corporea ripetutamente. Di conseguenza, molti residenti hanno sperimentato nervosismo, frustrazione, paura e sbalzi d'umore. Un'indagine nazionale ha riportato che, sotto la minaccia del COVID-19, la prevalenza di disagio psicologico è fino al 35% tra la popolazione generale in Cina (Qiu, et al., 2020).

Inoltre, molti residenti cinesi ricordano ancora l'epidemia di SARS del 2003 e il suo impatto devastante sulla vita sociale ed economica della Cina. Questa memoria collettiva ha amplificato le preoccupazioni riguardo al COVID-19, che è molto più trasmissibile della SARS. Con un tasso di letalità del 2,3%, sostanzialmente più alto rispetto a quello dell'influenza stagionale, il COVID-19 ha causato un'ondata di panico. Il periodo di incubazione incerto del virus e la sua possibile trasmissione asintomatica hanno ulteriormente alimentato paura e ansia tra la popolazione. D'altra parte, la minimizzazione iniziale della gravità della pandemia da parte del governo ha eroso la fiducia del pubblico nella trasparenza e nella competenza delle decisioni governative. Questo ha generato un sentimento diffuso di sfiducia e preoccupazione tra la popolazione, che si è sentita tradita e abbandonata in un momento di grande bisogno. Successivamente, le misure di quarantena su larga scala, senza precedenti, imposte in tutte le principali città, hanno essenzialmente confinato i residenti nelle loro case. Questa restrizione della libertà di movimento e l'isolamento sociale hanno avuto un effetto psicosociale negativo, contribuendo a sentimenti di solitudine, frustrazione e stress. Le persone sono state costrette a rinunciare alle loro routine quotidiane e a restare lontane dai loro cari, aggravando ulteriormente il loro disagio psicologico. Inoltre, sono rapidamente seguite segnalazioni di carenze di forniture mediche protettive, personale sanitario e posti letto negli ospedali di Wuhan e delle aree circostanti dopo l'implementazione della quarantena cittadina. Questa situazione ha causato enorme preoccupazione in tutta la nazione. La consapevolezza delle risorse mediche insufficienti ha aumentato il senso di vulnerabilità e paura tra i cittadini, facendo emergere una crisi di fiducia nella capacità del sistema sanitario di affrontare la pandemia. Infine, l'incertezza riguardo alla durata delle misure di isolamento e la mancanza di informazioni chiare hanno contribuito a un aumento dello stress e dell'ansia. La popolazione ha dovuto affrontare non solo la minaccia del virus, ma anche le difficoltà quotidiane derivanti dalle restrizioni imposte, creando un clima di tensione e preoccupazione diffusa.

Oltre alle persone comuni, gli operatori sanitari in prima linea sono il gruppo più

vulnerabile e sotto pressione durante la pandemia. Durante le prime fasi della pandemia, il numero di pazienti è aumentato rapidamente a Wuhan, causando una grave carenza di risorse mediche. I soccorritori medici hanno dovuto affrontare un grande afflusso di pazienti, una carenza di materiali protettivi e un alto rischio di infezione. Hanno sperimentato un lavoro di soccorso a lungo termine e ad alta intensità in un ambiente ospedaliero isolato. L'esaurimento fisico e mentale, i disturbi del sonno e il disagio corporeo erano molto comuni tra loro. Sotto la continua pressione, molti operatori sanitari hanno sviluppato problemi psicologici come ansia, frustrazione, rabbia, paura e disperazione (Chen, 2020). Come per l'epidemia di SARS, i sintomi psicologici persistenti influenzeranno il personale sanitario, i sopravvissuti all'epidemia, le famiglie dei pazienti colpiti, gli individui fragili in quarantena e le sottopopolazioni socialmente svantaggiate (ad esempio, soggetti affetti da malattie croniche, anziani con lievi deficit cognitivi, persone anziane senza parenti stretti).

Alcuni studi hanno dimostrato che i sopravvissuti alla SARS (sia operatori sanitari che non) avevano livelli di stress più elevati durante la pandemia. Un anno dopo, non solo avevano livelli di stress elevati, ma anche alti livelli di depressione, ansia e sintomi post-traumatici. Gli operatori sanitari avevano livelli di stress e disagio psicologico più elevati rispetto ai sopravvissuti non operatori sanitari (Talevi, et al., 2020). La popolazione generale ha riportato affetti negativi in risposta alla quarantena: paura, nervosismo, tristezza, senso di colpa, confusione, rabbia, insensibilità e insonnia indotta dall'ansia. Studi sul personale ospedaliero hanno trovato che essere stati in quarantena era il fattore più predittivo di disturbo acuto da stress o di sintomi post-traumatici anche tre anni dopo. Inoltre, gli operatori sanitari che erano stati in quarantena avevano sintomi di stress post-traumatico più gravi rispetto ai membri del pubblico generale che erano stati in quarantena; inoltre, gli operatori sanitari sentivano una maggiore stigmatizzazione, mostravano più comportamenti di evitamento dopo la quarantena, riportavano maggiori perdite di reddito ed erano costantemente più colpiti psicologicamente. Erano anche sostanzialmente più propensi a pensare di avere la SARS e a preoccuparsi di infettare gli altri. Studi sugli effetti a lungo termine hanno

trovato che tre anni dopo le pandemie di SARS, l'abuso o la dipendenza da alcol erano positivamente associati all'essere stati in quarantena negli operatori sanitari (Talevi, et al., 2020).

Per quanto riguarda i pazienti affetti da COVID-19, non solo hanno sperimentato dolore fisico e la minaccia di morte senza precedenti, ma si sono anche preoccupati che i loro parenti potessero essere infettati. Di conseguenza, erano più inclini a cadere nella tristezza, nella paura e nella solitudine. Numerosi pazienti avevano bisogno di assistenza psicologica e interventi in situazioni di crisi mentale. Il personale medico doveva aiutare i pazienti a mantenere una mentalità positiva e ottimista, rafforzare la loro fiducia e incoraggiarli a cooperare con il trattamento. In alcuni casi, era necessario valutare i potenziali rischi di autolesionismo, attacco e suicidio dei pazienti.

Tuttavia, gli operatori sanitari di prima linea non sono psicologi professionisti; necessitano di formazione sulle competenze psicologiche o di consultare psichiatri. È essenziale fornire supporto psicologico al personale medico, così come ai pazienti, per affrontare i problemi di salute mentale derivanti da situazioni di stress estremo. La formazione e il sostegno psicologico possono migliorare la resilienza del personale medico, permettendo loro di fornire cure migliori ai pazienti e di mantenere la propria salute mentale in buone condizioni.

Per affrontare le sfide imposte dalla pandemia di COVID-19, il governo di Wuhan ha adottato diverse misure strategiche per sostenere il personale sanitario, fortemente provato dall'emergenza. Tra queste misure, si è riconosciuto lo status di infortunio sul lavoro per i medici e gli infermieri infettati dal virus durante l'esercizio delle loro funzioni. Questo riconoscimento non solo offre un supporto legale, ma anche un supporto morale, evidenziando il riconoscimento e l'apprezzamento del loro sacrificio. Dal 25 gennaio 2020, in risposta all'acuta carenza di personale sanitario a Wuhan, 1230 operatori sanitari sono stati inviati da altre province per assistere sia i pazienti COVID-19 confermati che quelli sospetti. Questo rinforzo ha aiutato a distribuire il carico di lavoro tra più spalle, riducendo così il rischio di burnout tra i

lavoratori locali. Inoltre, i principali ospedali di Wuhan hanno implementato un sistema di turnazione, permettendo ai lavoratori medici di front-line di ottenere il riposo necessario e alternarsi nei compiti più gravosi.

Per ridurre ulteriormente la pressione, sono state messe a disposizione piattaforme online per facilitare la condivisione di consigli medici e pratiche migliori per minimizzare i rischi di trasmissione del virus all'interno delle strutture sanitarie. Questi strumenti digitali non solo migliorano la sicurezza dei pazienti e del personale, ma offrono anche un supporto costante e aggiornato, essenziale in tempi di rapida evoluzione epidemiologica. In aggiunta al supporto fisico e logistico, è stata data grande attenzione alla salute mentale dei lavoratori sanitari. Il RenMin Hospital dell'Università di Wuhan e il Mental Health Center di Wuhan hanno istituito squadre di intervento psicologico, composte da quattro gruppi di personale sanitario. Il primo gruppo, il team di risposta psicosociale, composto da manager e ufficiali stampa, coordina il lavoro e le attività di pubblicità dell'ospedale. Il secondo, il team di supporto tecnico per gli interventi psicologici, è formato da esperti di intervento psicologico che sviluppano materiali e regole di intervento, offrendo guida tecnica e supervisione. Il terzo gruppo è composto principalmente da psichiatri che partecipano all'intervento clinico per il personale e i pazienti. Infine, i team delle hotline di assistenza psicologica, formati da volontari addestrati, forniscono orientamento telefonico per affrontare i problemi di salute mentale (Kang, et al., 2020).

Inoltre, a livello nazionale, il 27 gennaio 2020, il Disease Prevention and Control Bureau ha pubblicato le linee guida per l'intervento di crisi psicologica in risposta alla pandemia, richiedendo che l'intervento di crisi psicologica fosse integrato nel controllo del COVID-19 (中国疾病预防控制中心, 2020). Queste linee guida delineano un piano strutturato per gestire l'impatto psicologico della pandemia sulla popolazione, coinvolgendo esperti di salute mentale e utilizzando risorse organizzative e finanziarie per fornire supporto psicologico.

Il lavoro di intervento in crisi psicologica è guidato dai meccanismi di coordinamento delle emergenze delle province, regioni autonome e municipalità, che forniscono la leadership e il supporto necessario. Associazioni e società nazionali di salute mentale mobilitano esperti con esperienza in interventi di crisi post-disastro per formare gruppi di esperti in psicologia, che forniscono consulenza tecnica e coordinano gli interventi. Allo stesso tempo, le linee guida integrano l'intervento di crisi psicologica nella strategia complessiva di controllo della pandemia, con l'obiettivo di ridurre il danno psicologico causato dalla pandemia e promuovere la stabilità sociale. Gli interventi sono adattati alle diverse categorie di persone colpite, con particolare attenzione alla protezione della privacy dei beneficiari e alla prevenzione di ulteriori traumi.

Il piano di intervento per affrontare la crisi psicologica derivante dalla pandemia di COVID-19 in Cina si concentra su diversi obiettivi chiave. Il primo è monitorare attentamente la salute mentale delle varie categorie di persone colpite, identificando tempestivamente i gruppi a rischio elevato per prevenire gravi conseguenze come suicidi e comportamenti impulsivi. Inoltre, è cruciale fornire interventi di crisi psicologica e promuovere l'educazione alla salute mentale per migliorare la resilienza della popolazione. Le squadre di intervento psicologico, composte da psichiatri, psicologi clinici e infermieri specializzati, supportate da volontari esperti in crisi psicologiche, operano attraverso hotline e servizi online disponibili 24 ore su 24 per garantire un supporto continuo. La valutazione e l'intervento differenziato per i diversi gruppi di popolazione, suddivisi in quattro livelli, assicura un approccio graduale e mirato che va dai pazienti gravi di COVID-19 e il personale sanitario in prima linea alla popolazione generale influenzata dalle misure di controllo della pandemia. Infine, la formazione continua del personale e l'uso di tecnologie moderne come "Healthy China" e "12320" per offrire supporto psicologico in tempo reale sottolineano l'importanza del coinvolgimento della comunità e delle risorse sociali nella gestione efficace delle conseguenze psicosociali della pandemia.

Successivamente, il 7 febbraio, sono state emesse le "Linee Guida per l'Adattamento Psicologico all'Epidemia di Polmonite da Nuovo Coronavirus", che hanno elaborato

raccomandazioni di adattamento per dieci categorie di individui, tra cui il personale in isolamento domiciliare, i pazienti e i loro parenti, aiutando tutti a uscire dal dilemma psicologico. Le linee telefoniche di assistenza psicologica sono state rapidamente distribuite in tutto il paese. È stato istituito un sistema di valutazione e intervento sulla salute mentale per gli operatori sanitari in prima linea. Tuttavia, sono state incontrate difficoltà durante l'attuazione delle politiche: 1) il numero di operatori della salute mentale non era in grado di soddisfare la domanda in rapida crescita di assistenza psicologica; 2) e il metodo di organizzazione degli interventi necessitava di miglioramenti (Song, 2020).

L'Italia è un paese che dà grande importanza alla salute mentale dei suoi cittadini, e questo si riflette anche nelle sue infrastrutture. L'Italia dispone di un Sistema Nazionale di Salute Mentale suddiviso in 134 Dipartimenti di Salute Mentale (DMHAs), 27 dei quali si trovano in Lombardia. Nelle quattro settimane successive all'inizio della pandemia, sono avvenuti importanti cambiamenti nella gestione dei DMHAs in Lombardia. La gestione dei servizi sanitari ha dovuto affrontare molte sfide. In molti ospedali, interi reparti, inclusi alcuni reparti psichiatrici, sono stati riorganizzati per accogliere pazienti affetti da COVID-19, e molti medici e infermieri sono stati trasferiti nei reparti che gestiscono questi pazienti. La maggior parte dei centri diurni per pazienti con esigenze psichiatriche è stata temporaneamente chiusa, mentre nelle strutture residenziali, i pazienti che di solito erano liberi di entrare e uscire durante il giorno sono stati confinati nelle strutture con permessi molto limitati o inesistenti. Questi cambiamenti hanno provocato notevoli stress nelle persone con disturbi mentali gravi (de Girolamo, Cerveri, Clerici, & al., 2020). Molte cliniche ambulatoriali hanno limitato gli appuntamenti ai casi più urgenti, e le visite domiciliari, una pratica comune nella maggior parte dei DMHAs, sono state drasticamente ridotte con potenziali conseguenze dannose per il benessere dei pazienti.

Riguardo all'Italia, si può fare riferimento a un autorevole istituto di ricerca, il COMET. Il COVID Mental Health Trial network include 10 università italiane e l'Istituto Superiore

di Sanità. Il COMET è il primo studio a valutare l'impatto globale della pandemia di COVID-19 e delle relative misure di contenimento su diverse dimensioni della salute mentale in un ampio campione della popolazione italiana (Fiorillo, Sampogna, Giallonardo, & al., 2020).

Nella loro ricerca, uno dei principali risultati è la presenza di livelli moderati a gravi di sintomi depressivi, di ansia e di stress, superiori a quelli riscontrati in Cina. Questa differenza potrebbe essere dovuta al tipo di risposta sanitaria immediata nei due paesi, con misure di lockdown chiare fin dall'inizio della pandemia in Cina e un approccio preventivo più frammentato in Italia, che potrebbe aver aumentato i livelli di paura e incertezza in questo paese. Infatti, le incertezze sulla progressione della pandemia, le "preoccupazioni ipocondriache" e la paura che la pandemia sia difficile da controllare rappresentano fattori scatenanti per lo sviluppo di problemi di salute mentale. Inoltre, studi condotti durante disastri naturali, guerre, incendi e attacchi terroristici hanno trovato alti livelli di sintomi legati a depressione e ansia nella popolazione generale.

Un secondo risultato interessante del loro sondaggio è che i livelli di ansia, sintomi depressivi e stress sono aumentati nel tempo, diventando più gravi nelle ultime settimane del lockdown, come trovato anche nei loro modelli di regressione controllati per tutte le caratteristiche socio-demografiche dei rispondenti. Questo risultato conferma l'ipotesi che la durata delle misure di contenimento influenzi significativamente la salute mentale e il benessere della popolazione generale. Inoltre, questa tendenza non è stata influenzata dal tasso di casi di COVID e dai tassi di mortalità in Italia, evidenziando che queste misure pubbliche—sebbene necessarie per il controllo dell'infezione—dovrebbero essere rimosse il più presto possibile per salvaguardare la salute mentale pubblica. I partecipanti di sesso femminile sono a maggior rischio di sviluppare sintomi depressivi-ansiosi, come già dimostrato in piccoli campioni italiani e in precedenti focolai. Questo risultato può essere dovuto alla maggiore incidenza nei donne di disturbi ansioso-depressivi e di temperamenti ansiosi, ciclotimici e depressivi nelle donne, anche in campioni basati sulla comunità.



Inoltre, essere affetti da un problema di salute mentale preesistente rappresenta un fattore di rischio indipendente significativo per lo sviluppo di sintomi depressivi, di ansia e di stress, come già riportato da altri studi. Questo risultato suggerisce la necessità di fornire il prima possibile interventi di supporto adeguati e personalizzati ai pazienti con problemi di salute mentale, che rappresentano individui fragili e a rischio che sono stati trascurati durante le fasi iniziali della pandemia. Durante il lockdown, i partecipanti hanno segnalato un aumento del tempo trascorso su Internet, associato a un maggior rischio di sviluppare problemi di salute mentale, contrariamente alla nostra ipotesi di un effetto protettivo di Internet sulla salute mentale. Questo risultato potrebbe essere dovuto alla diffusione tramite Internet di informazioni non controllate e non affidabili e di notizie false, che possono aver aumentato i livelli di ansia e sintomi depressivi nelle persone sole e con livelli di istruzione più bassi. Questo risultato evidenzia la necessità che i professionisti dei media ricevano una formazione adeguata, al fine di fornire informazioni imparziali e non sensazionalistiche durante eventi catastrofici.

Anche se i problemi di salute mentale sono sempre facili da ignorare, durante la pandemia, l'Italia ha adottato diverse misure per alleviare i problemi psicologici e lo stress della popolazione. Innanzitutto, il governo italiano ha fornito servizi di consulenza psicologica gratuiti per aiutare i cittadini a gestire l'ansia e la depressione causate dal confinamento. Questi servizi sono stati offerti tramite linee telefoniche dedicate e piattaforme online, garantendo a tutti un facile accesso al supporto psicologico. Inoltre, l'Italia ha organizzato una serie di webinar e seminari online sulla salute mentale, con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza pubblica sui problemi di salute mentale e fornire metodi per affrontare lo stress. A livello comunitario, i governi locali e le organizzazioni non governative hanno collaborato per realizzare varie attività di mutuo aiuto, come gruppi di vicinato e servizi di volontariato, per assistere i residenti soli e bisognosi. Attraverso queste misure comprensive, l'Italia si è impegnata a proteggere la salute mentale della popolazione durante la pandemia.

### 3.2 Sconvolgimenti Sociali e Disuguaglianze Durante la Pandemia

Nel 1832, l'epidemia di colera travolse Parigi. In pochi mesi, 20.000 delle 650.000 persone che vivevano a Parigi morirono di colera. Il bilancio delle vittime fu particolarmente alto nel centro della città, dove molti lavoratori poveri si erano trasferiti sotto l'impulso della rivoluzione industriale, vivendo in condizioni sporche e caotiche. La diffusione della malattia esacerbò le tensioni tra i vari strati della società. I ricchi accusavano i poveri di diffondere la malattia, mentre i poveri credevano di essere stati avvelenati. La rabbia e l'odio della popolazione si rivolsero presto contro il re impopolare. Il generale Lamarque, che aveva difeso gli interessi del popolo, morì durante l'epidemia, e il suo funerale innescò una manifestazione su larga scala di manifestanti antigovernativi per le strade di Parigi. Questa scena drammatica è descritta nel romanzo di Victor Hugo "I Miserabili". Gli storici ritengono che l'interazione tra la pandemia e le tensioni sociali preesistenti sia stata la causa principale della rivolta di Parigi del 1832, spiegando la successiva repressione del governo e la resistenza popolare nella capitale francese nel XIX secolo.

Dalla peste di Giustiniano alla peste nera e alla pandemia del 1918, ci sono molti esempi storici di epidemie che hanno avuto un impatto profondo sulla società. Queste pandemie hanno influenzato la situazione politica e distrutto l'ordine sociale, portando in alcuni casi a disordini sociali. Ma perché le epidemie hanno questo effetto destabilizzante? Una possibile ragione è che l'epidemia può esporre o aggravare le debolezze esistenti nella società, come un sistema di sicurezza sociale imperfetto, la mancanza di fiducia nelle istituzioni o l'indifferenza, incompetenza o corruzione del governo (Barrett, Chen, & Li, 2021). Storicamente, lo scoppio di malattie infettive ha anche portato a tensioni razziali o religiose, o ha esacerbato le tensioni tra le classi economiche. Le epidemie possono mettere in luce le disuguaglianze sociali e la disparità nell'accesso alle risorse, aggravando i conflitti esistenti e creando nuove fratture sociali.

D'altra parte, le epidemie o pandemie possono portare a conseguenze a lungo termine, turbolenze sociali e rischi di disordini. Durante o subito dopo un'epidemia, il trauma sociale sotto forma di turbolenza potrebbe non manifestarsi immediatamente. Infatti, una crisi umanitaria può ostacolare la comunicazione e i trasporti necessari per organizzare proteste su larga scala. Inoltre, in tempi di crisi, l'opinione pubblica tende ad essere più favorevole all'unità e alla solidarietà. In alcuni casi, il regime attuale può anche sfruttare l'emergenza per consolidare il potere e sopprimere il dissenso. Finora, la situazione durante l'epidemia di COVID-19 riflette questa tendenza storica. In effetti, il numero di grandi eventi turbolenti in tutto il mondo è sceso al livello più basso degli ultimi cinque anni. Gli Stati Uniti e il Libano sono eccezioni notevoli, ma anche in questi paesi, le proteste su larga scala sono rivolte a problemi che possono essere esacerbati dalla pandemia di COVID-19, ma non sono direttamente causati da essa.

Tuttavia, a lungo termine, il rischio di disordini sociali aumenterà significativamente. Utilizzando informazioni sui tipi di turbolenza, la ricerca del personale del FMI si concentra sull'analisi della forma di disordini sociali che di solito si verificano dopo una pandemia. Questa analisi mostra che, col tempo, il rischio di rivolte e manifestazioni antigovernative aumenta. Inoltre, lo studio ha trovato prove di un aumentato rischio di grandi crisi di governo, che possono portare al crollo del governo e che solitamente si verificano entro due anni dopo una grave pandemia (Barrett, Chen, & Li, 2021). Secondo l'esperienza storica, man mano che l'epidemia si placa, i disordini sociali possono riapparire e il loro impatto diventare più significativo. Se la crisi espone o aggrava i problemi esistenti, come la mancanza di fiducia nelle istituzioni, la cattiva governance, la povertà o la disuguaglianza, il rischio di disordini sociali sarà maggiore.

Inoltre, le crisi improvvise tendono ad aggravare vecchie vulnerabilità e a crearne di nuove. Alcune delle vulnerabilità sociali che devono essere affrontate ora e nel mondo post-COVID-19 esistono da molto tempo. Queste riguardano i milioni di persone che già vivevano in condizioni di povertà o prive di alloggi adeguati, approvvigionamento alimentare, istruzione di base o assistenza sanitaria. Nelle circostanze attuali, è

probabile che la carenza di tali risorse minime diventi più grave, esacerbando i già gravi problemi umanitari e creando nuovi dilemmi per le autorità pubbliche di tutto il mondo. Quindi, il mondo post-pandemia vedrà l'emergere di ondate di nuove persone vulnerabili. Molti individui, famiglie e gruppi che in precedenza godevano di condizioni stabili vedranno i loro mezzi di sussistenza profondamente sconvolti dalla conseguente depressione economica. Il comportamento precauzionale avrà probabilmente un effetto duraturo sul consumo di beni e servizi che richiedono interazione fisica o vicinanza. I viaggi, il turismo e tutte le forme di svago sociale, come cinema, teatro e concerti, saranno pesantemente colpiti. Lo stesso vale per i piccoli negozi e i venditori ambulanti, nonché per i fornitori di servizi domestici. Poiché questi settori sono ad alta intensità di manodopera, è probabile che la ripresa dal picco della disoccupazione sia eccezionalmente lenta. Questo potrebbe essere aggravato dall'introduzione accelerata di tecnologie di intelligenza artificiale altamente efficienti, che hanno il potenziale di sostituire sia le attività manuali che molte attività che richiedono giudizi manageriali.

Questi problemi saranno particolarmente acuti nelle società già caratterizzate da un alto grado di disuguaglianza economica e gerarchia sociale, dove la riduzione del consumo di servizi da parte degli strati sociali superiori danneggerà profondamente i fornitori di servizi appartenenti agli strati inferiori. Per affrontare queste sfide, sarà necessario sviluppare politiche sociali e economiche inclusive, che mirino a ridurre le disuguaglianze e a sostenere le fasce più vulnerabili della popolazione.

Allo stesso tempo, la crisi del COVID ha anche causato un aumento delle disuguaglianze. Le disuguaglianze sono aumentate significativamente non solo tra gli adulti nel mercato del lavoro, ma anche tra i bambini e ragazzi. Per quanto riguarda il mercato del lavoro, come osserva la nota ISTAT (2020, p. 17), gli effetti della crisi occupazionale dovuta all'emergenza sanitaria, almeno fino al secondo trimestre del 2020, si sono prevalentemente ripercossi sulle componenti più vulnerabili del mercato del lavoro: giovani, donne e stranieri. Questi gruppi, già svantaggiati, hanno subito

ulteriori difficoltà, specialmente nelle regioni del Mezzogiorno, che mostravano condizioni occupazionali più critiche anche prima della pandemia. In altre parole, la pandemia ha acuito i divari preesistenti nella partecipazione al mercato del lavoro. Inoltre, si è creata una nuova e imprevista disuguaglianza tra coloro che hanno un'occupazione che può essere svolta a distanza, e quindi sono più protetti sia dalle restrizioni sia dal contagio, e coloro che invece hanno un'occupazione che richiede la presenza fisica. Questi ultimi sono esposti a un maggiore rischio di contagio e di perdita del lavoro in caso di riduzione delle attività. A parte le professioni sanitarie, queste occupazioni sono spesso caratterizzate da bassa qualifica e bassa remunerazione.

Infine, la crisi ha amplificato le disuguaglianze tra bambini e adolescenti in ambito educativo, influenzando negativamente le loro possibilità di sviluppo delle capacità. La didattica a distanza ha messo in evidenza le disparità tra chi dispone di strumenti adeguati, come computer e connessione internet stabile, e chi invece ne è privo. Questa mancanza di accesso ha avuto un impatto significativo sulle opportunità educative e di sviluppo personale dei giovani, con conseguenze potenzialmente a lungo termine sulla loro formazione e sul loro futuro.

È evidente che la pandemia ha non solo messo in luce, ma anche aggravato, le disuguaglianze sociali ed economiche preesistenti. Le misure di sostegno e le politiche di intervento devono quindi tenere conto di queste crescenti disparità e mirare a fornire un supporto specifico alle categorie più vulnerabili. È necessario sviluppare strategie inclusive che possano ridurre il divario e promuovere l'uguaglianza di opportunità per tutti, indipendentemente dal loro background socio-economico o dalla loro regione di residenza.

In realtà, questa crisi ha avuto ed ha un impatto più negativo per le donne che per gli uomini sul piano occupazionale. Ma ci sono stati e ci sono anche altri effetti negativi. Le madri di figli minori hanno subito più dei padri l'impatto della chiusura dei servizi educativi, delle scuole e della compresenza di tutti i componenti della famiglia 24 ore su 24, che ha fatto aumentare il carico di lavoro familiare, spesso in combinazione con

il lavoro a distanza. Questo aumento, in base ai dati di ricerca disponibili, non sempre è stato compensato da un parallelo aumento del contributo da parte dei padri.

Una ricerca effettuata da un gruppo di studiose del Collegio Carlo Alberto di Torino su un campione nazionale ha rilevato che tra le coppie con figli, il 51% dei padri ha aumentato il proprio lavoro familiare, specie per quanto riguarda la cura e supervisione dei figli. Tuttavia, ciò è stato vero per il 61% delle madri, e con maggiore intensità. A risultati analoghi è giunta anche una ricerca effettuata dall'Università Bocconi (Pastori et al. 2020). La persistente chiusura dei servizi educativi e delle scuole, la non adeguata disponibilità di attività estive organizzate per bambini e ragazzi a prezzi contenuti, e l'incertezza sui tempi e modi della ripresa scolastica, molto probabilmente incideranno negativamente sulla possibilità di molte madri di tornare al lavoro. Questo potrebbe aumentare ulteriormente la già elevata percentuale di donne, circa il 20%, che ogni anno lascia il lavoro per motivi familiari, rendendo così loro e le loro famiglie vulnerabili alla povertà.

Un possibile aumento delle disuguaglianze di genere viene segnalato anche tra i ragazzi e adolescenti di condizione economica modesta, specie se di origine migratoria e con entrambi, o l'unico genitore, occupati fuori casa. Secondo alcune associazioni che hanno mantenuto i contatti con i bambini e ragazzi a rischio di dispersione scolastica durante il lockdown, in diversi casi le ragazze non hanno potuto seguire la didattica a distanza perché erano impegnate ad accudire i fratelli e sorelle e a gestire l'organizzazione familiare. Questa situazione non solo perpetua le disuguaglianze di genere, ma le amplifica, esacerbando le difficoltà di accesso all'istruzione e alla formazione per le ragazze. La mancata partecipazione alla didattica a distanza ha un impatto diretto sulle opportunità future, riducendo le possibilità di successo scolastico e professionale e contribuendo a un ciclo di povertà e disuguaglianza di genere.

Per affrontare queste sfide, è fondamentale che le politiche pubbliche si concentrino sul supporto alle madri lavoratrici, garantendo servizi educativi adeguati, accessibili e

flessibili. Inoltre, è necessario promuovere una maggiore condivisione del lavoro domestico e di cura tra uomini e donne, attraverso campagne di sensibilizzazione e incentivi per il congedo parentale condiviso.

In sintesi, la pandemia di COVID-19 rappresenta un evento senza precedenti che continua a provocare gravi ripercussioni in diversi ambiti. Questo evento non solo ha scatenato una crisi sanitaria globale ma ha anche portato a conseguenze economiche, sociali ed educative di vasta portata. In primo luogo, le misure adottate per contenere il virus, sebbene necessarie, hanno esacerbato le condizioni di vulnerabilità di molte popolazioni. In particolare, individui che già affrontavano esclusione e discriminazione a causa di fattori quali età, disabilità, etnia, reddito, religione, identità di genere, orientamento sessuale o status migratorio, hanno visto aggravarsi la propria situazione. Questi gruppi, insieme a persone coinvolte in conflitti, apolidi, detenuti e coloro che vivono in condizioni abitative precarie o esposti a degrado ambientale, sono a rischio di morbilità, povertà ed emarginazione crescenti durante la pandemia. È fondamentale, quindi, che la risposta alla crisi sia quanto mai collaborativa e inclusiva, espandendo la copertura sanitaria universale e costruendo sistemi sanitari e di protezione sociale più robusti e resilienti. La pandemia ha messo in luce la necessità di rivedere e rafforzare le misure di supporto sociale, specialmente per proteggere i più vulnerabili.

Le persone anziane, in particolare, hanno subito un impatto sproporzionato, costituendo la maggior parte dei decessi in molte nazioni. La loro situazione è ulteriormente complicata dagli effetti economici e sociali della pandemia, soprattutto nei paesi a basso e medio reddito. È preoccupante che solo una minoranza degli anziani riceva una pensione, il che pone delle sfide significative in termini di sicurezza economica per questa fascia della popolazione. Anche i bambini sono stati gravemente colpiti, sia direttamente che indirettamente. Le chiusure delle scuole hanno interrotto l'istruzione, aumentato i tassi di abbandono scolastico e esposto milioni di bambini a nutrizione compromessa e a rischi di abusi. Questi problemi sono particolarmente gravi per i bambini che già prima della pandemia vivevano in condizioni di svantaggio

educativo e economico. Inoltre, le donne hanno affrontato un onere aumentato di cura a causa della chiusura delle scuole e delle economie, spostando un grande volume di lavoro dall'economia retribuita all'assistenza non retribuita. La pandemia ha anche esacerbato le disuguaglianze di genere, con un calo significativo dell'occupazione femminile e un aumento del rischio di violenza domestica (Labate, 2021).

Di fronte all'intensificarsi della pandemia, molti paesi hanno chiesto alla loro popolazione di rimanere a casa e hanno limitato i movimenti delle persone. La Cina ha iniziato il lockdown della città di Wuhan il 23 gennaio 2020, seguito da tutto il resto della provincia di Hubei. Subito dopo, sono state imposte restrizioni ai viaggi interprovinciali e sono stati cancellati collegamenti aerei, ferroviari, autostradali e via acqua, limitando i movimenti della popolazione durante la tradizionale festa del Capodanno cinese. Questo è stato seguito dall'estensione della festività del Capodanno cinese, dalla chiusura di scuole, negozi e fabbriche in tutte le province, da misure di quarantena centralizzata e trattamento, dall'obbligo di indossare mascherine nei luoghi pubblici, nonché dal distanziamento sociale/fisico. Il governo ha anche potenziato il supporto alla sanità pubblica, incluso l'allestimento di due ospedali temporanei in soli 10 giorni e la fornitura di trattamenti e test gratuiti in tutta la Cina.

Sebbene queste misure possano contribuire a contenere la trasmissione del virus, vi è una crescente preoccupazione a livello mondiale che possano anche avere conseguenze sociali ed economiche non intenzionali per le persone, specialmente per quelle più povere e vulnerabili. Secondo le proiezioni della Banca Mondiale (2020), il trauma causato dal COVID-19 e le misure di contenimento avranno un grave impatto sulla povertà attraverso vari canali, come la salute e la perdita di redditi. Specificamente, nello scenario di crescita di base, dove a un forte rallentamento dell'economia segue una robusta ripresa, si stima che quasi 24 milioni di persone in meno riusciranno a uscire dalla povertà nei paesi in via di sviluppo nelle regioni dell'Asia orientale e del Pacifico nel 2020 rispetto a quanto non avrebbe fatto in assenza della pandemia. Inoltre, le famiglie legate ai settori colpiti, come i servizi, la



manifattura e il turismo, soffriranno in modo sproporzionato.

Mentre queste proiezioni aiutano a rivelare l'ampiezza dei potenziali impatti sulla povertà e la necessità di azioni urgenti e concertate, rimane incerto quale sia l'impatto di questa malattia di COVID-19 sulla povertà in Cina, l'ex epicentro della malattia e anche il paese che ha contribuito per oltre il 70% alla riduzione della povertà mondiale negli ultimi quattro decenni. Per la Cina, risolvere i problemi di disuguaglianza causati dalla pandemia è strettamente legato alla questione della povertà, perché la Cina si è posta l'obiettivo di eradicare completamente la povertà estrema entro la fine del 2020 (Luo, et al., 2020). La Cina ha adottato diverse misure per mitigare l'impatto della pandemia di COVID-19 sulla povertà. Queste misure mirano a quei fattori che risultano significativi nello spiegare la percezione delle famiglie rurali riguardo al rischio di ricadere in povertà o di cadere in povertà durante questa pandemia. In base ai principali obiettivi di queste risposte politiche, esse possono essere classificate in tre categorie sovrapposte come segue (Luo, et al., 2020).

Politiche di Occupazione Fuori dal Settore Agricolo: Il primo insieme di politiche è progettato per aiutare le persone povere nelle aree rurali a trovare lavoro nei settori non agricoli. Tra l'11 febbraio e l'inizio di aprile del 2020, più di dieci avvisi/suggerimenti sono stati emessi dal SCLGOPAD e/o dal MOF e dal MHRSS. Uno dei principali obiettivi di queste politiche è aiutare le persone povere a trovare lavoro fuori dal settore agricolo durante la chiusura di negozi e fabbriche e le restrizioni di viaggio, per mitigare le perdite di reddito e prevenire che cadano in una povertà ancora più profonda. Questi avvisi/suggerimenti propongono anche alcune misure chiave per promuovere l'occupazione non agricola delle persone povere nelle aree rurali. Ad esempio, nell'avviso emesso il 12 febbraio, il SCLGOPAD esorta i governi a tutti i livelli, nonché i comitati di villaggio, a dare priorità all'aiuto ai lavoratori rurali poveri, specialmente quelli provenienti da famiglie ufficialmente registrate come povere (ORPHs), per trovare lavoro fuori dal settore agricolo durante la loro lotta contro la pandemia di COVID-19.

Politiche di Sostegno Finanziario e Assicurativo: Un altro insieme di politiche riguarda il sostegno finanziario e assicurativo per le famiglie rurali povere. La CBIRC, in collaborazione con altri ministeri, ha introdotto misure per facilitare l'accesso al credito e alle assicurazioni per le famiglie colpite dalla pandemia. Queste misure includono la riduzione dei tassi di interesse sui prestiti, l'estensione dei periodi di rimborso e l'introduzione di prodotti assicurativi specifici per coprire i rischi legati al COVID-19. Tali iniziative mirano a stabilizzare il reddito delle famiglie rurali e a prevenire che le difficoltà finanziarie temporanee si trasformino in povertà a lungo termine.

Politiche di Supporto Sociale e Comunitario: le politiche di supporto sociale e comunitario sono state fondamentali per affrontare la crisi. Il governo ha rafforzato i servizi di assistenza sociale, garantendo che le famiglie povere ricevessero aiuti alimentari, sostegno psicologico e accesso a cure mediche adeguate. Inoltre, sono state promosse iniziative comunitarie per supportare le famiglie colpite dalla pandemia, come la formazione di reti di volontariato per fornire assistenza pratica e emotiva.

Le statistiche mostrano che entro aprile 2020, il governo centrale della Cina ha destinato 139,6 miliardi di CNY come fondo per il sollievo dalla povertà nel 2020 per affrontare gli impatti che la pandemia di COVID-19 ha imposto sull'alleviamento della povertà. Nel frattempo, i governi locali di molte province hanno adottato misure attive per aiutare i contadini a generare reddito. Ad esempio, i governi locali di Hubei, Jiangxi e Hebei, tra gli altri, hanno sfruttato varie piattaforme di e-commerce per promuovere la vendita di prodotti agricoli. Alcuni leader dei governi locali si sono persino impegnati in dirette streaming come ambasciatori di vendita per i prodotti agricoli che hanno registrato scarse vendite a causa della pandemia di COVID-19.

Un passo importante per preparare meglio la popolazione rurale per l'era post-COVID-

19 è costruire il loro capitale umano. Il 18 marzo 2020, il Consiglio di Stato ha emesso un avviso che esorta a rafforzare gli sforzi per organizzare corsi di formazione professionale online per i lavoratori poveri. La formazione può essere prolungata ogni volta che è necessario. Il governo fornisce sovvenzioni per la formazione e i lavoratori poveri ricevono uno stipendio per la partecipazione ai corsi (The State Council 2020c). Secondo il Ministero delle Risorse Umane e della Sicurezza Sociale, tra il 2020 e il 2021, almeno sette milioni di lavoratori migranti saranno formati per migliorare le loro competenze professionali per un migliore impiego, stabilità lavorativa o per essere in grado di avviare le proprie attività. Ad esempio, in molte località delle province di Hebei, Shaanxi o Sichuan, i contadini possono seguire lezioni online utilizzando i cellulari per apprendere competenze agricole o extra-agricole. In sintesi, la Cina ha adottato un approccio multilivello per affrontare l'impatto del COVID-19 sulla povertà rurale. Le misure includono l'allocazione di fondi significativi per il sollievo dalla povertà, l'uso di piattaforme di e-commerce per promuovere le vendite di prodotti agricoli, e l'implementazione di programmi di formazione professionale per migliorare il capitale umano. Questi sforzi concertati dimostrano l'impegno del governo cinese a mitigare gli effetti della pandemia sulla povertà rurale e a preparare la popolazione per un futuro più stabile e prospero.

Per quanto riguarda l'Italia, molte delle fasce di popolazione più colpite dalla crisi erano a rischio di povertà già prima del coronavirus, come i giovani o i lavoratori a termine. È noto che tale rischio è assai più elevato per chi vive in famiglie in cui il lavoro è interamente prestato in attività precarie e temporanee rispetto a chi appartiene a famiglie in cui vi sono prevalentemente impieghi di tipo tradizionale. Anche le famiglie più numerose hanno una probabilità più alta di essere povere: per molte, all'insufficienza di reddito si è aggiunta l'inadeguatezza di strumenti (computer, connessione internet) e ambienti adatti all'istruzione a distanza dei figli. La pandemia ha reso evidente ancor più che in crisi precedenti il ruolo fondamentale del risparmio nell'attutire cadute estreme e repentine del reddito. Nel quinto più povero della popolazione, nel 2016, l'80% delle persone che vivevano in una famiglia con persona

di riferimento di età inferiore a 65 anni non aveva risparmi sufficienti per rimanere al di sopra della soglia di povertà per più di nove settimane. In assenza di attività finanziarie liquide, può essere arduo mantenere standard di vita accettabili, rendendo necessarie misure straordinarie quali l'indennità Covid-19 per i lavoratori autonomi e parasubordinati o il reddito di emergenza.

Più che cercare di individuare i "nuovi poveri" su cui calibrare interventi specifici, è necessario riflettere sul disegno complessivo della rete di protezione sociale italiana. Così come negli anni Settanta le difficoltà del sistema mutualistico portarono alla creazione del Sistema Sanitario Nazionale di carattere universalistico, l'auspicio è che la crisi spinga a superare l'attuale impostazione "categoriale" in favore di tutele sociali universali commisurate ai bisogni delle persone, indipendentemente dalla loro appartenenza a una determinata categoria di popolazione.

Inoltre, è fondamentale considerare che le misure di sostegno devono essere progettate non solo per rispondere alle emergenze immediate, ma anche per costruire una resilienza a lungo termine (Brandolini, 2020). Questo include investimenti in istruzione, formazione professionale e servizi di supporto psicologico, che possono aiutare le famiglie a superare le difficoltà economiche e a migliorare le loro prospettive future. Solo attraverso un approccio integrato e universale, che riconosce e affronta le molteplici dimensioni della povertà, sarà possibile creare una rete di protezione sociale davvero efficace e inclusiva.

Gli interventi messi in campo durante la crisi sono stati indubbiamente eccezionali sia per la portata economica sia per il raggio d'azione e gli ambiti e soggetti coinvolti. L'enormità della crisi ha aggravato le condizioni di chi aveva già una situazione economicamente fragile e ha colpito soggetti e settori che si ritenevano relativamente al sicuro. Questo ha evidenziato la frammentarietà e disomogeneità degli strumenti di protezione sociale, in particolare quelli di protezione del reddito. Dal punto di vista della protezione sociale, il governo ha agito bene, soprattutto all'inizio, ad allargare le

maglie della rete di protezione esistente e ad introdurre nuovi strumenti per coprire coloro che altrimenti sarebbero rimasti esclusi. Tuttavia, questo approccio, forse inevitabile nella prima fase, non è riuscito a coprire effettivamente tutti, lasciando intatte e cristallizzando le disuguaglianze nei livelli di protezione sociale. Inoltre, ci sono stati enormi ritardi nell'effettiva erogazione degli aiuti a causa di meccanismi procedurali troppo macchinosi, inefficienze e sovraccarico delle Agenzie preposte alla distribuzione.

Un'altra criticità è la mancanza di una visione di medio-lungo periodo e delle azioni concrete necessarie per preparare l'uscita dalla crisi. Sarebbe essenziale investire nella formazione per preparare i lavoratori alle nuove condizioni del mercato del lavoro, contestualmente alla creazione di un sistema di centri per l'impiego diffuso e professionalmente preparato. Inoltre, investimenti nei trasporti sono fondamentali per evitare il ripetersi dei problemi visti a settembre-ottobre con la riapertura delle scuole e delle attività produttive. Simili investimenti sono necessari anche nell'edilizia e nelle infrastrutture educative e scolastiche, e nel sistema sanitario, non solo a livello ospedaliero ma anche territoriale. Un problema particolarmente critico è la proroga del divieto dei licenziamenti e l'estensione della cassa integrazione in deroga fino a marzo 2021. Questa misura, pur necessaria, non impedirà a molte aziende di fallire, con un conseguente aumento dei licenziamenti che ingrosseranno le fila dei disoccupati. Questo problema si unirà a quello di coloro che hanno già perso il lavoro senza essere coperti dalla norma del divieto ai licenziamenti, o dei giovani che non sono riusciti a trovare un lavoro in un mercato del lavoro bloccato.

La crisi ha dimostrato l'importanza di un sistema di protezione sociale robusto e flessibile, capace di adattarsi rapidamente alle emergenze senza lasciare indietro nessuno. Le lezioni apprese da questa crisi devono essere utilizzate per rafforzare le strutture esistenti e per sviluppare nuove politiche che possano prevenire future disuguaglianze e garantire un supporto efficace a tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro situazione lavorativa o economica.

### **3.3 Panico sui social media e problema infodemico durante la pandemia**

A poche settimane dall'emergenza del nuovo coronavirus (COVID-19) in Cina, il mondo si è trovato sommerso da voci fuorvianti e teorie del complotto riguardo all'origine del virus. Queste teorie sono circolate insieme a messaggi allarmistici, razzismo e acquisti di massa di mascherine facciali, fenomeni tutti legati ai nuovi ecosistemi di "infomedia" del XXI secolo, dominati dai social media. Una particolarità notevole di questa crisi è stata la coincidenza tra virologia e virulenza mediatica: non solo il virus si è diffuso rapidamente, ma altrettanto velocemente si sono diffuse le informazioni — e le disinformazioni — riguardo alla pandemia, generando panico tra la popolazione. Il panico sui social media si è propagato più velocemente della stessa diffusione del COVID-19. Spesso, abbiamo potuto osservare un principio metonimico, dove le immagini direttamente collegate al centro fisico della crisi (le immagini arcaiche di quarantena e confinamento) venivano associate a luoghi e persone connesse a questa iconografia: ristoranti cinesi, turisti cinesi, prodotti provenienti dall'Asia, ecc., causando diffidenza diffusa e scoppi di razzismo. I residenti dall'aspetto cinese, che non avevano mai messo piede in Cina, sono stati tra le prime vittime di questo razzismo virale.

Il Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), Dr. Tedros, ha definito questa situazione una battaglia contro i "troll e le teorie del complotto". La disinformazione crea confusione e diffonde paura, ostacolando così la risposta alla pandemia. "La disinformazione sul coronavirus potrebbe essere la cosa più contagiosa di essa", ha affermato. Queste dinamiche evidenziano la potenza e il pericolo degli ecosistemi mediatici moderni, dove la velocità di diffusione delle informazioni può accelerare e amplificare irrazionalità e pregiudizi, sottolineando l'importanza di fonti di informazione affidabili e verificate in tempi di crisi.

L'impatto della copertura mediatica e dei sentimenti pubblici può influenzare

significativamente i settori pubblico e privato nelle decisioni di interrompere determinati servizi, inclusi quelli aerei, in misura sproporzionata rispetto alle reali necessità di salute pubblica. Le restrizioni di viaggio sono un esempio di come la percezione pubblica influenzata dai social media possa portare a decisioni che comportano enormi perdite economiche. Spesso, la variabilità spaziotemporale delle discussioni sui social media, in particolare su Twitter, non corrisponde alla realtà spaziotemporale e all'intensità della pandemia (Depoux, et al., 2020).

Nel contesto della pandemia di COVID-19, le persone hanno utilizzato i social media più del solito poiché si affidano a fonti online per cercare informazioni sanitarie per sé stesse e per i propri cari. L'uso delle piattaforme di social media è diventato un sollievo benvenuto nella catastrofe sanitaria e nella crisi globale durante la pandemia in corso. Si sostiene che analizzare l'uso dei social media nel contesto di catastrofi sanitarie globali come la pandemia di COVID-19 dovrebbe aiutare a rivelare l'impatto globale sulla salute mentale. Il Censimento degli Stati Uniti ha indagato oltre il 42% delle persone e ha identificato sintomi di depressione e livelli di ansia più elevati nel dicembre 2020, che era l'11% in più rispetto all'anno precedente.

Infatti, le piattaforme di social media hanno fornito un facile accesso alla ricerca di informazioni sanitarie, permettendo alle persone di valutare i rischi legati alla salute e gestire le preoccupazioni sanitarie globali. Gli utenti dei social media producono e condividono tipicamente informazioni sanitarie disponibili tramite fonti locali e internazionali in risposta a una crisi sanitaria pubblica mondiale. Nel frattempo, i professionisti della salute e i governi hanno adottato strumenti di social media per contenere e gestire le conseguenze negative delle crisi sanitarie, come l'attacco di antrace in varie città degli Stati Uniti nel settembre 2001, il focolaio di morbillo in California nel 2015 e la crisi di influenza H1N1 a Pechino nel 2009. La letteratura esistente evidenzia che numerosi studi sono stati condotti per indagare come il pubblico cerca, crea e condivide informazioni sanitarie attraverso fonti online in situazioni di emergenza sanitaria. Studi precedenti in questo ambito si sono

concentrati principalmente sulla selezione dei canali degli utenti, identificando una maggiore tendenza a affidarsi ai media tradizionali per cercare informazioni sanitarie in eventi di crisi sanitaria e contesti routinari. Nell'emergere di una crisi sanitaria, le persone utilizzano smartphone e social media più dei media tradizionali per cercare informazioni sanitarie (Abbas, Wang, Su, & Ziapour, 2021).

Tuttavia, non si può dire che durante la pandemia i social media abbiano solo generato ansia informativa e infodemia; più importante è il fatto che le piattaforme di social media offrono un importante contenuto di supporto sociale al pubblico in cerca di informazioni sanitarie.

Per le persone che soffrono di ansie legate alla salute e di condizioni mediche, i social media rappresentano un beneficio significativo grazie alla disponibilità di informazioni corrette online. Il supporto sociale si riferisce alla percezione e alla praticità con cui le reti sociali si prendono cura e valorizzano le persone all'interno delle reti stesse. Questo concetto spiega come le reti sociali integrano gli individui nelle obbligazioni sociali e nelle reti di comunicazione. Il supporto fornito dai social network può includere cure fisiche ed emotive, consigli, un senso di appartenenza (compagnia), assistenza finanziaria (tangibile) e consigli personali (intangibile). Le fonti di supporto sociale comprendono colleghi di lavoro, amici, familiari e organizzazioni. Il supporto sociale implica lo scambio di risorse disponibili tra persone che lo percepiscono come mirato a migliorare il benessere del destinatario.

L'importanza del supporto sociale ha attirato l'attenzione di molti clinici, ricercatori, scienziati e studiosi in tutto il mondo. Diversi studi hanno esaminato il ruolo del supporto sociale sulla salute mentale e sul benessere individuale. Le ricerche precedenti indicano che il supporto sociale è un concetto multidimensionale basato su informazioni, emozioni e supporto tra pari nelle comunità globali (Abbas, Wang, Su, & Ziapour, 2021). Ad esempio, durante la pandemia di COVID-19, i social media sono diventati una risorsa vitale per condividere informazioni sanitarie e fornire supporto



emotivo. Le persone hanno utilizzato piattaforme come Facebook, Twitter e WhatsApp per ricevere aggiornamenti sulla salute, consigli su come affrontare l'isolamento e la quarantena, e per mantenere il contatto con amici e familiari. Queste interazioni hanno aiutato a ridurre l'ansia e lo stress, fornendo un senso di comunità e solidarietà. Inoltre, i social media hanno facilitato l'organizzazione di attività sportive e ricreative virtuali, promuovendo uno stile di vita sano e attivo anche durante i periodi di lockdown. Le sfide di fitness online, le lezioni di yoga in diretta e le maratone virtuali hanno contribuito a mantenere le persone fisicamente attive e mentalmente resilienti. In conclusione, i social media non solo offrono un mezzo per l'accesso rapido e accurato alle informazioni sanitarie, ma forniscono anche una rete di supporto sociale che può migliorare significativamente il benessere individuale. La capacità di connettersi con gli altri, scambiare risorse e ricevere supporto emotivo e pratico è fondamentale per affrontare le sfide della vita moderna, in particolare durante le crisi sanitarie globali come quella del COVID-19.

Di fronte alla pandemia, il panico è inevitabile, ma nel corso dello sviluppo della pandemia, con l'attuazione delle misure governative, le reazioni delle persone cambiano. Le risposte alla pandemia possono essere viste attraverso diverse fasi che includono paura, ansia e panico, rabbia, accettazione e risoluzione (Ventriglio, Watson, & Bhugra, 2020).

**Fase della Paura:** La prima fase è caratterizzata dalla paura di fronte a qualcosa di sconosciuto. Questa paura può essere diretta verso fonti esterne, come teorie del complotto e stereotipi, ad esempio quando alcuni funzionari negli Stati Uniti hanno iniziato a chiamare il virus "virus cinese". Questa fase è accompagnata da un'abbondanza di voci su cause e trattamenti del virus, creando ulteriore panico e ansia. La paura può portare le persone a fraintendere le informazioni, aumentando l'ansia man mano che la pandemia si diffonde e che amici o familiari si ammalano.

**Fase dell'Ansia e del Panico:** Man mano che la pandemia si avvicina, la malattia non

è più vista come qualcosa di lontano, ma come una minaccia reale e vicina. Questo crea panico e ansia, portando le persone a fare scorte eccessive di beni di consumo, cercando di ottenere un senso di controllo. Questo comportamento può sfociare in atteggiamenti ribelli, con individui che ignorano i consigli del governo per mantenere un senso di autonomia.

**Fase della Rabbia:** Con l'aumento dell'ansia, si può sviluppare la rabbia, soprattutto quando le persone iniziano a perdere fiducia nei governi. Sentono che il "contratto sociale" è fallito: pagano le tasse aspettandosi protezione e assistenza, e quando questa aspettativa non è soddisfatta, può portare a disordini sociali e civili. La rabbia può essere legata alla mancanza di informazioni chiare e trasparenti, a informazioni fuorvianti o all'inefficacia delle misure adottate. Questa rabbia può manifestarsi come pensieri depressivi o violenza, creando un periodo particolarmente pericoloso.

**Fase dell'Accettazione e della Risoluzione:** Nonostante queste tensioni, le persone iniziano eventualmente ad accettare la realtà della situazione e a trovare una certa risoluzione interiore. Questa fase implica l'accettazione delle circostanze e l'adattamento a nuove routine e misure di sicurezza. Tuttavia, mantenere l'isolamento sociale e il distanziamento fisico può essere difficile, specialmente in contesti sovraffollati, aumentando il rischio di abusi domestici, violenza e problemi di salute mentale. La dipendenza dai social media per informazioni può alimentare ulteriormente ansia, rabbia e paranoia. Pertanto, è cruciale accedere solo a fonti di informazione affidabili. La gestione di ansia e panico richiede interventi mirati per prevenire un aumento dei disturbi psichiatrici come ansia, depressione e suicidi.

Un recente commento di Habersaat et al. (2020) ha proposto dieci considerazioni per gestire la crisi del COVID-19, includendo raccomandazioni per promuovere la resilienza nelle comunità. Data l'estensione delle misure di lockdown, le comunità online sono gli spazi in cui tali forme di resilienza possono emergere e consolidarsi. Infatti, da una prospettiva psicologica, il loro studio rivela che l'uso dei social media svolge un ruolo cruciale come buffer, gestendo e mitigando le forme di ansia vissute dai nostri intervistati durante la pandemia. Pertanto, i social media dovrebbero giocare un ruolo

fondamentale in tutti gli scenari prospettati. Mentre pianifichiamo le future fasi successive del lockdown e cerchiamo di mitigarne gli effetti psicologici negativi, dovremmo sfruttare con audacia le capacità dei social media di promuovere la resilienza e facilitare le strategie di coping (Marzouki, Aldossari, & Veltri, 2021).

Dall'adozione diffusa dei social network, nuovi e rapidamente mutanti modi di comunicazione fanno parte della vita degli esseri umani in tutto il mondo. Le reti sociali online sono ora strumenti essenziali per costruire e sensibilizzare su molte questioni sociali. Rischi esistenziali, come la pandemia di COVID-19, sono considerati situazioni senza precedenti che richiedono tipi specifici di risposte psicologiche. Il merito di questo studio è di mettere in luce come queste risposte possano essere facilitate e migliorate attraverso l'uso dei social media. Inoltre, i risultati attuali apriranno la strada a ulteriori ricerche e politiche, man mano che acquisiamo una migliore comprensione di come affrontare rischi e minacce simili in futuro. Alcuni elementi chiave della prevenzione e dell'intervento possono essere evidenziati come linee guida per le strategie di comunicazione della salute pubblica:

1. Ridurre l'incertezza riguardo alla minaccia, permettendo alle persone di reinterpretare la loro incertezza in modo positivo, promuovendo costantemente fonti di informazione affidabili.
2. Tenere conto dell'importanza di un modello ciclico inerente alle reazioni emotive umane per regolare il contenuto del materiale condiviso online e accelerare l'instaurazione della resilienza collettiva.
3. Utilizzare le piattaforme online per cementare e abbracciare norme sociali che enfatizzano la promozione di comportamenti protettivi.
4. Potenziare l'effetto buffer dei social media guidando gli utenti a socializzare online in modo efficace e organizzato durante le fasi di lockdown, programmando attività sociali giornaliere online con famiglia, amici, colleghi e attori sociali più ampi.

Dal punto di vista del governo, utilizzare correttamente la comunicazione è anche un

modo per contrastare il panico informativo. Durante una crisi, e in particolare durante una pandemia, la capacità di comunicare efficacemente può fare la differenza nel successo o insuccesso di un governo nel salvare vite umane. Una comunicazione appropriata e sufficiente contribuisce alla rapidità di risposta, alla precisione e all'efficienza nella gestione dell'emergenza (Lerouge, Diaz Lema, & Arnaboldi, 2023).

Più specificamente, la comunicazione governativa svolge un ruolo significativo nel costruire fiducia e credibilità istituzionale, che a loro volta sono necessarie per trasmettere i messaggi di crisi alla popolazione e compensare la paura con l'informazione (Lerouge, Diaz Lema, & Arnaboldi, 2023). Inoltre, nell'ambito di una comunicazione efficace e affidabile, i governi dovrebbero essere consapevoli che, man mano che l'emergenza progredisce, è importante rimanere al passo con le esigenze della popolazione che evolvono e modulare di conseguenza la domanda di informazioni.

La comunicazione di rischio in situazioni di emergenza è uno strumento utilizzato dai responsabili della gestione delle crisi nelle agenzie pubbliche, ma i governi non sono gli unici responsabili della diffusione dei messaggi di crisi. I media, fornendo i propri contenuti e riformulando le comunicazioni governative, sono in grado di influenzare la percezione e la comprensione della crisi da parte del pubblico. Di conseguenza, il flusso di informazioni che raggiunge il pubblico non è la comunicazione "pura" del governo, ma è piuttosto integrata e trasformata attraverso la copertura giornalistica. Poiché i media tendono a concentrarsi sulle informazioni di maggiore impatto sociale, è più probabile che influenzino i sentimenti dei lettori. Il governo è una fonte comune delle informazioni sui rischi nei media e questi ultimi, a loro volta, inquadrano i messaggi ufficiali e li diffondono direttamente al pubblico.

In situazioni di crisi, è fondamentale che i governi riconoscano il ruolo della comunicazione come strumento cruciale nel loro arsenale, utilizzabile per convincere il pubblico ad accettare misure talvolta rigorose, prevenendo al contempo un

peggioramento della situazione limitando la diffusione del panico. Teoricamente, durante una pandemia, il timore può essere mantenuto a livelli ragionevoli dai governi, contrappesando l'incertezza con l'informazione. Tuttavia, non esistono prove empiriche su come il flusso di informazioni durante una crisi possa influenzare gli stati emotivi della popolazione. In questo processo, i social media sembrano essere uno strumento prezioso per i governi per osservare la risposta emotiva della popolazione.

Nel contesto della campagna sui social media del governo italiano #iorestoacasa, avviata durante la crisi del Covid-19, alcune ricerche hanno utilizzato l'analisi del testo per esaminare la relazione tra la comunicazione del governo e quella della stampa, e il livello di paura espresso dai cittadini in oltre 200 mila tweet con l'hashtag #iorestoacasa (Lerouge, Diaz Lema, & Arnaboldi, 2023).I risultati evidenziano come il contenuto dei messaggi sia evoluto nella prima parte della pandemia e durante la campagna sui social media. Essi suggeriscono che in Italia la discussione riguardo agli sforzi compiuti dal Consiglio Europeo per trovare soluzioni comuni per affrontare l'emergenza ha avuto un'influenza positiva sullo stato d'animo pubblico. Al contrario, i messaggi riguardanti la vulnerabilità individuale delle persone e il senso associato di un locus di controllo esterno hanno correlato positivamente con i livelli di paura.

Negli ultimi anni, l'Italia ha dovuto affrontare in misura crescente i movimenti anti-scienza che hanno messo in discussione il valore degli esperti e degli scienziati, rappresentando uno degli effetti principali di una concezione postmoderna della salute. Questo processo è legato a trasformazioni socio-culturali che hanno portato a un maggiore coinvolgimento pubblico nelle questioni scientifiche e a crescenti intersezioni tra la conoscenza esperta e le risposte dei cittadini, alimentando la richiesta di partecipazione non esperta nei processi di intervento sulla salute e un atteggiamento meno passivo nei confronti dell'autorità dei professionisti. In questo contesto, il rapporto tra scienza e pubblico laico è profondamente cambiato, influenzando la credibilità delle istituzioni di salute pubblica. Lo sviluppo delle tecnologie digitali e la pervasività dei media personali hanno amplificato questo

processo, mettendo in discussione il ruolo dei governi e delle istituzioni. Ciò richiede l'adozione di nuovi modelli di comunicazione non solo per interagire con i media, ma anche per dialogare con diversi pubblici che ora sono in grado di far sentire la loro voce agli esperti medici e alle istituzioni sanitarie sui social media.

Durante la pandemia, l'incertezza riguardante l'eziologia e le conseguenze del virus ha dato origine a una cacofonia di voci, in cui la comunicazione istituzionale spesso non era allineata con la copertura mediatica e con un miscuglio indistinguibile di disinformazione, voci non verificate e informazioni intenzionalmente manipolate. La quantità di informazioni sul Coronavirus è aumentata rapidamente online. Secondo il monitoraggio dei social media del Vaccine Confidence Project, tra gennaio e metà marzo 2020 venivano diffusi quotidianamente 3,08 milioni di messaggi riguardanti il Covid-19 (Larson, 2020). Diversi tipi di disinformazione costituivano una parte considerevole di questo contenuto. Queste voci e falsi si sono diffusi rapidamente sul web sociale, disturbando l'equilibrio di autenticità degli ecosistemi di comunicazione. Questo fattore ha spinto rapidamente i governi a impegnarsi per frenare la diffusione della disinformazione, al fine di evitare il rischio di comportamenti potenzialmente dannosi per la popolazione. Ad esempio, uno studio che analizzava la disinformazione valutata come falsa da verificatori di fatti indipendenti ha riportato che il contenuto falso era per lo più diffuso sui social media (88%), assumendo varie configurazioni testuali e visive. Inoltre, l'affermazione più ricorrente riguardava le politiche o gli interventi adottati dalle autorità pubbliche per contrastare la diffusione del Covid-19, sostenendo che le organizzazioni sanitarie e i governi non erano riusciti a offrire informazioni affidabili in risposta alle richieste del pubblico (Brennen, Simon, Howard, & Nielsen, 2020).

L'Italia è stata completamente coinvolta in questa infodemia. Ad esempio, un rapporto ha evidenziato che il termine "Coronavirus" rappresentava 575.000 ricerche da parte degli utenti italiani su un totale mensile di 950.000 (Sciuto & Paoletti, 2020). In uno studio di Edelman (2020), l'Italia era il paese con la percentuale più alta di persone che

accedevano quotidianamente a notizie e informazioni sul virus (58%), superando paesi come Corea, Giappone e Stati Uniti. AGCOM (2020) ha rilevato che, come proporzione della disinformazione pubblicata online, i contenuti sul Coronavirus sono passati dal 5% di inizio gennaio al 46% di fine marzo. Sui social media, in particolare, i post sul Coronavirus sono aumentati fino a rappresentare il 36% di tutti i messaggi prodotti da fonti di disinformazione. Parte di questa disinformazione sembrava essere legata a teorie del complotto e a falsi rapporti e affermazioni provenienti da attori vicini a Russia e Cina, con l'obiettivo di minare le alleanze all'interno dell'Unione Europea mentre l'Italia affrontava la prima fase dell'emergenza.

Nonostante l'impegno delle aziende digitali per fermare la diffusione della disinformazione e le collaborazioni strategiche tra l'OMS e i ministeri della salute di diversi paesi, le notizie false sono rimaste difficili da contenere. Uno studio ha descritto come la disinformazione non fosse rimossa in modo uniforme da Facebook (Avaaz, 2020): il 68% della disinformazione in lingua italiana non era etichettata per avvisare gli utenti delle fake news sul Covid-19. Inoltre, il 21% dei post di disinformazione italiani rientrava nella categoria dei "contenuti dannosi" che Facebook si era impegnato a rimuovere, ma questi post erano ancora presenti all'inizio di aprile.

In questa situazione problematica, il Ministero della Salute italiano ha assunto un ruolo centrale iniziando a produrre messaggi sul virus nel tentativo sia di rispondere alle crescenti richieste dei cittadini, sia di arginare il flusso di informazioni inaccurate. Particolare attenzione è stata dedicata al sito web ministeriale con una sezione Covid-19, sia in italiano che in inglese, e una pagina tematica per contrastare la disinformazione, chiamata "Attenti alle bufale", che smentisce oltre 50 falsi miti sul Coronavirus circolanti sui social media.

Un impegno chiave è stato rivolto alla pagina Facebook del Ministero della Salute italiano. Con l'emergenza, il numero di seguaci è passato da 61.196 il 30 gennaio 2020 a 409.145 il 3 aprile 2020, mostrando il bisogno sentito dagli utenti di trovare una fonte

istituzionale affidabile sul virus, ma anche la funzione strategica svolta da questa pagina nel mitigare l'infodemia. In quei due mesi, la pagina ha pubblicato 301 post, il 94% dei quali riguardavano il Covid-19, trasformandosi in una pagina tematica per affrontare l'emergenza. Il tasso di coinvolgimento ha raggiunto una media di 2.652 "mi piace", 1.983 condivisioni e 378 commenti per post. Per quanto riguarda i contenuti, il Ministero della Salute italiano ha creato campagne sul Coronavirus (21,9%), coinvolgendo persone famose e influencer digitali, e utilizzando hashtag specifici (es. #iorestoacasa). I messaggi contro le fake news occupavano il 7,1% del flusso istituzionale. Questi post erano arricchiti con emoticon, infografiche e social card, integrando frequentemente le parole "falso" o "fake news" nei visual e collegandosi alla sezione Covid-19 del sito ministeriale. Diversi post (12,4%) spiegavano le misure adottate dal governo italiano per garantire comportamenti appropriati durante il lockdown. Inoltre, i contenuti non presentavano una marcata incidenza di politici (8,9%), riducendo così il rischio di una politicizzazione del virus, una delle principali preoccupazioni della popolazione. Un aspetto negativo è stata la carenza di risposte ai commenti degli utenti sulla pagina (meno del 5%), lasciando molte domande senza risposta e quindi potenzialmente minando la fiducia in questa situazione.

in questa prima pandemia gestita attraverso i social media, il Ministero della Salute italiano ha adottato specifiche strategie di comunicazione digitale per affrontare l'emergenza Covid-19, dedicando intensi sforzi per tenere costantemente informati i cittadini e ridurre la disinformazione, utilizzando dati e elementi visivi per rendere i messaggi facilmente comprensibili. A febbraio 2020, il Ministero della Salute italiano ha firmato partnership con Facebook e altre aziende digitali per indirizzare le ricerche degli utenti sui canali ministeriali. Ad aprile, il governo italiano ha lanciato una task force specifica per promuovere la collaborazione con i fact-checker e incoraggiare l'attivismo dei cittadini nel segnalare la disinformazione.

Dal punto di vista della comunicazione sanitaria pubblica, tutte queste azioni si sono rivelate utili nell'affrontare la fase acuta dell'infodemia, aumentando la visibilità delle



fonti ufficiali e puntando a ristabilire la credibilità riconnettendosi con i cittadini. In questo periodo di paura e incertezza, un uso trasparente, strategico e proattivo dei social media da parte delle organizzazioni sanitarie pubbliche sembra essere fondamentale per aumentare la fiducia e ridurre l'impatto delle false narrazioni. In situazioni di emergenza, le istituzioni dovrebbero anche depoliticizzare i temi sanitari sui canali social per ridurre ulteriormente la polarizzazione e limitare l'insorgere di nuovi conflitti, già alimentati dalla natura dei social media e dai loro algoritmi. Inoltre, per appiattire la curva della disinformazione, sembra necessario fare sforzi costanti e coordinati che coinvolgano autorità, mass media e aziende digitali. Ad esempio, i media potrebbero dare maggiore voce a giornalisti specializzati in temi di salute e scienza per contestualizzare dati e statistiche sul virus e diminuire la spettacolarizzazione di questi temi solo per ottenere pubblico o clic. Le aziende digitali dovrebbero continuare a collaborare con i governi per fermare la diffusione della disinformazione sul Covid-19, elevando i contenuti autorevoli e prestando attenzione strategica ai fattori culturali e linguistici che potrebbero amplificare la diffusione delle fake news. Inoltre, la disinformazione dovrebbe essere contrastata attraverso un vasto investimento nell'educazione ai media e nell'alfabetizzazione digitale per sviluppare una consapevolezza critica dell'uso dei media e delle tecnologie digitali. In questo senso, l'educazione ai media dovrebbe coinvolgere l'intera società per aumentare le competenze necessarie a interagire efficacemente e a navigare tra le insidie della disinformazione. Infine, è importante che le istituzioni sanitarie pubbliche continuino a informare i cittadini anche con strumenti offline e media tradizionali, utilizzando una strategia multicanale, in modo da non escludere parti della popolazione o aumentare le disparità tecnologiche e sociali.

## **Conclusione**

L'obiettivo di questo studio è analizzare e confrontare le misure adottate dai governi italiano e cinese durante la pandemia, concentrandosi particolarmente su come

Milano e Wuhan, le città inizialmente più colpite, hanno affrontato la crisi pandemica e le successive crisi sociali. Questa analisi mira a rispondere alla seguente domanda: quali lezioni possono essere apprese dalla gestione delle crisi pandemica e sociale in Italia e in Cina, in particolare nei casi di Milano e Wuhan? Quali insegnamenti possono essere utili per il futuro nell'affrontare eventi sanitari improvvisi?

### **1.La risposta del governo è stata tardiva e la divulgazione delle informazioni non tempestiva.**

Attraverso un'analisi comparativa, è stato rilevato che sia l'Italia che la Cina erano impreparate. Entrambi i paesi hanno affrontato un problema evidente: la mancata tempestività nella divulgazione delle informazioni. Per quanto riguarda la Cina, il governo della città di Wuhan avrebbe potuto adottare misure preventive in modo più precoce. Nelle fasi iniziali del COVID-19, il governo cinese ha implementato politiche di censura e controllo delle informazioni per prevenire il panico pubblico, risultando in una popolazione largamente impreparata al virus. Durante questo periodo, alcuni operatori sanitari hanno tentato di lanciare allarmi riguardo alla pandemia, ma senza successo. Nelle fasi iniziali, sono stati accusati dalle autorità locali di diffondere notizie false. Anche se successivamente il governo ha riconosciuto il loro contributo, questo ha indubbiamente causato un ritardo nelle risposte alla crisi.

Sebbene il controllo dell'informazione può temporaneamente prevenire la diffusione di voci durante una crisi ed eliminare la paura del pubblico, il pubblico sperimenta una paura maggiore se la crisi scoppia su larga scala. Per ridurre il panico, sia la Cina che l'Italia hanno, all'inizio della pandemia, in una certa misura, preferito controllare l'informazione. Allo stesso modo, all'inizio del 2020, le autorità italiane non hanno subito riconosciuto la gravità del COVID-19, causando ritardi nelle misure di contenimento e nella sensibilizzazione del pubblico. Solo alla fine di febbraio 2020, con l'aumento rapido dei casi, il governo ha iniziato a implementare misure più drastiche e a comunicare in modo più trasparente con la popolazione. La tardiva risposta ha fatto

sì che molte persone continuassero a svolgere attività quotidiane senza prendere le necessarie precauzioni, contribuendo così alla diffusione del virus. La tardiva risposta ha fatto sì che molte persone continuassero a svolgere attività quotidiane senza prendere le necessarie precauzioni. L'Italia ha fatto ricorso al lockdown perché il governo ha perso la finestra temporale per intervenire tempestivamente.

L'analisi delle risposte di Italia e Cina alla all'inizio della pandemia di COVID-19 ha messo in evidenza l'importanza della tempestività e della trasparenza nelle comunicazioni durante le emergenze sanitarie. I ritardi nell'informare il pubblico e nella divulgazione delle informazioni essenziali possono avere conseguenze severe, come evidenziato dagli eventi di Wuhan e Milano. Una comunicazione chiara, tempestiva e trasparente è essenziale non solo per prevenire il panico, ma anche per preparare adeguatamente la popolazione a prendere le misure necessarie per contenere la diffusione del virus. Entrambi i governi devono migliorare la loro capacità di rispondere rapidamente alle emergenze sanitarie, riconoscendo la gravità delle situazioni in modo tempestivo per evitare ritardi nelle azioni di contenimento. Inoltre, è cruciale adottare misure preventive basate su dati scientifici piuttosto che su considerazioni politiche, garantendo che le informazioni vitali siano accessibili e comprensibili per tutti. Evitando il ricorso alla censura o al controllo delle informazioni e notizie, i governi possono condividere apertamente con il pubblico le notizie necessarie per preparare adeguatamente la popolazione e gestire efficacemente le crisi.

In secondo luogo, sia l'Italia che la Cina devono migliorare significativamente i loro piani di preparazione e risposta alle emergenze sanitarie. I piani di contingenza sono strumenti politici essenziali che delineano protocolli, linee guida e regole da seguire in caso di pandemia. La pianificazione delle crisi è un processo significativo di formulazione delle politiche, che coinvolge la progettazione di misure anticipatorie e preparazioni per permettere a un sistema di governance di rispondere prontamente in una crisi. Per l'Italia, né i piani pandemici generali a livello del governo centrale, né i

piani di preparazione esistenti per l'influenza e l'Ebola avevano previsto l'entità di una pandemia come il COVID-19. Tuttavia, questi piani fornivano strumenti e protocolli utili che non sono stati implementati adeguatamente e sono stati completamente ignorati in molte regioni italiane. Dopo che l'OMS ha pubblicato un piano nazionale per la pandemia nel 2005, il Ministero della Salute in Italia ha sviluppato un "Piano Nazionale di Preparazione e Risposta a una Pandemia Influenzale", ma non è mai stato aggiornato e la maggior parte delle sue linee guida rilevanti non sono mai state attuate né a livello nazionale né a livello regionale. Quando la pandemia è arrivata, questo ha causato molte lamentele, poiché i responsabili dell'attuazione dell'assistenza sanitaria non erano preparati a fronteggiare un'emergenza nazionale e si è lamentato della mancata applicazione di protocolli di preparazione non specificati. Per la Cina, la risposta iniziale alla pandemia di COVID-19 ha messo in luce alcune lacune nei piani di preparazione alle emergenze sanitarie, nonostante i progressi fatti dopo l'epidemia di SARS del 2003. Sebbene la Cina avesse sviluppato un sistema di sorveglianza delle malattie infettive e protocolli per la gestione delle epidemie, la rapida diffusione del COVID-19 ha evidenziato la necessità di aggiornare e adattare questi piani per affrontare una pandemia di tale portata.

Quindi, è fondamentale che entrambi i paesi sviluppino piani di emergenza più robusti e dettagliati, che includano protocolli chiari e linee guida specifiche per affrontare pandemie su larga scala. Questi piani dovrebbero essere basati su dati scientifici aggiornati e includere scenari di simulazione per preparare le autorità a rispondere in modo rapido ed efficace. È essenziale che le informazioni siano condivise in modo trasparente e tempestivo, evitando la censura e il controllo delle informazioni che possono ostacolare una risposta adeguata.

È essenziale che le autorità locali e regionali siano integrate nei piani di emergenza nazionali per garantire una coordinazione efficace e una risposta unificata. Ciò richiede la creazione di meccanismi di comunicazione e coordinamento tra i vari livelli di governo, permettendo così decisioni rapide e un'attuazione senza ritardi. Allo stesso

tempo, è fondamentale che i piani di preparazione alle emergenze siano flessibili e adattabili alle circostanze che evolvono. Le lezioni apprese dalla pandemia di COVID-19 dovrebbero essere incorporate nei piani di emergenza esistenti, e i governi devono essere pronti a aggiornare e modificare le loro strategie in base alle nuove prove e alle situazioni che emergono. I piani non dovrebbero essere limitati alla teoria; la loro attuazione pratica è altrettanto importante. L'organizzazione di esercitazioni regolari di preparazione alle pandemie può essere cruciale per identificare e risolvere le vulnerabilità nei piani di risposta. Tali esercitazioni potrebbero coinvolgere tutti gli attori chiave, inclusi rappresentanti della sanità pubblica, forze dell'ordine e organizzazioni della società civile.

Per prevenire la mancanza di conoscenze e infrastrutture adeguate nella gestione dei pazienti durante le emergenze sanitarie, il governo dovrebbe anche investire nella formazione continua del personale sanitario e nelle infrastrutture necessarie per gestire un elevato numero di pazienti in situazioni di emergenza. Questo miglioramento non dovrebbe essere isolato, poiché le pandemie hanno molto probabilmente una portata internazionale. La collaborazione internazionale e la condivisione delle migliori pratiche tra i paesi sono altrettanto cruciali per potenziare la resilienza globale alle future pandemie.

**2. La struttura sanitaria della Cina e dell'Italia è diversa, ma entrambe hanno i loro punti di forza, che dovrebbero essere sfruttati appieno.**

la differenza più evidente tra il sistema sanitario cinese e quello italiano è che il primo è altamente centralizzato mentre il secondo è altamente regionalizzato.

La Cina, con la sua struttura fortemente centralizzata, dispone di un governo centrale in grado di gestire e riallocare le risorse a livello nazionale in diverse circostanze. Questo è facilitato dall'essere uno Stato unitario, dove le relazioni tra il centro e le autorità locali sono particolarmente fluide, permettendo un'efficace attuazione delle politiche su tutti i livelli di governo. Le decisioni strategiche sono prese dai principali

leader politici al vertice, i quali assicurano che le direttive nazionali siano comunicate chiaramente e implementate uniformemente. Questo controllo rigoroso consente all'autorità centrale di dirigere il comportamento dei governi locali in maniera gerarchica, soprattutto in situazioni di emergenza. Tale struttura garantisce un sistema efficiente che può rispondere prontamente e in modo coordinato, risultando essenziale per gestire situazioni critiche come disastri naturali o crisi sanitarie. Sebbene la centralizzazione del potere faciliti la presa di decisioni, le capacità di gestione autonoma dei dipartimenti locali di sanità pubblica sono deboli. Il sistema di gestione della sanità pubblica in Cina non permette ai dipartimenti locali di dichiarare crisi di malattie infettive anche all'interno della loro stessa giurisdizione. È il Consiglio di Stato che possiede il potere di dichiarare una crisi relativa a una malattia infettiva statutaria e di redigere e attuare piani di emergenza. Nel frattempo, ai dipartimenti locali viene richiesto di adottare misure appropriate per prevenire le malattie in base al livello di prevenzione epidemica stabilito dal Consiglio di Stato per le Malattie Infettive. Pertanto, nel caso di Wuhan, l'HC di Wuhan e il CDCP di Wuhan non avevano il potere di dichiarare una crisi di malattia infettiva o prendere qualsiasi misura iniziale senza autorizzazione.

Questo significa che i dipartimenti sanitari locali, senza autorizzazioni e direttive chiare dal governo centrale, mancano dell'autorità necessaria per prendere decisioni indipendenti e implementare misure di risposta a crisi sanitarie pubbliche, come le pandemie. Questo design del sistema limita la flessibilità locale nella gestione degli eventi di sanità pubblica. Inoltre, la frammentazione burocratica è particolarmente evidente in Cina a causa della divisione orizzontale dell'autorità tra i ministeri centrali e della decentralizzazione amministrativa verticale. Questo sistema altamente frammentato complica il coordinamento interdipartimentale e il flusso di informazioni, causando mancanza di chiarezza nelle responsabilità e nei poteri, difficoltà nel coordinamento e problemi di divisioni interne. La trasmissione delle istruzioni attraverso vari livelli può portare a discrepanze nell'implementazione delle direttive.

La struttura fortemente centralizzata della Cina, sebbene efficace nella rapida mobilitazione delle risorse, necessita di miglioramenti per garantire una risposta ancora più tempestiva e flessibile alle emergenze sanitarie future. Nonostante il controllo centrale possa facilitare una gestione coordinata e uniforme, la limitata autonomia dei dipartimenti sanitari locali ha rappresentato una significativa debolezza nel sistema di risposta alle crisi.

La Cina dovrebbe sfruttare appieno i vantaggi della sua centralizzazione, migliorando al contempo l'efficacia della risposta alle pandemie. Prima di tutto, è necessario rafforzare l'autonomia locale, concedendo maggiore indipendenza ai dipartimenti sanitari locali, permettendo loro di dichiarare e rispondere alle crisi sanitarie basandosi su dati scientifici e valutazioni situazionali locali. Ciò richiede una revisione delle normative attuali per garantire che le autorità locali possano agire prontamente in situazioni di emergenza senza dover attendere le direttive del governo centrale.

In secondo luogo, è fondamentale migliorare il coordinamento interdipartimentale. La frammentazione burocratica potrebbe essere affrontata attraverso la creazione di meccanismi di coordinamento più efficaci tra i vari ministeri e dipartimenti. Questo può includere la formazione di comitati interministeriali permanenti dedicati alla gestione delle emergenze sanitarie, con l'obiettivo di facilitare il flusso di informazioni e l'implementazione delle direttive in modo coerente.

Per quanto riguarda l'Italia, i sistemi sanitari decentralizzati hanno dei vantaggi perché incoraggiano l'innovazione nelle regioni che cercano di trovare soluzioni alla crisi e queste risposte possono fornire migliori pratiche, come è avvenuto in Veneto. Inoltre, favoriscono una risposta tempestiva alla crisi. È importante che i dipartimenti locali combattano con successo qualsiasi malattia infettiva poiché ottengono informazioni rapidamente e dovrebbero avere la discrezionalità di gestirle per prevenire una pandemia su larga scala. Tuttavia, è anche probabile che i sistemi decentralizzati rendano la coordinazione più complessa. I governi centrali possono essere tentati di assumersi la responsabilità o di evitarla. Questo è successo nel caso dell'Italia e ha reso difficile chiarire chi fosse responsabile della gestione della crisi nelle fasi iniziali, chi

dovesse prendere le decisioni e chi dovesse essere punito o premiato per esse.

Per esempio, all'inizio della pandemia un conflitto politico è scoppiato tra il Presidente della Regione Lombardia, Attilio Fontana, e il Primo Ministro Giuseppe Conte, poiché entrambi i livelli di governo rivendicavano la gestione dell'emergenza locale, ritardando così l'adozione di misure restrittive in due città ad alta priorità nella provincia di Bergamo, Nembro e Alzano Lombardo. Poiché le disposizioni istituzionali consentono l'intervento sia della regione che dello stato centrale, non è stata intrapresa alcuna azione per contenere il virus in quelle città che non sono state isolate. Con la proliferazione delle infezioni e l'aumento delle vittime in queste aree, la leadership politica ha deviato i propri sforzi verso giochi di colpa.

Alla luce dell'esperienza vissuta durante la pandemia di COVID-19, l'Italia può trarre numerose lezioni per migliorare la sua capacità di risposta a future emergenze sanitarie, sfruttando i vantaggi dell'autonomia locale. Innanzitutto, è essenziale rafforzare il coordinamento tra il governo centrale e le autorità regionali. L'autonomia locale può permettere una gestione migliore delle questioni in base alle caratteristiche specifiche di ciascuna regione, ma per evitare una frammentazione delle azioni, è necessario coordinare le azioni delle diverse regioni quando si affronta una crisi nazionale di grande entità. La frammentazione burocratica e i conflitti di competenza, come quelli osservati tra il governo centrale e le autorità locali durante le fasi iniziali della pandemia, hanno dimostrato quanto sia vitale una chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità. Allo stesso tempo, è importante promuovere l'innovazione e la condivisione delle migliori pratiche tra le diverse regioni. L'esperienza del regione che ha implementato con successo strategie innovative per contenere il virus, può servire da modello per altre regioni. A tal fine, il governo centrale potrebbe creare una piattaforma nazionale per la raccolta e la diffusione delle migliori pratiche, facilitando l'apprendimento reciproco e l'adozione di approcci efficaci su tutto il territorio nazionale.



### **3. Per contenere la pandemia, è necessario combinare vari strumenti politici per garantire il massimo coordinamento ed equilibrio.**

All'inizio dell'implementazione del lockdown, la Cina ha adottato strumenti di politica molto rigorosi per coordinare il personale governativo nella gestione della crisi e per sollecitare la popolazione a rispettare le misure di lockdown. In realtà, per evitare che la situazione peggiorasse, le politiche di lockdown in Cina e in Italia erano estremamente coercitive. Tuttavia, la coercizione non è mai stata l'unico strumento politico, poiché né la Cina né l'Italia sono dittature con un imperatore, ma entrambe sono nazioni democratiche. Pertanto, oltre a utilizzare misure coercitive per far rimanere le persone a casa, era necessario anche implementare alcuni incentivi per garantire che il personale governativo e la popolazione rispettassero effettivamente le politiche e le regole stabilite.

È evidente che per affrontare efficacemente future emergenze sanitarie, è necessario un approccio integrato che combini regolamenti severi, incentivi economici e "persuasione morale" o esortazione. In primo luogo, le misure coercitive, come le multe per chi viola il lockdown, sono state utili per garantire che le persone rimanessero a casa. Tuttavia, l'uso esclusivo di punizioni può generare resistenza e sfiducia nella popolazione. Pertanto, è cruciale bilanciare le regole severe con incentivi economici. Ad esempio, fornire sussidi, agevolazioni fiscali o supporto finanziario alle famiglie e alle imprese può aumentare la cooperazione e ridurre il malcontento. In questo modo, le persone sono più motivate a rispettare le restrizioni, sapendo di ricevere un sostegno concreto.

In secondo luogo, l'informazione dovrebbe essere ampiamente utilizzata nella gestione delle crisi. Questa categoria, spesso chiamata "persuasione morale" o esortazione, include tentativi di influenzare le persone attraverso il trasferimento di conoscenze, la comunicazione di argomentazioni ragionate e la persuasione.

L'informazione può riguardare la natura del problema, come le persone stanno affrontando il problema, le misure che possono essere adottate per cambiare la situazione attuale e le ragioni per cui queste misure dovrebbero essere adottate. Ad esempio, durante le emergenze sanitarie, è utile sfruttare i social media per promuovere i benefici di rimanere a casa, spiegando come ciò possa fisicamente impedire la trasmissione del virus, e contemporaneamente sensibilizzare la popolazione sulla gravità dell'infezione. Questo approccio tende ad essere più accettabile per le persone. Esempi di strumenti informativi includono campagne di comunicazione, brochure, opuscoli, volantini, bollettini, manifesti, programmi dimostrativi, consigli personalizzati e programmi di formazione ecc. Campagne di informazione pubblica, basate su dati scientifici e veicolate attraverso vari canali, possono aiutare a persuadere le persone a seguire le misure di sicurezza in modo volontario e consapevole. Questi strumenti mirano a fornire dati, fatti, conoscenze e appelli morali per influenzare positivamente il comportamento della popolazione, senza obbligo o coercizione. I governi dovrebbero migliorare l'uso coordinato di questi strumenti politici per gestire le crisi sanitarie improvvise e utilizzarli in modo complementare per garantire una risposta efficace e integrata.

#### **4. Il governo dovrebbe comunicare e coordinarsi maggiormente con le organizzazioni di volontariato e motivare attivamente i volontari.**

Quando il governo emette delle politiche, è spesso difficile che queste vengano seguite spontaneamente da tutti i cittadini. In tali circostanze, è necessaria un'ulteriore forza per garantire il rispetto delle regole. Ad esempio, durante l'implementazione del lockdown, se non ci fosse nessuno a supervisionare, una parte della popolazione non rispetterebbe le restrizioni e uscirebbe di casa. A livello locale, il lockdown di una megacittà è un'operazione che richiede molto lavoro e uno sforzo estensivo per essere applicata efficacemente. La Cina non ha utilizzato né l'esercito né la polizia per svolgere questo compito. Invece, l'applicazione locale si è basata su una fitta rete di istituzioni e autorità territoriali come i comitati di residenti (burocrazia governativa a livello di

quartiere), le wuye (società di gestione delle proprietà), le associazioni di proprietari di case e varie agenzie governative. I comitati di residenti hanno assunto il comando per garantire che le persone rimanessero a casa. Le wuye e le associazioni di proprietari di case sono state mobilitate per sorvegliare gli ingressi di ogni complesso residenziale.

Questa pratica presenta un vantaggio significativo: distribuisce compiti in modo molto dettagliato fino a unità molto piccole, garantendo che ogni area abbia un responsabile per la supervisione del rispetto delle regole. Ogni piccola unità è affidata generalmente a un membro del Partito Comunista come leader, consentendo l'attuazione completa di politiche di lockdown molto rigorose. Tuttavia, queste misure estremamente severe limitano la libertà di movimento dei residenti, causando disagi quotidiani e stress psicologico. Inoltre, potrebbero portare a carenze nella fornitura di beni di prima necessità, influenzando negativamente la vita quotidiana dei residenti, soprattutto per i gruppi più vulnerabili come i cittadini a basso reddito e le persone con disabilità. Durante l'esecuzione delle misure di prevenzione, si sono a volte verificati episodi di eccessiva applicazione della legge, generando malcontento e resistenza tra i residenti.

In Italia, l'impegno dei volontari è stato cruciale per sostenere le persone più colpite durante l'emergenza Covid-19. L'Italia ha mobilitato un esercito di volontari dediti a supportare la popolazione in difficoltà. Il movimento scout è stato tra i primi ad intervenire, consegnando generi alimentari e medicinali agli anziani costretti a casa. Nei primi giorni della pandemia, i volontari hanno spesso agito prima del governo stesso, intervenendo tempestivamente per offrire assistenza.

Tra le organizzazioni coinvolte ci sono state le Associazioni Nazionali Pubbliche Assistenze, il movimento scout e i gruppi della Caritas italiana, ecc., che hanno svolto un ruolo fondamentale nel fornire supporto alla comunità. A differenza della gestione cinese, caratterizzata talvolta da un'applicazione eccessiva, l'Italia ha adottato un approccio più flessibile durante il lockdown per rendere le regole più umane. Ad esempio, sebbene fosse vietato uscire di casa, era consentito portare a spasso i cani.

Questo ha portato a situazioni curiose in cui le persone uscivano frequentemente con i loro cani o addirittura prendevano in prestito i cani degli altri per poter uscire.

Pertanto, il governo dovrebbe adottare strategie migliorate per affrontare future emergenze sanitarie, imparando dalle lezioni apprese e implementando piani più efficaci e umani.

L'Italia dovrebbe continuare a valorizzare il ruolo cruciale dei volontari, che si sono dimostrati fondamentali nel fornire supporto durante le fasi più critiche della pandemia. Il governo dovrebbe comunicare e coordinarsi maggiormente con le organizzazioni di volontariato, in modo da svolgere un ruolo complementare durante le emergenze future, pronte a intervenire rapidamente in caso di necessità. I servizi volontari dovrebbero essere considerati nei piani di risposta nazionale.

Per quanto riguarda la Cina, l'uso delle reti locali di istituzioni e autorità territoriali come i comitati di residenti e le società di gestione delle proprietà ha dimostrato l'efficacia della mobilitazione capillare. Tuttavia, è fondamentale bilanciare le misure di controllo rigoroso con il rispetto dei diritti individuali e delle libertà personali. La Cina dovrebbe considerare l'introduzione di meccanismi di supervisione per prevenire abusi di potere e garantire che le misure di lockdown siano attuate in modo equo e umano. Migliorare la trasparenza e la tempestività nella comunicazione delle informazioni durante le crisi sanitarie è qualcosa che dovrebbe essere considerato. L'accesso tempestivo a informazioni accurate è cruciale per mantenere la fiducia del pubblico e garantire la cooperazione della popolazione nelle misure di contenimento. L'adozione di tecnologie avanzate per il monitoraggio e la diffusione delle informazioni potrebbe migliorare significativamente la gestione delle emergenze. In sintesi, per affrontare al meglio le future emergenze sanitarie, è necessario un approccio integrato che valorizzi il ruolo dei volontari, migliori il coordinamento interistituzionale, garantisca il rispetto dei diritti individuali e promuova la trasparenza e la comunicazione tempestiva. Attraverso queste misure sarà possibile proteggere efficacemente la salute pubblica e migliorare la resilienza dei

sistemi sanitari nazionali.

### Riferimenti Bibliografici

Shereen, M. A., Khan, S., Kazmi, A., Bashir, N., & Siddique, R. (2020). COVID-19 infection: Emergence, transmission, and characteristics of human coronaviruses. *Journal of Advanced Research*, 24, 91-98.

World Health Organization. (2015). *Best practices for the naming of new human infectious diseases* (Report). World Health Organization.

Lai, C.-C., Shih, T.-P., Ko, W.-C., Tang, H.-J., & Hsueh, P.-R. (2020). Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 55(3), 105924. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105924>

SARS 2018 Meeting Abstracts. (2018). *British Journal of Surgery*, 105(Suppl 1), 5-52.

National Bureau of Statistics of China. (2020). Statistical Communique of the People's Republic of China on the 2019 National Economic and Social Development. Retrieved May 9, 2020, from [http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/202002/t20200228\\_1728913.html](http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/202002/t20200228_1728913.html)

The World Bank. Life expectancy at birth, total (years). 2020.

Parascandola, M., & Xiao, L. (2019). Tobacco and the lung cancer epidemic in China. *Translational Lung Cancer Research*, 8(Suppl 1). Retrieved from <https://tlcr.amegroups.org/article/view/28292>

Huang, Y., Lu, S., Yang, X., & Zhao, Z. (2018). Exploring railway network dynamics in China from 2008 to 2017. *ISPRS International Journal of Geo-Information*, 7(320). <https://doi.org/10.3390/ijgi7080320>

He, A. J., Shi, Y., & Liu, H. (2020). Crisis governance, Chinese style: Distinctive features of China's response to the Covid-19 pandemic. *Policy Design and Practice*, 3(3), 242–258. <https://doi.org/10.1080/25741292.2020.1799911>

Rosenthal, U., & Kouzmin, A. (1997). Crises and crisis management: Toward comprehensive government decision making. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 7(2), 277–304. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jpart.a024349>

Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). (2019). *Popolazione residente al 1° gennaio*. Retrieved from [http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS\\_POPRES1](http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_POPRES1)

Tuttitalia. (2021). Cittadini stranieri 2021 - città metr. di Milano. Retrieved from <https://www.tuttitalia.it/lombardia/provincia-di-milano/statistiche/cittadini-stranieri-2021/>

Assaeroporti. (n.d.). *Dati annuali traffico aeroportuale italiano*. Retrieved from <https://assaeroporti.com/dati-annuali/>

Murguante, B., Borruso, G., Balletto, G., Castiglia, P., & Dettori, M. (2020). Why Italy first? Health, geographical and planning aspects of the COVID-19 outbreak. *Sustainability*, 12(12), 5064. <https://doi.org/10.3390/su12125064>

Wang, L., Wang, Z., Ma, Q., et al. (2019). The development and reform of public health in China from 1949 to 2019. *Global Health*, 15(45). <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0486-6>

The State Council Information Office of the People's Republic of China. (2017, September 29). China has built the world's largest statutory infectious disease epidemic and public health emergency direct reporting network system. Retrieved from <http://www.scio.gov.cn/ztk/dtzt/36048/37159/37165/Document/1565089/1565089.htm>

Qingyue, M., Hongwei, Y., Wen, C., et al. (2015). People's Republic of China health system review. *Health Systems in Transition*, 5(7).

National Health Commission of the PRC. (2019). *China health statistics yearbook 2019*.

Xu, W., Wu, J., & Cao, L. (2020). COVID-19 pandemic in China: Context, experience and lessons. *Health Policy and Technology*, 9(4), 639-648. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.006>

OECD. (2010). *Reviews of risk management policies: Italy - Review of the Italian national civil protection system*. Paris: Author.

Capano, G. (2020). Policy design and state capacity in the COVID-19 emergency in Italy: If you are not prepared for the (un)expected, you can be only what you already are. *Policy and Society*, 39(3), 326–344. <https://doi.org/10.1080/14494035.2020.1783790>

Assidai. (2019, June 7). Sanità pubblica, 8 tappe di una grande storia. Retrieved from <https://www.assidai.it/sanita-pubblica-8-tappe-grande-storia/>

Ministero della Salute. (2013, October 6). Enti del Servizio sanitario nazionale. Retrieved from <https://web.archive.org/web/20130905000000/http://www.salute.gov.it/>

Busilacchi, G., & Toth, F. (2021). Il Servizio sanitario nazionale alla prova della pandemia. Cosa abbiamo appreso? *La Rivista delle Politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy*, 2, 81-97.

Sanfelici, M. (2020). The Italian response to the COVID-19 crisis: Lessons learned and future direction in social development. *The International Journal of Community and Social Development*, 2(2), 191-210. <https://doi.org/10.1177/2516602620936037>

Bemelmans-Videc, Marie-Louise, Ray C. Rist, e Evert Vedung (2011). *Carrots, Sticks & Sermons: Policy Instruments & Their Evaluation*. Transaction Publishers.

Ma, J. (2020, March 13). Coronavirus: China's first confirmed Covid-19 case traced back to November

17. *South China Morning Post*. Retrieved from <https://www.scmp.com/news/china/society/article/3074991/coronavirus-chinas-first-confirmed-covid-19-case-traced-back>

Gao, Y., Peng, Y., Yang, R., Feng, Y., Ma, D., Flynn, M., Han, W., & Shen, T. (2020, February 29). In depth: How early signs of a SARS-like virus were spotted, spread, and throttled. *Caixin Global*. Retrieved from <https://www.caixinglobal.com/2020-02-29/in-depth-how-early-signs-of-a-sars-like-virus-were-spotted-spread-and-throttled-101521745.html>

Wuhan Municipal Health Commission. (2019). Wuhan Municipal Health Commission briefing on the current pneumonia epidemic situation in our city. Retrieved from [http://wjw.hubei.gov.cn/fbjd/dtyw/201912/t20191231\\_1822343.shtml](http://wjw.hubei.gov.cn/fbjd/dtyw/201912/t20191231_1822343.shtml)

Signorelli, C., Odone, A., Bianco, D., Di Vivo, N., & Bevere, F. (2016). [Health expenditure for prevention in Italy (2006-2013): Descriptive analysis, regional trends and international comparisons]. *Epidemiologia e Prevenzione*, 40(5), 374-380. <https://doi.org/10.19191/ep16.5.ad01.095>

Palermo, F. (2022, February 24). COVID-19 pandemic and its impact on Italy's governance and security. *PRISM-19*. Retrieved from <https://ndupress.ndu.edu/Media/News/News-Article-View/Article/2944801/covid-19-pandemic-and-its-impact-on-italys-governance-and-security/>

Helm, L. M. (Ed.). (1981). *Informing the people: A public affairs handbook*. Longman Publishing Group.

Ruiu, M. L. (2022). Mismanagement of Covid-19: Lessons learned from Italy. In J. M. Wilson & E. Laborte (Eds.), *COVID-19: Confronting a new world risk* (1st ed., p. 14). Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781003316169-16/mismanagement-covid-19-lessons-learned-italy-maria-laura-ruiu>

Mattei, P., & Vigeveno, L. (2021). Contingency planning and early crisis management: Italy and the



COVID-19 pandemic. *Public Organization Review*, 21, 647–663. <https://doi.org/10.1007/s11115-021-00545-1>

Reuters. (2020, January 23). Wuhan lockdown 'unprecedented', shows commitment to contain virus: WHO representative in China. Archived from the original on January 24, 2020. Retrieved January 23, 2020, from <https://www.reuters.com/article/us-china-health-who-idUSKBN1ZM1G9/>

Markel, H. (2020, January 27). Will the largest quarantine in history just make things worse? *The New York Times*. Archived from the original on January 27, 2020. Retrieved January 27, 2020, from <https://www.nytimes.com/2020/01/27/opinion/china-wuhan-virus-quarantine.html>

Begley, S. (2020, February 21). Wuhan quarantine bought the world time to prepare for Covid-19. *STAT*. Retrieved February 26, 2020, from <https://www.statnews.com/2020/02/21/coronavirus-wuhan-quarantine-bought-world-time-to-prepare/>

Wang, J., & Wang, Z. (2020). Strengths, weaknesses, opportunities and threats (SWOT) analysis of China's prevention and control strategy for the COVID-19 epidemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2235). <https://doi.org/10.3390/ijerph17072235>

Wu, Z., & McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and important lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72,314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*, 323(13), 1239–1242. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>

Bosa, I., Castelli, A., Castelli, M., Ciani, O., Compagni, A., Garofano, M., Giannoni, M., Marini, G., & Vainieri, M. (2020). Italy's response to the coronavirus pandemic. *Cambridge Core Blog*. Retrieved from <https://www.cambridge.org/core/blog/2020/04/16/italys-response-to-the-coronavirus-pandemic/>

Ding, L., Cai, W., Ding, J., Zhang, X., Cai, Y., Shi, J., Liang, Q., Zhang, L., Sun, L., & Zai, J. (2020). An interim

review of lessons from the novel coronavirus (SARS-CoV-2) outbreak in China. *Scientia Sinica Vitae*, 50, 247–257.

Gao, X., & Yu, J. (2020). Public governance mechanism in the prevention and control of the COVID-19: Information, decision-making and execution. *Journal of Chinese Governance*, 5(2), 178–197. <https://doi.org/10.1080/23812346.2020.1744922>

Zangrillo, A., Beretta, L., Silvani, P., Colombo, S., Scandroglio, A. M., Dell'Acqua, A., Fominskiy, E., Landoni, G., Monti, G., Azzolini, M. L., Monaco, F., Oriani, A., Belletti, A., Sartorelli, M., Pallanch, O., Saleh, O., Sartini, C., Nardelli, P., Lombardi, G., Morselli, F., Scquizzato, T., Frontera, A., Ruggeri, A., Scotti, R., Assanelli, A., Dagna, L., Rovere-Querini, P., Castagna, A., Scarpellini, P., Di Napoli, D., Ambrosio, A., Ciceri, F., & Tresoldi, M. (2020). Fast reshaping of intensive care unit facilities in a large metropolitan hospital in Milan, Italy: Facing the COVID-19 pandemic emergency. *Critical Care and Resuscitation*, 22(2), 91–94. <https://doi.org/10.51893/2020.2.pov1>

Palermo, F. (2022, February 24). COVID-19 pandemic and its impact on Italy's governance and security. *National Defense University Press*. Retrieved from <https://ndupress.ndu.edu/Media/News/News-Article-View/Article/2944801/covid-19-pandemic-and-its-impact-on-italys-governance-and-security/>

Wei, Y., Ye, Z., Cui, M., & Wei, X. (2021). COVID-19 prevention and control in China: Grid governance. *Journal of Public Health*, 43(1), 76–81. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa175>

Ren, X. (2020). Pandemic and lockdown: A territorial approach to COVID-19 in China, Italy and the United States. *Eurasian Geography and Economics*, 61(4–5), 423–434. <https://doi.org/10.1080/15387216.2020.1762103>

The Adecco Group. (n.d.). The 100,000 volunteers on the front line during the emergency – and the recovery – in Italy. Retrieved from <https://www.adeccogroup.it>

Fang, J. (2021, July 16). China threatens public spaces ban on people who have not had a COVID-19 vaccination. *ABC News*. Retrieved June 20, 2024, from <https://www.abc.net.au/news/2021-07-16/china-threaten-bans-unvaccinated-from-public-spaces-some-cities/100296584>

Meng, Z., Shan, S., & Zhang, R. (2021). China's COVID-19 vaccination strategy and its impact on the global pandemic. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14, 4649–4655. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S338701>

Rubin JG. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ* 2020; 368: m313.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317-320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2). <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>

Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., et al. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)

Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., di Bernardo, A., Capelli, F., & Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the COVID-19 pandemic. *Rivista di Psichiatria*, 55(3), 137-144. <https://doi.org/10.1708/3382.33569>

Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., et al. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, 7(3). [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)

中国疾病预防控制中心.(2020年1月26日). 关于印发新型冠状病毒感染的肺炎疫情紧急心理危机干预指导原则的通知. Available from <http://www.chinacdc.cn/>

Song, M. (2020). Psychological stress responses to COVID-19 and adaptive strategies in China. *World Development*, 136, 105107. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105107>

de Girolamo, G., Cerveri, G., Clerici, M., et al. (2020). Mental health in the Coronavirus Disease 2019 emergency—The Italian response. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 974–976. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1276>

Fiorillo, A., Sampogna, G., Giallonardo, V., et al. (2020). Effects of the lockdown on the mental health of the general population during the COVID-19 pandemic in Italy: Results from the COMET collaborative network. *European Psychiatry*, 63(1), e87. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.89>

Barrett, P., Chen, S., & Li, N. (2021, February 3). COVID's long shadow: Social repercussions of pandemics. *IMF Blog*. Retrieved from <https://www.imf.org/en/Blogs/Articles/2021/02/03/blog-covid-long-shadow-social-repercussions-of-pandemics>

Labate, G. (2021, December 20). Due anni di Covid. Una crisi non solo sanitaria ma globale, che pesa soprattutto sui più deboli. *Quotidiano Sanità*. Retrieved from [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=101064](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=101064)

Luo, R.-f., Liu, C.-f., Gao, J.-j., Wang, T.-y., Zhi, H.-y., Shi, P.-f., & Huang, J.-k. (2020). Impacts of the COVID-19 pandemic on rural poverty and policy responses in China. *Journal of Integrative Agriculture*, 19(12), 2946-2964. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2095311920634268>

Brandolini, A. (2020, September 8). Le conseguenze sociali dell'epidemia di Covid-19. *Neodemos*. Available at: <https://www.neodemos.info/2020/09/08/le-conseguenze-sociali-dellepidemia-di-covid-19/>

Depoux, A., Martin, S., Karafillakis, E., Preet, R., Wilder-Smith, A., & Larson, H. (2020). The pandemic of social media panic travels faster than the COVID-19 outbreak. *Journal of Travel Medicine*, 27(3), taaa031. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa031>

Abbas, J., Wang, D., Su, Z., & Ziapour, A. (2021). The role of social media in the advent of COVID-19 pandemic: Crisis management, mental health challenges and implications. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14, 1917–1932. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S284313>

Ventriglio, A., Watson, C., & Bhugra, D. (2020). Pandemics, panic and prevention: Stages in the life of COVID-19 pandemic. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(8), 733-734. <https://doi.org/10.1177/0020764020924449>

Marzouki, Y., Aldossari, F. S., & Veltri, G. A. (2021). Understanding the buffering effect of social media use on anxiety during the COVID-19 pandemic lockdown. *Humanities and Social Sciences Communications*, 8, 47. <https://doi.org/10.1057/s41599-021-00724-x>

Lerouge, R., Diaz Lema, M., & Arnaboldi, M. (2023). The role played by government communication on the level of public fear in social media: An investigation into the Covid-19 crisis in Italy. *Government Information Quarterly*, 40(2), 101798. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740624X22001344>

Larson, H. J. (2020). Blocking information on Covid-19 can fuel the spread of misinformation. *Nature*, 58, 306.

Brennen, S., Simon, F. M., Howard, P. N., & Nielsen, R. K. (2020). Types, sources, and claims of Covid-19 misinformation. Oxford: Reuters Institute for the Study of Journalism.

Sciuto, P., & Paoletti, J. (2020). SEO Tester on-line/Quarzio Srl: Covid-19 report. Retrieved from <https://it.seotesteronline.com>

Avaaz. (2020). How Facebook can flatten the curve of the Coronavirus infodemic. Avaaz. Retrieved from [https://secure.avaaz.org/campaign/en/facebook\\_coronavirus\\_misinformation](https://secure.avaaz.org/campaign/en/facebook_coronavirus_misinformation)