



M. GODFREE, *Appraisal of Covid-19 Pandemic from the Perspectives of International Law. The effects of the Pandemic on Human Rights and Public Health Laws in Nigeria*, North Haven, Lambert Academic Publishing, 2020, pp. 52*

«**N**ormally, the general expectation of humanity is that the New Year usually comes with good tidings. However, the year 2020 welcomed humanity with a pandemic» (p. 1). L'Autore, esordendo con esemplare chiarezza espositiva, riesce compiutamente nel suo obiettivo principale: esaminare la cornice giuridica internazionale sulle emergenze sanitarie ed evidenziare il devastante impatto della pandemia da Covid-19 sui diritti umani in Nigeria. Ciò senza trascurare l'ulteriore obiettivo precipuo di riflettere su un'eventuale responsabilità internazionale della Cina per non avere tempestivamente comunicato all'OMS il verificarsi di focolai interni rilevanti di una malattia all'epoca sconosciuta, in presunta violazione del Regolamento Sanitario Internazionale (IHR). Lo stesso Regolamento, infatti, quale "*key global instrument for protection against the international spread of disease*" (Preambolo IHR), obbliga lo Stato interessato dai focolai a raccogliere e notificare entro ventiquattro ore all'OMS e agli Stati membri "*all relevant informations*" sui richiamati *health events*, ai sensi degli artt. 6 e 7 IHR. La violazione da parte della Cina si ravviserebbe, nella specie, secondo l'A., sotto un duplice profilo. Il primo si sostanzierebbe nel fatto che l'esecutivo cinese avrebbe parzialmente occultato una serie di informazioni essenziali sulle caratteristiche del virus, incluse alcune cartelle cliniche, mostrando considerevole riluttanza nel condividere questi dati con le altre parti dell'IHR e consentendo, così, la propagazione del virus su scala globale. Ciò sarebbe anche corroborato dalla versione dell'*équipe* di scienziati OMS in visita in Cina per studiare l'origine del virus, i quali hanno affermato la necessità di ottenere da Pechino "*further data*" per giungere a conclusioni più solide sull'origine del patogeno (*WHO Director-General's remarks at the Member State Briefing on the report of the international team studying the origins of SARS-CoV-2*, 30 marzo 2021). Il secondo si sostanzierebbe, invece, nel fatto che la Cina non avrebbe indicato con chiarezza all'OMS le possibili "*sources of infection or contamination*" (tutt'oggi in discussione e di difficile accertamento) e le pertinenti informazioni rilevanti per impedire l'ulteriore trasmissione del virus, confliggendo una simile condotta con le prescrizioni previste dall'art. 19 IHR. Sulla scarsa trasparenza della Cina, però, non tutta la dottrina appare dello stesso segno. Alcuni, infatti, ritengono che Pechino, pur "*dopo un'iniziale rigidità*" si sia dimostrata ben più trasparente sul

* Contributo sottoposto a *peer review*.

piano della condivisione dei dati, rispetto a quanto occorso nel caso dell'epidemia di SARS del 2003 (C.M. PONTECORVO, *Il diritto internazionale ai tempi del (nuovo) Coronavirus: prime considerazioni sulla recente epidemia di 'COVID-19*, in *Diritti umani e diritto internazionale*, n. 1, 2020, pp. 195-216). Ciò in quanto le autorità governative cinesi avrebbero quasi subito notificato all'OMS i contagi su base locale, adottando le note misure di contenimento draconiane volte ad arginare la diffusione del coronavirus. Se questo è vero, bisogna anche rilevare che la notificazione di tali informazioni non è stata così corretta e tempestiva. Basti pensare, ad esempio, al dato pubblicato nella primissima fase emergenziale dalla Cina, poi ribadito dall'OMS, secondo il quale “*there is no clear evidence that the coronavirus could spread between people*”, elemento poi rivelatosi tristemente inesatto (WHO, *Twitter*, 14 gennaio 2020, www.twitter.com). A ciò si aggiunga la preliminare riluttanza del Comitato emergenziale costituito *ad hoc* per valutare il rischio sanitario, il quale, come riferisce l'A., il 23 gennaio 2020, stante la soddisfazione dei criteri per dichiarare l'emergenza sanitaria, ha statuito discutibilmente che ancora non fosse giunto il tempo per riconoscere la portata internazionale dell'emergenza. Ciò ha indotto la migliore dottrina, incluso lo stesso Autore, a dubitare della stessa utilità dell'architettura internazionale giuridica sulla gestione delle emergenze (M. ECCLESTONE-TURNER, *COVID-19 Symposium: The Declaration of a Public Health Emergency of International Concern in International Law*, in *Opiniojuris.org*, 31 marzo 2020). Sulla scorta di queste allegazioni, attenta dottrina, tra cui anche l'A., ha ritenuto che “*l'OMS abbia parzialmente fallito nella sua funzione di sentinella globale*” (I.R. PAVONE, *La pandemia globale di CoViD-19: riflessioni sul ruolo dell'OMS*, in *Biodiritto*, 2020, pp. 459-482.), arrivando alcune personalità politiche addirittura a sostenere la complicità dell'OMS nel coprire la Cina nelle origini del virus (*Coronavirus: Trump accuses WHO of being a 'puppet of China'*, BBC, 19 maggio 2020). L'A. ha, inoltre, correttamente sollevato rilievi suggestivi sulla legislazione cinese che agli inizi dell'emergenza aveva censurato qualsiasi pubblicazione sulle cause e sull'origine del Covid-19 (J.Y. ZHANG, *Harmoniously denied: The wider implications of China's censorship on COVID-19*, in *Opendemocracy.net*, 1° maggio 2020). Nonostante queste basi preliminari per una responsabilità della Cina, evidenziate dall'A., secondo la dottrina (A. LATINO, *Coronavirus difficile processare la Cina*, ISPI, 15 maggio 2020) sorgono evidenti difficoltà nel pensare ad esempio: al soggetto che potrebbe essere adito in giudizio in rappresentanza della Cina; alla Corte internazionale competente; alla farraginosità dell'accertamento del comportamento colposo, che si unisce alla non agevole quantificazione del pregiudizio in termini economici.

L'A., a conclusione della prima parte, non ha escluso addirittura la possibile responsabilità della Cina per aver rilasciato (con il coronavirus) una *biological weapon*, idonea in quanto tale a mettere in serio pericolo la salute della collettività, in presunta violazione della Convenzione per le armi biologiche delle Nazioni Unite del 1975. Tale Convenzione, com'è noto, vieta espressamente all'art. 1 in qualsiasi circostanza lo sviluppo, la produzione e l'accumulo di armi biologiche (inclusi agenti biologici o qualsiasi altra tossina) per fini di natura non pacifica. Tuttavia, sul fatto che il Coronavirus costituisca un'arma biologica non vi è alcuna comprovata evidenza scientifica sicché l'orientamento dell'A. è, dunque, rimasto isolato in dottrina.

Il nuovo coronavirus, non soltanto ha formato oggetto di discussioni sulla sua origine, ma ha ingenerato anche dubbi in capo ai legislatori nazionali circa le misure più efficaci da adottare per contenere l'avanzata del patogeno. Anche nella descrizione delle misure introdotte dall'esecutivo nigeriano, l'opera dell'A. presenta tratti di originalità, esaminando compiutamente aspetti poco esplorati nello scenario internazionale. Anzitutto, il contesto nigeriano -sottolinea l'A.- si contraddistingue per elevati tassi di analfabetismo e povertà, cui si accompagnano ulteriori fattori interni principali, come la corruzione e l'inadeguatezza delle strutture sanitarie, messe a dura prova nel corso dell'attuale emergenza. Nell'ambito delle misure, si è assistito ad un generalizzato *lockdown*, che seppur «*justified in the overwhelming interest of public health and public safety*» (p. 16), come evidenzia l'A., ha inevitabilmente impattato su alcune libertà fondamentali, anche in Nigeria. Tra le altre misure introdotte dall'esecutivo nazionale, si annoverano «*tracing/tracking and public health sanitation approaches to prevent widespread infection. At the individual level, the government adopted the quarantine and isolation measures*» (p. 16). Nell'adozione di tali misure si sono ravvisati almeno tre punti di contatto con la strategia giuridico-sanitaria intrapresa dalla maggioranza dei Paesi europei. Il Presidente della Nigeria, infatti, il 26 marzo 2020, (*COVID-19 Updates – Nigeria*, in *Maersk.com*, 26 march 2020) dopo aver esteso il *lockdown* agli Stati del Lagos, Abuja e Ogun colpiti dai contagi per 28 giorni complessivi, ha «*further inspired the administrators of various States to deploy either the partial shutdown or the lockdown measures in their states*» (p. 17). Ed è proprio nei *lockdown* e coprifuoco intermittenti che si ravvisa un importante punto comune tra l'operato emergenziale nigeriano e quello europeo. Si pensi, ad esempio, al modello istituito dal legislatore italiano, che ha classificato alcune regioni in zona rossa con restrizioni diverse dalle altre, in base al numero di contagi e all'indice RT per regione. Come ha rimarcato l'Autore, difatti, «*after sometime, people were given respite and then asked to resume to the lockdown status*» (p. 17). Altro punto di contatto è rappresentato dal rigoroso rispetto complessivo, da parte dei cittadini nigeriani, delle nuove regole di igiene e del distanziamento sociale, tenuto conto che la normativa al momento vigente prevedeva la «*prohibition of gatherings of more than 50 people in religious settings, weddings, football, cultural, political and club*» (p. 20), cioè il c.d. divieto di assembramenti, ciò analogamente a quanto avvenuto nella maggior parte delle nazioni europee. Altrettanto simili rispetto a quelle europee, sono state le misure nigeriane di isolamento e di quarantena corrispondenti, di norma, a 14 giorni e applicate ai casi sospetti, alle persone che rientravano in Nigeria e a quelle positive al coronavirus. Un altro tratto molto interessante che riferisce l'A., è che l'esecutivo nigeriano, per far fronte ai bassi livelli di alfabetizzazione nazionale e alle tumultuose informazioni (spesso non esatte o complete) non verificate sul Covid-19, è stato costretto a promuovere una campagna di sensibilizzazione contro le *fake news* sul virus. Ciò è avvenuto sia attraverso i mezzi radio-televisivi che i *social network*, laddove si è raccomandato ai cittadini di diffidare da qualsiasi notizia sul Covid-19 che non sia confermata da solida evidenza scientifica, invitandoli a rispettare le nuove norme igienico-sanitarie vincolanti. Ad esempio, riferisce l'A., che il *Nigeria Center for Disease Control*, a seguito dell'abuso di medicinali a base di cloroquina da parte di alcuni cittadini, ha invitato espressamente gli stessi a dissuadere dall'uso di tale sostanza, valutata come inefficace per curare il virus. Le plurime avvertenze delle autorità statali, come rimarca l'A.,

non hanno riscosso il successo auspicato, considerato che alcuni «*Nigerians were deluded by religious and mischievous individuals that alcohol, bitter kola and Chloroquine could cure COVID-19. This misconception led to a lot of alcohol abuse among Nigerians on false belief that drinking alcoholic content will immune them from COVID-19*» (p. 18). Si aggiunga che anche una minoranza di cittadini iraniani avrebbe fatto affidamento su questo *rumor*, abusando di sostanze alcoliche nella speranza di curare il virus, con il risultato di più di settecento persone morte (*Iran: Over 700 dead after drinking alcohol to cure coronavirus*, in Al Jazeera, 27 aprile 2020). Un dato sicuramente preoccupante, specie se si rileva che tali notizie medicalmente infondate sono state anche diffuse dall'allora Presidente degli USA, D.J. Trump, che nella fase più acuta dell'emergenza «*aveva pubblicamente propagandato un detergente per acquari [...] come possibile cura al virus*» (P. SALVATI, *Viral lies: alcune considerazioni in tema di misinformation e disinformazione in tempo di Covid-19 in una prospettiva di diritto internazionale*, in *Norme giuridiche e prassi sanitaria. Diritto internazionale e diritto interno alla prova del Covid-19. Temi scelti*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2021, pp. 102 e ss.). Proprio per questo, l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) si è trovata costretta ad intervenire per combattere la c.d. *infodemia*, redigendo su una pagina web una lista che conteneva una serie di informazioni inesatte da non seguire, facendosi promotrice anche di un cospicuo numero di linee guida diffuse sui vari social allo scopo, condiviso anche dal Segretario Generale delle Nazioni Unite, di «*fighting misinformation with truth*» (WHO, *COVID-19 pandemic: countries urged to take stronger action to stop spread of harmful information*, 23 September 2020).

Tale strategia differisce sensibilmente da quella adottata da altri governi, ad esempio quello ungherese, il cui codice penale, all'art. 337, punisce con la detenzione fino a 5 anni coloro che diffondano «*fake news*» riguardanti le misure anticovid-19 poste dal Governo, impattando in modo incisivo sulla libertà di espressione. (S. BENVENUTI, *L'Ungheria di fronte all'emergenza da Covid-19: debolezza del quadro giuridico, militarizzazione dell'emergenza e controversie sulle misure economiche*, in *Nomos. Le attualità nel diritto*, n. 1, 2020, pp. 1-14). Tra le libertà e i diritti umani limitati, nella specie dal legislatore nigeriano, accanto alle elementari libertà di circolazione e di riunione, assume per l'A. rilievo decisivo il «*right to access to quality healthcare*» (p. 22).

L'accesso a cure mediche di alta qualità risulta positivamente tutelato ai sensi dell'art. 17, par. 3, lett. d), della stessa Costituzione nigeriana, che incarica lo Stato di assicurare «*adequate medical and health facilities for all persons*», attraverso specifiche misure attuative. In più, il suo contenuto è stato ulteriormente ampliato dalla giurisprudenza interna, alla luce del caso *Shehu V Afeni*, con il quale si è sancito il diritto di ogni «*private citizen (...) to seek for medical treatment outside Nigeria*» (p. 23). Tuttavia, rileva correttamente l'A., tale diritto sarebbe stato sacrificato alla luce delle restrizioni nazionali, tra cui il tassativo divieto di viaggi internazionali. Non trascurabile, sostiene sempre l'A., l'impatto del Covid-19 sulle persone sprovviste di mezzi di trasporto privati, che - proprio in conseguenza degli orari ridotti dei servizi di trasporto pubblico in vigore nel corso del *lockdown* - hanno avuto seria difficoltà ad accedere presso le strutture sanitarie per le visite programmate. Ciò avrebbe portato di conseguenza ad un massiccio rinvio, a data da destinarsi delle visite mediche e più in generale di molteplici interventi sanitari, in ragione del sovraffollamento nelle aziende ospedaliere di casi gravi di positività al coronavirus cui dedicare assistenza.

Proprio sul settore sanitario e giuridico ha ravvisato l'A., un diffuso ritorno al sovranismo statale da parte dei vari Stati ed una non sempre compatta linea di cooperazione con le organizzazioni internazionali di riferimento, nonostante le esortazioni delle Nazioni Unite, secondo cui in tempi di pandemia “nessuno è al sicuro finché tutti non sono al sicuro” (*Nessuno è al sicuro finché tutti non sono al sicuro: esperti delle Nazioni Unite condannano l'accumulo di vaccini COVID*, in *Unrric.org*, 9 novembre 2020). Ciò è confermato anche alla luce dell'ostentato atteggiamento di ‘nazionalismo vaccinale’ tenuto da numerosi Stati più economicamente avanzati. A seguire, ravvisa l'A. che i cittadini nigeriani (popolo altamente religioso, in cui convergono in simbiosi le varie credenze) hanno subito compressioni di particolare pregnanza anche sotto il profilo della libertà di professare il proprio culto religioso, con la generalizzata chiusura delle chiese allo scopo di salvaguardare la salute collettiva. Su questo versante, la risposta delle associazioni religiose nigeriane sarebbe stata «*commendable and cooperative*» (p. 25).

Ad ogni modo, se è vero che l'esperienza pandemica ha indotto a modificare *in peius* alcune nostre abitudini allo stesso tempo ha indubbiamente messo in luce alcuni aspetti positivi. In questa categoria l'A. ha ben annoverato: il rigoroso rispetto delle leggi da parte dei cittadini (incluse le norme igienico-sanitarie); la riduzione dell'impatto ambientale durante il periodo di confinamento nelle proprie abitazioni; requisiti meno stringenti per l'amnistia e l'indulto in favore dei detenuti; l'implementazione del processo telematico. Proprio sull'amministrazione della giustizia e dei relativi processi telematici, come segnalato opportunamente dall'A., si è pronunciata la Suprema Corte nigeriana, che ha ritenuto la legittimità dei *virtual proceedings* tenutisi nel corso dell'emergenza sanitaria (per motivi imperativi di salute pubblica), previsti dalla *Rules on Covid-19, 2020 (Case of AG Lagos State V AG Ekiti State)*. Nel corso dell'emergenza, osserva l'A., sono state presentate da parte dei detenuti non processati numerose richieste di amnistia, ritualmente accolte dal governo nigeriano, che con un provvedimento storico ha concesso tale beneficio a più di duemilaseicento internati (D. EREZI, *Nigeria grants amnesty to 2,600 prisoners*, in *Theguardian*, 9 aprile 2020). In conclusione, l'A. ha offerto alcuni suggerimenti per affrontare al meglio le future malattie infettive trasmissibili.

In primo luogo, assegnare maggiori risorse economiche agli ospedali per lo sviluppo della telemedicina, a fronte delle surriferite *poor health facilities* nigeriane. Da concordare, a nostro avviso, in seno al Fondo monetario internazionale un piano di finanziamento a beneficio degli Stati in via di sviluppo per rafforzare le c.d. *health core capacities*, descritte dall'art. 5 IHR. Si auspica, altresì, un maggiore coordinamento tra i governi nazionali e le istituzioni internazionali di riferimento in materia, condiviso anche dall'A. Lo stesso ha anche esortato condivisibilmente, il governo nigeriano a redigere un *database* più aggiornato e trasparente, volto a identificare le persone positive al virus e a monitorarne i sintomi. Allo stesso tempo, occorre anche agevolare un migliore interventismo dell'OMS, che, come sostenuto dall'A., dovrebbe investigare sui focolai rilevanti in un Paese membro in maniera efficace, collaborativa e trasparente con lo Stato interessato. Tutto ciò nel quadro di una riforma organica del Regolamento Sanitario Internazionale che modifichi il sistema di allerta globale (allo stato) di natura binaria (se dichiarare o meno l'emergenza, senza livelli di allerta intermedi), che, nel momento in cui si scrive, non consente all'agenzia per la salute onusiana di diramare un'allerta

di salute pubblica in tempi rapidi per via delle ‘ingessate’ procedure interne. La riforma potrebbe, poi, armonizzarsi coerentemente con la riscrittura di una Carta universale sui diritti dell’uomo e in particolare della salute, da considerare nella sua dimensione collettiva ex art. 32 Cost, come “interesse della collettività”, alla luce dell’esperienza pandemica. Ecco l’ardua sfida della comunità internazionale, inizialmente impreparata ad affrontare un’emergenza di questo calibro, imparare le ‘lezioni’ della presente emergenza sanitaria per prevenire *pro futuro* la diffusione di malattie infettive suscettibili di assumere portata globale, attraverso una maggiore trasparenza e condivisione delle informazioni rilevanti e studiando adeguate risposte coordinate e solidali da parte degli Stati membri dell’IHR.

Armando Saitta