

## Il “virus dei bianchi”. Forme e momenti della negazione del “Covid” nell’Africa subsahariana

STEFANO PICCIAREDDA

### *L’Africa non è immune*

Allo scoppio della pandemia da Covid 19, per alcune settimane agli inizi del 2020 si ipotizzò che i paesi dell’Africa subsahariana potessero essere in qualche modo “risparmiati”, e che gli effetti del virus sarebbero stati trascurabili. Alcune peculiarità continentali, come le caratteristiche climatiche, la giovane età della popolazione, la presenza di anticorpi generati da altre malattie infettive sembrarono autorizzare tale ottimistica previsione. Si comprese presto, tuttavia, che, pur senza presentare i ritmi di crescita esponenziale che si sperimentavano nell’emisfero settentrionale, il virus iniziava a propagarsi e mietere vittime anche a sud del Sahara<sup>1</sup>. A quel punto l’ottimismo lasciò spazio a un pessimismo quasi apocalittico. Le immagini di centri sanitari scarsamente attrezzati, ricolmi di malati con difficoltà respiratorie, divennero “virali” sui social e lasciarono presagire scenari catastrofici, avvalorati da alcuni dati, come quello sulla quasi totale mancanza di apparecchi per la ventilazione, i cosiddetti “caschi respiratori”, in grado di tamponare la fase acuta della malattia. Lo Stato più giovane dell’Africa, il Sud Sudan, ne aveva a disposizione appena quattro.

Come spesso accade, nessuno dei due scenari estremi – immunità e catastrofe – si è poi realizzato. A dire il vero, a distanza di cinque anni dalla fase più acuta della pandemia, è ancora complicato tracciare un bilancio accurato e preciso dell’incidenza del Covid e dei suoi effetti nell’Africa subsahariana. Il fatto che i paesi che avevano un sistema sanitario più sviluppato – quelli dell’Africa australe, a partire dal Sudafrica, e realtà più piccole e ricche, come le isole Seychelles, o i possedimenti francesi di Réunion e Mayotte – siano risultati molto più colpiti, non è certo una coincidenza: mostra piuttosto che la raccolta delle informazioni è stata più accurata, perché più numerosi e performanti erano i centri sanitari che hanno affrontato l’emergenza. Senza entrare nella mole di dati, non sempre concordanti, a oggi disponibili sul numero totale di casi registrati in ogni paese e sul numero di decessi (è appena il caso di notare come anche in Europa sia ancora aperto il dibattito su come differenziare e conteggiare i morti *con* Covid e i morti *per* Covid), può essere utile per un raffronto considerare che, se a livello mondiale si sono registrati circa 90.000 casi per milione di abitanti (in Italia 443.000), nella maggior parte dei 49 paesi dell’Africa subsahariana l’indicatore è rimasto sotto i 10.000. I decessi sono stati invece 899 per milione di abitanti nel mondo, 3.261 in Italia, quasi sempre meno di 100 nel continente che ci interessa<sup>2</sup>. Numeri assai bassi, per fortuna, ma quanto reali? Il Covid ha colpito di striscio il continente africano o ha agito nascostamente, senza lasciare traccia

<sup>1</sup> Fanno ancora eccezione il Lesotho e le isole Comore.

<sup>2</sup> Informazioni elaborate dall’a. sulla base dei dati forniti da OMS (Organizzazione mondiale della sanità), ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), AfricaCDC (African Centre for Disease Prevention and Control).

nelle cifre ufficiali<sup>3</sup>?

Lasciando ad altri esperti e ad altre discipline il compito di cercare risposte a queste importanti domande, le pagine che seguono intendono interrogarsi e fornire spunti di comprensione circa i modi con i quali diversi protagonisti, come le autorità civili, gli *opinion makers*, le realtà religiose, le popolazioni locali, hanno reagito all'apparire di questo male, prima, e alla possibilità di proteggersi da esso attraverso l'assunzione di vaccini mRNA poi. L'avvento di questo prodotto ha segnato un netto spartiacque nella storia della pandemia. La diffusione dei vaccini anticovid in Africa è stata però più lenta e ancora più contrastata di quanto sia accaduto altrove. I casi che saranno presi in considerazione non avranno ovviamente carattere di esaustività, né potranno essere rappresentativi di ogni paese, ma frutto di una selezione di situazioni che appaiono particolarmente degne di interesse. Il periodo preso in considerazione è quello del 2020-21, con le prime e più virulente ondate di contagi.

### *È possibile attuare il lockdown in Africa?*

I 49 paesi dell'Africa subsahariana si sono distinti, in una prima fase, per la notevole varietà di provvedimenti assunti. Si va dal *lockdown* estremo deciso dal Sudafrica, che ha rapidamente introdotto questa misura al quinto e ultimo livello – il più restrittivo –, all'atteggiamento di superiorità mostrato dal Burundi, che, come spiegò il portavoce della Presidenza della Repubblica in un'intervista alla Bbc<sup>4</sup>, «fa eccezione tra le nazioni perché è un paese che pone Dio al primo posto, un Dio che lo scruta e lo protegge da ogni disagio». E di tale protezione vi sarebbe stato davvero bisogno, nei mesi che videro la popolazione accalcarsi nei comizi elettorali convocati in vista delle presidenziali del 20 maggio. Più in generale, i paesi che hanno scelto di conservare una qualche normalità e di lasciare libertà di movimento alla popolazione sono stati ben pochi, ovvero la Tanzania e il Benin. La maggior parte dei governi, anche a fronte di un esiguo numero di contagi, optò per misure di limitazione piuttosto nette, anche se non sempre estese alla totalità del territorio dello Stato. In Costa d'Avorio la capitale Abidjan venne “chiusa” in entrata e in uscita; a Kinshasa la “zona rossa” fu applicata al quartiere della Gombé, quello degli affari, dei ministeri e delle ambasciate. Il tratto comune delle misure adottate fu il divieto di assembramento, con limite fissato a 20, 50 o 100 persone.

A tale misura si aggiunse in molti casi, stante la difficoltà o l'impossibilità di praticare il *lockdown* – su cui si tornerà più avanti – la misura del coprifuoco (dalla Tunisia al Sudafrica, dalla Nigeria al Kenya). La circolazione era permessa per poche ore al giorno, e allo scattare dell'orario di chiusura l'esercito e le forze di ordine pubblico intervenivano per far rispettare le ordinanze, con casi di tiro ad alzo zero sulla popolazione. In Nigeria, nell'aprile 2020, il numero di vittime causate dal fuoco della polizia superò quello dei decessi per Covid<sup>5</sup>. Alcuni studi hanno recentemente indagato le dimensioni delle azioni

<sup>3</sup> Per ovviare alla diversa densità di diagnosi dei vari paesi, l'OMS ha cercato di fare un bilancio dell'impatto del COVID a partire dall'eccesso di mortalità che si è verificato negli anni 2020-21 rispetto alla media dei 5 anni precedenti. Secondo questa analisi, in Africa si è verificato un eccesso di mortalità di circa l'8%, inferiore a quello osservato nei continenti più colpiti, come Americhe (22%), Sud Est asiatico (22%) ed Europa occidentale (17%). Cfr. W. MSEMBURI, A. KARLINSKY, V. KNUTSON ET AL., *The WHO estimates of excess mortality associated with the COVID-19 pandemic*, in «Nature», 613, 2023, pp. 130-137.

<sup>4</sup> Dichiarazioni ascoltabili in <https://www.bbc.com/news/topics/ce1qrvlle07t/burundi>, consultato nel luglio 2025.

<sup>5</sup> Tra le fonti da cui trago questi dati e quelli che seguono segnalo: la rivista *Jeune Afrique*; le emittenti

repressive poste in essere dalle autorità, mettendo in evidenza come in diversi casi si siano registrati abusi ed eccessi, aumentando il tasso di violenza presente nelle società e diminuendo ulteriormente la fiducia delle popolazioni verso le forze dell’ordine<sup>6</sup>.

L’approccio fermo e deciso nel senso della chiusura ricalcò l’atteggiamento assunto dalla Cina e dai paesi europei. Senza tuttavia che i governi si fossero interrogati a sufficienza sulla riproducibilità di tali modelli nell’Africa subsahariana. È davvero possibile attuare il *lockdown* in Africa? Nella notte di giovedì 26 marzo 2020 questa domanda si pose con drammaticità nella capitale della Repubblica Democratica del Congo, Kinshasa. L’indomani mattina avrebbe dovuto avere inizio un periodo di tre settimane di *confinement total*, proclamato dal governatore della città-provincia Gentiny Ngobila. L’annuncio aveva scatenato nei giorni precedenti una corsa per dotarsi di riserve di cibo. I prezzi si erano impennati. Ma alla gara per l’approvvigionamento aveva partecipato forse una metà degli oltre dodici (il numero esatto non è calcolabile) milioni di abitanti. La maggioranza dei *kinois* vive infatti “alla giornata”. Le persone acquistano cibo per la sera con il provento delle attività della mattina: *obimi te okolia te* – se non esci, non mangi –, recita un detto in lingala. Immediatamente, associazioni della società civile e rappresentanti politici della coalizione di governo e dell’opposizione invocarono la revoca del provvedimento da parte del governo nazionale, revoca che giunse nella notte. La chiusura fu rinviata a data da destinarsi. Un’influenza significativa, se non decisiva, sulla decisione, si dovette all’intervento, sia pubblico che discreto, dell’arcivescovo cattolico, card. Fridolin Ambongo, figura che ha raccolto un’eredità politica, oltreché spirituale, di lungo periodo<sup>7</sup>. Egli chiese con vigore alle autorità che fossero garantiti per tutta la popolazione cibo e acqua potabile attraverso distribuzioni gratuite, in mancanza delle quali il confinamento avrebbe comportato una condanna a morte per molti. Il suo appello fu ascoltato, e quattro settimane dopo, il 22 aprile, il Presidente della Repubblica Felix Tshisekedi nominò il cardinale alla testa del coordinamento destinato a sovrintendere la struttura amministrativa del Fondo di solidarietà per la lotta al virus, con una dotazione economica consistente. Questa esperienza – è utile sottolinearlo – ha comportato ripercussioni sulle relazioni tra lo Stato congolese e le confessioni religiose. Il Presidente comprese l’importanza di coinvolgere tali soggetti nelle decisioni, e di evitare di calare dall’alto misure impopolari e che del resto, senza la partecipazione attiva della popolazione, non avrebbero sortito gli effetti sperati. Così, il 20 aprile, Tshisekedi convocò i responsabili delle Chiese e delle confessioni religiose per associarle, come recita il comunicato stampa ufficiale,

---

*Radio France International*, Bbc, Radio Okapi (gestita dalla missione ONU in RDC); le agenzie di stampa NAN (News Agency of Nigeria, governativa), SANews (South African Government News Agency); i siti fides.org, africanews.com, nigrizia.it; le pagine delle conferenze episcopali africane.

<sup>6</sup> Cfr. ad esempio M.K. DZORDZORMENYOH, V.M. AHADZIE, *COVID-19 Health Measure Enforcement and Its Influence on Police Trust: Evidence from 15 African Countries*, in «International Criminology», 5, 2025, pp. 128-142; A.J. ALARAN ET AL., *Decisive or impulsive? Re-examining Africa’s lockdown response to COVID-19*, in «Tropical Medicine and Health», 50, 22, 2022 (open access); M. COLOMBINI ET AL., *Exploring the impact of COVID-19 hard lockdown on service provision for survivors of violence against women in South Africa: a qualitative study*, in «BMJ Open», 2025, 15, p. e095058. Si vedano poi i rapporti di organizzazioni internazionali come Human Rights Watch e dell’African Criminal Justice Reform, quest’ultimo reperibile online, <https://dullahomarinstitute.org.za/acjr/acjr-publications/combined-covid-19-report-13-10-2021-final.pdf>. Sito consultato nel luglio 2025.

<sup>7</sup> Il riferimento è al fatto che, di fronte alle dittature e alle malversazioni, al prolungarsi dei conflitti interni e internazionali che hanno coinvolto il loro paese, suoi predecessori come Malula e Monsengwo hanno incarnato, volenti o nolenti, il ruolo dell’alternativa, della denuncia, dell’opposizione.

dans ce combat commun contre cet ennemi qu'est Covid-19. Malgré l'interdiction des cultes qui frappe les églises, Félix Tshisekedi a demandé aux confessions religieuses de continuer à intercéder pour le pays. Après échanges, les hommes d'églises ont promis qu'ils vont continuer à jouer leur rôle en tant que leaders d'opinions en sensibilisant les fidèles sur les risques réels du Covid-19<sup>8</sup>.

Come qui si sottolinea, uno degli effetti più visibili e avvertiti dai cittadini, in Congo come nel resto dell'Africa, delle misure di contrasto del contagio, fu la proibizione delle ceremonie religiose pubbliche di ogni tipo. Un aspetto del *lockdown* che ha influito non poco sulla generale attitudine delle popolazioni di fronte alle politiche pubbliche adottate per fronteggiare il Covid.

### *Una Pasqua e un Ramadan catodici*

Abbiamo chiesto ai fedeli di sottolineare la preghiera personale e familiare. Poiché le celebrazioni si terranno senza la partecipazione del popolo di Dio, abbiamo chiesto ai sacerdoti di essere più creativi a livello pastorale per offrire riflessioni, omelie ed esortazioni ai fedeli attraverso i social network. Dobbiamo anche cogliere questa opportunità per vivere meglio la solidarietà in modo concreto. Non si tratta di visitare le persone, ma di avvicinarci a loro in vari modi: tramite chiamate, messaggi sulle reti, ecc. Dobbiamo anche aiutare coloro che hanno difficoltà a vivere nel contenimento per trovare i mezzi per farlo. Una buona parte delle nostre popolazioni vive in situazione precaria e non sarà in grado di sostenere le misure di contenimento. Sta a noi aiutarli<sup>9</sup>.

Così si esprimeva l'arcivescovo di Lomé, capitale del Togo, mons. Barrigah-Benissan. Più a sud, il segretario generale della Conferenza episcopale e membro dello Zimbabwe Council of Churches, p. Frederick Chiromba, annunciava la sospensione sine die dei culti di tutte le confessioni religiose, specificando che «i credenti potranno assistere a tutte le funzioni della Settimana Santa attraverso lo streaming live sul web»<sup>10</sup>. In Camerun per decisione dei vescovi le messe si tennero solo nelle parrocchie principali, mentre nelle chiese di missione furono sospese. «Per fortuna – dichiarò mons. Esua, emerito di Bamenda – abbiamo radio e tv cattoliche che trasmetteranno per intero le funzioni, la nostra gente è stata avvertita e invitata a restare a casa il più possibile»<sup>11</sup>. In Guinea Bissau la radio cattolica è l'emittente più ascoltata, nonostante nel paese i fedeli siano circa il 10% della popolazione. Il direttore, un missionario italiano del Pime, allo scoppio del virus decise di rivoluzionare il palinsesto inserendo programmi per catecumeni, preghiere per la fine della pandemia, trasmissioni per la quaresima con la possibilità di intervenire e la via crucis.

Molte parrocchie sudafricane, secondo l'arcivescovo emerito di Pretoria Slattery, furono in grado di trasmettere le funzioni in streaming, via radio e tv, unica soluzione possibile dopo la decisione dei vescovi di proibire le celebrazioni liturgiche pubbliche,

<sup>8</sup> <https://www.radiookapi.net/2020/04/20/actualite/politique/lutte-contre-le-coronavirus-felix-tshisekedi-mobilise-les-confessions>. Sito consultato nel luglio 2025.

<sup>9</sup> Cit. da L. ATTANASIO, *La Pasqua in Africa, tra Covid-19 e liturgie via radio*, in [www.omnisterra.fides.org](http://www.omnisterra.fides.org), 9.4.2020. Sito consultato nel luglio 2025.

<sup>10</sup> *Catholic Church in Zimbabwe to live stream Mass*, in «[thezimbabwemail.com](http://thezimbabwemail.com)», March 21, 2020.

<sup>11</sup> Cit. da ATTANASIO, *op.cit.*

«nel pieno rispetto delle linee guida del governo, che è stato molto saggio». Anche in Uganda, le celebrazioni si svolsero obbligatoriamente senza popolo in tutte le diocesi, e i battesimi previsti per la notte di Pasqua furono rinviati. Il già menzionato card. Ambongo presiedette tutte le celebrazioni della settimana santa in cattedrale, trasmesse dalla radio e dalla tv cattolica. Sono esempi che mostrano l'attitudine generalmente rispettosa e accondiscendente dei responsabili religiosi rispetto a quelli civili in questo delicato frangente.

L'osservazione non vale solo per i cristiani, ma pure per i musulmani. Se nel 2020 i primi vissero il principale appuntamento della loro fede, la Pasqua, in una modalità definita “del cuore”, poche settimane dopo toccò ai fedeli musulmani sperimentare una modalità nuova di vivere il mese più sacro, quello del Ramadan, collocato tra il 23 aprile e il 23 maggio. Nell'occasione le città egiziane, e tra esse il Cairo con i suoi quasi 15 milioni di abitanti, abituata a popolarsi di luci, raduni, feste e preghiere per tutta la notte fino all'alba, si prepararono a modificare abitudini consolidate. Lo stesso accadde nelle moschee di tutti i paesi africani dove erano in vigore misure di contenimento. Ma nei paesi del Maghreb le autorità introdussero presto alleggerimenti, il 30 aprile in Algeria e il 3 maggio in Tunisia, dove il capo del governo dichiarò che la situazione era quasi del tutto sotto controllo. Il coprifuoco fu posticipato di due ore, dalle 18 alle 20. Le moschee restarono chiuse, ma le cronache riportarono una certa indisposizione a rispettare le norme di isolamento e distanziamento in quel mese di festa da parte della popolazione.

*«Non ci sono più vecchi da uccidere, qui»*

Nelle città africane l'apparizione del virus ha suscitato forti preoccupazioni. Oltre alla sofferenza fisica e al timore per la mancanza di cure, del resto economicamente insostenibili per la maggior parte della popolazione anche quando disponibili, chi manifestava i sintomi della malattia doveva anche affrontare lo stigma e la diffidenza dei vicini: le fonti riferirono di intere vie che si svuotavano, con i residenti che abbandonavano le case alla notizia – vera o presunta – del verificarsi di un caso di positività. Al contempo, si osservò l'apparire e il diffondersi di una narrazione di segno diverso, fortemente critica sull'adozione di misure “occidentali” in un contesto radicalmente altro, e quindi avversa alla accettazione “prona” da parte delle autorità di misure prese altrove. Se ne fece interprete con la consueta sagacia, dalle colonne di *Jeune Afrique*, lo scrittore ivoriano Gauz<sup>12</sup>, secondo il quale l'Africa si stava chiudendo e confinando «come un cane impazzito nel vedere il padrone impaurito. [...] Con l'eccezione significativa del Benin, tutti i suoi dirigenti ripetono alla lettera i discorsi dei leader europei»<sup>13</sup>. Sarebbero la differenza demografica e la diversa struttura della piramide dell'età a rendere completamente imparagonabile la realtà africana rispetto a quella europea:

Al 30 marzo, in Francia, l'età media dei positivi era di 62,5 anni, l'84% dei deceduti avevano più di 70 anni. [...] In Francia il 20,3% della popolazione ha più di 65 anni, in Costa d'Avorio sono 3 su 100 [...]. In Africa l'aspettativa di vita non supera i 62

<sup>12</sup> Pseudonimo di Armand Patrick Gbaka-Brédé, premio Gibert Joseph dei librai francesi 2014 con *Debout-Payé*, Le Nouvel Attila, Paris.

<sup>13</sup> *Le coronavirus n'a plus de vieux à tuer sur ce continent*, in «Jeune Afrique», 16 aprile 2020, rubrica Tribune.

anni, in Niger e Uganda l'età media è di 15 anni. Un cinquantenne a Bouaké è un miracolato.

Non senza polemica Gauz concludeva:

Il coronavirus in occidente è un problema molto grave. L'Africa non è coinvolta allo stesso modo per il semplice motivo che, da sessant'anni, l'incuria dei suoi politici, l'avidità dei sistemi finanziari, le sciocchezze dei piani di aggiustamento strutturale, le ambizioni di avventurieri senza fede né legge hanno già fatto il lavoro: non ci sono più vecchi da ammazzare nel nostro continente<sup>14</sup>.

Nelle sue amare considerazioni Gauz trascurava tuttavia di rilevare come nell'Africa subsahariana, al pari del resto del mondo, il numero assoluto e l'incidenza percentuale degli anziani è in costante aumento. Anche in Africa la loro vita è stata a rischio, e con la loro quella degli operatori sanitari, ancor meno protetti e ancor più esposti rispetto ai nostri, e chiave della sostenibilità generale. I popoli africani hanno già pagato, tra tutti, il prezzo più alto alla pandemia da Hiv-Aids e a Ebola, e continuano ad essere fiaccati dalla malaria, nelle sue varie forme, soffrendo tra l'altro dell'inferiore diritto di accesso alle cure rispetto agli altri.

### *Il “complotto” del Covid 19 e i rimedi soprannaturali*

Proprio lo scarso rispetto del diritto universale alla salute da parte dei governi africani – obbligati, va ricordato, ad ottemperare a cogenti programmi di aggiustamento strutturale e rientro dal debito –, più che elementi relativi alla cultura e alla tradizione, spiegano il largo ricorso a metodi di cura alternativi, nonché l'affidarsi a improbabili figure di guaritori, *curanderos*, pastori e quanti lucrano sul bisogno di guarigione e benessere. È a questo livello che si colloca un ulteriore elemento di interesse della storia africana del Covid: la ricerca di cure “locali” e la diffidenza verso le modalità “occidentali” di risposta alla pandemia, fino al rifiuto del vaccino. Due vicende camerunesi aiutano a comprendere come tali risposte si siano manifestate.

La prima concerne l'iniziativa di un vescovo camerunese, Samuel Kleda, arcivescovo di Douala, che nell'aprile del 2020 iniziò a somministrare un prodotto, una miscela di erbe medicinali, a suo dire efficace contro il Covid 19. Il vescovado di Douala divenne rapidamente un indirizzo della speranza, attirando migliaia di persone desiderose di ottenere il ritrovato. In un'intervista rilasciata al quotidiano francese *La Croix* il 28 aprile 2020 il presule sostenne di interessarsi «da trent'anni alla cura dei malati attraverso piante medicinali della farmacopea africana». Intellettuali e media diedero risalto e positiva

---

<sup>14</sup> *Ibidem*. Aggiunge Gauz: «Capiamo bene i popoli straziati d'Europa e d'America. Siamo solidali, e sappiamo che ne usciranno, loro che da così tanto tempo sono capaci di pensare solo a sé stessi, al loro benessere materiale, loro che hanno per secoli camminato nel mondo costruendo le loro preziose vite sulla negligenza di quelle degli altri. Ne usciranno. Hanno il materiale politico, storico e culturale per farlo. Noi non viviamo la stessa lotta. Proprio no. Non ci sono più vecchi da uccidere, qui. Povero virus!». Tra gli studi che pongono la minore percentuale di anziani sul totale della popolazione tra le cause principali della bassa mortalità da Covid nell'Africa subsahariana si vedano Y. LAWAL, *Africa's low COVID-19 mortality rate: A paradox?*, in «International Journal of Infectious Diseases», 102, 2021, pp.118-122; O.O. OLERIBE et aa., *Possible Reasons Why Sub-Saharan Africa Experienced a Less Severe COVID-19 Pandemic in 2020*, in «Journal of Multidisciplinary Healthcare», 14, 2021, pp. 3267-3271.

interpretazione a questa iniziativa, sottolineando il fatto che si realizzava così, finalmente, una “risposta africana”, che andava ad aggiungersi ad altre già apparse, come quella concepita dal Presidente del Madagascar, trasformatosi per l’occasione in erborista anti-covid, e creatore di un rimedio a base di artemisia<sup>15</sup>. Intanto, in Camerun, le testimonianze di malati guariti o ristorati si moltiplicavano, fatto che non deve stupire, in quanto l’assunzione di prodotti ricostituenti e antinfiammatori – sempre che non siano nocivi – può senz’altro produrre un miglioramento delle condizioni generali del paziente, senza contare, poi, che nella maggior parte dei casi la guarigione dal Covid avviene naturalmente.

A pochi passi dalla sede arcivescovile di Douala – venendo alla seconda vicenda esemplificativa – aveva il suo quartier generale il trentanovenne Franklin Ndifor, noto in Camerun per essere a capo della *Kingship International Ministries Church*, ma soprattutto per essersi candidato alle elezioni presidenziali del 2018. Allo scoppio della pandemia Ndifor aveva presieduto varie sessioni di preghiera taumaturgica nella sua Chiesa, convocando i malati di Covid 19 ed imponendo loro le mani per invocare la guarigione. Ndifor morì sabato 16 maggio 2020, dopo alcuni giorni di sofferenza e l’aggravarsi di difficoltà respiratorie. Il medico legale che constatò il decesso lo ascrisse proprio al Covid 19 e richiese l’intervento delle équipes di sanificazione e protezione, per il trasporto del corpo in sicurezza. Fu allora che la famiglia si barricò in casa, per impedire che Franklin fosse portato via. Nel frattempo la notizia, circolata rapidamente, attirò nel quartiere di Bonabéri centinaia di fedeli, che si riunirono attorno alla residenza di Franklin e iniziarono una sessione spontanea di canti e preghiere invocando la resurrezione del pastore. La folla impedì ai medici di accedere affermando che il pastore non era morto ma «in ritiro spirituale con Dio»<sup>16</sup>, e non doveva essere sepolto. Nel corso della giornata la tensione crebbe e solo in serata, con l’intervento di truppe e mezzi speciali e l’utilizzo di gas lacrimogeni, le autorità riuscirono a disperdere l’assembramento per consentire alle équipes mediche di accedere alla residenza e adottare le misure necessarie per la messa in sicurezza<sup>17</sup>. I giornalisti presenti hanno riferito lo sgomento e la preoccupazione diffusa tra i familiari dei malati che si erano affidati a Ndifor.

Questa seconda vicenda ci porta a considerare un attore rilevante di questa storia: la cosiddetta “terza Chiesa”. Ovvero quella costellazione di gruppi “neopentecostali”, “del risveglio”, o altrimenti definiti, che costituisce, specie in Africa ed in America latina, una galassia in continuo sviluppo, con migliaia di denominazioni grandi e piccole, dall’estensione multinazionale o limitate ad un singolo quartiere di periferia. Anticipazione, secondo alcuni, del cristianesimo del futuro<sup>18</sup>. In queste Chiese il rapporto con la medicina è spesso all’insegna della diffidenza. «Mi è stato diagnosticato il diabete,

<sup>15</sup> Su questo cfr. tra gli altri E. SARI, *Andry Rajoelina, VRP en Afrique du Covid-Organics*, in «Jeune Afrique», 23.05.2020.

<sup>16</sup> M.E. KINDZEKA, *Panic Grips Faithful After Cameroon COVID Pastor Dies*, in [www.voanews.com](http://www.voanews.com), 17.05.2020. Sito consultato nel luglio 2025.

<sup>17</sup> J. NKOUAM, *Franklin Ndifor : des fidèles tentent de ressusciter le pasteur décédé du Covid-19*. In [www.bbc.com/afrique](http://www.bbc.com/afrique), 17.05.2020. Sito consultato nel luglio 2025.

<sup>18</sup> Cfr. su questo fenomeno, nella vasta bibliografia, H.J. COX, *Fire from Heaven: The Rise of Pentecostal Spirituality and the Reshaping of Religion in the Twenty-First Century*, Reading (MA), Addison-Wesley, 1995; P. JENKINS, *La terza Chiesa. Il cristianesimo nel XXI secolo*, Roma, Fazi, 2004; P. SCHIRRIPA, *Terapie religiose. Neoliberismo, cura, cittadinanza nel pentecostalismo contemporaneo*, Roma, Edizioni CISU, 2012; J. ROBBINS, *The Globalization of Pentecostal and Charismatic Christianity*, in «Annual Review of Anthropology», 33, 2004, pp. 117-143; S. PICCIAREDDA, *Il cristianesimo del futuro? Cenni storici e linee di sviluppo del pentecostalismo contemporaneo*, in «Mantua Humanistic Studies», IX, 2020, pp. 215-240.

ma ora che mi sono avvicinata a Dio ho scoperto che il diabete è una malattia spirituale. Le medicine che prendevo non servivano a nulla, solo Dio guarisce», ha dichiarato Debora, congolese residente in Olanda, a Julie Ndaya che la intervistava<sup>19</sup>. Questo genere di convinzioni, per quanto riguarda l’Africa subsahariana, ha comportato risvolti drammatici nel caso di un’altra pandemia, quella dell’Hiv-Aids, specie nel momento in cui la cura più efficace – la cosiddetta triterapia – era finalmente divenuta disponibile.

Si osserva la sistematica e radicale richiesta ai fedeli di abbandonare ogni genere di mezzi diagnostici e di cure farmacologiche prescritte e somministrate sotto il controllo di un medico. Affidarsi a lui mostrerebbe una fede debole, un “tradimento” nei confronti del pastore e della sua capacità, quale intermediario, di mettere in atto la potenza taumaturgica di Dio: «C’est Dieu l’Unique Médecin», ripeteva Elisabeth Olangi Wosho, fondatrice di una delle più grandi Chiese del risveglio della Repubblica Democratica del Congo, il *Ministère du Combat spirituel*, oggi diffusa anche in Europa<sup>20</sup>. Chi assume farmaci, insomma, disprezza Dio e non ha speranze di guarigione, secondo i pastori delle nuove Chiese dalle varie denominazioni.

### *Il quadro latinoamericano*

Queste rapide note sulle ricadute sulla salute pubblica della diffusione delle “Chiese del risveglio” nell’Africa subsahariana possono essere messe a confronto con quanto accaduto nei paesi dell’America latina, dove la pandemia si è presentata con un volto particolarmente aggressivo e con elevati ritmi di diffusione. Tale è stato il caso del Brasile, il cui presidente di allora, notoriamente vicino alla principale Chiesa neopentecostale del paese, la *Igreja Universal do Reino de Deus* (Iurd), fece proprie alcune delle posizioni di disprezzo della medicina e della visione scientifica rappresentate nel caso africano<sup>21</sup>. Nel “credo” della Iurd, per quanto attiene al rapporto tra malattia e fede, la comparsa di patologie è sempre interpretata come segnale di presenza di forze maligne nel corpo dell’uomo, luogo in cui le forze fisiche e spirituali si incontrano e dove avviene lo scontro tra bene e male, ovvero tra Dio e il diavolo. Come ha scritto Eleonora Pagnotta, «il male è personificato dal diavolo, che agisce nel mondo e ogni miracolo, esorcismo o conversione si considerano una vittoria divina. La malattia, la sofferenza, i problemi fisici e mentali sono causati dalla possessione da parte degli spiriti maligni»<sup>22</sup>. Pilastro e punto di forza della Iurd, similmente ad altre esperienze della galassia neopentecostale, è proprio il potere della Chiesa, quale tramite della potenza divina, di “liberare” i fedeli da tale “possessione”. Il momento centrale delle lunghe sessioni di culto è quello dell’esorcismo, del miracolo “in diretta”, a cui i fedeli possono assistere verificando settimanalmente l’efficacia della comunità cui hanno aderito:

<sup>19</sup> Cfr. J. NDAYA, «Prendre le bic». *Le combat spirituel congolais et les transformations sociales*, Leiden, CEA, 2008, p. 21.

<sup>20</sup> Ivi, p. 94. Vedi pure B. MEIERS, *Le Dieu de Maman Olangi. Ethnographie d’un combat spirituel transnational*, Louvain-la-Neuve, Académie-Bruylants, 2013.

<sup>21</sup> Circa l’esplosione del pentecostalismo in America latina e in Brasile in particolare cfr. J.-P. BASTIAN, *Pentecôtisme et médiation politique au Brésil*, in «Revue d’histoire et philosophie religieuses», 96/1, 2016, pp. 57-70; R. CHESNUT, *Competitive Spirits: Latin America’s New Religious Economy*, Oxford University Press, Oxford, 2003; M. RUSSO, *I protestanti brasiliani e la modernità*, in R. MOROZZO DELLA ROCCA (a cura di), *La modernità e i mondi cristiani*, Bologna, Il Mulino, 2010.

<sup>22</sup> E. PAGNOTTA, *Dal pentecostalismo al transpentecostalismo. Il caso della Iglesia Universal del Reino de Dios in Messico*, Roma, Aracne, 2016, p. 151.

L’azione della Iurd si concretizza nell’offerta di un trattamento spirituale: ogni tempio è definito dall’organizzazione stessa come un “pronto soccorso spirituale”. Nella teologia della Iurd è lo Spirito Santo che realizza i miracoli di guarigione. [...] Per ottenere il miracolo è necessario risvegliare la fede del credente mediante una serie di atti e di comportamenti ben definiti dalla Chiesa: il contributo economico (decima e offerte), la frequenza al tempio, l’impiego di acqua benedetta, l’imposizione delle mani accompagnata dall’unzione con olio. Nella teologia, “curare” significa condurre le persone alla salvezza, allontanandole dalle cause del male, dai demoni. Ecco perché la cura dei malati e le pratiche esorcistiche rappresentano fondamentalmente due facce della stessa moneta<sup>23</sup>.

Come è noto, il presidente Jair Bolsonaro si rifiutò a lungo di adottare misure rigide di contenimento, invocando teorie complottiste e chiedendo al popolo una resistenza spirituale. Le sue posizioni hanno riecheggiato quelle dei più noti pastori del paese, come il leader della *Igreja Mundial do Poder de Deus* Valdemiro Santiago (già membro della Iurd), secondo il quale il virus costituiva una punizione divina, e del fondatore e capo della Iurd Edir Macedo, cui si deve la gravissima affermazione secondo la quale il coronavirus – opera satanica – non aveva alcun potere sui fedeli che non nutrivano timore verso di esso<sup>24</sup>. Quello che era considerato il pastore più vicino al Presidente, e sua guida spirituale, Silas Malafaia, intervenne quotidianamente contro il *lockdown*, fonte a suo avviso di disordini sociali che provocherebbero molte più vittime di quelle causate dal virus.

In questo caso, però, la popolazione non si è lasciata ingannare. Alcuni osservatori hanno notato come i templi – aperti nonostante i provvedimenti anti-assembramenti – fossero semivuoti, e come i pastori siano stati costretti a videotrasmettere le funzioni e ad escogitare nuovi sistemi per la raccolta delle decime. Al tempo stesso, come ha notato Francisco Borba Ribeiro Neto dell’Università Cattolica di São Paulo, l’esplosione della pandemia sembrò confermare, agli occhi di molti, la visione della realtà proposta dalle varie *Igrejas*: «I fondamentalisti vedono un mondo pieno di pericoli e nemici nascosti, nel quale l’unica via di scampo dal male è la stretta aderenza alle norme e alle dottrine della Chiesa. La pandemia è proprio funzionale al rafforzamento di questa terrificante visione del mondo»<sup>25</sup>.

Un altro studioso del fenomeno pentecostale, il sociologo delle religioni Clemir Fernandes, ha invece sottolineato come alla base del contrasto alle misure di confinamento non vi fosse altro che una preoccupazione economica, e come un pastore come Malafaia vada considerato «un imprenditore religioso che cerca di proteggere i propri interessi come chiunque altro»<sup>26</sup>. Va notato infine che del mondo evangelico, e della sua robusta rappresentanza parlamentare, fanno parte numerosi medici e personalità che «di scienza, due o tre cose le conoscono»<sup>27</sup>, e che furono sempre meno disponibili ad accettare politiche così spudoratamente irrazionali. La realtà, come sempre, è complessa e contraddittoria. Ne è un esempio il sito internet della Iurd, che nella propria homepage proponeva, ponendolo in risalto, un panorama delle ricerche sui vaccini e le cure di

<sup>23</sup> Ivi, p. 152.

<sup>24</sup> Cit. da T. MILZ, *How evangelicals in Brazil are spinning COVID-19*, in www.dw.com, 06.04.2020. Sito consultato nel luglio 2025.

<sup>25</sup> *Ibidem*.

<sup>26</sup> *Ibidem*.

<sup>27</sup> *Ibidem*.

contrastò al covid, senza alcuna critica<sup>28</sup>. I responsabili della Chiesa erano troppo avvertiti per abbracciare una posizione di rigetto radicale delle teorie scientifiche. Preferirono piuttosto un atteggiamento più sfumato, che poteva colorarsi in un senso o nell'altro a seconda delle occasioni.

### *Il vaccino, l'arma dei “bianchi” per distruggere l’Africa*

Torniamo, in conclusione, al continente africano, e al momento in cui fu reso disponibile il vaccino, seppure non con la medesima immediatezza e capillarità con le quali esso fu distribuito e somministrato in Europa. Dati dell’Organizzazione mondiale della sanità (Oms) dell’ottobre 2022 stimavano al 24% la percentuale di africani che avevano ricevuto almeno una dose. Una cifra molto lontana dall’obiettivo indicato dalla stessa organizzazione – il 70% – e da quella globale che si attestava al 64%. Erano appena tre i paesi dell’area subsahariana che facevano eccezione, ovvero la Liberia, le Mauritius e le Seychelles, tutti con percentuali superiori al 70%. Bisogna però ricordare che la disponibilità di vaccini si ebbe in Africa più tardi rispetto agli altri continenti, perché i primi stock realizzati furono immediatamente acquistati dall’Europa e dagli Stati Uniti. Il primo vaccino a raggiungere l’Africa subsahariana fu quello di produzione cinese (Sinopharm o Coronavac). In seguito, con la messa a regime del programma Covax, promosso dalle Nazioni Unite e dall’Oms con la partecipazione di 190 governi, divenne possibile destinare quote importanti di vaccini ai paesi a basso reddito. Le prime dosi giunsero in Ghana nel febbraio del 2021. Si trattò del più ampio e ambizioso programma di distribuzione di vaccini della storia, in questa parte del pianeta.

È doveroso osservare come, in questa tempesta, tra i soggetti che mantengono una posizione stabile e in alcun modo ammiccante alle teorie negazioniste o cospirative, vada inclusa l’Unione Africana, da subito favorevole all’introduzione dei vaccini, attiva perché i trial clinici coinvolgessero anche le popolazioni africane, insistente nella richiesta di sospendere o mitigare il monopolio dei brevetti vaccinali da parte delle grandi multinazionali farmaceutiche<sup>29</sup>. Nonostante tali sforzi, non fu possibile superare tutte le difficoltà. La logistica di una campagna vaccinale generalista era complessa, e si scontrò con alcuni problemi strutturali dell’Africa, come la non capillarità della rete elettrica e la precarietà delle infrastrutture dei trasporti. Organizzare in emergenza e in tempi rapidi sistemi di stoccaggio, trasporto, distribuzione e somministrazione non risultò sempre possibile, e ciò comportò la necessità di distruggere molte migliaia di dosi vaccinali giunte con date di scadenza troppo ravvicinate. Al di là di tali problematiche, e dopo avere osservato che dalla fine del 2021 poco sarebbe cambiato circa la quantità di vaccini somministrati, in seguito alla progressiva diminuzione degli effetti più devastanti della pandemia e all’accendersi di nuove crisi geopolitiche, occorre comprendere le ragioni dello scarsissimo successo delle campagne vaccinali, fatto che costituisce l’altra specificità del rapporto tra Africa e Covid. Rispondere a questa domanda costituisce oggi un compito importante, addirittura decisivo, non solo per quanti si pongono di fronte alla questione da un punto di vista storico, sociologico, antropologico o di storia della

<sup>28</sup> www.universal.org. Sito consultato nel luglio 2025.

<sup>29</sup> Cfr. su questo la documentazione presente sul sito dell’Africa CDC (Centre for Disease Control and Prevention), e K. NASH, *The African Union and Emerging Patterns of Global Health Governance*, In «Global Studies Quarterly», 10, 2023, <https://doi.org/10.1093/isagsq/ksad048>. Sito consultato nel luglio 2025.

medicina, ma soprattutto per gli esperti di medicina pubblica, statistica sanitaria, igiene: vanno individuati errori da non ripetere, dinamiche da modificare, meccanismi psicologici individuali e collettivi sui quali intervenire. Si tratta cioè di una questione complessa e di ampio respiro, al momento non abbastanza esaminata: è a tutt’oggi evidente la generale mancanza di bilanci e riflessioni sull’esperienza che l’Africa ha vissuto nel biennio 2020-21 con il diffondersi della pandemia. In questa sede ci si limiterà a fornire alcuni spunti di riflessione, premettendo che vanno distinte alcune problematiche generali, che con poche eccezioni si sono manifestate in tutti i paesi del subcontinente, da altre più specifiche che hanno riguardato singole realtà.

Una prima considerazione da fare riguarda il fatto che le posture e gli atteggiamenti descritti nei primi paragrafi ebbero pesanti conseguenze sulle campagne vaccinali. La ricerca di rimedi locali, la presunta specificità del continente rispetto agli altri, la diffidenza verso soluzioni concepite altrove e imposte dall’alto, i traumi del lockdown, la penetrante predicazione antiscientifica di movimenti religiosi più o meno recenti alla ricerca di popolarità a basso costo, contribuirono ad un’accoglienza negativa da parte delle popolazioni, e non solo, di fronte alle “fiale” che lentamente cominciavano a rendersi disponibili nei vari paesi.

Il fatto che – tra i vari disponibili – il prodotto che fu inviato in misura maggioritaria in Africa fosse il vaccino a vettore virale Vaxzevria, comunemente noto con il nome commerciale di AstraZeneca, prodotto in India su brevetto inglese (Oxford), presto abbandonato in vari paesi europei a causa di una più alta incidenza degli effetti collaterali e della minore efficacia protettiva, ingenerò la convinzione che i paesi del nord avessero riservato agli africani gli scarti delle loro campagne<sup>30</sup>. E ciò, insieme alla constatazione del superamento della data di scadenza di molti lotti inviati, generò una comprensibile indignazione e un movimento di protesta e rifiuto. Teorie complottiste e apocalittiche tanto fantasiose e improbabili quanto intriganti e atte a una diffusione virale presero a circolare. Da quelle più neutre, secondo le quali il virus è una “malattia dei bianchi” che non necessita di cure in Africa, cure che vengono imposte per perpetuare la dipendenza e aumentare l’indebitamento, a quelle più estreme che vedevano nelle sostanze iniettate sotto spoglia di vaccino potenti veleni, inoculati al fine di sterminare le popolazioni africane e prendere il controllo delle risorse delle quali le loro terre sono così generosamente dotate<sup>31</sup>. Ugualmente e ancora più diffusa, la teoria secondo la quale i vaccini avessero intenzionalmente l’effetto di provocare sterilità, e servissero quindi a contrastare gli alti tassi di fertilità registrati in Africa, che tanto preoccupano le classi dirigenti europee.

Mentre queste voci si diffondevano, e si amplificavano i casi di effetti indesiderati gravi, le autorità moltiplicavano gli appelli pubblici perché la popolazione aderisse spontaneamente alle campagne di vaccinazione, come da raccomandazioni dell’Oms e della comunità scientifica. Appelli che in certi casi sortirono l’effetto opposto a quello desiderato. Fece scalpore, ancora una volta, il caso della Repubblica Democratica del Congo e del suo Presidente, il quale, subito dopo aver parlato alla nazione della necessità

<sup>30</sup> Occorre ricordare che i paesi dell’Africa, specie quella francofona, seguono con attenzione le vicende della ex metropoli. Le polemiche sviluppatesi nel continente europeo, le “fake news” diffuse dai social media, i dibattiti televisivi, hanno avuto un’eco immediata in questi paesi.

<sup>31</sup> Si veda ad esempio l’inchiesta realizzata dall’emittente TV5 monde, reperibile sul sito <https://information.tv5monde.com/international/en-afrique-la-vaccination-lepreuve-du-complotisme-35630> (sito consultato nel luglio 2025). Cfr. poi B.B.B. ACKAH ET AL., *COVID-19 vaccine hesitancy in Africa: a scoping review*, in «Global Health Research and Policy», 19, 7, 2022.

del vaccino dai canali della tv pubblica, venne colto nel più classico dei “fuorionda” mentre affermava che mai egli avrebbe permesso all’ago di penetrare il suo organismo<sup>32</sup>.

È dunque evidente come sia stato un insieme di circostanze a infondere un vero e proprio terrore nei confronti della vaccinazione. Sentimenti che attraversarono la popolazione in maniera trasversale, colpendo le fasce più istruite come quelle meno alfabetizzate. Un funzionario statale congolese di 35 anni, Adalbert T., laureato, rilasciò la seguente testimonianza:

Dovendo recarmi in un altro paese africano per una missione di lavoro, mi trovai costretto a fare il vaccino. Provai in tutti i modi ad aggirare quest’obbligo, ma non fu possibile, e dovetti accettare l’imposizione. Il giorno dopo la somministrazione tutte le mie previsioni più negative si avverarono. Fui assalito da una febbre forte e debilitante, mi sentii davvero molto male. Ero certo di morire, così convocai i miei familiari, che sapevano quello che mi attendeva, e diedi istruzioni per il testamento<sup>33</sup>.

In seguito, esaurita la reazione descritta, Adalbert recuperò rapidamente le forze, intraprese la missione a lui assegnata e gode a tutt’oggi di ottima salute. È facile intuire come molti suoi connazionali, non pressati da esigenze e obblighi, abbiano preferito evitare il rischio del vaccino. Sta in questo, a mio avviso, il principale effetto negativo delle informazioni contraddittorie e fuorviante che sono circolate a proposito dei vaccini antiCovid: esse hanno impedito che una larga parte della popolazione avesse finalmente accesso a un servizio sanitario offerto gratuitamente dallo Stato e dalla comunità internazionale. Tutte le campagne erano infatti caratterizzate dalla totale fruibilità e – appunto – dalla gratuità del trattamento, evento assolutamente eccezionale all’interno di sistemi che non contemplano, se non in rari casi e per gruppi estremamente ristretti, forme di mutualità e di assistenza sanitaria gratuita: tutto è a pagamento, financo i servizi di primo soccorso per le vittime di incidenti stradali, cosa che esclude una parte notevole degli africani dalle cure di urgenza e di altro tipo, indipendentemente dalla patologia manifestata. È dunque possibile interpretare questa vicenda nei termini di una occasione persa, di una rivoluzione mancata, che avrebbe trasformato il rapporto della popolazione con i servizi sanitari, rendendo finalmente concreto un diritto umano universale e fondamentale come quello alla salute.

---

<sup>32</sup> [https://www.france24.com/fr/afrique/20210703-covid-19-en-rd-congo-les-propos-anti-vaccin-du-pr%C3%A9sident-f%C3%A9lix-tshisekedi-font-pol%C3%A9mique](https://www.france24.com/fr/afrique/20210703-covid-19-en-rd-congo-les-propos-anti-vaccin-dupr%C3%A9sident-f%C3%A9lix-tshisekedi-font-pol%C3%A9mique); <https://www.rfi.fr/fr/afrique/20210702-rdc-le-refus-de-f%C3%A9lix-tshisekedi-de-se-faire-vacciner-contre-le-covid-19-fait-pol%C3%A9mique>, siti consultati nel luglio 2025.

<sup>33</sup> Testimonianza resa all’a., Kinshasa, 14.04.2022.