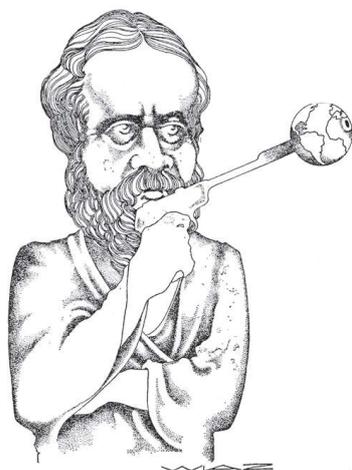


Hérodote

revue de géographie
et de géopolitique
n° 183



SOMMAIRE

- 3 Éditorial. Approche géopolitique de la pandémie de Covid-19, *Béatrice Giblin*
- 19 L'Organisation mondiale de la santé (OMS) à l'ère de la pandémie de Covid-19, *François Dabis*
- 37 La géo-démographie de la pandémie de Covid-19 dans le monde, *Yoann Doignon et Christophe Z. Guilmoto*
- 59 VIH, sida, SRAS-CoV-2, Covid-19 : émergences, circonstances, conséquences, *Jeanne-Marie Amat-Roze*
- 85 La pandémie de Covid-19, spécificités en Afrique, *René Migliani*
- 99 L'Afrique au temps du Covid-19 et de la route sanitaire de la soie : un relais géopolitique extraterritorial pour la Chine, *Xavier Aurégan*
- 117 Ambivalence de la politique de « zéro Covid » du gouvernement vietnamien et de l'intégration du pays dans les chaînes de valeurs industrielles mondiales, *Sylvie Fanchette*
- 143 L'Inde face au Covid : pandémie, État, société, géopolitique, *Jean-Luc Racine*
- 163 La crise sanitaire en Europe : face au lourd bilan, la relance de la construction européenne, *Sylvain Kahn*
- 181 Pandémie en Italie : une analyse sur plusieurs niveaux, *Giuseppe Bettoni*
- 197 Le Covid-19 en Espagne. Les défis géopolitiques de la gouvernance d'un problème de santé, *Josefina Cruz Villalón, Rubén C. Lois González, Ángel Miramontes Carballada et Jorge Olcina Cantos*
- 227 Les résistances françaises aux vaccinations : continuité et ruptures à la lumière de la pandémie de Covid-19, *Lucie Guimier*
- 251 Santé et territoire en France : Covid-19, la fin d'un cycle de distanciation territoriale de l'analyse sanitaire, *Olivier Lacoste et Joy Raynaud*
- 267 Pandémie de Covid-19 et données de santé à échelle fine : révélation d'une approche indispensable, *Ludovic Cépré*
- 287 Résumés
- 293 Abstracts

Pandémie en Italie : une analyse sur plusieurs niveaux

*Giuseppe Bettoni*¹

L'Italie a été le premier pays européen à connaître l'explosion de la pandémie de Covid-19. Le début du mois de février 2020 a vu l'arrivée de ce virus qui a suscité de la part de certains médias une première réaction très antichinoise [Girardelli, Nguyen et Croucher, 2021], rapidement suivie par un sentiment de grande inquiétude et des décisions assez contradictoires de la part de l'ensemble des acteurs publics. Le nombre de cas et, malheureusement, le nombre de décès font de l'Italie un des pays européens les plus touchés par la pandémie.

Nous allons analyser dans cet article les raisons de cette situation avec une approche géopolitique suivant la méthode des niveaux d'analyse conçue par Yves Lacoste [1984] afin de comprendre pourquoi cette pandémie est apparue et s'est développée dans une partie précise de la vallée du Pô puis dans la région pour ensuite se répandre lors de la deuxième vague dans le reste du pays.

Du niveau planétaire à la « ville infinie »

Le cas de la pandémie de Covid en Italie représente une occasion d'étudier l'évolution de la structure institutionnelle du pays et de la stratégie de décentralisation du système de santé publique. Nous allons voir comment le système de santé régionalisé depuis 1992 a évolué selon un principe précis, celui de l'efficacité budgétaire et qui, par ailleurs, a perdu énormément en vision territoriale et donc aussi en anticipation stratégique face à des problèmes comme ceux entraînés par cette pandémie.

1. Département d'histoire, humanité et société, université de Rome « Tor Vergata ».

Cette pandémie est apparue d'une manière assez surprenante dans les régions italiennes supposées être les plus efficaces en matière de gestion publique et particulièrement dans le domaine de la santé publique. En effet, la Lombardie, l'Émilie-Romagne, la Vénétie sont des régions où la qualité des soins est tellement élevée que des Italiens du Centre et du Sud viennent s'y faire soigner. C'est en Lombardie que tout a commencé par une explosion de contagions sans précédent au point de faire de l'Italie le point de départ de cette énorme vague pandémique qui s'est ensuite manifestée dans toute l'Europe. Nous observons plusieurs raisons à cela. La première est sans doute la densité démographique du nord de l'Italie bien plus élevée qu'au Sud. Il y a aussi le cas spécifique du démarrage de cette pandémie lié à un patient qui, du fait de sa profession, avait énormément de contacts. Celui qui est considéré comme le « patient zéro » est un homme de trente-huit ans résident de la commune de Codogno dans le département de Lodi, au sud de la Lombardie. L'autre foyer important est celui de Bergame et plus particulièrement celui de Alzano Lombardo. Situé dans la vallée Valsertiana, Alzano se trouve sur la départementale 35 qui rejoint Bergame au sud et le nord de la vallée. Ici (comme à Codogno) plusieurs conditions à la propagation du virus sont réunies : une forte densité démographique répartie dans de petites communes et surtout une énorme densité entrepreneuriale, et donc une grande interactivité entre les communes. Dans cette zone, le nombre d'entreprises se compte en milliers et les rapports entrepreneuriaux avec la Chine y sont très intenses. La densité des échanges y est telle que s'effacent les frontières régionales entre la Lombardie et les régions limitrophes, notamment l'Émilie-Romagne, la Vénétie et le Piémont plus à l'Ouest.

Il faut souligner que cette pandémie n'a pas explosé dans une grande ville comme Milan, ainsi que l'on aurait pu s'y attendre, mais dans une petite commune. Toutefois, la densité démographique est très élevée dans cette partie de la Lombardie, ce territoire que les Italiens appellent la *città infinita* (la « ville infinie ») allant de Novara jusqu'à Vicence [Bonomi et Abbruzzese, 2004]. Ce territoire connaît non seulement une grande densité d'habitants mais aussi d'entreprises qui produisent un taux de pollution élevé dont l'impact est d'autant plus important que cette zone est à l'abri du vent. C'est dans ce milieu particulier de la vallée du Pô que le Covid-19 s'est diffusé avec une grande rapidité. Ainsi, la densité urbaine et la densité des interactions sur ce territoire ont joué un rôle, ainsi que l'abondance des relations internationales notamment avec la Chine [Balducci, Fedeli et Curci, 2017]. Cependant la Vénétie et l'Émilie-Romagne où les densités d'habitants et d'entreprises sont comparables n'ont pas connu une situation sanitaire aussi grave qu'en Lombardie. C'est pourquoi il faut également prendre en considération à la fois le système de santé italien et les rapports de forces entre l'échelon régional et l'échelon national.

Le système de santé italien

Le système de santé italien est un système universel qui assure à tout citoyen résidant en Italie une couverture sanitaire totale et gratuite. Il a été mis en place en 1978 et régionalisé en 1992. Rappelons que 1992 est l'année d'une grave crise du système monétaire européen qui a provoqué une dévaluation de la livre sterling et de la lire italienne. C'est aussi l'année de l'opération « main propre » où furent révélées les affaires de clientélisme et de corruption qui permettaient le financement des partis politiques italiens. C'est aussi l'été pendant lequel les juges qui enquêtaient sur la mafia, Giovanni Falcone et Paolo Borsellino, ont été tués avec leurs escortes. Tout ceci révéla la fragilité du système politique italien qui avait gouverné l'Italie depuis l'après-guerre. Ce contexte est fondamental pour comprendre la fragilité, en 1992, de l'échelon national face à ce qui deviendra l'échelon le plus important de la gouvernance italienne : la région.

À cette époque, parmi les problèmes de l'Italie il y avait déjà celui d'une dette publique sans équivalent dans les autres pays de l'Union européenne (UE) à l'exception de la Belgique. Comme le système de santé en était pour partie responsable, il a été décidé de le régionaliser. Il faut aussi rappeler que depuis 1983 le système public de santé italien avait subi une première transformation. Il était devenu une entreprise de services qui assurait les soins aux citoyens et qui était gérée comme n'importe quelle autre entreprise. C'est à partir de 1983 que tout un système de contrôle financier est instauré avec des antennes locales de ce système de santé [Pezzini, 2019]. Ce dernier est alors transféré du budget de l'État au budget des régions qui doivent trouver le moyen de le rendre plus efficace du point de vue financier, l'objectif principal étant d'en réduire les coûts. Ce transfert vers les régions aura son point d'orgue avec la réforme constitutionnelle de 2001 qui fait de la région l'acteur principal de la gouvernance italienne puisque à la gestion de la santé s'ajoutent d'autres compétences – et donc d'autres pouvoirs – comme l'aménagement du territoire et toute intervention de politique de développement économique local. Ainsi le rôle de la région devient très puissant et ce d'autant plus qu'après la crise de 1992 et les affaires « mains propres » l'autorité de l'État est très fragilisée et donc le rapport de forces est, à ce moment-là, à l'avantage des régions. [Bettoni, 2011, p. 186-188].

En 2019, quand Francesco Boccia est nommé ministre des Affaires régionales, dans le deuxième gouvernement Conte formé d'une alliance entre le Parti démocrate (PD) et le Mouvement 5 étoiles (M5S), un conflit oppose l'État et deux régions, la Vénétie et la Lombardie. Ces dernières demandaient de pouvoir gérer au mieux l'impôt qui reste majoritairement récolté au niveau central. À ces deux régions gérées par la Ligue de Matteo Salvini s'ajoute l'Émilie-Romagne gouvernée depuis des années par le PD et qui souhaite elle aussi une autonomie

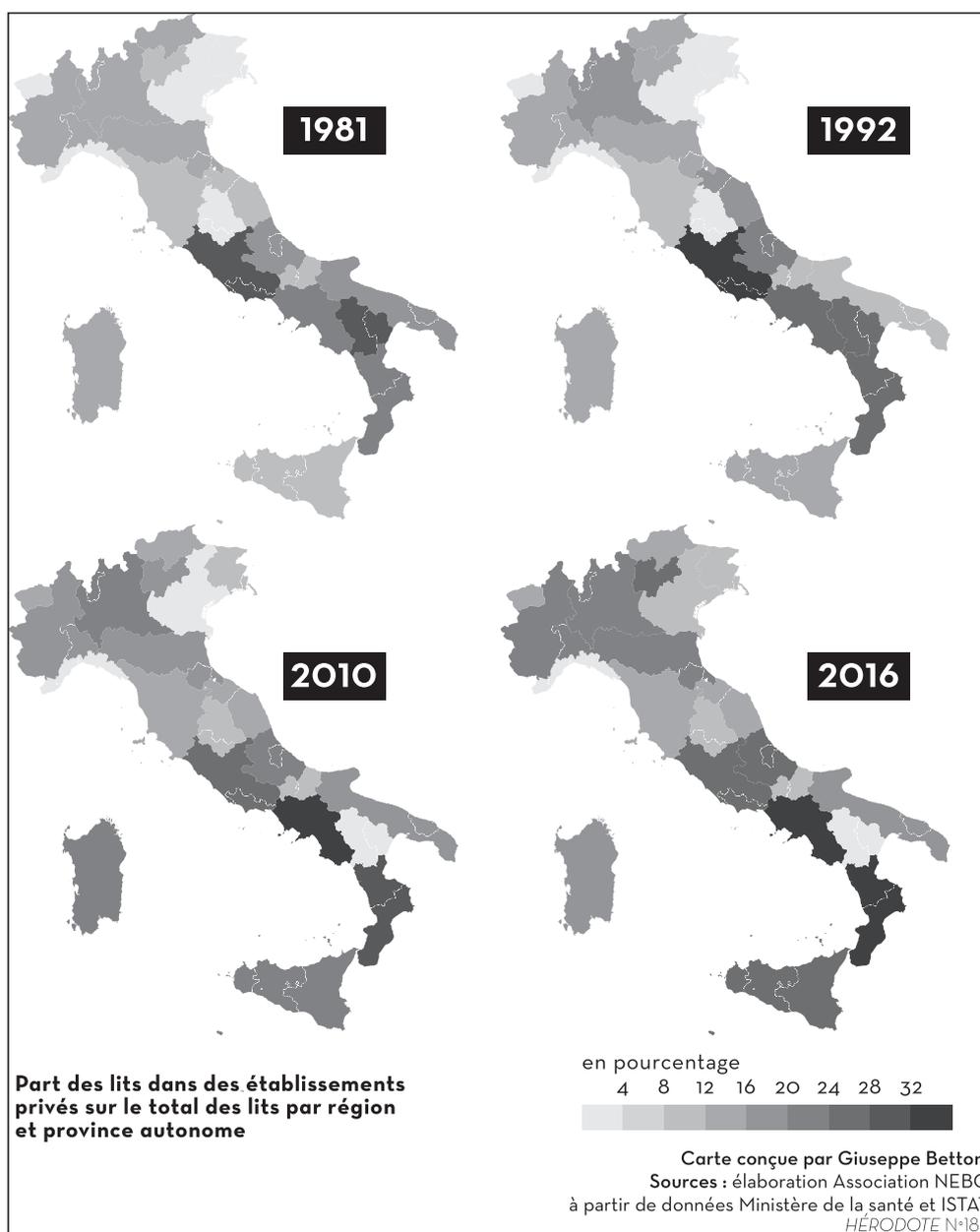
plus importante pour avoir une plus grande liberté d'action. En fait, les régions, depuis 2001, ont fonctionné sans que ce qui relève de l'État et qui est à sa charge soit précisément défini. Ceci leur permettait de bénéficier d'une grande liberté d'action, sans avoir à se conformer aux règles que l'État aurait pu leur imposer. Le système fonctionnait avec le transfert financier que l'État versait aux régions avant la réforme de 1992, ce qui permettait à l'État de plafonner ses dépenses et de leur laisser la tâche de trouver d'autres fonds nécessaires, en particulier pour le fonctionnement du système de santé. C'est ainsi que nous avons assisté dans les mois précédant l'explosion de la pandémie à un bras de fer très tendu entre d'un côté le ministre des Affaires régionales, Francesco Boccia, et de l'autre ces trois régions. Francesco Boccia ne voyait aucune difficulté, comme il l'a à plusieurs reprises confirmé dans des interviews à la presse, à leur donner cette plus large autonomie à condition que les niveaux de prestation, dont celui qui concerne la santé, soient clairement et précisément définis au préalable. L'explosion de la pandémie, particulièrement dans les deux régions qui réclamaient le plus d'autonomie, la Vénétie et la Lombardie, mit en lumière les méfaits des choix stratégiques qui avaient été faits depuis la réforme de 2001.

Le système de santé national italien se présentait en 1992 avec de profondes incohérences sur tout son territoire avec des unités territoriales de santé publique (les *Aziende Sanitarie Locali* – ASL) qui rassemblaient plusieurs communes mais qui, entre elles, pouvaient avoir de profondes différences dans la gestion de la santé.

Le but entre 1992 et la réforme de 2001 a donc tout d'abord été de mettre de la cohérence dans ce système qui avait de profondes différences d'un territoire à l'autre. Souvent, il s'agissait d'incohérences dues à une gestion clientélaire très répandue en Italie au niveau local.

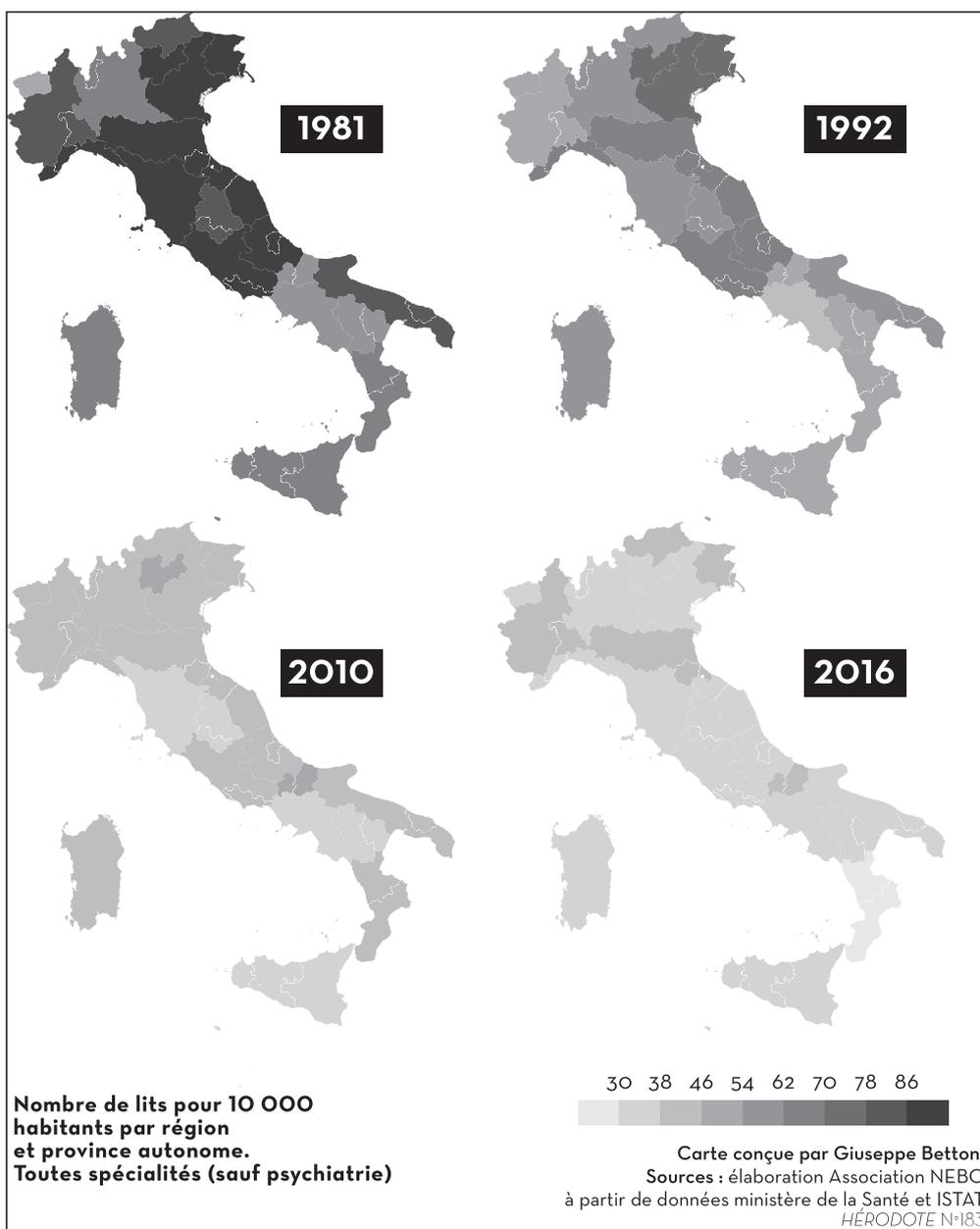
À partir de 2001, la réduction des transferts nationaux au niveau régional s'accroît et atteint un maximum sous le gouvernement Monti entre 2011 et 2013, en particulier dans le domaine de la santé [Prencipe, 2012; Morana, 2018]. Le changement principal à cette époque fut de privatiser le système de santé, en sous-traitant à des entreprises privées le système des soins. Cette privatisation a été inégale selon les régions : la région Lombardie est sans doute une de celles qui l'a privatisé le plus et a d'ailleurs été citée en exemple comme preuve de l'efficacité entrepreneuriale dans la gestion du service public de santé. Il faut rappeler que la privatisation des soins ne veut pas forcément dire perte de qualité, l'Italie reste un pays où la qualité des soins est très élevée. Mais la privatisation s'est ici accompagnée d'une réduction des capacités d'accueil du service public de santé. Pour certains types de soins la liste d'attente est tellement longue que les patients s'adressent soit au système privé soit se déplacent dans une région où ils pensent pouvoir trouver des soins de meilleure qualité et avec moins de délais d'attente. Cette privatisation du système de soins a permis à l'État de réduire considérablement le financement

CARTE 1. – PART DU NOMBRE DE LIT DANS LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS SUR LE NOMBRE DE LIT TOTAL, ENTRE 1981 ET 2016



Herodote, n° 183, La Découverte, 4^e trimestre 2021.

CARTE 2. – LA DIMINUTION DU NOMBRE DE LITS DEPUIS 1981 :
NOMBRE DE LITS POUR 10 000 HABITANTS PAR REGION ET PROVINCES AUTONOMES



Hérodote, n° 183, La Découverte, 4^e trimestre 2021.

public du système de santé avec une réduction importante du personnel (médecins, médecins spécialistes, infirmiers mais aussi assistance sociale à domicile...) Au niveau international, l'Italie est toujours reconnue comme un pays ayant un des meilleurs systèmes de santé pour son universalité et la qualité de ses soins. Mais l'exemple de la Lombardie montre bien à quel point une efficacité managériale de la gestion du système de santé peut ne pas produire un système capable de faire face à une pandémie [Buzzi et Mozzetta, 2018].

Si la privatisation permet un investissement important dans les services qui sont les plus rentables, elle néglige systématiquement les soins qui demandent beaucoup de personnel et qui n'ont pas de rentabilité immédiate. La médecine qu'on appelle « territoriale », c'est-à-dire le premier traitement aux urgences ou par le médecin qui intervient à domicile, a donc été la plus touchée par les réductions budgétaires.

Lombardie et Vénétie: deux présidents et deux systèmes très différents

Si nous voulons comprendre les différences de l'impact de cette pandémie sur la Lombardie et la Vénétie, deux régions aux caractéristiques géographiques et économiques similaires, nous devons nous intéresser à la personnalité de leurs leaders: Attilio Fontana en Lombardie et Luca Zaia en Vénétie. Ils sont tous les deux issus de la Ligue, mouvement politique héritier de la Ligue du Nord fondé par Umberto Bossi sur des bases fédéralistes, voire sécessionnistes. Aujourd'hui, ce parti dirigé par Matteo Salvini a abandonné tout discours indépendantiste du Nord pour devenir un parti comparable au Rassemblement national de Marine Le Pen. Mais si les deux présidents viennent du même parti leurs comportements politiques sont néanmoins très différents et ces différences ont un impact sur la diffusion du virus dans les deux régions.

En effet, cette pandémie a violemment frappé la Lombardie et la Vénétie, mais la première a compté beaucoup plus de malades graves et de décès. À la fin de l'été 2020, on comptait plus de 100 000 cas de Covid en Lombardie, contre à peine 20 000 en Vénétie. Il est facile, comme nous l'avons vu, d'expliquer pourquoi la pandémie a d'abord touché cette partie de l'Italie et pourquoi elle y a trouvé un terreau favorable pour se développer (urbanisation et réseau de rapports économiques et sociaux denses). Nous avons aussi mentionné comment la réforme de 2001 donne à la région et par conséquent à son président, un rôle fondamental dans la gouvernance politique de son territoire. Ainsi, un président avec une personnalité et une autorité politique affirmées et soutenu par une grande force politique est presque doté de tout pouvoir. Dans le cas de la Vénétie, Luca Zaia, un homme avec une grande carrière politique au sein de la Ligue du Nord puis de la Ligue,

exerce un contrôle politique pratiquement absolu sur sa région et ceci se traduit par une transmission et application directe de toute décision du sommet vers la base. Ainsi, sa stratégie de test à tout niveau et partout dès les premières infections a peut-être contribué à endiguer la pandémie, en tout cas elle a été strictement appliquée sur l'ensemble du territoire.

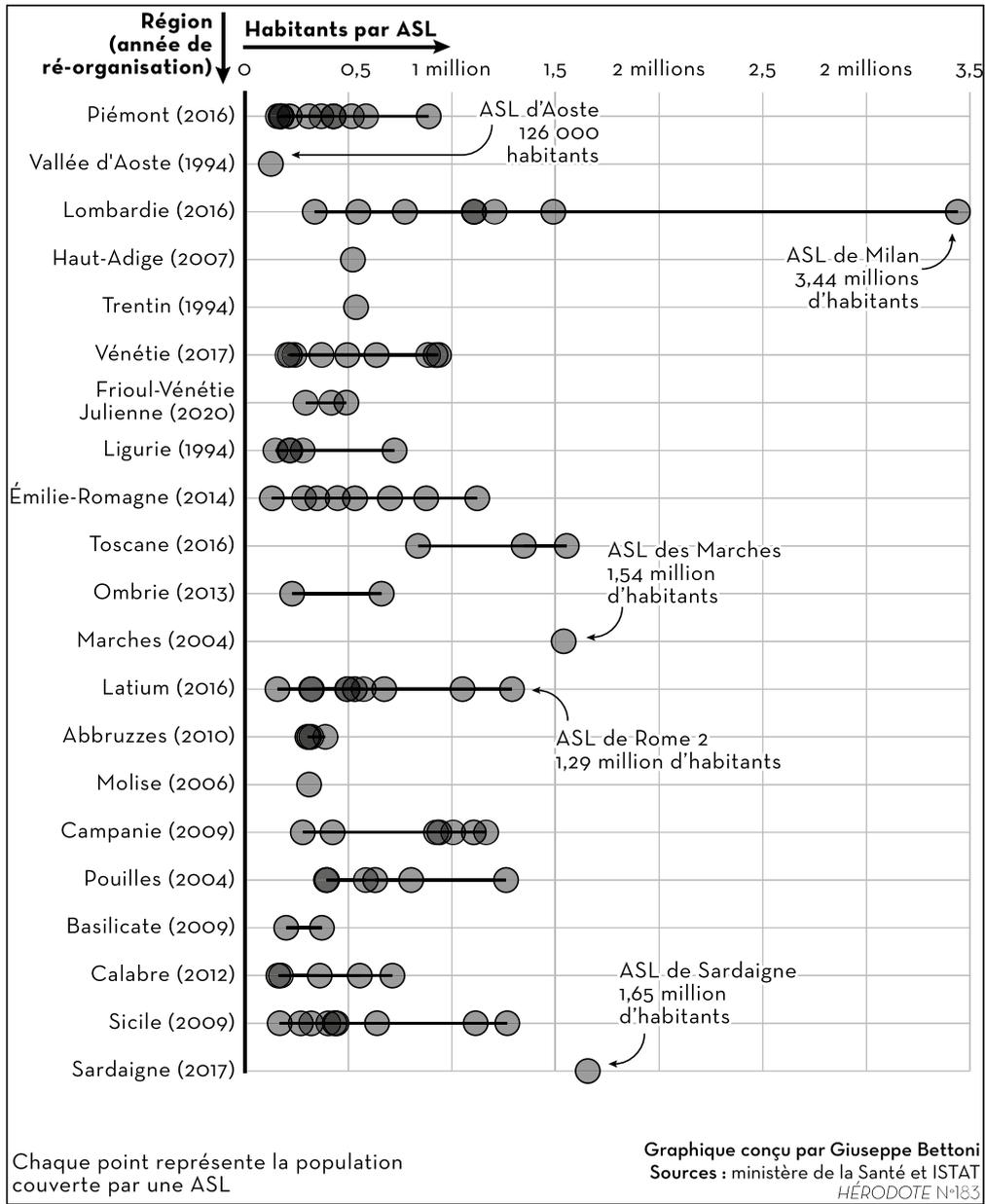
Ce n'est pas le cas dans la région Lombardie. Son président, Attilio Fontana, est défini comme le «*front office* de la politique» et incarne un système de pouvoir qui vient du département de Varèse, dont il a été maire avant de devenir conseiller régional et président de la région. Le pouvoir économique et politique de Varèse est aujourd'hui entre les mains d'un certain Nino Caianiello, appelé «Monsieur 10 %», qui décide des différentes nominations aux plus importants postes politiques du territoire, au sein des Conseils communaux comme du Conseil régional. Caianiello a ainsi nommé Fontana à la région ainsi que ses deux adjoints aux postes stratégiques que sont l'environnement (Raffaele Cattaneo) et la santé (Giulio Gallera). Dans une interview avec un journaliste d'une importante émission de la télévision nationale, il a qualifié Fontana de «*front office*» de la politique lombarde, soulignant ainsi que c'est bien lui qui décide de la politique de la région depuis plus de vingt ans². Des affaires de corruption ont également secoué la région et Nino Caianiello, notamment à travers le scandale de «*la mensa dei poveri*» («la cantine des pauvres»), selon le nom donné – sarcastiquement – à une trattoria renommée située près du palais régional dans laquelle se déroulaient les malversations. Alors que Caianiello a été condamné pour extorsion, Fontana a de son côté été visé par l'enquête «*i camici bianchi*» («les blouses blanches»), liée à un contrat attribué sans appel d'offres pour cause d'urgence Covid à une société qui appartenait à son beau-frère et dans laquelle son épouse siégeait au Conseil d'administration. Une fois ce contrat rendu public, ils ont essayé de le transformer en donation, avant de chercher, malgré tout, à vendre 25 000 des 100 000 blouses blanches prévues au contrat. En réalité, ce système de pouvoir auquel Fontana appartient est connu depuis plus d'une décennie. Sans vouloir citer d'autres cas d'enquêtes dans lesquels Fontana apparaît, il faut rappeler que sa fille Maria Cristina Fontana est avocate, consultante de plusieurs groupes hospitaliers de la région Lombardie et ceci malgré un règlement de 2019 qui dresse une liste de conflits d'intérêts³. Bref, les liens étaient très étroits entre le président de la région Lombardie, sa famille et le milieu de l'entrepreneuriat privé qui investissait dans le secteur hospitalier. Or la gestion de la pandémie fut assez catastrophique avec

2. MOTTOLA G. (2020), «Mogli, camici e cavalli dei paesi tuoi», Rai 3, 19 octobre.

3. DE RICCARDIS S. (2020), «Lega, il potere di Fontana e quelle carriere decise ai tavolini di un bar di Varese», *La Repubblica*, 20 octobre.

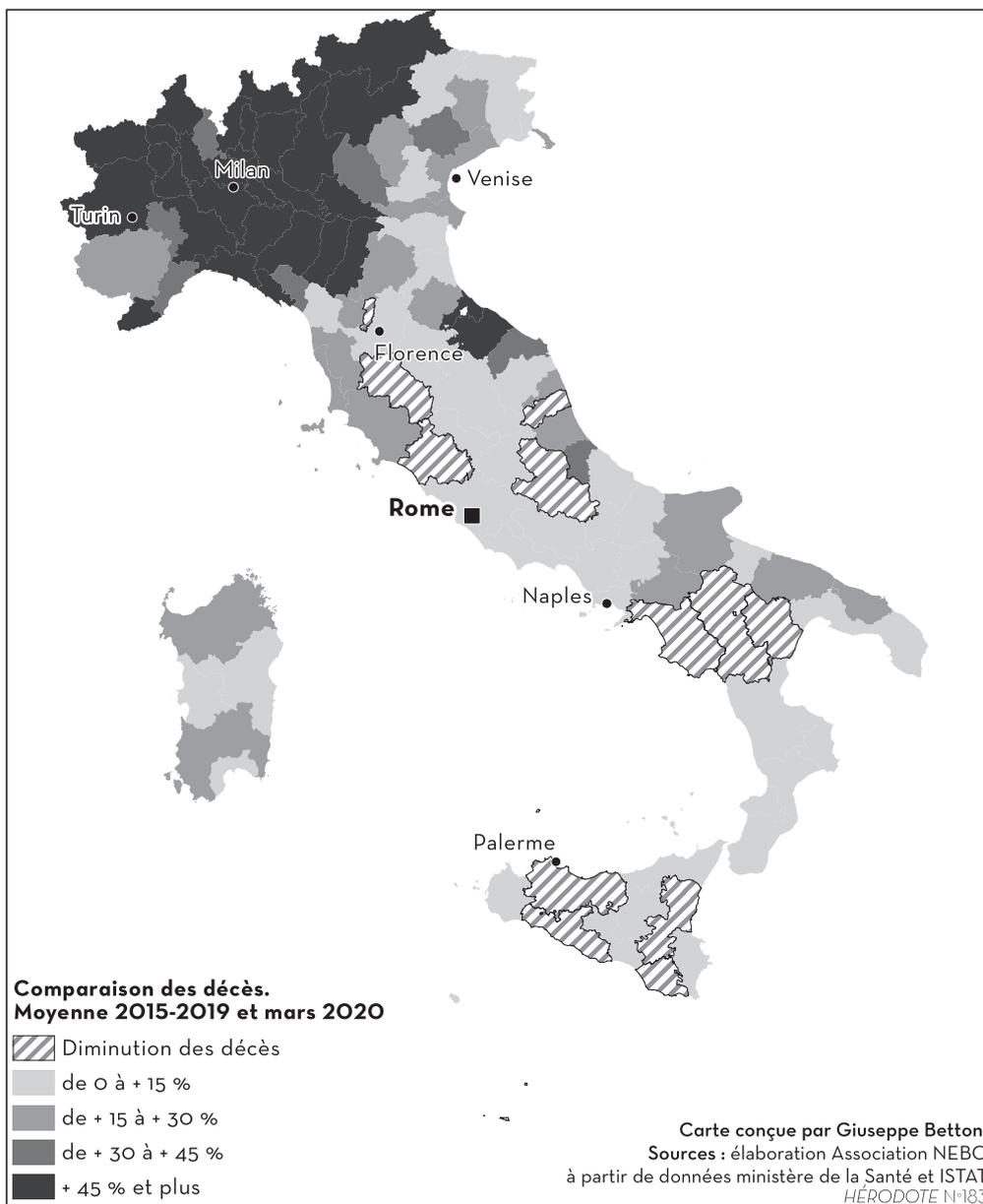
PANDÉMIE EN ITALIE : UNE ANALYSE SUR PLUSIEURS NIVEAUX

FIGURE 1. – NOMBRE D'ASL PAR RÉGION



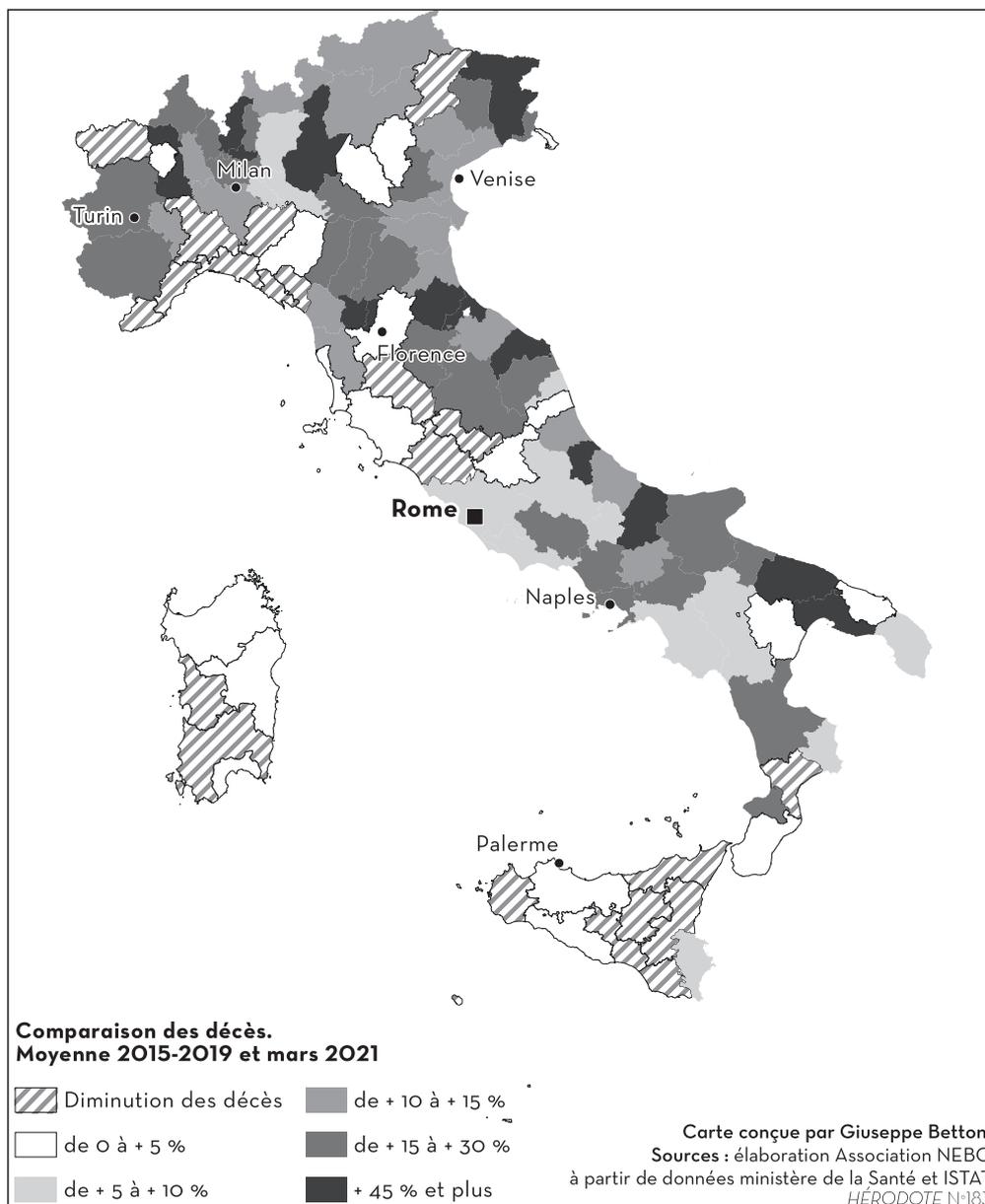
Hérodote, n° 183, La Découverte, 4^e trimestre 2021.

CARTE 3. – LES RÉGIONS LES PLUS TOUCHÉES LORS DE LA PREMIÈRE VAGUE, EN MARS 2020



Hérodote, n° 183, La Découverte, 4^e trimestre 2021.

CARTE 4. – LES RÉGIONS LES PLUS TOUCHÉES LORS DE TROISIÈME VAGUE, EN MARS 2021



Herodote, n° 183, La Découverte, 4^e trimestre 2021.

HÉRODOTE

des décisions contradictoires et, qui plus est, lentes. Parmi ce type de décisions, il y a sans doute celle de réaliser un *hub* hospitalier d'urgence à l'intérieur de la zone des expositions (Fiera) de Milan. Ce point d'accueil, qui aurait déjà dû être en place pendant la première vague, n'a fonctionné qu'une fois la baisse des contaminations amorcée, le personnel hospitalier y étant insuffisant.

En conclusion, deux leaders de deux régions, tous deux membres du même parti politique, mais avec en Vénétie un leadership unique en la personne de Luca Zaia qui avait le contrôle sur la gouvernance de sa région et sur son parti alors qu'en Lombardie Attilio Fontana avait derrière lui un complexe réseau de pouvoirs auquel il devait rendre des comptes, ce qui rendait l'action publique cacophonique et inefficace. Attilio Fontana est encore aujourd'hui président de la région Lombardie.

L'impact de la pandémie entre la première et la deuxième vague

Avant d'analyser l'impact du phénomène pandémique en Italie, il est important d'expliquer la « qualité » des données concernant le Covid. Le système étant géré par les régions et non par l'État, le rôle du ministère est donc assez faible et n'intervient que dans le cas spécifique défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et donc dans des cas de force majeure comme celui du Covid. Depuis 1992, le ministère ne reçoit les données qu'au niveau des ASL (unités territoriales de santé publique) dont les dimensions territoriales ont beaucoup changé dans le temps. Ainsi, Rome est découpée en six ASL alors que la Sardaigne et les Marches n'en ont qu'une seule. Il devient dès lors difficile de faire une analyse territoriale dans le temps. En revanche, des données financières précises concernant le type de dépense et le coût des traitements existent par médecin et par patient. Bref, cette structure est avant tout concentrée sur l'aspect financier.

Nous avons analysé les décès par département en comparant la moyenne des décès de la période 2015-2019 avec celle de 2020 puis de 2021. Plus précisément nous l'avons fait pour janvier/février, mars et avril. Les cartes montrent bien que les principales zones d'impact sont la Lombardie, la partie nord de l'Émilie-Romagne, le Piémont et relativement moins la Vénétie. L'Italie du Centre et du Sud étant épargnées lors de cette première vague.

En revanche les cartes de la période janvier/février/mars 2021 comparées avec la même période 2015-2019 montrent que la pandémie frappe beaucoup plus la côte orientale de l'Italie et ensuite le reste du pays, avec les traces toujours visibles de l'impact très violent qui a touché la Lombardie lors de la première vague. On a souvent souligné le fait que ce qui a permis le développement très fort et rapide

192

Hérodote, n° 183, La Découverte, 4^e trimestre 2021.

de l'épidémie a été la destruction de ce qu'on appelait la médecine territoriale, c'est-à-dire les services de santé de premier niveau et d'urgence qui permettent de désengorger les hôpitaux (de la fièvre pour une simple grippe ou un petit doute sur un état de santé, mais aussi pour le suivi des patients après hospitalisation ou maladie chronique). C'est tout ce qui peut être traité au niveau ambulatoire par rapport à ce qui demande une vraie hospitalisation avec des installations plus importantes. De tels services nécessitent donc des médecins généralistes, des pédiatres, des médecins de continuité des soins (ceux qui travaillent quand un généraliste ne le fait pas : les jours fériés ou la nuit), des spécialistes ambulatoires...

L'analyse des données – très partielles à cause de cette inégalité de la récolte des informations au niveau national – montre que s'il y a une grande réduction du nombre de ce type de médecins dans le nord et le centre de l'Italie, elle est en réalité moins importante en Lombardie que par exemple dans le nord-est ou pire encore dans le centre du pays. C'est-à-dire que le nombre de médecins par habitant baisse entre 2009 et 2019 (le cas de notre analyse) mais cette baisse ne correspond qu'imparfaitement à la cartographie de la pandémie : ni dans la première vague ni dans la deuxième. Ce qui a en fait vraiment manqué est une coordination entre les différents décideurs sur la manière d'intervenir sur le territoire, dans les différentes régions du pays. Surtout, comme nous l'avons affirmé auparavant, ce sont les différences dans les manières de gouverner au niveau régional qui ont créé des situations inégales entre les régions. On a beaucoup dit que les régions ont su s'occuper, dans la majorité des cas, de la gestion de leur réseau d'hôpitaux. Cependant, ce qui a posé problème c'est la gestion des soins définis comme territoriaux. C'est-à-dire la prise en charge à domicile, par le réseau territorial, par le médecin généraliste, par les soins à domicile, par la capacité de vaccination locale, par les services ambulatoires publics et les centres d'hygiène publique. C'est sur ces points que les différences entre régions se sont creusées et c'est pour cette raison que le contrôle de ce réseau d'interventions devrait probablement revenir à l'État en laissant aux régions la gestion de leurs hôpitaux. Ce manque de « réseau » territorial se repère aussi dans la deuxième vague. En 2021 la pandémie a particulièrement frappé le reste de l'Italie, plus particulièrement toute la côte orientale allant de la Vénétie à la région des Pouilles. Ici nous avons des régions avec un leadership très fort : dans la Vénétie nous l'avons vu avec Luca Zaia, mais aussi dans la région des Pouilles avec le président Michele Emiliano, qui, comme Zaia contrôle parfaitement la gouvernance de sa région. Même chose pour la Campanie avec Vincenzo De Luca. Mais une forte personnalité signifie aussi souvent ne pas suivre les indications du gouvernement national et cette forte « autonomie » régionale a sans doute compliqué la tâche en matière de contrôle de la pandémie.

Conclusion

Quand la pandémie est arrivée en Europe, elle a atterri sur un territoire avec des caractéristiques précises. Si nous considérons le premier niveau d'analyse, un ensemble d'une dizaine de milliers de kilomètres la pandémie s'est d'abord développée dans la partie du pays avec le plus grand nombre d'entreprises et plus précisément d'entreprises entretenant des rapports très étroits avec la Chine. Si nous regardons maintenant le cinquième ordre d'analyse c'est-à-dire des ensembles territoriaux de quelques kilomètres nous observons une densité de petites communes sans discontinuité d'habitat formant ce qui est appelé en Italie des « villes infinies », avec d'importants rapports sociaux et économiques entre les différentes communes, comme s'il s'agissait du même ensemble urbain, ce qui a favorisé une diffusion du virus rapide et intense.

Pour mieux comprendre la gestion de la pandémie une fois le virus sur le territoire, nous devons considérer deux autres niveaux d'analyse : d'abord le troisième niveau, en centaines de kilomètres, qui permet de comprendre les relations entre les régions et l'État et d'observer la prise de décisions et la gestion de l'information avec des données précises sur le nombre de cas et de décès, surtout dans la deuxième vague, mais très défailtantes en ce qui concerne l'historique et la compréhension de certains phénomènes visant à anticiper des situations comme celle de la pandémie du Covid. Le dernier niveau d'analyse que nous devons considérer est celui du quatrième ordre, c'est-à-dire à un niveau de dizaines de kilomètres, qui doit nous faire comprendre les rapports internes à chaque région entre leurs différents territoires et les différents acteurs. Nous avons vu les différences entre les gestions du pouvoir en Lombardie, Vénétie et Émilie-Romagne. Un pouvoir fragmenté qui voit la participation de plusieurs acteurs territoriaux et incapable de montrer une direction claire, ce qui s'est traduit par un nombre de morts beaucoup plus élevé que dans d'autres territoires.

Bibliographie

- BALDUCCI A., FEDELI V. et CURCI F. (2017), *Metabolismo e regionalizzazione dell'urbano*, Milan, Guerini Associati.
- BETTONI G. (2011), « Gouvernance ou gestion des conflits ? Une approche géopolitique », in BETTONI G. (dir.), *Gouverner les territoires. Antagonismes et partenariats entre acteurs publics*, Paris, Comité pour l'histoire économique et financière de la France.
- BONOMI A. et ABBRUZZESE A. (2004), *La città infinita*, Milan, Mondadori Bruno.
- BUZZI N. et MOZZETTA I. (2018), *Rapporto Sanità 2018. 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale*, Nebo Ricerche PA.

PANDÉMIE EN ITALIE: UNE ANALYSE SUR PLUSIEURS NIVEAUX

- GIRARDELLI D., NGUYEN T. et CROUCHER S. M. (2021), «La pandémie Covid-19, la sinofobia e il ruolo dei social media in Italia», *Mondi Migranti. Rivista di studi e ricerche sulle migrazioni internazionali*, p. 85-104.
- LACOSTE Y. (1984), *Unité et diversité du Tiers-Monde. Des représentations planétaires aux stratégies sur le terrain*, Paris, La Découverte.
- MORANA D. (2018), «I decreti del 2012 tra le riforme della Riforma sanitaria», *Corti supreme e salute*, vol. 3, p. 1-18.
- PEZZINI B. (2019) «Il riordino del 1992 (un sistema sanitario universale, nonostante il riordino del 1992)», *Corti supreme e salute*, vol. 3, p. 559-574.
- PRENCIPE M. (2012), *La Sanità nelle manovre finanziarie*, Rome, Centro interregionale studi e documentazione.

