

Ho cominciato a scrivere questo saggio il 25 di febbraio 2020 alla Staats Bibliothek di Berlino, in un ambiente tranquillo con a fianco molti, giovani e ragazze, studenti e studentesse e qualche anziano professore, che nei loro tavoli consultavano testi e documenti con grande serenità.

A poca distanza in Potsdamer Platz lunghe file di spettatori attendevano di entrare nella sede della Berlinale per assistere ad una delle innumerevoli proiezioni dei film in gara.

A circa mille chilometri di distanza, nella stessa Europa, a Bologna a come a Milano o a Padova, università, scuole di ogni grado e ordine chiuse.

I quotidiani e i mass media tedeschi parlavano della epidemia di coronavirus e trattavano le notizie riguardanti l'epidemia alla pari delle altre notizie, i quotidiani online italiani erano accomunati da titoli urlati e da immagini di città deserte e di grandi magazzini con scaffali vuoti...

L'allarme in Germania a quella data non era ancora scattato e se pure informati sobriamente dai quotidiani della minaccia per la loro salute i cittadini di Berlino, dalle biblioteche alle stazioni della Sbahn ai cinema ove si proiettavano i film della Berlinale, parevano molto sereni...

E' proprio partendo da questa esperienza sul modo differente di affrontare la questione della epidemia da coronavirus, almeno nella fase iniziale, che ho accolto con piacere l'invito della redazione di "Inchiesta" di sviluppare una riflessione sulla vicenda che sta vivendo l'Italia e sul come le istituzioni, le strutture sanitarie si stanno misurando con questa emergenza anche dal punto di vista della relazione con i cittadini.

Il primo passo è quello di individuare un corredo di chiavi analitiche per la lettura di questa crisi sanitaria, dalla memoria storica, ai mutamenti del sistema globale, alle azioni/reazioni del sistema sanitario all'interno dei nuovi scenari.

### **1) Memoria storica degli scenari in cui il paese ha fronteggiato epidemie, pandemie e quasi pandemie.**

Lo scorrere delle date, dalla cosiddetta spagnola immediatamente successiva alla grande guerra fino alla Sars-Cov del 2002 ci mostra quanto fossero differenti i contesti sociali e i mezzi a disposizione per combattere a livello sociale e sanitario queste crisi.

La pandemia "spagnola" si diffuse dopo la prima guerra mondiale tra popolazioni dell'Europa che in vasta misura avevano sofferto e soffrivano di denutrizione e di privazioni. Al contempo le strutture sanitarie dell'epoca, in paesi appena usciti da una lunga guerra, erano sovraffollate e non in grado di dare un'assistenza ai malati ricoverati. La mortalità di questa pandemia fu elevatissima, molte ricerche riferiscono di un tasso tra il 10 e il 20% delle persone colpite dalla malattia a seconda delle zone del pianeta.

## IL DIRITTO ALLA SALUTE AI TEMPI DEL CORONAVIRUS

La tragedia si consumò in appena un anno, a partire dalla primavera del 1918, con un totale di morti su scala mondiale stimato ben oltre i cinquanta e più vicino ai cento milioni di persone. La fine della guerra, il rientro sulle navi militari dei soldati statunitensi che avevano combattuto in Europa, a detta degli esperti, favorì l'espandersi in forma di pandemia nel continente americano.

La memoria di questo evento è pervenuta attraverso le generazioni fino ad oggi ed esso è percepita come una delle grandi catastrofi per l'umanità

Sono molto differenti e incomparabili, rispetto al 1918, le condizioni materiali di vita e di organizzazione sociale nelle epidemie che si sono verificate nel 1957 (asiatica) nel 1968 (influenza Honk Hong) nel 1977 (influenza russa) fino alla Sars Cov del novembre 2002.

Tra queste la "SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) ha rappresentato la prima minaccia globale del XXI secolo. Comparsa nella provincia cinese meridionale del Guangdong negli ultimi mesi del 2002, approdò poi a Hong Kong e Hanoi, provocando improvvisi focolai epidemici. Tra il 12 e il 15 marzo 2003, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), per la prima volta nella sua storia, lanciò un allarme mondiale, raccomandando di rimandare i viaggi provenienti da e verso le aree infette." <sup>1</sup>

Secondo il calcolo dell'Oms, tra il 2002 e il 2003, la Sars causò 813 decessi. Le persone contagiate furono 8.437 (la mortalità del virus fu dunque di circa il 10 per cento), sparse in una trentina di Paesi. Il numero maggiore di decessi si ebbe in Cina (348), seguita da Hong Kong (298), Taiwan (84), Canada (38) e Singapore (32). <sup>2</sup>

## 2) Le differenze con gli episodi epidemici precedenti

Le nuove conoscenze scientifiche, una maggiore capacità di organizzazione dei servizi sociali e sanitari dagli anni 50 in poi hanno portato certamente, nell'occidente, ad una migliore capacità d'intervento sia per quanto riguarda il contenimento della diffusione sia per quanto attiene le capacità di cura delle persone contagiate. Ma in questa fase nella quale una nuova epidemia è ancora in atto e vi sono timori che possa espandersi e trasformarsi in una pandemia su scala globale, pure con le dovute cautele e con umiltà, è opportuno avviare prime riflessioni sulla efficacia delle strutture e dei modelli

---

<sup>1</sup> G.Rezza - *La Sars in Italia - Epicentro* <https://www.epicentro.iss.it/ben/2003/ottobre%202003/1>

<sup>2</sup> *Sars, che fine ha fatto? Nel 2003 fece 800 vittime* [https://www.corriere.it/salute/malattie\\_infettive/20\\_gennaio\\_20/sars-che-fine-ha-fatto-2003-fece-oltre-800-vittime-3019d5b2-3ba7-11ea-b696-dcf03dd8fb7e.shtml](https://www.corriere.it/salute/malattie_infettive/20_gennaio_20/sars-che-fine-ha-fatto-2003-fece-oltre-800-vittime-3019d5b2-3ba7-11ea-b696-dcf03dd8fb7e.shtml)

## IL DIRITTO ALLA SALUTE AI TEMPI DEL CORONAVIRUS

organizzativi con i quali in Italia, in Europa e su scala globale si sta affrontando questa emergenza sanitaria, sociale e economica.

Quali sono le differenze tra l'evento Sars 2002 - 2003 e l'epidemia ora in atto ?

Cerchiamo di riassumerle:

- il processo di globalizzazione, le interconnessioni produttive sociali ed economiche sono senz'altro incrementate tra Cina ed Europa e in fattispecie tra alcuni distretti industriali cinesi e zone industriali del nord e del nord est dell'Italia. <sup>3</sup>
- per quanto riguarda l'Italia vi sono rapporti importanti tra alcune regioni italiane ed alcuni distretti industriali cinesi , tra i quali Wuhan . Un flusso quotidiano di tecnici, manager italiani e cinesi vanno e vengono per organizzare le produzioni in particolare dalle Regioni Lombardia , Veneto ed Emilia Romagna. Questo flusso ha prodotto e produce ricchezza e scambi economici valutati complessivamente oltre i 40 miliardi di euro ogni anno. <sup>4</sup>
- Gli stessi flussi turistici e per ragioni di studio sono divenuti strutturali .

Tali differenze e, in specifico, gli aspetti economici e sociali di interdipendenza tra economie fanno emergere nuovi profili di rischio che dovranno essere affrontati per evitare forme di regressione e chiusura dopo esperienze come Covid-19

Il primo riguarda le strutture statuali centrali e decentrate preposte alla tutela della salute. Lo esamineremo in particolare in Italia.

### **3) La salute al tempo della globalizzazione - Servizio sanitario nazionale, modelli organizzativi decisionali a fronte di eventi emergenziali**

Subito dopo l'emersione dei primi focolai di diffusione del Covid-19 in diversi comuni e territori della Lombardia e del Veneto la necessità di prendere decisioni coordinate e tempestive si è scontrata con le auto rappresentazioni che i governatori delle diverse regioni hanno del proprio ruolo rispetto al governo della sanità.

A fronte di un evento epidemico che rischiava e rischia di divenire una pandemia non c'era molto spazio per passerelle. Quindi dopo qualche screezio

---

<sup>3</sup> P.L Ciabattoni, A. Drigo *Italia-Cina: rapporto a due in cifre*. <https://bit.ly/3cztYW4>

<sup>4</sup> X *Rapporto Annuale 2019 Fondazione Italia Cina*. <https://www.esteri.it/mae/resource/doc/2019/07/highlights.pdf>

tra il Presidente Conte da una parte e i Presidenti delle Regioni Lombardia e Veneto, nei fatti il governo nazionale ha proceduto ad emanare decreti che definiscono le “zone rosse” nei comuni della Lombardia e del Veneto dove il contagio ha coinvolto paesi interi.

Proprio nel momento della massima crescita del fenomeno una parte di quotidiani ha dato inizio alla battaglia per dichiarare il fallimento del modello di Servizio Sanitario regionalizzato rispetto alle decisioni di salute pubblica da prendere contro il diffondersi del contagio. Come vedremo poi, ciò che interessava agli opinionisti non era tanto criticare l’aspetto della supposta scarsa esperienza nel gestire l’emergenza, quanto usare questo momento per aprire una battaglia contro il “regionalismo differenziato”.

In questo articolo per ragioni di spazio e di complessità della materia non entrerà nel merito della polemica riferita alla richiesta da parte di alcune regioni di un “regionalismo differenziato”. In breve ritengo le richieste specifiche delle Regioni Lombardia e Veneto molto pericolose rispetto alla tenuta democratica e unitaria del paese. In particolare ritengo inaccettabile la richiesta di mantenere sul loro territorio il cosiddetto “residuo fiscale”, ovvero di non contribuire a livello nazionale per ridurre le differenze rispetto a diritti fondamentali quali salute e istruzione dei cittadini delle regioni più povere.

Pare essersi smarrita nei politici di queste regioni la nozione di patrimonio di salute indivisibile a livello nazionale come bene tutelato dalla Costituzione.

Un discorso più complesso e articolato riguarderebbe invece la posizione della Regione Emilia-Romagna la cui richiesta di autonomia è assai più delimitata, ma rimaniamo saldi sul tema principale: una crisi come quella dell’epidemia da coronavirus può essere fronteggiata con maggiore efficacia da un Servizio sanitario nazionale gestito dal governo centrale o da un Servizio sanitario nazionale articolato e decentrato basato sui governi regionali?

E’ palese che la risposta più facile rispetto alla rapidità delle decisioni e all’adozione delle misure d’autorità per instaurare una quarantena cui confinare le popolazioni d’interi territori è quella di concentrare le decisioni a livello nazionale e ridurre il ruolo delle autorità locali, governatori e sindaci, ad esecutori o facilitatori dei decreti governativi in materia.

Ma siamo sicuri che un modello “*top bottom*” gestito dallo Stato centrale, dalla cabina di comando del Ministero della salute e della protezione civile per davvero funzioni?

Nel dibattito politico di questa epoca triste ha preso quota con vigore l’idea che in nome della efficienza e della rapidità di decisione le Regioni siano più un ostacolo che una risorsa. Questo punto di vista ha preso vigore in ragione della modestia culturale e politica dei gruppi dirigenti eletti in alcune regioni ove si è strutturata una rappresentazione del futuro ispirata alla chiusura, alla difesa dal mondo che si trova oltre i confini, alla paura degli effetti della globalizzazione.

Ma a mio parere, la responsabilità della sanità posta in capo alle Regioni ha rappresentato un vantaggio per quanto attiene la programmazione territoriale

nella distribuzione dei presidi ospedalieri, nella istituzione dei Servizi territoriali di prevenzione. Il decentramento delle responsabilità ha incrementato le competenze di governo della sanità a livello regionale e territoriale. Questo aspetto non è un limite bensì una risorsa anche in una fase di emergenza . Rispetto alla complessità dell'emergenza coronavirus l'integrazione tra le decisioni del governo nazionale e la capacità di gestione e attuazione delle misure di contenimento del contagio a livello territoriale rappresenta un vantaggio operativo fondamentale.

### **4) Le vere criticità del SSN rispetto all'epidemia di coronavirus**

Le vere criticità del SSN rispetto all'epidemia di coronavirus non sono quelle indicate dai sostenitori della "rinazionalizzazione" del servizio sanitario. Le criticità nascono dal 2011 quando è iniziato il percorso di definanziamento del SSN in consonanza con le politiche di austerità precedenti al 2010 e quelle del governo Monti.<sup>5</sup>

Il definanziamento pubblico: nel decennio 2010-2019 tra tagli del personale e definanziamenti al SSN sono stati sottratti circa € 37 miliardi e il fabbisogno sanitario nazionale (FSN) è aumentato di soli € 8,8 miliardi. <sup>6</sup>

Sono circa 70.000 i posti letti che sono stati eliminati nell'ultimo decennio portando l'Italia ad avere un numero di posti letto pubblici inferiore alla media europea. In Lombardia i posti letto perduti nella sanità pubblica sono stati in parte trasferiti alla sanità privata che lavora, pagata dal pubblico, attraverso convenzioni . Gli indicatori sulla base dei quali i manager della sanità regionali hanno allineato e ridotto con i tagli di posti letto e chiusura di reparti la spesa sanitaria, per renderla compatibile con il definanziamento , non hanno tenuto conto delle ridondanze necessarie per fare fronte ad eventi imprevisti ma prevedibili come una epidemia. Una riserva di posti letto nelle strutture pubbliche attrezzati per la terapia intensiva doveva essere, in qualche modo, prevista. In questa fase le Regioni trattano con la sanità privata per trasferire nelle strutture convenzionate pazienti non infetti per recuperare posti letto nei reparti di terapia intensiva e rianimazione.

La pratica del definanziamento spinta al limite massimo possibile, a malapena compatibile con una gestione ordinaria senza eventi emergenziali, ha di fatto reso vulnerabile il SSN e non in grado di reggere un picco di ricoveri di pazienti bisognosi di terapia intensiva e rianimazione. Questo è il problema immediato correlato alla emergenza coronavirus. Si tratta di vedere se le misure drastiche adottate saranno efficaci ad evitare quel picco che sarebbe non governabile dal punto di vista sanitario.

---

<sup>5</sup> G. Rubini *Il servizio sanitario nazionale e la crisi - 2013*. <http://www.inchiestaonline.it/welfare-e-salute/gino-rubini-il-servizio-sanitario-nazionale-e-la-crisi/>

<sup>6</sup> Report Osservatorio GIMBE n. 7/2019

*Il definanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale* <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato6678589.pdf>

## **5) La discussione sulla “riforma” del SSN regionalizzato. Un tema del dopo emergenza**

L'emergenza coronavirus ha messo in luce le contraddizioni e i limiti del processo di regionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. In questa fase occorre utilizzare al massimo le strutture pubbliche e, per quanto possibile, le strutture private per fare fronte alla crisi. L'agenda politica del dopo crisi dovrà certamente contenere il tema della revisione del Titolo V della Costituzione con l'avvertenza di correggere i limiti di una regionalizzazione che non tiene conto della complementarietà dei ruoli istituzionali tra stato e regioni per fare funzionare in modo efficace il SSN. La vicenda coronavirus costringe i soggetti istituzionali in campo, Stato e Regioni a cambiare i paradigmi di comunicazione, di confronto e di pratica dei poteri decisionali. Si auspica che l'apprendimento da questa esperienza non venga dispersa una settimana dopo che sarà conclusa l'emergenza. L'altro versante sul quale occorrerà elaborare una riflessione compiuta riguarda una valutazione seria e trasparente sui danni derivanti dal definanziamento e dalla delega in bianco alla sanità privata convenzionata rispetto alle capacità di programmazione e d'intervento del SSN. In altre parole la scelta della Regione Lombardia, dai tempi del governatore Formigoni, di appaltare in grande misura a laboratori di diagnosi e a strutture ospedaliere private le prestazioni sanitarie ai cittadini lombardi, nel tempo, ha decostruito la capacità di governare la sanità, ha depotenziato la capacità di valutare e scegliere da parte del Servizio pubblico la stessa qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie acquistate dal privato. La trasformazione del Servizio pubblico da organizzatore di Servizi di diagnosi e terapia ad acquirente subalterno all'offerta del settore della sanità privata è il danno maggiore prodotto da queste scelte. Stiamo vedendo come, nella fase di crisi da coronavirus, questa situazione divenga un'ipoteca pesante che pregiudica la gestione sanitaria dell'assistenza diretta nello scenario di un eventuale picco di contagiati bisognosi di cure intensive. E' facile profezia immaginare che, superata la crisi coronavirus, si aprirà in Italia, ma non solo, un forte dibattito sui Sistemi Sanitari, sulle illusioni che il trasferimento ai privati della gestione dei servizi di diagnosi e la trasformazione del Servizio sanitario pubblico in un ufficio pagatore avrebbe modernizzato la sanità. Dobbiamo pure dirlo che il permanere di una prevalenza del SSN universalista con gestione diretta dei servizi di diagnosi cura ci permette di affrontare questa emergenza con maggiore e incomparabile efficacia rispetto ai paesi dove prevalgono i servizi e strutture di diagnosi e cura private pagate tramite le assicurazioni individuali con prestazioni differenziate per tipo di polizza pagata ( vedi per esempio gli Stati Uniti ove un tampone costa 3500 dollari e un ricovero in terapia intensiva di una settimana 30 mila dollari ) .

## 6) Come contenere gli sconvolgimenti economici e sociali

I provvedimenti per contenere il contagio associati alla preoccupazione diffusa di essere contagiati o di contagiare stanno mettendo in crisi un grande numero di attività commerciali e produttive, dal turismo ai servizi alla persona al commercio al dettaglio.

I primi a pagare un prezzo rilevante per questa inattesa emergenza sono le figure più fragili, i lavoratori precari della cosiddetta "gig economy" dove freelance dipendenti dal comando proveniente da piattaforme lavorano senza assicurazioni e tutele contrattuali. Questi lavoratori sono i primi ad essere abbandonati a se stessi senza alcuna tutela previdenziale.

Questi episodi stanno avvenendo in tutta Europa e nella stessa Inghilterra.

Riportiamo come esempio la denuncia del sindacato britannico

GMB - Britain's General Union secondo il quale la minaccia del coronavirus sta lasciando i lavoratori della gig economy o a contratto con zero ore, che devono autoisolarsi dopo l'esposizione a rischio, "abbandonati e senza un soldo"<sup>7</sup>.

I sindacati stanno muovendosi perché siano riconosciuti a questi lavoratori i diritti e tutele affinché non finiscano sul lastrico. Anche per i lavoratori con contratti sindacali tradizionali possono nascere problemi per quanto riguarda le retribuzioni. La Fiom Cgil nazionale ha rilasciato un comunicato con indicazioni puntuali rispetto alle necessarie tutele per i lavoratori coinvolti da quarantene e sospensioni del lavoro.<sup>8</sup>

Dall'altra parte vi sono i lavoratori della sanità, infermieri e medici che sono sottoposti, in ragione della scarsità degli organici, a turni prolungati con condizioni di lavoro molto stressanti, assai spesso senza le necessarie dotazioni di dispositivi di protezione individuale.

I disagi e la paura per il futuro si estendono e si amplificano poi in altri settori vulnerabili come il commercio e il turismo ove sono svaniti clienti e turisti gettando nello sconforto piccoli imprenditori, ristoratori e commercianti.

Accanto al propagarsi del virus si stanno propagando paure e angoscia per il futuro in ragione anche della impossibilità di prevedere quanto durerà questa emergenza. La vita e la salute di molte persone che appoggiava fino a ieri su delicati e fragili equilibri anche lavorativi è ora sconvolta dallo tsunami della emergenza Coronavirus. Per vincere questa battaglia e uscire con il mi-

---

<sup>7</sup> *La minaccia del coronavirus sta lasciando i lavoratori della gig economy "abbandonati e senza un soldo",*

<https://www.diario-prevenzione.it/?p=16427>

<sup>8</sup> *Coronavirus. Misure del governo e prevenzione e tutela della salute dei lavoratori.*

<https://www.fiom-cgil.it/net/index.php/attivita-sindacale/salute-e-sicurezza-rls/7296-coronavirus-misure-del-governo-e-prevenzione-e-tutela-della-salute-dei-lavoratori>

non danno possibile occorre per davvero che si dia vita ad un nuovo patto sociale solidaristico. Un patto che investa sul futuro e sulla riduzione delle differenze sociali tutelando le figure più fragili che rischiano di essere travolte non tanto dal contagio del virus quanto dallo sconvolgimento delle reti economiche di sopravvivenza.

## **7) La comunicazione al tempo del Coronavirus**

La differenza principale tra l'esperienza di comunicazione del rischio delle epidemie precedenti e quella attuale del coronavirus riguarda la presenza invadente delle piattaforme social.

E' stato un fatto importante che il Presidente del Consiglio Conte sia intervenuto con un appello al paese così come ha fatto la sera dopo, il 5 marzo, il Presidente della Repubblica Mattarella. Sono azioni simboliche decisive per dare il giusto peso e legittimazione alle misure di prevenzione e contenimento del contagio. Sono misure che richiedono una responsabilizzazione individuale di masse di cittadini italiani non sempre propensi a adeguarsi in modo disciplinato alle indicazioni delle autorità.

Per quanto riguarda la stampa e i media occorre dire che, dopo una prima fase di sbandamento, vi è stato un progressivo allineamento alle indicazioni provenienti dal Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità.

Le piattaforme social in ragione anche del lavoro importante svolto dal Ministero della Salute che ha incontrato i responsabili di Facebook hanno in qualche misura mitigato e purgato il chiacchiericcio inutile e hanno favorito il passaggio dei messaggi istituzionali con le informazioni certificate sul rischio coronavirus.

Certo è persistente l'abitudine dei giornalisti di costruire articoli basati sul colore, sulle opinioni del passante, del cittadino posto in quarantena ma pare stia prevalendo dall'inizio di marzo una posizione più responsabile nel riferire della gravità della crisi, nel fornire quadri sinottici e decaloghi provenienti dalle fonti istituzionali e di ricerca.

Ho iniziato descrivendo la serenità che regnava alla Staats Bibliothek di Berlino quando ho cominciato a raccogliere i materiali per questo articolo. Era il 25 di febbraio e rispetto alle notizie che provenivano dall'Italia sembrava di essere su di un altro pianeta. Purtroppo anche Berlino e la Germania stanno vivendo, con qualche ritardo, le ondate di preoccupazione e di angoscia già viste in Italia. Anche in Germania i grandi magazzini hanno subito l'assalto dei clienti e sono comparse le mascherine... Il governo dell'emergenza coronavirus richiede grande senso di responsabilità personale e civile da parte di tutti i cittadini.



## IL DIRITTO ALLA SALUTE AI TEMPI DEL CORONAVIRUS

Per quanto attiene la comunicazione del rischio occorre dire che vi sono molti riferimenti di studi, ricerche che possono agevolare il lavoro dei professionisti addetti e agli operatori sanitari. <sup>9</sup>

Ora è il momento del massimo sforzo per contenere la diffusione del contagio, è il momento della responsabilità civica individuale, è il momento di agire per la massima coesione per l'obiettivo di superare con il minimo danno possibile questa fase critica. Un contributo fondamentale per migliorare ancora le strutture sanitarie e il welfare pubblico potrà sicuramente venire da molti: dai cittadini che vivono questa esperienza e dai professionisti della salute che in questo momento sono in prima linea.

Gino Rubini, editor della Rivista online Diario Prevenzione

6 marzo 2020

---

<sup>9</sup> *La comunicazione ai tempi del Coronavirus.* <https://www.rivistamicron.it/approfondimenti/la-comunicazione-ai-tempi-del-coronavirus/>