

Nonostante la mole enorme di riflessioni e scritti che si vanno producendo e diffondendo in Italia, perdurante l'emergenza epidemica da SARS-CoV-2, su questo tema vi sono aspetti importanti ancora insufficientemente trattati, ancora da puntualizzare, socializzare, discutere e quanto più possibile condividere: ciò soprattutto (anche se certamente non solo) in tema di prevenzione, tenuto conto:

- di come le cose sono andate prima dell'esplosione della COVID-19 nel nostro Paese;
- di come stanno andando ora;
- di come dovrebbero andare e concretamente andranno una volta che la cosiddetta "fase 1" dell'emergenza sarà stata superata, ma si dovranno ancora fronteggiare tante conseguenze sanitarie, economiche e sociali dell'epidemia, garantire che qualsiasi ripresa produttiva avvenga davvero in sicurezza, (ri)organizzare le reti del servizio sanitario pubblico, nonché (ri)prepararsi per possibili/probabili ulteriori emergenze epidemiche in futuro, determinate da riemersioni di SARS-CoV-2 così come dalla (ri)comparsa in scena di altri agenti biologici più o meno nuovi.

Siamo in una tragica vicenda, dalla quale - ormai è chiaro - si uscirà, quando se ne uscirà, tutti un po' diversi. Diverso il nostro Paese e le persone che ci vivono, diversa forse gran parte del mondo. Abbiamo scoperto tutti (ma ci voleva proprio questo nuovo coronavirus?) una fragilità sistemica che molti non sospettavano o non volevano vedere; abbiamo scoperto che siamo relativamente indifesi rispetto a determinate aggressioni collettive, specie se... invisibili.

Abbiamo scoperto che in questa occasione (e forse in altre?) non basta essere singoli individui, ognuno con i suoi interessi, i suoi sentimenti, la sua vita, ma occorre essere o tentare di essere collettività: collettività di piccolo paese, collettività di città o regione, collettività di nazione, addirittura collettività di continente e per molti versi di pianeta.

Abbiamo scoperto che in certe "partite", come quella in corso, si può ottenere un risultato vincente solo se si gioca di squadra, e non è una cosa facile, perché certe partite durano molto e vanno oltre i tempi supplementari.

Una frase ormai stra-ripetuta è *"io, oppure noi, oppure una determinata questione... ai tempi del coronavirus"*. E allora, proviamo a parlare della *"prevenzione in Italia al tempo del coronavirus"*.

Ovviamente non approfondiremo qui tutti i complessi aspetti della vicenda emergenziale che stiamo vivendo: lo fanno già in molti da vari punti di vista, non tutti coincidenti, come esperti (termine dai molteplici significati) e come non esperti, e va considerato che non tutti quelli che si dichiarano esperti sono veramente tali.

Faremo solo alcune considerazioni su quei temi che ci sembrano più vicini al portato delle nostre conoscenze ed esperienze, cercando di dire con chiarezza la nostra opinione, di rilevare criticità e di prospettare qualche piccola e modestissima proposta e qualche percorso che miri a soluzioni.

Ultima premessa: siamo decisamente tutti *in itinere*, vediamo oggi cose che noi umani ... (da *Blade Runner*) del tempo presente mai avremmo pensato di vedere, in due mesi abbiamo maturato riflessioni che forse mai prima avremmo pensato di fare, non sappiamo come si procederà anche solo nel prossimo futuro (sempre navigando a vista? sempre senza vedere la costa o altri punti di riferimento certo?).

Quindi riflettiamo, qui, soprattutto sul breve periodo, ma sempre con uno sguardo che è anche *"macro"*, cioè *"per il lungo"*; di quando in quando accenneremo a fasi successive alla cosiddetta *"fase 1"* tuttora in corso, lo faremo comunque con cautela, in parte rimandando a ulteriori puntate,

magari ravvicinate, quando alcuni aspetti appariranno un po' più chiari o almeno un po' meno nebulosi.

Evidenziamo alcuni temi che emergono, e che valutiamo non ancora compiutamente trattati, durante questi primi mesi del "tempo del coronavirus".

- a) **Il problema delle responsabilità individuali e collettive (intese queste ultime sia nel senso "delle comunità" sia nel senso "delle istituzioni").** Non si tratta solo di attribuire meriti e colpe *a posteriori* (cosa avrebbe dovuto essere fatto in una determinata circostanza? è stato fatto oppure no?), ma anche e, a questo punto, soprattutto di aver chiaro chi deve fare che cosa in prospettiva: le singole persone in quanto cittadini e, se del caso, come lavoratori, i singoli professionisti (non solo sanitari), le aziende di qualsiasi dimensione e qualsiasi tipologia produttiva, le comunità locali più o meno grandi e tutte le loro espressioni sociali, i Comuni, le Regioni, lo Stato italiano e gli Organismi Sovranazionali ...
- b) **Il problema delle diseguaglianze a priori e dei loro variegati effetti:** questo sia per chi semplicemente vive in un tempo e in luogo di emergenza epidemica, sia per chi è stato contagiato da SARS-CoV-2 e/o ha avuto persone contagiate da SARS-CoV-2 tra i propri familiari, i propri amici, i propri colleghi. A parità di stress da pericolo percepito e di danni alla salute direttamente e concretamente subiti, le difformità di cultura, di reddito, di sicurezza sociale non possono che farsi sentire e portare ad esiti (nel bene come nel male) anche molto divergenti. Ciò non solo perché qualcuno ha avuto "le mascherine migliori" e qualcun altro le ha avute scadenti o non le ha avute affatto, non solo perché qualcuno una "mascherina" purchessia l'ha avuta prima di altri e/o ne ha avuto poi il necessario ricambio, non solo perché chi si è ammalato in una data parte del Paese non necessariamente ha ricevuto le stesse prestazioni sanitarie e, se del caso, sociali di chi si è ammalato in un'altra. E' il livello di rischio nel suo assieme ad essere stato e a rimanere disomogeneo (per molti versi potremmo dire anche "non democratico"). E' l'assistenza ad essere stata ed a rimanere disomogenea non solo rispetto alla sua "qualità tecnica", ma alla sua stessa impostazione (ad esempio: più o meno attiva e tempestiva ricerca dei casi e dei contatti stretti, criteri più o meno estensivi per l'esecuzione dei tamponi per la determinazione di SARS-CoV-2 sulle secrezioni respiratorie, più o meno marcata propensione all'ospedalizzazione dei malati, più o meno robusta rete locale dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, presenza o meno di USCA - Unità Speciali per la Continuità Assistenziale...). Sottostanti a tutto questo ci sono due determinanti del rischio, del danno e della sua gestione, solo il secondo dei quali finora ha ricevuto un'attenzione adeguata: da un lato la **solitudine** (se sto per la massima parte del tempo chiuso dentro casa mia da solo, ho meno occasioni di contagio: ma siccome non posso stare sempre dentro casa da solo, alle pur rare situazioni di contatto sociale mi presenterò meno attrezzato, più sprovvisto, più povero e fragile); dall'altro lato le **reti di protezione sociale informali** (che hanno funzionato spesso e bene, a smentire la vulgata di un'Italia ormai perduta da questo punto di vista).
- c) **Il problema delle competenze professionali, organizzative, istituzionali, "di comunità":** di come sono individuate rispetto alla loro attendibilità tecnico-scientifica e alla loro pertinenza ai vari casi di specie, di come sono gestite, di chi le gestisce. Con l'emergere della COVID-19 il ruolo delle conoscenze scientifiche per la salute (e delle loro ricadute in termini di tecnologie per la salute: test diagnostici, protezioni respiratorie, macchinari per la ventilazione assistita...), prima sostanzialmente marginale, nel giro di poche settimane è diventato "improvvisamente" centrale nel nostro sistema sociale come nelle istituzioni di governo.

Si potrebbe dire che qualcosa del genere accade ogni volta che all'improvviso ci si trova di fronte a un pericolo imminente per la salute e per la vita, non è pre-definito e chiaro quanto grande sia tale pericolo, su chi impatti di più e su chi di meno, quanto sia prevista e forse nemmeno sia prevedibile l'evoluzione della crisi: il pensiero va subito ai grandi incidenti nucleari degli ultimi decenni, alle epidemie da virus Ebola e a quelle di SARS e di MERS (tanto per cambiare: anch'esse provocate da due coronavirus). Stavolta però è diverso. Era chiaro per tutti che il pericolo da radiazioni era stocastico e comunque dilazionato nel tempo, ora si tratta di un problema immediatamente presente e le cui conseguenze si manifestano nell'arco di giorni. Era chiaro per tutti che il virus Ebola e i virus della SARS e della MERS erano localizzati in contesti geografici molto lontani da noi, la possibilità che anche il nostro Paese venisse direttamente coinvolto era poco più che congetturale: ora il problema è qui, è subito, nessuno può esserne *a priori* escluso. La situazione è tutt'altro che semplice e bisogna vedere quale ne sarà l'orizzonte temporale (fino all'assenza di nuovi contagi per una settimana, un mese, di più? fino alla realizzazione di un vaccino efficace, sicuro e disponibile per l'intera popolazione?).

Ancora fino all'inizio del 2020 l'utilità strategica di una visione epidemiologica dei fenomeni di salute e del tener conto, nelle grandi scelte, di questa visione e delle informazioni da essa discendenti erano opzioni del tutto assenti in Italia, soprattutto a livello dei decisori istituzionali.

Le stesse competenze in campo preventivo, specie quelle legate al mondo delle esperienze territoriali, per molti anni sono state trascurate (a tutto campo: pensando alla formazione professionale marginalizzata, alla riduzione del personale dedicato nel sistema sanitario pubblico, alla destrutturazione dell'organizzazione prevenzionistica pubblica, a livello centrale quanto locale). Anche nelle prime fasi dell'emergenza epidemica le competenze prevenzionistiche hanno continuato ad essere diffusamente ignorate e non ricercate, nelle Regioni come ai livelli di regia tecnico-scientifica nazionale.

Solo lentamente e con fatica si è fatta strada, anche nell'opinione pubblica, la percezione del fatto che l'emergenza epidemica da SARS-CoV-2 non era solo una criticità delle Rianimazioni ospedaliere: anzi questo era, in ordine logico, solo il termine ultimo della sequenza delle criticità. Prima di arrivare a rovesciarsi sul carico assistenziale ospedaliero, l'emergenza si è sviluppata e si sviluppa sul territorio (a livello dell'assistenza sanitaria di base come nel socio-sanitario: si pensi alla tragedia delle case di riposo e delle residenze assistite per portatori, anche giovani, di handicap gravi): dove il territorio ha assorbito e retto di meno, l'ondata si è maggiormente abbattuta sugli ospedali. Prima ancora l'emergenza è nata e si è sviluppata sulla base di carenze nell'individuazione tempestiva e nell'interruzione (che avrebbe dovuto essere altrettanto tempestiva) delle catene di contagio: quindi si è trattato, in ampia misura, di un deficit di prevenzione a partire dal livello più basilico dell'epidemiologia di campo, cioè dalle classiche *"inchieste epidemiologiche"* (fondamentalmente su base anamnestica) sui casi indice come su quelli ad essi secondari e dal trarne le debite conseguenze.

- d) **Il problema delle informazioni, della loro elaborazione e della loro comunicazione.** In mezzo a tante carenze, evidenziamo un elemento di positività: nonostante le progressive "cure dimagranti" e la perdita di centralità strategica a cui i sistemi informativi sanitari e l'epidemiologia sono stati sottoposti per molti anni in Italia, praticamente fin dall'inizio dell'emergenza epidemica lo Stato italiano ha garantito una comunicazione del rischio e del danno assidua e abbastanza trasparente (non tutti gli Stati hanno scelto la stessa strada). Possiamo discutere (eventualmente lamentandoci) della qualità dei dati, delle modalità della loro socializzazione, della loro analisi e della loro interpretazione sul piano tecnico-scientifico

ma siamo in grado di farlo perché i dati esistono e sono stati resi pubblicamente disponibili. Va bene così: dobbiamo augurarci che questa non sia solo una fiammata temporanea, bensì che dia avvio (“anche” per il coronavirus, ma “non solo” per il coronavirus) a una ripresa dei sistemi informativi per la salute e dell’epidemiologia che sia duratura, sistemica, istituzionalmente e socialmente riconosciuta, supportata da risorse certe e adeguate. Servono più cose a più livelli: un programma permanente per l’identificazione precoce e lo studio degli **eventi sentinella** (non solo di natura infettiva), una **rete di registri di patologia** completa, stabile e di costante, elevata qualità (ciò a partire dai registri, ormai classici nel nostro Paese, delle cause di morte e delle Schede di Dimissione Ospedaliera), una **rete di centri di epidemiologia analitica, sperimentale e valutativa** che garantisca ciò che strategicamente occorre in termini di studi di coorte e caso-controllo. Le informazioni nate bene e correttamente gestite sono un presupposto imprescindibile per i **processi decisionali di risk management** e per la **partecipazione alle scelte**.

- e) **Il problema generale della tutela della salute pubblica (ieri, oggi, domani):** un problema tutt’altro che limitato a un’emergenza epidemica in un Paese, come il nostro, che ha avuto un Servizio Sanitario Nazionale forte e universale, che ha tuttora una rete territoriale molto robusta di Medici di Medicina Generale e di Pediatri di Libera Scelta ma che è anche molto (in diverse aree, sempre più) “ospedalocentrico”, che da sempre vede la prevenzione come una parente povera e marginalizzata della medicina clinica, che dal 2001 (dalla riforma del Titolo V della Costituzione repubblicana) ha una sanità sempre più fortemente regionalizzata, quindi con un ruolo dello Stato progressivamente più flebile. Una delle vittime di tale processo storico è stata rappresentata dal **principio di precauzione**, spesso avversato (anche in parte del mondo scientifico) come foriero di preoccupazioni e spese inutili a fronte di eventi poco probabili e comunque (dicevano in parecchi, e forse ancora dicono) agevolmente controllabili con tutta la scienza e la tecnologia che abbiamo. Ora qualcosa improvvisamente è cambiato, in qualche modo si sono incrinati gli atteggiamenti fideistici nel potenziale taumaturgico degli strumenti diagnostici e terapeutici anche molto moderni, si stanno rafforzando inoltre i ruoli dello Stato, del Ministero della Salute, del Consiglio Superiore di Sanità e dell’Istituto Superiore di Sanità, proprio a fronte delle palesi, plurime inadeguatezze di ventuno sistemi decentrati, ben poco coordinati con il centro nazionale e tra loro stessi, e di un sistema dei Dipartimenti di Prevenzione da sempre “a macchie di leopardo”, da diverso tempo in progressivo indebolimento. L’attuale emergenza è, lo ribadiamo ancora, in primo luogo un’emergenza di sanità pubblica del e nel territorio, nonostante che più spesso sia stata presentata e vissuta come un’emergenza in primo luogo ospedaliera. Ripetiamo: se è vero che un’epidemia si propaga e si può contrastare tra la popolazione, nelle comunità, nei territori, allora è indispensabile che proprio lì si mettano in atto azioni di contrasto, che proprio lì si debbano investire risorse in persone, competenze, strumenti tecnici e organizzativi.

Dettagliamo alcuni aspetti di questo ultimo punto che riteniamo necessario discutere e approfondire.

1. Vanno poste come priorità della politica nazionale e della Pubblica Amministrazione nella sua interezza una vera **pianificazione** (prima nazionale e poi regionale), la verifica non solo formale della sua applicazione e la valutazione dei suoi risultati. Il nostro Paese non manca di Piani Sanitari Nazionali e Regionali così come di Piani Nazionali e Regionali della Prevenzione, ha Piani Vaccinali e un Piano Pandemico: da come sono andate e stanno

andando le cose, corrente l'attuale emergenza epidemica, ci pare chiaro che tali atti sono stati visti troppo spesso come meri adempimenti e troppo poco come indispensabili strumenti di indirizzo e di governo, tanto per la quotidianità certa quanto per gli eventi possibili. La mancanza di stock adeguati di protezioni respiratorie, guanti, camici, calzari e anche il deficit di addestramento diffuso all'adozione ed al corretto utilizzo delle protezioni e procedure di sicurezza in varie categorie di lavoratori, drammaticamente emersi già dai primi giorni dell'emergenza epidemica, è stata un chiaro, violento epifenomeno (un "evento sentinella") di quanto sopra.

2. Vi è necessità di sistemi informativi nazionali, integrati con quelli sovranazionali, per comprendere i fenomeni patologici e le loro tendenze nel tempo e nello spazio, talora addirittura per prevederli, comunque per governare le azioni necessarie per fronteggiarli: partire dai sistemi informativi per arrivare alla pianificazione di cui sopra. **"Conoscere per prevenire"** è un assioma che nella storia di SNOP si presenta scontato, almeno come elaborazione teorica, ma è da chiedersi se e in che misura esso è stato praticato e sarà immediatamente praticabile nel Paese reale ai tempi dell'epidemia da SARS-CoV-2 e dopo.
3. Vi è necessità di una valutazione e di una categorizzazione del rischio da SARS-CoV-2 mirata alle diverse, varie fasce di popolazione generale e lavorativa, così come ai diversi territori di un Paese variegato come il nostro: cioè di una vera e propria **mappatura del rischio (di questo rischio)** che consenta di interpretare e interrompere le reti di causazione del danno. Il rischio è certamente disomogeneo e in qualche modo stratificato (o stratificabile) tra i territori e i gruppi di popolazione, generale e lavorativa. Non c'è dubbio che vi siano alcune situazioni e strutture (terapia intensiva, rianimazione, pronto soccorso, reparti di pneumologia e otorinolaringoiatria, "Ospedale COVID-19") in cui, di default, il rischio è "altissimo". Ma possiamo dimenticarci del resto degli ospedali, delle strutture di ricovero per anziani e per soggetti non autosufficienti di qualsiasi età, di tanti altri luoghi di abituale compresenza ravvicinata di molte persone? E come considerare gli operatori sanitari extraospedalieri (in primo luogo i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta) e gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione che vaccinano e/o operano "sul campo"? Si tratta di un rischio di popolazione soltanto "generico" o - come invece noi riteniamo - di un rischio di popolazione intrinsecamente "aggravato" e come tale da affrontare con azioni specifiche? E come considerare la grande massa dei lavoratori "inevitabilmente" operanti in scenari in cui il distanziamento interpersonale non è praticabile o praticato, ad esempio per la struttura stessa di una manovia nel manifatturiero o di una barriera delle casse di tipo tradizionale in un supermercato? Basti l'esempio, oggi particolarmente evidente, proprio del personale dei supermercati, alle cui porte si vedono cittadini in coda con le protezioni più variopinte e comunque fantasiose o anche senza alcuna protezione; si pensi anche alla media e piccola distribuzione commerciale, agli uffici postali, alle banche... Al fine di interpretare questa miriade di realtà potrebbe essere di grande aiuto la costruzione di **matrici lavoro-esposizione** per l'attribuzione del rischio tanto *a priori* (per capire dove concentrare l'attenzione prevenzionistica) quanto *a posteriori* (per capire i motivi per cui qualcuno si è ammalato e cercare di evitare che accada di nuovo).
4. Gli strumenti di difesa/tutela della salute dei cittadini e dei lavoratori (le misure di distanziamento fisico, le protezioni personali, le ulteriori procedure di cautela) vanno tarati secondo **criteri di adeguatezza e proporzionalità delle misure di contrasto e contenimento rispetto a scenari molto differenziati**: un principio espressamente enunciato nelle premesse

del Decreto Legge n. 19 emanato dal Presidente della Repubblica il 25 marzo 2020, ma è che tutt'altro che semplice realizzare in pratica, soprattutto quando vi siano deficit di cultura e di esperienze diffuse nelle istituzioni e nel territorio.

L'individuazione delle categorie o classi di rischio (non sempre definibile stabilmente, potenzialmente mutabile nel tempo anche breve) è chiaramente fondamentale e dovrebbe essere propedeutica per definire l'attribuzione delle dotazioni personali oltre che delle misure protettive procedurali nonché di un'adeguata informazione/addestramento. Naturalmente il Protocollo firmato il 14 marzo 2020 tra Parti sociali e Governo apre una rilevante partita riguardo all'intera platea dei lavoratori in attività, oggi e nelle prossime fasi. Quali controlli per la sicurezza e la salute (non necessariamente solo in rapporto a SARS-CoV-2, ma comunque a fronte di una sua possibile/probabile presenza e circolazione in una popolazione lavorativa, quale informazione e quale assistenza in tali contesti?).

5. Va univocamente chiarito con quali strumenti si debba valutare e fronteggiare il **rischio di contagio da SARS-CoV-2 in occasione di lavoro**: fino ad ora non vi è nemmeno uniformità interpretativa sull'applicabilità a tale rischio del dettato del Titolo X (*"Esposizione ad agenti biologici"*) del Dlgs 81/08. Si tratta, certamente, di un rischio generale di popolazione, che possiamo ormai definire "ubiquitario" (come per agenti chimici quali gli idrocarburi policiclici aromatici, il benzene, la formaldeide): esso è praticamente ovunque ma non è certo ovunque della stessa probabilità, della stessa frequenza, della stessa durata e della stessa intensità. L'INAIL ammette la presunzione legale del rischio per i casi di COVID-19 contratti da lavoratori della sanità, certamente quelli che all'epidemia stanno pagando il prezzo di gran lunga più pesante in termini di malati e di morti: ma altre categorie di lavoratori hanno un rischio che, pur inferiore a quello dei sanitari, è ben più elevato di quello della popolazione generale. Molte occasioni di lavoro, non solo in sanità, sono tutt'altro che marginali nel mantenere la catena dei contagi ma non vi è chiarezza su quali siano gli strumenti normativi per intervenire. Ancora nemmeno è chiaro in quale categoria di rischio biologico SARS-CoV-2 debba essere classificato ai sensi del Dlgs 81/08. Dopo ormai molte settimane dall'esplosione dell'epidemia non è più rimandabile una piena definizione riguardo a tutti gli aspetti controversi o almeno non chiari in ordine alla tutela della salute e della sicurezza di tutti i lavoratori.
Per inciso: considerato che in questa fase si sta aggiungendo al personale sanitario teoricamente addestrato altro personale (pensionati, specializzandi, neolaureati, in qualche caso addirittura - pare - studenti), non è forse superfluo ricordare che anche a tale "nuovo" personale, a seconda delle mansioni in cui verrà utilizzato, devono essere garantite non solo le necessarie protezioni ma adeguata formazione/addestramento rispetto a Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) e misure procedurali da osservare. Per non continuare nell'atroce massacro di innocenti.
6. A fronte della finitezza delle risorse, vanno definite delle **priorità di azione**, chiarendo quel che si dovrebbe fare e quello che le risorse consentono di fare e ponendosi un quesito etico: fino a che punto, entro quali limiti, è giusto che il secondo lato della medaglia prevalga sul primo?
7. In altre parole, si deve giungere a una definizione operativa, integrata nel sistema delle norme, dei concetti di **"rischio accettabile"** e di **"rischio (di fatto) accettato"**: fino a che punto è lecito "mettere in conto" (pur a fronte di innegabili vantaggi per la comunità) il rischio di singoli e di gruppi che, con non trascurabile probabilità, verranno sacrificati,

ammalandosi finanche a poter morire, oltre ad essere loro stessi potenziali diffusori del contagio?

All'uso corrente di concetti come quelli di *"rischio accettabile"* e (purtroppo) di *"rischio di fatto accettato"*, come peraltro a quello del *"principio di precauzione"*, noi operatori della prevenzione siamo abituati, in epoca contemporanea, in massima parte con riferimento ai già detti rischi chimici (occupazionali così come di popolazione finanche a potersi definire ubiquitari, magari riferiti ai prodotti di cui facciamo uso nella vita quotidiana, ai cibi, all'acqua che esce dal rubinetto, all'aria che respiriamo): da molti anni, invece, tali concetti non si confrontano con vere e proprie pandemie da agenti biologici. Sono, o almeno sembrano, lontanissimi i tempi dell'influenza *"spagnola"* del 1918 ma anche quelli dell'influenza *"asiatica"* (1957-1958) e di quella *"cinese"* (1968-1969), che pure fecero (soprattutto la prima) un'ecatombe anche ben più grande di quella attuale: è vero che, per ovvi motivi storici, quegli eventi ebbero una percezione di popolazione molto diversa dall'emergenza epidemica in corso, ma non ce ne dovremmo dimenticare e soprattutto dovremmo apprendere da tutte queste dolorose esperienze.

Ulteriori e specifiche riflessioni occorreranno, certamente, per la cosiddetta *"fase due"* dell'epidemia già più volte preannunciata: ma intanto parliamoci subito, tra operatori della prevenzione e non solo, per quello che abbiamo già appreso e in qualche modo maturato. Rivolgiamo un invito al dibattito aperto e costruttivo alle istituzioni, ai professionisti impegnati a fronteggiare questa emergenza, alle comunità (di popolazione generale e occupazionali). Sappiamo che da questa situazione non si esce se si ragiona per settori separati e chiusi, senza una visione d'insieme, se non **si comunica** e non **si partecipa** tutti, nessuno escluso: governanti, scienziati, lavoratori e cittadini, per l'appunto, tutti.

Approfondiamo ulteriormente la **questione dei numeri**.

Il già menzionato assioma del *"conoscere per prevenire"* da tempo si traduce in pratica come *"necessità di un sistema informativo per la pianificazione e la programmazione"*: in che misura tale assioma è un riferimento praticabile ed effettivamente praticato ai tempi di SARS-CoV-2?

Fino ad ora è possibile leggere, con enormi "buchi" e difficoltà, le sole linee generali dell'andamento "reale" dell'epidemia: almeno nel nostro Paese, nel complesso del Paese, regione per regione, provincia per provincia nonché, ma decisamente meno, territorio per territorio e focolaio per focolaio.

Per quanto riguarda in particolare i fenomeni di salute occupazionale, dovrebbe esistere il SINP - Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione - di cui all'art. 8 del Dlgs 81/08: ma in pratica un SINP ancora non c'è, per lo più non è stato davvero voluto, sembra lontano dalla storia contemporanea se non proprio dimenticato.

Abbiamo solo dati parziali riferiti ai casi di COVID-19 tra i medici ospedalieri e di Medicina Generale (molto pochi sugli infermieri e gli operatori socio-sanitari, se non a livello anedddotico). Ad oggi il sistema informativo di cui parliamo tutti i giorni, in genere alle ore 18 quando c'è la conferenza quotidiana della Protezione Civile o nelle espressioni periodiche dell'Istituto Superiore di Sanità, consiste in una serie di numeri che purtroppo danno la misura di "quel che è noto e registrato" ma non di tanti aspetti rilevanti dell'epidemia. Sappiamo quanti sono i tamponi effettuati (non i soggetti "tamponati"), sappiamo quanti sono i casi ricoverati o in terapia intensiva, finanche il numero dei malati trasferiti in Paesi esteri... ma nulla dei contagiati asintomatici o paucisintomatici e forse anche di molti soggetti malati e morti di cui si stanno perdendo le tracce perché mai sono giunti a una diagnosi compiuta di una condizione d'insufficienza respiratoria acuta o anche di una polmonite

radiograficamente diagnosticata. Ciò non sorprende, nelle epidemie è un fatto pressoché “normale”: ma non è finalmente ora di andare oltre tale “normalità”?

Se i dati epidemiologici cinesi fossero veritieri (e probabilmente non è così) e se anche il nostro tasso di letalità della COVID-19 fosse davvero inferiore (appunto come nei dati cinesi) al 2-3% dei contagiati, partendo dagli attuali numeri dei morti espressamente attribuiti a COVID-19 noi dovremmo pensare che i nostri morti “veri” siano assai di più (di quanto non sappiamo, perché nulla sappiamo sulla frequenza delle mancate diagnosi) e che i nostri contagiati reali siano varie volte di più rispetto a quelli che vengono dichiarati attualmente. C’è poi il problema della composizione demografica della nostra popolazione, con un’età media superiore a quella cinese: per questo il “nostro” tasso di letalità per COVID-19 potrebbe essere maggiore, ma di quanto?

Nella stessa “catena di comando” sottogovernativa (il misto tra Protezione Civile, Comitato tecnico scientifico, Istituto Superiore di Sanità) si ammette che entrambi i numeri vanno moltiplicati di un fattore mal definito (4, 5, 10...). Questo è un problema, naturalmente, perché prima o poi bisognerà pur capire - se non altro - quanto sia numeroso il “gregge” che ha sviluppato l’immunità (sempre che si confermi che si tratta di un’immunità durevole). Seguendo certi modelli matematici, appare ipotizzabile che i contagiati in Italia non siano ormai lontani dai 4-5 milioni; dal punto di vista dell’ormai famosa “immunità di gregge”, nemmeno sarebbe negativo che i contagiati asintomatici o paucisintomatici aumentassero fino a numeri di questo genere o anche più elevati.

Quello che un po’ si inizia a conoscere e si potrà e dovrà conoscere anche meglio è l’enorme numero di “infortuni sul lavoro” da coronavirus, delle invalidità temporanee e delle morti tra i lavoratori, in particolare (anche se ovviamente non solo) nella sanità.

In questa vicenda epidemica è chiaro che - come per altri aspetti - anche nella “conta” vi sono state inaudite difficoltà, non sempre per “cattiva volontà” ma magari solo per carenza di risorse culturali e materiali: però bisognerà pur fare qualcosa - se non altro *a posteriori* - per avere un quadro un po’ più preciso della situazione ed anche per prepararsi ad eventuali ritorni di SARS-CoV-2 o anche di un altro agente epidemico, con più o meno probabilità, a più o meno ampia distanza di tempo. Certamente il contributo degli “osservatori” territoriali (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, operatori dei Dipartimenti di Prevenzione e dei vari Servizi che li compongono) dovrebbe essere valorizzato e risultare prezioso. Più complessivamente occorrerà dare una ben maggiore importanza al ruolo dell’epidemiologia, cui abbiamo già accennato poc’anzi.

Ribadiamo la nostra convinzione che un’epidemiologia coordinata sul livello nazionale e sovranazionale, non certo frammentata e dispersa nelle ventuno regioni e province autonome, potrebbe dare un contributo fondamentale alla definizione delle scelte in sanità pubblica (e naturalmente non solo in occasione di drammatiche emergenze come l’attuale, ma in tutto il futuro). Non sarebbe stato probabilmente impossibile, anche basandosi sulle conoscenze epidemiologiche disponibili, prevedere con un minimo di anticipo la possibilità di un’emergenza del tipo di quella in atto e “prepararsi” in modo più “preventivo”, senza ridursi - com’è avvenuto in Italia e in quasi tutto il pianeta - ad affrontare la prima fase “a mani nude”, talora senza protezioni personali per i maggiormente esposti, senza sufficienti attrezzature, senza sufficienti risorse professionali, senza un sistema di comunicazioni pronto ad aiutare e indirizzare gli interventi necessari e più urgenti.

Quali **strumenti di difesa/tutela**? Pensiamo a un mix bilanciato e praticabile tra le misure di distanziamento fisico, le protezioni personali e le procedure di cautela.

La prima fase dell'emergenza, tuttora in corso, ha evidenziato purtroppo i ritardi e le rilevanti carenze di cultura e di risorse in particolare rispetto ai DPI respiratori e persino alle semplici mascherine chirurgiche (*surgical* ovvero *medical masks*). Si tratta di una questione molto spinosa, tra le più critiche in questa drammatica vicenda. Non c'è dubbio che in molte situazioni il personale a rischio, in prevalenza quello sanitario, abbia operato e stia operando in situazione di inadeguata (quando non assente) protezione respiratoria.

Per i vecchi operatori della prevenzione nei luoghi di lavoro, anche non esperti di virus e contagio da virus, l'approccio storico ai confinamenti ed alle protezioni respiratorie in ambienti inquinati (tipo quello dei luoghi con presenza di materiali contenenti amianto) è storicamente noto, talora persino abituale. E' stato dunque veramente lacerante vedere l'impreparazione "di Paese" (e purtroppo anche degli altri Paesi) rispetto sia alle protezioni respiratorie sia alle restanti misure protettive personali, sia alle procedure ed all'addestramento necessari per far sì che anche un dispositivo in sé efficace divenga inutile perché male usato. Vedasi in particolare, a questo proposito, l'utile contributo - a cura di Pietro Gino Barbieri - presente nel Repository di E&P (<https://repo.epiprev.it/index.php/2020/04/06/rischio-biologico-da-sars-covid-2-e-dispositivi-di-respiratoria-per-gli-operatori-sanitari-e-assistenziali-uno-scenario-da-modificare-urgentemente/#more-884>).

Le misure di protezione ambientale e quelle individuali, ai vari livelli rispetto alle diverse categorie di rischio, per tutto questo periodo, e in parte tuttora, sembrano derivare da "quel che c'è", non da "quel che serve", e questa è una delle più drammatiche e intollerabili criticità di questi giorni, in cui ormai si è arrivati anche a indicazioni ufficiali (vedi Lombardia e Marche) di servirsi pure di scarpe e foulard.

In molti luoghi di prima linea, gli operatori della sanità ospedaliera hanno sacrificato (e stanno sacrificando) la propria salute e finanche la propria vita in funzione dell'interesse generale della collettività. Non spetta a noi decidere se questa situazione sia lecita ed accettabile (anche se a noi, ovviamente, pare che sia non lecita e non accettabile). Oltretutto a questa situazione consegue non solo la perdita di salute e di vita di un numero spaventoso di esseri umani, ma anche un evidente aumento della diffusione del contagio tramite soggetti e luoghi che invece lo dovrebbero contenere e una diminuzione del potenziale di diagnosi e cura già provato dall'emergenza.

Infine, alcune questioni che ci paiono centrali e che certamente meriteranno - a maggior ragione quando s'imboccherà la via d'uscita dall'emergenza - una discussione collettiva e soluzioni ragionevolmente condivise.

▪ **La questione Stato-Regioni**

In queste settimane, che diverranno purtroppo mesi, si sta verificando ciò che andiamo dicendo da anni: la questione Stato-Regioni andrebbe rivista o quanto meno ri-ragionata. L'assetto Stato-Regioni, la situazione delle Aziende Sanitarie Locali (ASL o Enti analoghi) e dei Servizi territoriali, pur con successi incontestabili, sono tuttora problematici, soprattutto per la mancanza di regia e per le grandi diseguaglianze di applicazione che si sono trasformate in diseguaglianze di prevenzione e di diritti: il tutto si è molto acuito in questa fase emergenziale, che imporrebbe al contrario una regia centrale forte e autorevole, anche se non autarchica ma partecipata. Si è assistito a strategie di fronteggiamento molto differenti tra l'una e l'altra delle Regioni e delle Provincie Autonome: strategie che queste si sono date ciascuna per proprio conto e in forza delle quali esse si sono confrontate, anche rivendicativamente e/o conflittualmente, con lo Stato.

I criteri di attuazione del decentramento, spesso diffusi e sconnessi da Regione a Regione, con esasperazioni sia in minus sia talora in plus, così come altri problemi, si sono molto acuiti in un'emergenza come quella in atto ma dal punto di vista qualitativo non sono particolarmente diversi

da ciò che avviene ormai da decenni. È verosimile che, dopo ciò che sta avvenendo, ci saranno discussioni in varie sedi ed a vari livelli e che da taluni saranno riprese proposte orientate verso ritorni centralistici pre-833: pur se questa sarebbe probabilmente una scelta semplicistica e non condivisibile, non v'è dubbio che l'assetto complessivo andrebbe studiato nei pregi e nei difetti e conseguentemente adattato al "nuovo" mondo che uscirà da questa esperienza così coinvolgente per tutto il Paese.

Ricordiamo che a proposito della disparità e disomogeneità di decisioni e comportamenti e del mancato coordinamento "forte" tra le Regioni in materia di sanità pubblica e in particolare di prevenzione, nei primi giorni del marzo di quest'anno SNOP aveva inoltrato un [appello al Comitato Interregionale della Prevenzione](#): tale appello non ha avuto, per quanto è dato di sapere, il minimo cenno di riscontro.

Continuiamo a pensare che dentro questo insufficiente coordinamento si muovano non solo aspetti tecnici di efficienza/efficacia del sistema sanitario italiano, ma anche un problema di giustizia. Stefano Rodotà parlava del *"diritto di avere diritti"*: come non auspicare (e come non lavorare per) un Paese dove le diseguaglianze siano un po' meno date per scontate e non più, di fatto, accettate, dove alcuni diritti, come quello fondamentale alla salute, siano un po' meno compressi, un po' più omogeneamente diffusi, dove gli ultimi siano un po' meno ultimi?

- **La questione del ruolo della prevenzione e dei Dipartimenti di Prevenzione e delle potenzialità di ciascun soggetto anche in questa fase (il "cosa è opportuno e meglio fare con le risorse date")**

Abbiamo detto con forza che l'attuale emergenza, che andrebbe vista e gestita come un'emergenza di sanità pubblica, troppo spesso è stata vissuta e affrontata come un'emergenza solo ospedaliera. È stato osservato (Paolo D'Argenio: *"Potenziamo i servizi territoriali per preparare l'isolamento selettivo"*, pubblicato il 6 aprile 2020 in www.scienzainrete.it) che la rappresentazione mediatica dei dati può portare a pensare che *"il contenimento dei suoi effetti fatali coincida con il controllo dell'epidemia"* e che la concitata attività di potenziamento delle strutture di ricovero e cura (dei diversi livelli di intensità assistenziale) può lasciare in secondo piano le voci di quanti continuano a sottolineare che la "battaglia" al nuovo coronavirus si vince nel territorio. Segnaliamo, una per tutte, la lettera del Presidente della FNOMCEO al British Medical Journal pubblicata il 25 marzo 2020: *"Italian doctors call for protecting healthcare workers and boosting community surveillance during Covid-19 outbreak"*), ove giustamente si rimarca il ruolo del sistema delle cure primarie (e, in particolare, della medicina generale) ma solo occasionalmente si ricorda l'esistenza dei Dipartimenti di Prevenzione.

Come ricorda D'Argenio nell'articolo citato, le modalità di contenimento della diffusione di un virus a trasmissione aerea nell'ambito del controllo delle malattie infettive rientrano da sempre, in Italia, nelle competenze e nell'esperienza dei Servizi di Igiene Pubblica e sono potenzialmente uno strumento utile (a costi contenuti e sostenibile a lungo termine) per il passaggio dall'isolamento generalizzato a quello selettivo. La prevenzione di una possibile ripresa della diffusione del virus con il passaggio alla cosiddetta "fase 2" richiederà però necessariamente una rete nazionale di Dipartimenti di Prevenzione complessivamente intesi (considerando quindi anche i Servizi per la Prevenzione e la Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, i Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, i Servizi Veterinari e, perché no, anche quelli di Epidemiologia, Promozione della Salute e Comunicazione del Rischio), dotati di risorse umane, culturali e organizzative qualitativamente adeguate, in grado di adottare standard operativi elevati ed omogenei, che dispongano di informazioni rapidamente aggiornate sullo stato di salute della popolazione entro sistemi nazionali di sorveglianza. Tali condizioni oggi non sono presenti in gran parte del territorio nazionale: sarebbero invece necessarie per consentire ai Dipartimenti di Prevenzione di supportare

non solo la fase di emergenza ancora in corso ma anche quella di graduale ripresa che dovrà necessariamente seguire.

Occorrerà dunque acquisire una capacità di “lettura” rapida dei fenomeni, che può venire solo dal recupero e dallo sviluppo delle funzioni epidemiologiche (sia trasversali, sia specificamente organizzate) connaturate nei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione, declinate nella popolazione generale e in quelle lavorative, ma anche nelle popolazioni animali. Uno degli insegnamenti che provengono da questa epidemia riguarda proprio l’urgenza di un approccio concreto, di tipo One-Health, ai rischi che originano dall’interfaccia ambiente-animale-ecosistemi umani.

In teoria, tutto questo corrisponderebbe alla declinazione “nell’epoca del Coronavirus” delle attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica previste dai Livelli Essenziali di Assistenza, ma la realtà è ben diversa: l’informazione epidemiologica non è ordinariamente alla base dei programmi di prevenzione e i fatti testimoniano la mancata predisposizione di sistemi efficaci di risposta ad emergenze di tipo infettivo.

In previsione di una fase post-emergenziale non lontana, è necessario chiedersi cosa sia più opportuno fare con le risorse disponibili.

Se la battaglia già oggi, nella fase di emergenza, richiede di essere combattuta nel territorio, un setting di particolare criticità è quello lavorativo, e riguarda, oltre alle attività sanitarie e socio-assistenziali, un numero non trascurabile di aziende le cui produzioni sono state ritenute strategiche o saranno comunque presto (forse gradualmente) riattivate. Per esse la necessità di bloccare la diffusione di SARS-CoV-2 e l’obbligo di adozione delle misure di contenimento rappresentano e rappresenteranno un “nuovo” problema, indipendentemente dall’obbligo di una valutazione aggiornata dei rischi. Per esse l’applicazione delle misure di contrasto a SARS-CoV-2 impongono di ripensare l’organizzazione delle postazioni e delle procedure di lavoro, i tempi e gli orari, i percorsi interni e i sistemi di trasporto utilizzati dai lavoratori e dalle lavoratrici per il tragitto casa-lavoro e viceversa, le modalità d’interrelazione con fornitori, clienti, pulitori, manutentori e riparatori esterni: misure che possono essere attivamente indirizzate e sostenute dai Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, anche attraverso la rilettura dei profili di rischio “di comparto” (riprendendo una modalità di approccio che appartiene alla cultura dei Servizi e alla storia della SNOP), coinvolgendo gruppi “omogenei” di aziende e favorendo la partecipazione delle rappresentanze dei lavoratori.

Nei fatti, all’indomani della sottoscrizione del Protocollo del 14 marzo 2020, in varie Regioni ed ASL i Servizi per la Prevenzione e la Sicurezza negli Ambienti di lavoro hanno avviato, nei confronti delle aziende non sospese, attività di informazione, sostegno e assistenza sulle misure di prevenzione e protezione individuate nell’accordo, per lo più privilegiando contatti telefonici e via e-mail ma anche effettuando controlli diretti nei luoghi di lavoro (a campione e/o a seguito di richieste di lavoratori, RLS, organizzazioni sindacali...); in alcuni casi sono stati organizzati specifici piani mirati di prevenzione. Negli ultimi giorni non mancano inoltre, da parte dei Prefetti, richieste di supporto tecnico ai fini dell’eventuale concessione di deroghe alla sospensione di attività “non strategiche”. In una fase di incertezza e di rapida evoluzione delle conoscenze, questo tipo d’impegno può essere utile anche per dare risposta alle inevitabili situazioni di ansia e ai conflitti generati dalla mole di informazioni spesso contraddittorie e provenienti da fonti diverse; ma perché sia efficace, è indispensabile che sia coordinato, che sia “di sistema”, che abbia contenuti e modalità omogenei nel territorio nazionale.

Si ripropongono quindi le criticità di cui si è detto a proposito della “questione generale Stato-Regioni”: criticità che prevedibilmente assumeranno un peso maggiore nei prossimi mesi, quando la riapertura (che ad oggi si prospetta molto graduale) di un numero sempre maggiore di attività produttive (condizionata dalla necessità di mantenere misure di prevenzione e protezione nei

confronti del SARS-CoV-2) renderà sempre più evidente la necessità di un approccio univoco che contribuisca a contrastare le disuguaglianze di salute legate anche alla pandemia.

Verso le prossime fasi

Anche ripensando al citato Protocollo del 14 marzo 2020, non c'è dubbio che il sistema delle imprese, solo parte delle quali in questi anni ha saputo adeguarsi a modelli di lavoro in cui la tutela della salute e della sicurezza non sia una variabile opzionale, è chiamato in questa fase ad una prova che potremmo definire di maturità; indipendentemente dalla *querelle* su se e in quali aziende vada fatto "per legge" un aggiornamento formale della valutazione dei rischi, di tutti i rischi, la questione è se i datori di lavoro saranno attivi e in grado di adeguare i luoghi, gli ambienti e il lavoro anche in funzione della protezione dal rischio di contagio. Ciò che è avvenuto nei luoghi di lavoro sanitari (pur con tutte le comprensibili criticità in questi legate alla straordinarietà dell'emergenza) non consente un ottimismo "a prescindere" e implica che - come anche prevede il Protocollo - si mettano in azione attenzioni e cautele nuove, onde impedire che il lavoro comporti un'ulteriore e potenzialmente rilevante diffusione del contagio che oggi sembra in progressivo, se pur lento, contenimento.

Si tratta e si tratterà quindi di una prova di formidabile importanza, in primo luogo appunto per l'organizzazione interna ad ogni azienda, cui naturalmente i Servizi pubblici potranno contribuire adempiendo al loro ruolo complesso, certo non solo in termini di vigilanza e controllo.

È auspicabile che in tale ambito si realizzino iniziative non disomogenee e autonome e che il sistema pubblico trovi, come in queste pagine più volte rimarcato, modalità di risposta e di intervento adeguatamente indirizzate e coordinate: anche questa, come quella per il sistema delle imprese, è una sfida che meriterà la massima attenzione, il massimo impegno e sui cui risultati si potrà fare un bilancio (eventualmente anche con step intermedi) quando si sarà usciti dalle varie fasi emergenziali.

Tra pochi giorni, se proseguirà il lieve miglioramento progressivo dei "numeri", pur permanendo il contagio e - se pur in diminuzione - le malattie e le morti, partirà probabilmente l'ormai cosiddetta "fase 2", le cui caratteristiche non sono ancora note né come modalità né come contenuti: mentre scriviamo, si può comunque prevedere che si tratterà di una fase complessa, con riaperture "a puntate", probabilmente riguardante in primo luogo la ri-apertura di aziende e fors'anche, relativamente alla cittadinanza, di alcune aree geografiche finora meno colpite dal contagio (ma non è detto, ci sono pro e contro).

Non è improprio dare un significato simbolico al fatto che questa fase dinamica inizierà qualche giorno dopo la Pasqua e che, al di là (e a seconda) delle religioni, questo momento si debba dunque interpretare come un momento alto di "passaggio" o addirittura di possibile "rinascita".

Sicuramente sarà un passaggio; perché sia anche una rinascita occorrerebbe che si verificassero molte congiunzioni, molte modifiche al nostro vivere collettivo. Questo ci riguarda tutti come cittadini mentre alcuni sviluppi particolari ci riguardano anche come professionisti e come "aficionados" della prevenzione, nello spirito migliore della SNOP a cui apparteniamo. Ci teniamo a dichiarare tale appartenenza ed evidenziamo che SNOP c'è, intende continuare a promuovere riflessioni e discussione. Sul sito associativo di SNOP è stata allestita una "*sezione coronavirus*" in cui si può trovare un po' di tutto: non ancora una selezione ragionata e organizzata di ciò che appariva sostanzialmente condivisibile e/o sicuramente utile, anche perché in questa prima fase la produzione tecnico-scientifica ma anche massmediale è stata davvero imponente, disorganica e talora anche bizzarra.

Sulle prospettive e gli sviluppi della “*emergenza coronavirus*” cercheremo di tornare anche in seguito. In ogni modo - se sarà ritenuto utile - noi, come certamente molti altri, mettiamo a disposizione le nostre collettive competenze ed esperienze ovunque possano servire.

Italia, 10 aprile 2020

*Claudio Calabresi
Roberto Calisti
Anna Maria Di Giammarco*