

Tra emergenze, disinganni, nuovi e antichi insegnamenti. Riflessioni sulla pandemia Coronavirus

L'inizio della scrittura di questo secondo articolo sulla pandemia Coronavirus coincide con la data della riapertura, dopo il lockdown, della circolazione tra le Regioni italiane¹.

La storia drammatica della pandemia ha messo in luce sia a livello nazionale sia a livello internazionale contraddizioni e fragilità dei sistemi economici, sanitari e politici. Cercherò di dare ordine ad una analisi dei fenomeni che si sono reso visibili in questo periodo per trarne qualche considerazione utile per il futuro.

La ricostruzione delle capacità di risposta all'emergere dei focolai, con l'analisi di tutti gli aspetti della vicenda, sarà un compito di natura scientifica, che richiederà tempo, risorse, autonomia dei ricercatori e coraggio politico da parte di chi dirige gli Istituti di Ricerca. Questo è un primo obiettivo da non trascurare: sarebbe una grande perdita di conoscenze se l'esperienza difficile della gestione non venisse rielaborata e non divenisse un riferimento, almeno per quanto riguarda gli errori da non ripetere, per il futuro.

Il rischio che, dopo la sommersione (preferiremmo scrivere scomparsa, ma...) del problema Covid-19, gli studi e le ricerche necessarie a tale rielaborazione non vengano considerate priorità dalle autorità nazionali e dalle istituzioni governative è reale e concreto.

Mi sembra quindi opportuno avviare un primo percorso di riflessione sui cambiamenti indotti dalla pandemia nei sistemi di governo, nelle istituzioni, nelle soggettività delle persone. Il riferimento a casi del passato, alla documentazione del tempo e alle ricostruzioni degli storici può essere un utile punto di partenza.

Le misure di distanziamento e lockdown

Nel corso della storia pandemie o focolai epidemici con malati e morti sono stati spesso eventi che hanno sconvolto equilibri di potere, spazzato via governi e alimentato rivolte e azioni violente da parte delle popolazioni. In diverse situazioni hanno messo in crisi le classi dirigenti cui era delegata la gestione della sicurezza dei cittadini. Un caso esemplare, portato alla luce da Richard Evans può essere considerata la gestione della epidemia di colera

¹ Il primo, scritto all'inizio della drammatica evoluzione della malattia è pubblicato su "Inchiesta", n.207/2020 con il titolo, *Il diritto alla salute nell'epoca del coronavirus*.

che dall'agosto del 1892 si diffuse dalla Russia ad Amburgo in Germania². La malattia fu portata dalle migliaia di profughi in fuga dalla Russia a causa della carestia e dei provvedimenti di espulsione degli ebrei da parte dello zar. Queste masse di persone arrivavano al porto di Amburgo per imbarcarsi per le Americhe. Amburgo era una città molto ricca che traeva dai commerci e dal porto un'economia forte rispetto alle città del Brandeburgo e alla stessa Berlino. Era amministrata da una oligarchia che rappresentava gli interessi dei commercianti, degli armatori e delle attività del porto. Rispetto alla burocrazia imperiale di Berlino il governo della città di Amburgo voleva essere minimalista, non interferire con gli affari. La stessa burocrazia sanitaria, fiscale e di frontiera, veniva scelta per questa mission: non interferire o porre ostacoli all'economia del porto. Si tenga conto che il colera, già in quegli anni sembrava essere stato quasi sconfitto in Europa, grazie all'introduzione di misure igieniche e sanitarie nella fornitura d'acqua, al filtraggio delle acque potabili tratte dai fiumi, alla costruzione delle fogne, alla raccolta dei rifiuti. Il Senato della città di Amburgo non aveva adottato neppure queste misure, in particolare per quanto riguardava le zone più povere della città.

In quell'epoca, in Germania, nella classe medica era in corso uno scontro, sull'origine delle epidemie, tra i medici "contagionisti" e i medici "miasmatici". I "contagionisti", tra i quali Robert Koch, sostenevano che le epidemie erano dovute alla trasmissione del contagio da persona a persona attraverso germi. Nel caso del colera i germi delle deiezioni di persone infette, verosimilmente, avevano contaminato le acque per uso domestico il cui impiego infettava poi altre persone. L'impostazione di Koch aveva conquistato a Berlino la stima dell'Ufficio sanitario imperiale che aveva fatta propria la teoria contagionista e predisponendo piani di quarantena rigida e disinfezioni, interrompendo le attività economiche e sociali per settimane. Nei fatti i medici contagionisti applicavano per il colera le stesse misure che nei secoli erano state applicate per la peste: la riduzione ai minimi termini delle relazioni tra le persone per rompere le reti e le filiere del contagio, tenendo in considerazione la specificità del batterio del colera che provoca il contagio di acque e alimenti per trasmissione oro-fecale.

Naturalmente era necessaria una forte autorità statale per imporre con la forza che la società si fermasse, così come era contemporaneamente necessaria l'informazione ai cittadini sulle ragioni e sul senso di misure che li privavano della libertà di movimento, di commercio, di lavoro.

La teoria dei medici "miasmatici" negava che la malattia, il colera, fosse infettiva. Ne attribuiva l'origine ai miasmi provenienti dalle falde freatiche o

² Richard J. Evans, *Death in Hamburg. Society and Politics in the Cholera years: 1830-1910*, Oxford, Clarendon Press, 1987 e il suo contributo, *Quando le malattie forgiarono lo Stato*, al numero *Il mondo virato*, "Limes.Rivista italiana di geopolitica", 3/2020

stagnanti e affermava che nessun intervento sulla circolazione delle persone potesse arrestarne il corso: la malattia era nell'aria. L'amministrazione della città di Amburgo aveva assunto un medico di orientamento "miasmatico", il dottor Johann Kraus che non prese alcun provvedimento per isolare i malati, fare bollire l'acqua per uso domestico, controllare le verdure e adottare le altre misure necessarie per fermare il contagio.

Il Dott. Kraus, su pressione del Senato della città, sollecitò i medici a non scambiare per colera quelle che a suo dire erano banali patologie gastriche. In sei settimane morirono più di diecimila persone. A questo proposito si può leggere un importante articolo del "British Medical Journal" del febbraio 1893 sulla disputa tra le posizioni dei medici ad orientamento contagionista e i medici ad orientamento miasmatico dove vengono descritte le devastanti conseguenze della gestione amburghese³.

In questa drammatica situazione, il governo imperiale mandò ad Amburgo il dottor Koch che riorganizzò la struttura sanitaria della città e cambiò radicalmente la politica di salute e di igiene pubblica con un forte interventismo dello Stato per arginare l'epidemia. Si registrarono forme di protesta e di ribellione alla quarantena con seri problemi di ordine pubblico. Ma la strategia del contenimento forzato del contagio con la quarantena, l'isolamento dei malati, le procedure di disinfezione divennero pratica per l'intera Germania.

Nella città russa di Saratov sempre nel 1892 le cose andarono in modo diverso. Le autorità zariste della città sul Volga, all'apparire dei primi casi di colera chiusero tutto, perfino i negozi di generi alimentari con un forte intervento repressivo sulla popolazione. Migliaia di piccoli commercianti e artigiani ridotti alla fame si dettero al saccheggio e alla caccia all'uomo e uccisero medici e infermieri che erano accorsi in aiuto anche dalla capitale e autorità locali ⁴.

Abbiamo riportato questa lontana vicenda per aiutarci a comprendere quello che succede ora nella seconda fase della pandemia Coronavirus. Lo stesso Evans infatti mentre studiava la storia delle pandemie per un libro di più di 30 anni fa, fu colpito dall'uniformità della reazione di governi di culture e periodi storici diversi. In ogni epidemia di cui esiste testimonianza storica, l'atteggiamento iniziale da parte di qualsiasi governo pare essere quello di negare l'esistenza del problema o se esistono casi che dovrebbero allarmare, si tende, da parte delle autorità, a minimizzare.

³The colera 1892 in Hamburg, "British Medical Journal", febbraio 1893, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2402644/pdf/brmedj08914-0037b.pdf>

⁴ Charlotte E. Henze, *Disease, Health Care and Government in Late Imperial Russia. Life and Death on the Volga, 1823-1914*. Routledge, 2015.

Gli errori di politica sanitaria e preventiva da evitare per il futuro

Nella fase iniziale della pandemia Coronavirus possiamo vedere come, in quasi tutti i paesi del mondo, a cominciare dalla Cina, la resistenza a prendere atto che era in corso un processo epidemico molto pericoloso, destinato a estendersi in breve tempo nella popolazione sia un dato che si ripete in forme diverse dall'Asia all'Europa, alle Americhe.

Sono note le critiche apparse sui media al governo cinese, in particolare alle autorità locali di Wuhan, per avere messo a tacere i medici che per primi avevano denunciato il pericolo di una grave epidemia. Quando è intervenuta la correzione di rotta da parte del governo centrale l'epidemia era già diffusa e solo allora il sistema di potere centralizzato e autoritario ha permesso l'adozione di un lockdown duro ed efficace per isolare il grande focolaio di Wuhan che poteva incendiare tutta la Cina.

Anche per quanto riguarda l'Europa, l'Inghilterra e le Americhe si sono rilevati, se pure in modi differenti, fenomeni di "negazione" del problema o comunque ritardi nell'accettare i dati e predisporre le misure di contenimento/confinamento.

Per quanto attiene il nostro paese il primo aspetto di negligenza, viene da lontano e riguarda la mancata adozione e aggiornamento del Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale del 2005, rivisitato nel 2016⁵.

Se fossero state adottate anche solo una parte delle misure previste dal Piano Nazionale e dai Piani regionali (per le Regioni che li avevano predisposti), verosimilmente le curve epidemiche del contagio avrebbero registrato incrementi diversi.

L'errore di avere accantonato il problema di una pandemia forse improbabile, ma certamente possibile dovrà essere iscritto nel vademecum delle cose da non fare più in futuro da parte dei cosiddetti "manager della sanità" che hanno immaginato e progettato l'organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche mutuando modalità proprie dell'industria manifatturiera.

E' preoccupante, ad esempio, che molti prodotti essenziali per il controllo delle malattie infettive siano stati nella fase acuta non disponibili. Il fatto che i DPI per gli operatori sanitari, maschere, tute protettive a perdere, fossero esauriti dopo pochi giorni costringendo gli operatori a dotarsi di mezzi di fortuna anche autocostruiti poiché non esistevano scorte di riserva accantonate per situazioni di emergenza è stato un fenomeno condiviso nella maggior parte delle regioni. Il motivo è piuttosto semplice: il magazzinaggio è stato quasi completamente abbandonato e sostituito da forniture Just-in-time o Lean Manufacturing 5 che hanno consentito costi gestionali ridotti, ma hanno reso vulnerabili le strutture sanitarie come si è potuto verificare in

⁵ Piano nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale, CCM, <https://www.epicentro.iss.it/>.

diretta.⁶ La ricerca dei prodotti al massimo ribasso ha portato, nel tempo, quasi tutte le strutture sanitarie del continente verso imprese dei distretti biomedicali asiatici, in fattispecie cinesi. La concentrazione delle forniture nelle fabbriche produttrici del continente asiatico ha riguardato anche ventilatori polmonari, farmaci, principi attivi dei farmaci più importanti, con tutte le conseguenze del caso...

Le regole classiche del mercato globale rispetto all'evento della pandemia si sono così mostrate fallimentari e disastrose. DPI, strumentazioni, principi attivi di farmaci, disponibili a prezzi molto bassi quando non ce n'è bisogno, divengono introvabili nella fase acuta della crisi. E' lecito interrogarsi se dopo questa crisi i protocolli gestionali degli acquisti, delle forniture e del magazzinaggio dei prodotti base per la gestione di una pandemia saranno modulati in forma più ragionevole o se rimarranno gli stessi che riguardano, per fare un solo esempio, le forniture di bulloni .

Da dove deriva la sottovalutazione del rischio biologico in grado di produrre una pandemia

In premessa, un pensiero va rivolto ai tanti medici di base che si sono ammalati e/o sono deceduti per aver lavorato nella prima fase senza protezioni e, quel che è peggio, senza una informazione adeguata rispetto ai rischi cui erano esposti. Certamente la pandemia ha preso di sorpresa tutti: la popolazione, gli esperti, i governanti e soprattutto chi si occupa di sanità, ma questo non giustifica la negligenza in relazione al Piano richiamato nel paragrafo precedente.

La prima reazione delle autorità sanitarie si è orientata sulla centralità ospedaliera, la principale preoccupazione è stata quella di evitare il collasso dei reparti di terapie intensive. L'analisi impietosa delle politiche catastrofiche della Regione Lombardia in materia di sanità pubblica territoriale che, negli anni hanno nei fatti devastato la rete dei presidi delle prime cure e di prossimità al paziente é espressa con chiarezza da questa dichiarazione del Presidente dell'Ordine dei medici di Bergamo, dott. Marinoni:

“Si è scambiata una emergenza, che era di sanità pubblica, per una emergenza di terapie intensive. All'inizio, non sono stati isolati casi, non sono state fatte le indagini epidemiologiche, non sono stati fatti i tamponi ai

⁶ Cfr. Larry Ferrante, *Organizzare l'Azienda sanitaria in modalità LEAN*, <https://www.forumpa.it/> e *I manager della sanità alla scuola della Toyota?* <http://www.ninocartabellotta.it/2011/09/>

pazienti, i medici sono andati in giro senza protezione individuale... e soprattutto hanno involontariamente diffuso il contagio.”⁷

Guido Marinoni coglie nel segno i limiti dell’azione delle prime settimane durante le quali si sono compiuti errori molto gravi. Verosimilmente sono stati errori correlati alla visione “ospedale centrica” rispetto alla cultura e alla pratica di sanità pubblica che si dovrebbe praticare sul territorio. In particolare nel caso lombardo, la medicina del territorio, povera, che non offre occasione di alti profitti come le eccellenze chirurgiche, nei fatti è stata abbandonata da molto tempo dai decisori politici e lasciata alla deriva. In questa regione, la rete dei medici di base e dei distretti, decisiva per individuare un paziente nella fase iniziale dei sintomi del contagio ed evitare che degenerino, è stata smontata nel corso degli anni.

Dalle cronache dei quotidiani emerge con chiarezza come negli ospedali arrivassero casi Covid-19 già troppo gravi. In molte situazioni, i medici di base si sono trovati soli, senza DPI, introvabili sul mercato, a seguire i pazienti con scrupolo e ad ammalarsi loro stessi. In altri casi, impossibilitati a seguire la massa dei contagiati, sono stati costretti a lasciare i malati a casa con la prescrizione di prendere Tachipirina , come suggerito da alcuni virologi. La pandemia ha messo in luce come scelte decennali di politica sanitaria sbagliate possano produrre effetti catastrofici nella salute della popolazione in tempi brevissimi. L’ispirazione politica che è stata alla base di queste scelte è molto bene rappresentata dalle dichiarazioni dell’on .Giorgetti al Meeting di Rimini dell’ agosto 2019, a proposito dell’esaurimento della funzione della “medicina di famiglia”⁸.

La comparazione dei primi dati disponibili relativi ai comportamenti delle tre regioni maggiormente colpite, Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto dimostrano come sui risultati delle guarigioni e dei decessi abbia giocato la pratica dell’isolamento domiciliare e delle prime cure praticate dai Servizi territoriali, nella prima fase fortemente praticata in Veneto, mediamente in Emilia Romagna, per nulla in Lombardia⁹.

La ricostruzione della rete dei medici di base, dei distretti dei Servizi di prevenzione e di prime cure a livello territoriale, sanità a gestione pubblica, sarà il segno della svolta rispetto a politiche sanitarie dissennate che hanno fatto per troppo tempo della privatizzazione il proprio cavallo di battaglia.

⁷ Cit. in Filippo Curtale, *C’era una volta il piano pandemico*, <https://www.saluteinternazionale.info/2020/04/15>.

⁸ Polemica sulla frase di Giorgetti: “Medicina di famiglia, un mondo finito”. Grillo e Coletto in difesa dei camici bianchi, <http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/>, 26 agosto 2019.

⁹ Maurizio Marangolo, Marisa De Rosa, *Covid-19. Regioni a confronto*, <https://www.saluteinternazionale.info/2020/04/28>.

Dal lockdown alle riaperture, i profili di rischio dei lavori e le misure adottate

La insostenibilità di un lockdown ancora prolungato è stata condivisa dalla maggioranza dei cittadini. Bisognava riaprire e lo si doveva fare con il minor rischio possibile, in particolare nei luoghi della produzione.

Non dimentichiamo, tuttavia, che durante il lockdown migliaia di lavoratori addetti nei servizi essenziali hanno continuato a produrre e ad esporsi al rischio contagio: dai servizi sanitari, all'industria agroalimentare, alle agenzie di pulimento e sanificazione, ai trasporti, alla grande e piccola distribuzione, alla logistica, ecc.. Alla data del 15 maggio 2020 i dati dei contagi sul lavoro denunciati all'Inail ammontavano a 43.399 con 171 decessi . Per il 71,7% i contagiati sono state donne, il 28,3% uomini: un dato significativo della distribuzione delle occupazioni in termini di genere. Il 72,8 % delle contagiate/i appartiene al comparto salute (infermiere/i, medici, addette/i alla sanificazione e pulimento). Anche altri comparti come quello dei trasporti pubblici hanno pagato un prezzo rilevante¹⁰.

E' un tributo grande che il mondo del lavoro ha pagato e sta pagando nella pandemia. La seconda fase è in corso e solo tra qualche tempo sapremo se le denunce di infezioni conseguite sul lavoro saranno drasticamente diminuite.

La pandemia in Europa e nel mondo

Quasi tutti i governi, anche in Europa, hanno registrato ritardi nel prendere decisioni più o meno drastiche per interrompere i flussi di relazioni interpersonali che, nella prima fase, avevano permesso al virus di circolare. La Germania ha poi scelto un lockdown " morbido ", reso possibile dal fatto di potere operare con una scorta di 28000 letti di terapia intensiva senza correre il rischio il rischio del collasso della struttura sanitaria.

La Gran Bretagna ha pagato il prezzo di una scelta errata del primo ministro Johnson e del governo che puntava al raggiungimento "spontaneo" della "immunità di gregge", teoria e pratica che avrebbe comportato un disastro colossale come perdita di vite umane (non solo anziani, ma anche persone giovani e di mezza età), se non fosse stata fermata dallo stesso Johnson nel

¹⁰ Covid-19, più di 43mila i contagi sul lavoro denunciati all'Inail, <https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/sala-stampa/comunicati-stampa/com-stampa-denunce-contagi-covid-15-maggio-2020.html>

momento in cui le curve epidemiche apparivano ormai fuori controllo e lui stesso si era ammalato¹¹.

In Francia vi è stata la capacità di fare ricorso ad una struttura statale, a dei servizi sanitari efficienti e alla rapida decisione nel passare “all’inseguimento” del virus, con lo spegnimento dei focolai e il contenimento della epidemia.

La pandemia invece imperversa tuttora negli Usa e in gran parte dei paesi del centro e sud America. La scelta del presidente Bolsonaro, in Brasile, di non rendere pubblici i dati dei contagi, dei ricoveri, dei decessi dà la dimensione della tragedia in corso nel paese. Venerdì 6 giugno, il governo federale ha cancellato i dati sul numero totale di persone infette e uccise da Covid-19 e ha iniziato a divulgare solo le cifre delle ultime 24 ore. Dopo una battaglia al Senato pare che il governo abbia espresso l’intenzione di ripristinare la pubblicazione dei dati completi ¹².

La gestione della crisi pandemica su scala globale ha messo in luce la fragilità delle Istituzioni internazionali come la Organizzazione mondiale della Sanità sulla quale si stanno riversando gli effetti dello scontro di potenza e di egemonia tra Usa e Cina. La OMS si è trovata ad agire nell’emergenza con un ambiente geopolitico ostile, tra le minacce di Trump, negazionista pronto sottrarre i finanziamenti e la Cina che, sia pure in forme strumentali, regalava due miliardi di dollari all’Agenzia. La regola non dichiarata dell’emergenza è stata quella: ognuno per sé, ciascun Stato si è comportato nella logica del “ si salvi chi può”. Non si possono dimenticare i blocchi alle frontiere delle forniture di materiali sanitari, mascherine, dpi, ventilatori polmonari già acquistate e requisite....

La mancanza di una regia internazionale si è registrata anche nei primi passi della Unione Europea. Solo la posizione responsabile dei paesi maggiori come Francia e Germania hanno impedito che prevalessero le tendenze dei cosiddetti paesi frugali del nord o dei regimi autoritari dei paesi del gruppo di Visegrád che stanno all’interno della UE solo per le convenienze date dall’appartenenza all’euromercato¹³.

In fine, per concludere questo rapido giro d’orizzonte, mi sembra opportuno segnalare come nella stampa e nei media europei non venga rappresentata la tragedia dell’India, un gigante fragile con milioni di persone in fuga dalle grandi città per non morire di fame, dopo un lockdown che ha chiuso le

¹¹ Simona Aiuti, *Lockdown in tutto il Regno Unito deciso da Boris Johnson*, <https://londra.italiani.it/>, 27 marzo 2020.

¹² *Brasile. Il metodo difeso dal governo esclude il 44% delle morti per Covid-19*, <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/06/metodo-defendido-pelo-governo-deixa-de-fora-de-boletim-44-das-mortes-por-covid-19.shtml>

¹³ Si veda l’intero numero *Il mondo virato*, “Limes. Rivista italiana di geopolitica”, cit.

attività nel giro di poche ore. Migliaia di persone hanno raggiunto i villaggi d'origine portando in questi luoghi il contagio ¹⁴.

Limitandosi ai dati delle fonti ufficiali, con grande probabilità sottostimati, soltanto nei giorni tra il 9 e il 10 giugno si sarebbero registrati 9.996 nuove infezioni nel ciclo di 24 ore. Tra l'altro in India l'epidemia colpisce in misura particolarmente disuguale la popolazione e a pagare il prezzo più alto sono le moltitudini di persone che vivono nelle metropoli indiane con attività di economia informale e precaria. Questo avviene in un paese che non dispone di una rete adeguata di servizi di sanità pubblica in grado di intercettare focolai e isolarli.

In conclusione, al fine di affrontare questa pandemia da parte delle classi dirigenti occorre elaborare una visione globale dei processi e degli effetti che questo evento produrrà nelle società di ciascun paese, nonché tener conto di come si configurerà nel "dopo" il sistema di relazioni internazionali e di poteri sul piano mondiale.

Riflessioni su ciò che non si dovrà più fare e su ciò che occorre fare per non essere impreparati.

Lo slogan che andava di moda, qualche tempo fa, nei corsi di formazione manageriale "essere preparati ad essere impreparati" nel caso della pandemia Coronavirus si è dimostrato fallimentare. Se si è impreparati si fanno errori gravissimi come è successo nella gestione della prima fase. La Regione Lombardia, come altre, ha pagato un prezzo altissimo rispetto ad alcune scelte che hanno privilegiato la medicina "personalizzata" centrata sulla diagnosi e cura delle patologie con l'eccellenza delle prestazioni chirurgiche, dei trattamenti terapeutici a misura di singola persona. Come già si è rilevato, la medicina delle prime cure, fatta di medici di base, presidi territoriali di prevenzione, è stata considerata un sistema da rottamare, o meglio da lasciare decadere senza interventi di riforma o di rilancio¹⁵. Peraltro questi servizi non si prestavano ad essere moltiplicatori di profitto e neppure di consenso, per questo motivo sono stati lasciati alla deriva da decenni dalla giunta Formigoni in poi. Il fenomeno è stato assolutamente rilevante in Lombardia, assai meno in Veneto e in Emilia-Romagna. Le Regioni che hanno mantenuto una rete di Servizi territoriali hanno potuto rapidamente

¹⁴ Arundhati Roy, *After the lockdown, we need a reckoning: India's response to the pandemic has been a social catastrophe. Who will be held accountable?* <https://www.ft.com/content/442546c6-9c10-11ea-adb1-529f96d8a00b>.

¹⁵ Giorgetti: «Chi va più dal medico di base?». *Ma il 74% degli italiani ci va almeno una volta all'anno*, <https://www.ilsole24ore.com/art/medici-base-calo-ma-74percento-italiani-ci-va-almeno-volta-all-anno-ACUqq5f>.

mettere in atto le strategie di “tracciamento”, inseguimento e trattamento precoce dei contagiati.

Le colpe delle Regioni ci sono, ma non possiamo dimenticare che, nel tempo, anche lo Stato non ha aggiornato i piani di Prevenzione delle Pandemie che per molti anni sono rimasti nei cassetti a prendere polvere. Al contempo non ha sollecitato le Regioni a predisporre i propri. C'è un tratto comune tra i comportamenti delle regioni e dello Stato: la sottovalutazione del rischio epidemie o peggio ancora di una pandemia derivante da un virus che ha fatto “spillover” ovvero salto di specie. Una riforma della governance che definisca con chiarezza chi fa che cosa nel caso di una emergenza, con una ripartizione chiara dei compiti e dei poteri dovrebbe essere un'altra delle iniziative iscritte tra le priorità del dopo epidemia. Il primo cambiamento già praticabile, a livello simbolico, è quello di eliminare nella comunicazione il termine “governatore” per indicare i presidenti delle Regioni. Il secondo, connesso al primo e forse più importante, è eliminare la rappresentazione “proprietaria” che alcuni presidenti, in particolare del centro destra, hanno del proprio ruolo di governo del territorio regionale. Le Regioni sono articolazioni dello Stato che esercitano il governo di deleghe come quella della sanità per realizzare gli obiettivi di salute tutelati dalla Costituzione. Di questo si deve sempre tener conto.

Il vincolo al cambiamento che deriva dall'esperienza della pandemia

La pandemia Coronavirus ha costretto le classi dirigenti e le popolazioni del pianeta a misurarsi con un fenomeno imprevisto ma non improbabile.

Ed è proprio rispetto al significato di questa “improbabilità” che negli obiettivi di medio periodo va posta la revisione delle politiche sanitarie assumendo la questione del rapporto ambiente e salute come perno per lo sviluppo della programmazione del sistema dei servizi e dei presidi.

Dalla fine degli anni '70 era prevalsa, ai massimi livelli della dirigenza sanitaria occidentale, la convinzione che le epidemie, in particolare le zoonosi, non sarebbero più state un problema per i paesi “sviluppati”. La sconfitta del vaiolo su scala planetaria, in ragione delle campagne vaccinali, aveva indotto l'idea che era possibile allentare l'attenzione sui rischi ad esse legate. Tale sottovalutazione ha comportato nel tempo un indebolimento dell'attenzione agli sconvolgimenti ambientali e climatici che hanno elevato e moltiplicato le frequenze del fenomeno dello *spillover*, del salto di specie di virus e batteri da ospiti animali agli umani¹⁶. Non è compito di questo articolo affrontare l'argomento, peraltro assai complesso. Il problema dovrà essere preso in carico dai governi, dalle istituzioni di ricerca, dalla sanità. Il primo

¹⁶ David Quammen, *Spillover L'evoluzione delle pandemie*, Milano, Adelphi, 2014.

passo è quello di intervenire nella formazione universitaria affinché vi sia una maggiore integrazione disciplinare tra le scienze mediche e le scienze biologiche. Rilevanti finanziamenti alla ricerca dovranno essere destinati al tracciamento e alla individuazione precoce dell'apparire di focolai da agenti biologici tradizionali e nuovi.

Conoscenza e comunicazione

La vicenda della pandemia Coronavirus, ancora in atto anche se, speriamo, in via di declino ha prodotto una mole enorme di dati e di conoscenze che dovranno essere rielaborati per divenire conoscenza scientifica e cultura diffuse. La preoccupazione maggiore è, che ancora una volta, sommerso il problema, si riprendano le routine negligenti e pressapochiste che hanno portato molti paesi nel mondo sull'orlo della ingovernabilità sanitaria e civile della pandemia. Già in questa fase stanno emergendo movimenti di opinione che si esprimono contro le misure di prevenzione, che negano che il virus sia ancora presente e possa ancora fare molto male. Si palesa un ribellismo strisciante sostenuto ad arte da un fiume sotterraneo di fake news, che sono fatte proprie e credute da centinaia di migliaia di persone. Purtroppo tutto questo è reso possibile, in particolare nel nostro paese, dal fatto che a livello di base non esiste una cultura scientifica di base in grado di rendere "immuni" le persone dalle manipolazioni interessate. Un grande lavoro spetta alla scuola per fornire gli strumenti di base alle nuove generazioni perché sappiano riconoscere le priorità e gli obiettivi sui quali costruire il loro futuro. Studi accurati su come è stata "comunicata" la pandemia dai media tradizionali e dai social saranno sicuramente svolti e ci faranno capire meglio che ruolo hanno avuto in ogni fase gli esperti di turno, la processione di virologi, epidemiologici, matematici ispiratori di scenari nel fornire una informazione obiettiva e puntuale sugli eventi.

Nel chiudere vogliamo ricordare come i medici di sanità pubblica – Robert Koch era tra questi- affrontarono l'epidemia di colera della città di Amburgo del 1892 con coscienza e scienza. Quella esperienza drammatica mise in luce le compromissioni e l'irresponsabilità della oligarchia dei ricchi commercianti e armatori e nel 1893 le elezioni al Senato della città furono vinte dai socialdemocratici sulla base di un programma che prevedeva il risanamento della parte popolare della città più colpita dall'epidemia.

Gino Rubini, editor di Diario Prevenzione.
12 giugno 2020

