

PREVENZIONE COLLETTIVA E CENTRALITÀ DEL TERRITORIO NELLA SANITÀ

Mauro Valiani

S

secondo il 2019 Global Health Security Index ranking, l'Italia non era particolarmente attenta ai problemi posti dalla diffusione delle malattie infettive. La molto citata e poco praticata *preparedness*, infatti, doveva risultare superficiale, poco credibile e del tutto accantonato il “Piano pandemico nazionale” elaborato nel 2003 in occasione dell'influenza aviaria. In poche settimane abbiamo visto la gravissima perdita di vite, ancor più eclatante quella di tanti operatori sanitari.

Due, tragicamente dolorose, criticità nel corso della pandemia (1):

- l'assenza di un filtro territoriale (cure primarie, medici di famiglia, servizi di igiene pubblica) che identificasse i casi, i conviventi e i contatti, intervenendo a domicilio o inviando quando necessario in ospedale, ha disorientato la popolazione, ha messo in panico i pazienti e ha prodotto il collasso degli ospedali;
- le migliaia di decessi di anziani nelle RSA nel corso della pandemia sono state causate dal coronavirus e da scelte e comportamenti su cui indaga la magistratura.

In questa pandemia da tante parti è stata molto evidenziata la crisi dei servizi territoriali, veramente mortificati negli ultimi lustri; a fronte, tuttavia, di esperienze locali positive, compresi esempi di buona gestione delle RSA. L'epidemia è dilagata in modo molto forte specialmente in regioni come la Lombardia. A fronte di una mancanza e arretratezza della medicina territoriale, in Lombardia l'investimento si è mosso verso una medicina ospedaliera. Il secondo grande guaio lombardo è che, in questo investimento sulla medicina ospedaliera, più del 70% del denaro della Regione va a ospedali privati convenzionati.

Molti osservatori, nel confronto dei cosiddetti *outcomes* tra Lombardia (o Veneto) e Piemonte, con governi regionali della stessa area politica, hanno fatto riferimento al parametro ‘mancata sanità territoriale’ come fattore causale del diverso impatto che ha avuto la diffusione della malattia (2).

Conviene ben considerare gli aspetti ‘quantitativi’ di questo fattore causale. Tuttavia è bene valutare anche alcuni tratti ‘qualitativi’ dell'assetto socio-sanitario che, certamente in diversa misura, connotano tendenze e tratti diffusi nel nostro Paese, comprese le ex ‘regioni rosse’. Tra questi vi è senz'altro una certa visione ‘prestazionale’ del servizio sanitario aziendalizzato che mette tra parentesi la missione fondamentale del prendersi cura della ‘persona’ e quella della ‘produzione di salute’. Per la visione neo-liberalista della società (di cui la cosiddetta disciplina di bilancio dell'austerità è un asse portante), le prestazioni in quanto tali, a differenza della presa in carico complessiva della persona, possono essere acquistate in vario modo, anche dal privato o dal terzo settore. Ma anche ‘fare scorte’ – con riferimento alla carenza dei vari dispositivi di protezione – non è economicamente conveniente nella fondamentale concezione aziendalista.

Sappiamo che l'attuale assetto costituzionale (post riforma del Titolo V) affida allo Stato la determinazione dei principi generali del Servizio sanitario e la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza ed alle regioni l'organizzazione dei servizi. Ma l'organizzazione dei servizi regionali deve essere coerente con i principi e obiettivi generali. Questo non è stato per alcuni modelli regionali come la Lombardia (a partire dal ‘rito ambrosiano’ che separava gli ospedali dal territorio negli anni '80) e, dopo, la Liguria, il Piemonte, ecc. Ha preso campo, diciamo, un pensiero ‘denghiano’ (non importa se un gatto è nero o bianco finché prende topi). La realtà ci ha dimostrato, invece, che le scelte ‘organizzative’ dei sistemi non sono neutre: alcune di queste possono contraddire duramente i principi generali delle leggi nazionali (L. 833/78 e segg.). Questi rischi sarebbero ulteriormente esacerbati dalle sciagurate richieste di autonomia differenziata avanzate particolarmente da Lombardia, Veneto e Emilia-Romagna. Come ha affermato l'Associazione degli Epidemiologi (3), la risposta alla epidemia non si giova di una gestione frammentaria di venti regioni che non dialogano, non si scambiano in modo strutturato le esperienze, e non condividono strumenti,



La realtà ci ha dimostrato che le scelte 'organizzative' dei sistemi non sono neutre: alcune di queste possono contraddire duramente i principi generali delle leggi nazionali

Per la visione neo-liberalista della società le prestazioni in quanto tali possono essere acquistate in vario modo, anche dal privato o dal terzo settore

metodi, successi ed insuccessi.

Lo smontaggio del territorio, mettere i servizi territoriali 'sotto' l'ospedale, affidare la gestione dei malati cronici a dei 'provider' del privato o del privato-sociale (Lombardia) e deprimere i medici di famiglia, non sviluppare Case della Salute 'vere', annichilire i servizi di prevenzione collettiva (Dipartimenti della Prevenzione), usare le scarse risorse per la sanità verso quella privata accreditata e le esternalizzazioni (assorbono ormai più del 50% del finanziamento soprattutto nel Sud), la riduzione dei posti letto ospedalieri, senza nessuna programmazione nazionale o regionale, se non quella del taglio lineare della spesa sanitaria, i project financing per la costruzione degli ospedali, i sistemi di welfare – aziendali o privati – sostitutivi del servizio pubblico, le megaAsl che danneggiano più che gli ospedali i servizi territoriali dove, con l'assurdo allungamento della catena di comando, si perde il necessario contatto tra strutture socio-sanitarie ed il territorio specifico e i relativi Comuni: questo complesso di fenomeni ha comportato gravi danni, ancor più in situazioni estreme come le epidemie, dove è essenziale – lo abbiamo ben imparato – che “il virus non arrivi in ospedale”.

Questa involuzione, sostenuta dalle centrali del pensiero unico neoliberale ed esasperata soprattutto in Lombardia, ha dato i drammatici frutti che vediamo. Non si tratta di tornare a un SSN centralizzato, ma di ricostruire un equilibrio corretto in base a quanto previsto dalla Costituzione tra Stato, Regioni e Comuni, limitando il ruolo delle Regioni a programmazione e indirizzo, rivedendo il ruolo delle Aziende sanitarie, con l'anacronistico ruolo monocratico del Direttore generale e le loro enormi dimensioni, con Distretti grandi come città, che negano ogni decentramento amministrativo (4). Il rafforzamento del “territorio” (con al centro la diffusione di 'vere' Case della Salute) è un tema complesso perché coinvolge una grande molteplicità di attori e di interessi, ma, a questo punto, veramente ineludibile. Dobbiamo considerare dunque interventi a breve e lungo termine (1).

La sanità del territorio

Le disfunzioni della sanità pubblica sono uno degli aspetti più umanamente percepibili delle disuguaglianze sociali. E allora conviene contrastare un senso comune, finora corrente, affermando che, oltre agli interventi specialistici per le malattie acute, ci sono altre parti del servizio sanitario che – se ben funzionanti – salvano un numero maggiore di vite: ad esempio l'attività dei medici di famiglia e quelle territoriali in genere.

Il medico generalista, che ha nella sua cassetta degli attrezzi pochi strumenti e poca tecnologia, è quel medico che nella gerarchia delle specializzazioni mediche non occupa il gradino più alto. La chirurgia interviene in maniera decisa in un momento critico della vita di una persona, con risultati chiari, calcolabili e spesso risolutivi. In confronto, settori come quelli della medicina generale sembrano più vaghi e incerti. Tendiamo ad avere una visione 'eroica' della medicina e di conseguenza “abbiamo costruito i nostri sistemi sanitari come se fossero un corpo dei vigili del fuoco, con i medici diventati salvatori”. “Dobbiamo spostare l'attenzione dalla medicina eroica a quella che s'interessa delle persone per tutta la vita” (*Atul Gawande*). Non dimentichiamoci che nella realtà della medicina contemporanea dobbiamo far fronte anche all'epidemia delle malattie croniche. E la medicina generale è la branca della medicina che nel complesso ha gli effetti maggiori, perché riduce la mortalità, migliora la salute generale e contiene i costi della sanità (5).

Molto è stato detto circa lo stato di abbandono prima umano, oltre che assistenziale, di oltre trecentomila anziani custoditi nelle Residenze Assistenziali. Si è dibattuto anche sull'evoluzione che è avvenuta in questi anni, insieme alle Residenze per disabili, verso la gestione privata largamente maggioritaria di queste strutture. Su questo è necessaria una programmazione più stretta dei controlli e degli accreditamenti da parte delle Regioni ed il coordinamento del Ministero. Ma soprattutto la politica deve spingere per cambiare alcuni caratteri di fondo delle RSA: ci vuole, analogamente a strutture di

*Il rafforzamento del “territorio” è un tema complesso
perché coinvolge una grande molteplicità di attori e di interessi,
ma, a questo punto, veramente ineludibile*

altri settori, il mantenimento e lo sviluppo di una consistente parte a gestione pubblica, a pieno titolo nel SSN (chi non ha esperienza diretta non può efficacemente controllare!), insieme alla non accettabilità di ‘centroni’ con centinaia di persone e alla garanzia di un controllo sanitario specifico, non lasciato solo ai medici di mmg di ognuno degli ospiti. Per non parlare della necessità di potenziare l’assistenza domiciliare, alternativa alle residenze (superamento delle strutture residenziali come soluzione ordinaria alla fragilità delle persone!).

Alcuni altri punti di programma, sia per il livello nazionale che regionale:

- incrementare le assunzioni di infermieri;
- rompere l’imbuto formativo degli specializzandi e coprire il pesante numero di specialisti che mancano, compresa l’attivazione di una vera specializzazione per i Medici di famiglia;
- realizzare una diffusa e reale integrazione tra MMG e distretto;
- piano di investimenti a livello territoriale, sviluppo ‘vero’ della sanità d’iniziativa, robusta diffusione delle Case della Salute come luogo di integrazione e sede organizzativa di tutte le professioni;
- superamento delle convenzioni con passaggio alla dipendenza dei medici di famiglia, pediatri e specialisti ambulatoriali;
- decisa ripresa della politica sociale, con particolare riguardo alle misure di contrasto alla povertà;
- attribuire al Direttore di Distretto più poteri; è necessario un modello organizzativo a rete, non a piramide, che si muova in una logica di processo in cui chi governa il processo deve essere nelle Case della Salute, cioè bisogna rafforzare l’interfaccia tra bisogni ed organizzazione delle risposte ai bisogni; prevedere la necessità di affiancare ad Aziende grandi e sempre più legate alla sanità ospedaliera (comunque da ridiscutere, contro una eccessiva tendenza al gigantismo), zone distretto forti con budget dedicati e competenze sociosanitarie;
- è necessario che la tutela e produzione di salute sia in capo a ogni altra politica amministrativa locale, dall’urbanistica ai trasporti, dall’istruzione all’edilizia pubblica e privata, poiché è ormai

nozione diffusa che i principali danni per la salute derivino dall’ambiente. Ogni comune, singolo o associato, deve avere un Piano per la Salute e, funzionale a questo, disporre di un Profilo di Salute del territorio: strumento che non deve essere generico e vedere il coinvolgimento degli operatori socio-sanitari nella sua costruzione; - contrasto alla precarietà in sanità, valorizzazione del lavoro degli operatori, progressiva riduzione delle esternalizzazioni. Su questi punti mi sembra convincente una sintesi recentemente proposta da un medico (6).

I servizi pubblici di prevenzione collettiva

Il duro colpo dell’epidemia Covid-19 ha visto questo settore sofferente di una lunga crisi strisciante (7). Colpisce particolarmente la nota di cinque medici già direttori Dipartimento della Prevenzione lombardi con la quale hanno lanciato il loro *j’accuse* alla sanità lombarda (8), insieme a quella di un gruppo di medici lombardi, che ha avuto anche echi internazionali (“una lezione per il mondo”, così definita dal Los Angeles Times) (9).

I fondamentali del controllo delle malattie infettive prevedono che il metodo per contenere la diffusione di un virus a trasmissione aerea è l’isolamento selettivo dei casi individuati grazie alla sorveglianza e dei loro contatti che, pur essi, vanno individuati e monitorati. Questo è un lavoro che, in Italia, è svolto dai servizi di igiene pubblica che poi sono confluiti negli attuali dipartimenti di prevenzione (10). La cosiddetta Fase 2 prevede il passaggio dall’isolamento generalizzato a quello selettivo. La sorveglianza delle nuove infezioni sul territorio, effettuata con la conferma dei casi con i test, può essere schematizzata così: individuare i casi con la sorveglianza (i); confermarli con il test (ii); individuare i contatti (iii); testarli e isolarli (iv). Tutto ciò abbisogna di uno strumento fondamentale che è mancato molto nella prima fase dell’epidemia, quale la disponibilità di test diagnostici (tamponi).

Bisogna potenziare al più presto l’organizzazione per il tracciamento “manuale” dei contagi per

*Particolarmente
per i luoghi
di lavoro
paventiamo che
alla cosiddetta
‘ripresa’ ci sia un
peggioramento
dei rischi
per la salute,
magari con
la motivazione
imprenditoriale
di ‘non andare
troppo
per il sottile’
nella fase di crisi
economica*

*E' urgente
un impegno
rilevante
sulla prevenzione
primaria
sia nei luoghi
di lavoro,
sia a livello
della popolazione
generale
per quanto
riguarda
l'inquinamento
ed il mutamento
climatico*

prevenire la seconda ondata (in parallelo alle previste *App*), evitando lo sviluppo di nuovi focolai incontrollati dell'epidemia. Per questo intervento serve molto personale: medici igienisti, assistenti sanitari, educatori professionali, ma si può attingere anche agli specializzandi e agli studenti di varie discipline (medicina, infermieristica, etc).

Usciti dalla fase emergenziale dovremmo riconsiderare anche gli assetti organizzativi, ma sempre all'interno di un potenziamento generalizzato del complesso dei servizi territoriali. Su quattro punti, essenzialmente: ricostruire e aggiornare, con una regia centrale, i Piani Pandemici a tutti i livelli, anche locali, e in generale rafforzare la cultura professionale dell'"essere preparati" (i) (11); garantire un'integrazione tra gli operatori dell'igiene pubblica – particolarmente gli addetti a malattie infettive/vaccinazioni – con gli operatori dei distretti nelle Case della Salute (ii); mettere mano alla mancata integrazione tra gli interventi di prevenzione nei luoghi di lavoro e di controllo ambientale (una maggiore integrazione tra ASL (dipartimenti di prevenzione e Agenzie ambientali) (iii); soprattutto rivedere la deleteria eccessiva separazione gestionale tra la parte medica e quella del 'comparto' (infermieri, tecnici della prevenzione, ecc.) che vede spesso la definizione di programmi, anche operativi, disgiunti (iv); un grande sviluppo della formazione professionale delle diverse figure professionali (v). Più in generale è urgente un impegno rilevante sulla prevenzione primaria (non tanto stili di vita, ma elementi strutturali), sia nei luoghi di lavoro, sia a livello della popolazione generale per quanto riguarda l'inquinamento ed il mutamento climatico. La salute della popolazione generale (minacciata sempre più da macrodeterminanti ambientali come la crisi climatica e i 'moderni' inquinanti chimici che realizzano i ben noti incrementi di tumori, soprattutto infantili, in certe aree di crisi...) e la salute dei lavoratori sono due facce della stessa medaglia; sarebbe opportuna un'unificazione delle competenze ambientali, sanitarie ed epidemiologiche. A ciò potrebbe contribuire la realizzazione un nuovo sistema organizzativo integrato ambientale-sanitario che assicuri livelli d'intervento professionale ed etico appropriati ai problemi e ai bisogni territoriali, che susciti una rinnovata partecipazione. L'unificazione dei laboratori analisi dei dipartimenti prevenzione e quelli delle Arpa potrebbe essere un primo passo. Dobbiamo ricondurre a unità l'intervento pubblico di tutela di salute e dell'ambiente (One Health) in quanto le condizioni ambientali come quelle nei luoghi di lavoro sono determinanti

di salute, come confermato anche dalla attuale emergenza pandemica. Teniamo in maggiore conto la salute animale: gli allevamenti intensivi favoriscono il passaggio di specie dei virus e sono alla base della promozione di consumi e abitudini alimentari non salutari.

Particolarmente per i luoghi di lavoro paventiamo che alla cosiddetta 'ripresa' ci sia un peggioramento dei rischi per la salute, magari con la motivazione imprenditoriale di 'non andare troppo per il sottile' nella fase di crisi economica. Già ora i lavoratori che rientrano al lavoro manifestano timori e paure per il futuro e ci ha colpito negativamente il particolare che nell'art. 9 del DPCM del 26 aprile, tra gli organi di controllo previsti all'attuazione delle norme anti Covid, con il coordinamento dei prefetti, non siano previsti i dipartimenti di prevenzione delle ASL. Sottolineiamo alcuni punti di impegno specifici: garantire che Regioni e Ministero della Salute rendicontino annualmente circa lo stato di attuazione dei rispettivi Piani regionali e nazionale di prevenzione (i); necessario riordino del sistema di incentivi alle imprese connessi a questa materia; completare i decreti attuativi (ad es.: patente a punti, 'qualificazione' delle imprese) del DLgs. 81/2008 (Testo Unico Sicurezza lavoro) (ii); ribadire l'utilità di insistere per interventi di sistema, oltre ai controlli puntuali: piani mirati, azioni di promozione (iii); rafforzare l'alleanza fisiologica dei servizi pubblici con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS), per ridurre i rischi di pericolosa autoreferenzialità dei servizi di controllo (iv); revisione-rafforzamento del ruolo pubblicistico del medico del lavoro di azienda ('medico competente') (v).

Conclusioni

Abbiamo sentito molte espressioni – ancorché generiche – di impegno per il futuro. In verità non sappiamo con quale 'contratto sociale' e che tipo di società emergerà dalla pandemia. Le crisi aprono di per sé scenari più avanzati? La percezione dell'opinione pubblica sulla centralità dello Stato condurrà verso politiche governative che allarghino il perimetro pubblico?

Penso invece che nella crisi si ridislocano in maniera repentina i poteri, in modo conforme alla forza dei vari attori in campo. La lezione sui pericoli di atteggiamenti anti-scientifici e sugli errori nell'allocazione delle risorse che l'Italia ed il mondo stanno vivendo è complessa e durissima, così dura che oggi non si può avere un'idea chiara del "dopo" che ci sta aspettando. Ancora una volta, insomma, molto dipende dal 'discorso' e dalle forze che sapremo organizzare. Non si può affrontare l'emergenza senza guardare al dopo. In pratica, anche le scelte che

si fanno nel periodo dell'emergenza prefigurano quello che sarà.

In conclusione, il primo imperativo di questa fase è potenziare i servizi territoriali (12) e creare le condizioni per la cascata successiva di azioni. 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, medici aziendali) deve essere di molto valorizzato. Potenziare le capacità operative della sorveglianza sul territorio è anche meno difficile, ma altrettanto prezioso, dell'aumento delle terapie intensive. Nei servizi di prevenzione, servono epidemiologi addestrati a reagire rapidamente per fermare minacce per la salute emergenti e tutte le figure professionali sopra dette, possibilmente giovani

e motivate.

Chiedere l'adesione ad una *App* non è sufficiente. Inseguire vaccini non è sufficiente. Sperimentare terapie non è sufficiente. Annotiamo nel nostro taccuino che dovremo chiedere la ricostituzione di una rete epidemiologica nazionale, la predisposizione di piani di prevenzione regolarmente aggiornati, l'organizzazione di sistemi di risposta capaci di far fronte a eventi che ormai non sono più imprevedibili: le epidemie globali fanno parte della nostra vita, non dell'imponderabile (13).

Una riforma del capitalismo (14) dovrebbe davvero partire anche dalla sanità pubblica. Insomma: dobbiamo passare da 'quel che è disponibile' a 'quel che è necessario'.

Note

(1) G. Maciocco - <https://www.saluteinternazionale.info/2020/04/lettera-aperta-al-ministro-della-salute/>

(2) C. Borghetti - http://www.quotidianosanita.it/m/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=83999;
R. Mete - http://www.quotidianosanita.it/lazio/articolo.php?articolo_id=84243

(3) http://www.epiprev.it/editoriale/epidemiologia-e-covid-19-italia-consentire-e-coordinare-l'accesso-ai-dati-un'ampia-collab?fbclid=IwAR0sLFoQ1YAwRsCxcdvNGxThXBx10xmK-DRtOnpHdk-ZK9_Cz1cQaqXkywE

(4) Cosa ci sta insegnando la pandemia - <https://www.facebook.com/ForumDIRITTOallaSALUTE/posts/2590577671200547>

(5) G. Maciocco - <http://www.saluteinternazionale.info/2017/11/il-medico-che-ti-salva-la-vita/>; C. Francini et al. - <https://www.saluteinternazionale.info/2020/04/la-casa-della-salute-alla-prova-del-covid-19/>

(6) N. Preiti - http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=84404&fbclid=IwAR2B1h-A6ePD_eDu51RNkHLLKeXNnP4QHuurQmR08J5gPMcgu5d2k1Q-oSuY

(7) ..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. <https://www.snop.it/attachments/article/1026/la%20prevenzione%20al%20tempo%20del%20coronavirus.pdf>

(8) Cinque medici già direttori Dipartimento della Prevenzione lombardi lanciano j'accuse alla sanità lombarda - <https://www.bergamonews.it/2020/04/27/che-errore-far-gestire-la-pandemia-ai-direttori-general-e-non-ai-dipartimenti-di-prevenzione/368786/>

(9) - Italian doctors call for protecting healthcare workers and boosting community surveillance during covid-19 outbreak - <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1254>; - Perfect storm: Virus disaster in Italy's Lombardy region is a lesson for the world - <https://www.latimes.com/world-nation/story/2020-04-26/perfect-storm-virus-disaster-in-italys-lombardy-region-is-a-lesson-for-the-world>

(10) P. D'Argenio - <http://www.scienzainrete.it/autori/dargenio/1003>; D. A. Henderson - The Development of Surveillance Systems

(11) ...*Non bisogna dimenticare, però, che solo pochi mesi or sono l'ipotesi di destinare energie e risorse per essere meglio preparati verso una possibile, ma comunque ipotetica pandemia non avrebbe avuto la forza di superare indifferenza, scetticismo, atteggiamenti anti-scientifici e sospetti di oscuri interessi e corruzione. Come sarebbe stato possibile indurre un paese che ha difficoltà a convincere una quota elevata della sua popolazione dell'importanza delle vaccinazioni basilari dell'infanzia, a destinare una parte significativa delle risorse per essere preparati verso un evento mai visto, come una nuova pandemia? Quasi tutti i paesi del mondo hanno questo tipo di problema che declinano ognuno in modo diverso sulla base della propria cultura.... Una valutazione di come l'Italia ed il mondo potevano essere meglio preparati e di come si sta reagendo di fronte alla pandemia, potrà essere fatta solo quando la pandemia sarà finita. È comunque probabile che in futuro la preparedness sarà molto più al centro dell'interesse nella politica della salute pubblica.* <https://www.scienzainrete.it/articolo/rapporto-covid/accademia-nazionale-dei-lincei-commissione-salute/2020-04-01>

(12) "la fine dell'incubo è il territorio". <https://comune-info.net/la-fine-dellincubo-e-il-territorio/>

(13) N. Dirindin - <https://salutedirittofondamentale.it/prendiamo-appunti/>

(14) G. Giraud - <https://www.vaticannews.va/it/osservatoreromano/news/2020-04/capitalismo-da-ricostruire-a-partire-dalla-sanita-pubblica.html>

Dovremo chiedere la ricostituzione di una rete epidemiologica nazionale, la predisposizione di piani di prevenzione regolarmente aggiornati, l'organizzazione di sistemi di risposta capaci di far fronte a eventi che ormai non sono più imprevedibili