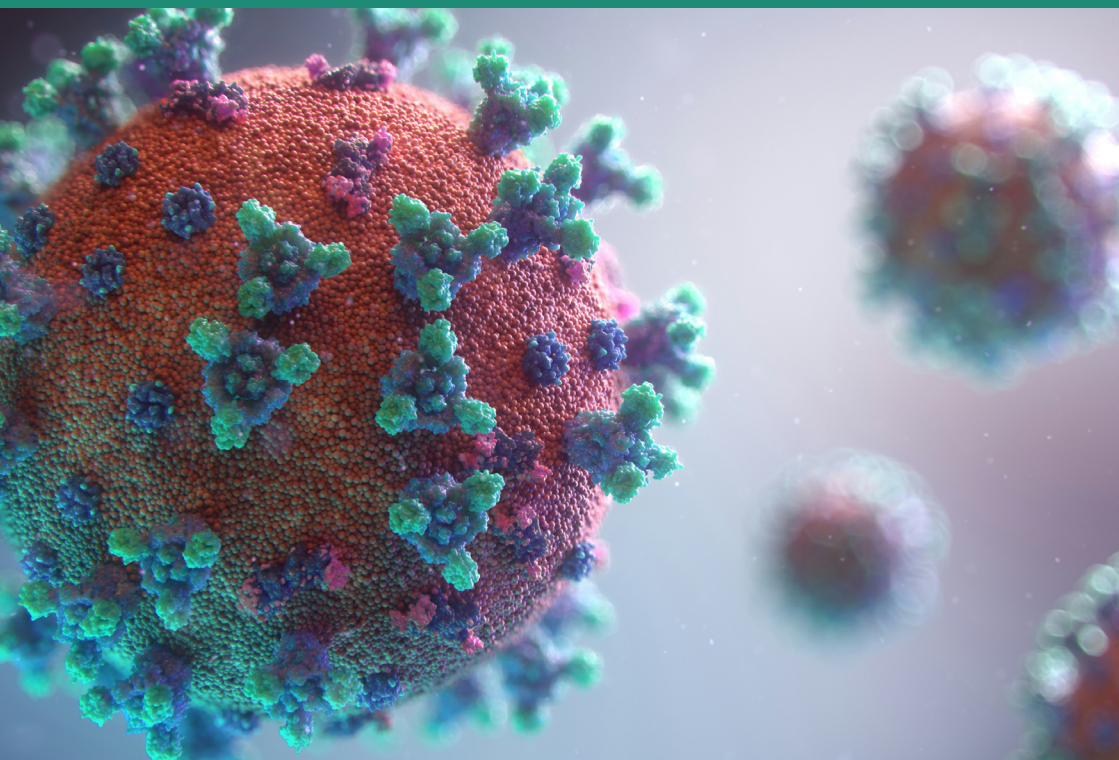


Dal Covid alla sanità di domani/2

A cura del Dipartimento Salute
della Fondazione per la Sussidiarietà



Dal Covid alla sanità di domani/2

Gli articoli de [ilSussidiario.net](https://ilsussidiario.net) 2020-2022

A cura del Dipartimento Salute
della Fondazione per la Sussidiarietà

Progetto grafico: Milani Design

© 2024 Fondazione per la Sussidiarietà, Milano

© 2024 [ilSussidiario.net](https://ilsussidiario.net), Milano

Tutti i diritti riservati

Quaderni de Il [Sussidiario.net](https://ilsussidiario.net) | Anno 2024 | N. 1

Dal Covid alla sanità di domani Quaderni de | Anno 2022 | N.1 A cura del Dipartimento Salute della Fondazione per la Sussidiarietà
ilSussidiario.net è un quotidiano online che offre ogni giorno una selezione di notizie di attualità, interviste e contributi originali di esperti, giornalisti, ricercatori, intellettuali, politici, religiosi o, semplicemente, testimoni di fatti avvenuti.

ilSussidiario.net è letto da una media di oltre 10 milioni di utenti unici ogni mese, che provengono da quasi 200 Paesi.

I Quaderni de ilSussidiario.net rendono così disponibili i principali “dossier” e “speciali” del quotidiano online, secondo un percorso culturalmente significativo per l'autorevolezza dei contributi e per il confronto tra gli autori di diversa formazione e impostazione che collaborano alla testata.

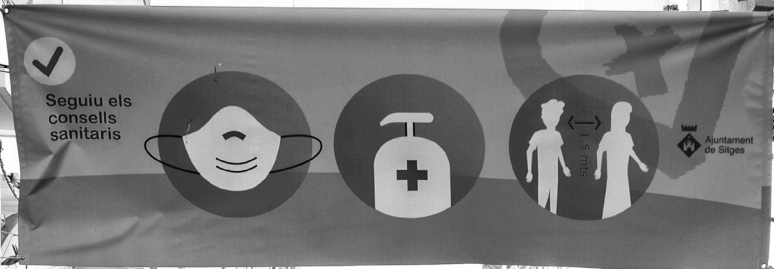
Indice

- 9 **Introduzione**
Carlo Zocchetti
- 33 **La pandemia**
- 37 **Parte prima**
Generalità
- 40 **Camus e il coronavirus**
Giuseppe Frangi
- 42 **Coronavirus: qualche domanda (senza polemica)**
Gianluigi Da Rold
- 45 **Scacco matto (al coronavirus)**
Luigi Cammi
- 49 **Covid-19, come siamo cambiati (noi medici)**
Camillo Rossi
- 53 **Covid, libertà e responsabilità**
Giorgio Bordin
- 57 **Lockdown, giornali, vaccino: tutti gli errori fatti**
Luigi Fabbris
- 62 **Elencare così ricoveri, casi e decessi è un rito inutile (e dannoso)**
Luigi Fabbris
- 67 **Vaccinazioni, come svoltare**
Carlo Signorelli
- 70 **Dal Regno Unito la strategia in 10 punti che ci fa vincere la guerra al Covid**
Michele Castelli
- 74 **Tumori e Covid. Mortalità al 35%: i malati "dimenticati" e le cose da fare subito**
Paola Binetti
- 78 **Numero infetti, zone rosse e riaperture: ecco gli errori da evitare**
Giuseppe Arbia

- 83 **Green Pass. L'effetto "primavera araba" causato dalle bugie dei grandi media**
Alberto Contri
- 87 **La vaccinazione non basta, servono mascherine e tracciamento**
Paolo Bonfanti
- 90 **Il post-pandemia è già cominciato: ecco quanto e come stiamo cambiando**
Luigi Fabbri
- 98 **La scienza è un totem, i media hanno fallito, gli incerti sul vaccino sono 3 volte i "no vax"**
Luigi Fabbri
- 106 **Ecco perché dire "sarà solo un'influenza" per alcuni non è tranquillizzante**
Carlo Zucchetti
- 109 **Era già in Lombardia a settembre 2019: ecco le prove (e perché ci è sfuggito)**
Antonella Amendola, Mirella Pontello
- 115 **Parte seconda
I numeri**
- 117 **Fase 2, Quando inizierà? Ecco perché i numeri non bastano a rispondere**
Giuseppe Arbia
- 124 **La gestione lombarda del Covid non è adeguata? Uno studio dice il contrario**
Paolo Berta
- 129 **Indicatori : ventuno 21 sono troppi, ne bastano 3 per spiegare l'impatto del virus"**
Luigi Fabbri
- 134 **Quando il virus è più infettivo? Il mercoledì e il giovedì**
Carlo Zocchetti
- 137 **Le scelte (e gli errori) che spostano a giugno la fine del virus**
Paolo Berta
- 141 **Morti +15,6%, tasso di mortalità +8,3%: la differenza che inganna**
Enrico Gori, Raffaella Marin

- 153 **Quattro obiezioni che smontano l'Rt, ecco l'indicatore giusto da seguire**
Giuseppe Arbia
- 157 **I veri numeri dei decessi per effetto della pandemia**
Paolo Berta, Giorgio Vittadini, Carlo Zocchetti
- 164 **Eccesso di mortalità: solo Covid o anche altre patologie?**
Giorgio Vittadini, Carlo Zocchetti
- 170 **Mortalità Covid/ Vaccinati e non vaccinati, 2 epidemie a velocità diverse**
Giuseppe Arbia
- 173 **Ricoveri 2020 in caduta sotto i colpi delle ondate Covid**
Carlo Zocchetti
- 181 **Dopo 2 anni di pessimismo il disagio psichico è aumentato del 25%**
Luigi Fabbris
- 188 **Incidenza, Rt, ricoveri: quando la confusione crea cattiva informazione**
Carlo Zocchetti
- 193 **Parte terza
Riflessioni**
- 195 **La grande opportunità del coronavirus**
Luigi Cammi
- 198 **Educare al tempo del coronavirus**
Giorgio Vittadini
- 201 **Andrà tutto bene: sì, ma nel frattempo?**
Maurizio Vitali
- 204 **Mascherine e desiderio di Dio, l'Italia può (e deve) cambiare**
Salvatore Abbruzzese
- 207 **Coronavirus, quello che sto imparando**
Giorgio Vittadini
- 210 **Coronavirus, una sfida alla ragione**
Fernando De Haro
- 213 **Ottimismo e coraggio**
Luigi Cammi

- 215 **La riscoperta di un popolo dopo il coronavirus**
Fernando De Haro
- 218 **Covid, imprevisto e speranza**
Giorgio Vittadini
- 220 **Come non buttare via il Covid**
Giorgio Vittadini
- 222 **Provati dal Covid, non smettiamo di cercare un senso**
Felice Achilli
- 225 **Oltre il Covid/ Un “vaccino morale” per superare lo Stato di emergenza**
Salvatore Abbruzzese
- 228 **Contro l'Effetto-Covid/ Fidarsi della scienza? Solo quando risponde ai bisogni umani**
Augusto Pessina
- 232 **Covid & Politica/ Si può cancellare la libertà con la scusa di salvare il Pil?**
Mauro Bottarelli
- 237 **Sanità Post-Covid/ “Ansia, motivazioni, turnover: c’è una crisi di senso che non si vuol vedere”**
Alberto Reggiori
- 242 **COVID/ Obbligo vaccinale vs. libertà di cura: è ora di finire la “guerra civile”**
Anna Maria Bellesia
- 246 **Gli autori degli articoli**



Introduzione

Carlo Zocchetti

Tre anni di Sars-CoV-2!!! Bastano quattro parole per descrivere il travaglio che il mondo intero ha vissuto dagli inizi del 2020 (anche ci sono diversi segnali che la nascita del virus debba essere fatta risalire a qualche mese prima) per l'azione di un microscopico oggetto di cui ancora oggi conosciamo abbastanza poco, ma proprio la sua invisibilità ed impalpabilità sono probabilmente la maggiore fonte di paura e di preoccupazione.

Credo sia difficile trovare nella storia moderna del nostro paese, almeno dalla fine della seconda guerra mondiale, un argomento sanitario che sia stato trattato più a lungo e più diffusamente di questa pandemia che ancora ci sta accompagnando (e probabilmente, con forme e modalità che al momento non è facile prevedere, ci accompagnerà, magari in maniera "più amichevole", nei tempi a venire). Per motivi diversi, come soggetti (gravemente o meno) colpiti direttamente dall'infezione, come operatori che si sono battuti contro la pandemia, come esperti (o ritenuti tali) che hanno cercato di spiegarcela, come sistema dell'informazione che (con modalità spesso urlate e molto discutibili) ha provato a raccontarcela, come responsabili che hanno dovuto prendere delle decisioni o come cittadini che le hanno applicate o, spesso, disapplicate o non accettate, come titolari di attività di qualsiasi tipo, non solo economiche, che hanno visto (e probabilmente stanno ancora vedendo) sacrificati i propri sforzi e le proprie iniziative a seguito delle restrizioni che la battaglia alla diffusione del virus ha visto imporre, come soggetti vaccinati ovvero contrari alla vaccinazione, come mondo della produzione e della ricerca attivo per produrre efficaci modalità di contrasto (vaccini, cure, tipi di assistenza, ...) alla pandemia, ed anche come singoli, gruppi, o aziende che stanno traendo benefici (di varia natura) da quello che è successo: tre anni vissuti praticamente chiusi in una bolla senza vedere una conclusiva via di uscita. È comprensibile allora che lo slogan che aveva caratterizzato le reazioni all'inizio della pandemia ("Andrà tutto bene"), e che si è dimostrato del tutto fallimentare,

sia oggi sostituito da un diffuso senso di insofferenza: di questo virus “non se ne può più!”, “quando torneremo ad una vita normale?”.

Ebbene, se è del tutto legittimo il desiderio di tornare ad una vita considerata “normale” (anche se ci si deve ovviamente interrogare su cosa vuol dire normalità), seguire la strada segnata dal diffuso senso di insofferenza e dalla voglia di passare oltre e dimenticare è il modo migliore per buttare alle ortiche la grande occasione che abbiamo davanti (Papa Francesco: *“peggio di questa crisi c'è solo il rischio di sprecarla”*, messa di domenica 31 maggio 2020). Perché tre anni (ma saranno certamente di più) di pandemia non possono essere passati invano, ed anche quando l'avremo superata, qualunque ne sarà l'esito, non sarà possibile far tornare indietro le lancette dell'orologio della storia: saremo (e lo siamo già) comunque in un altro mondo, vivremo necessariamente di nuove prospettive che si spera educate dalle esperienze maturate, avendo augurabilmente tratto insegnamento da quello che è successo non solo nel nostro paese.

Tre anni vissuti con il virus Sars-CoV-2: c'è ancora qualcosa che non è stato detto o che vale la pena di dire? Di sicuro si è detto di tutto ed anche il contrario di tutto, come dimostra molto bene il contenuto di questo volume, e volendo si può continuare (perché di fatto si continua) a dire di tutto ed il suo contrario: ma non è questa la prospettiva che ci interessa mettere sul tavolo. Se non vogliamo sprecare una grande occasione, se non ci si lascia travolgere dalla necessità di dimenticare in fretta, di *“scordarci del coronavirus”* (“La vera libertà sarà scordarci del coronavirus”, Emanuele Trevi, Corriere della Sera, 7.2.2022) e di passare oltre le difficoltà che ci hanno così improvvisamente investito, occorre accettare la sfida della realtà: bisogna fare la fatica di imparare da quello che è successo, rispondendo alle tante urgenze e sfide che il periodo ci ha imposto. E nel fare questo si deve anche avere l'umiltà di riconoscere gli eventuali errori che sono stati compiuti.

Non è però un problema di atteggiamento individuale, di stato d'animo e di umore, ottimisti contro pessimisti, chi vede la fine

del tunnel e chi non la vede o se l'immagina molto più lontana nel tempo. Dobbiamo pensare al Covid *“solo come una sciagura?”* si chiede D. Prosperi (*“L'era smart e il bisogno di contatti”*, Corriere della Sera 8.1.2022). Certo, nessuno si augurerebbe la necessità di una pandemia come questa per costringerci a riflettere, ma visto che questa è la realtà di oggi Prosperi ci lancia una significativa provocazione che qui si intende raccogliere: *“Forse, nell'era di Internet e dei ‘metaversi’ in cui sempre più si vive rinchiusi, paradossalmente ci voleva qualcosa come il Covid per restituirci il senso del grandioso potere che si nasconde nella fragilità delle nostre mani, nell'umiltà dei nostri volti, delle nostre labbra”*.

Cosa contiene il volume

In termini pratici il volume riproduce, cercando di mantenere la sequenza temporale con cui sono stati predisposti, una selezione degli editoriali e degli articoli sul (o attorno al) Covid-19 pubblicati da Il Sussidiario nel triennio 2020-2022, che per comodità ed omogeneità di lettura sono stati suddivisi in tre capitoli: generalità, i numeri, le riflessioni. Inoltre, per favorire la esatta collocazione di ogni singolo contributo, ciascun intervento (oltre ovviamente al nome degli autori che lo hanno prodotto) riporta la data di pubblicazione, così da permettere a chi lo voglia di ricostruire anche lo spazio informativo (gli altri argomenti del giornale in quel periodo) nel quale era inserito: è uno sforzo che suggeriamo al lettore attento ed interessato perché un elemento sicuro che ha caratterizzato questi tre anni di pandemia è il continuo cambiamento di argomenti, temi, preoccupazioni, priorità, esigenze, proposte, etc., che abbiamo dovuto registrare, ed il reale contributo fornito dagli scritti raccolti si coglie meglio nel momento in cui viene contestualizzato anche il quadro complessivo in cui sono stati proposti. Tutti i singoli articoli di questa raccolta sono pubblicamente reperibili nel sito web de Il Sussidiario (<https://www.ilsussidiario.net>).

Si tratta nella quasi totalità di contributi spontanei o di contributi stimolati dalle attività in corso nella Fondazione per la Sussidiarietà (<https://www.sussidiarieta.net>), ed anche questo è un segnale di vivacità, della voglia di imparare e di non sprecare una occasione propizia.

Il primo gruppo (generalità) rende conto degli argomenti principali che hanno interessato il dibattito: le polemiche e le testimonianze degli operatori nei primi momenti della diffusione del virus, le notizie provenienti dall'estero (ed in particolare dalla Gran Bretagna), l'emergere del tema dei vaccini e di tutte le perplessità ad essi riferite, i lockdown e le azioni di contrasto alla diffusione del virus, il dibattito sui dati a disposizione, su quelli che sarebbero necessari o utili, sulle modalità della loro comunicazione e diffusione, la preoccupazione per la disattenzione verso le altre patologie (ed in particolare, ma non solo, quelle oncologiche) e per il ritardo o la rinuncia alle cure ed agli esami diagnostici, il problema della suddivisione del territorio in zone con diverso livello di restrizione e di attenzione e le relative chiusure/aperture, l'utilità emersa soprattutto nelle prime fasi della pandemia di condurre specifiche indagini di tipo conoscitivo (ad esempio sugli immuni), il tema delle diverse varianti e dei loro effetti specifici, i green pass, i dubbi sulla efficacia delle vaccinazioni e la convivenza con episodi ripetuti di infezione nello stesso soggetto o nei soggetti vaccinati, la scoperta che la vaccinazione anche ripetuta non solo non basta ma la sua capacità protettiva è risultata diminuire col passare dei mesi e la conseguente necessità di insistere sul controllo dei comportamenti (mascherine, distanziamento, ...), il ruolo e gli interventi della politica per governare la diffusione del virus, e così via. In questo primo blocco è predominante il contributo degli editoriali, e l'elenco appena riportato rappresenta solo una fredda, sintetica e statica descrizione della vivacità del dibattito intercorso.

Il secondo gruppo di contributi parla di numeri. Tema difficilissimo, estremamente divisivo, aperto alla polemica anche urlata, che Il Sussidiario ha affrontato dando ampio spazio soprattutto agli statistici, agli esperti di valutazioni numeriche, ospitando contributi anche piuttosto corposi, metodologicamente ricchi e che avrebbero potuto trovare spazio su ben altri tipi di giornali (articoli strettamente di taglio scientifico). Il tentativo di rispondere alla domanda "Quanti sono i casi, i ricoveri, i decessi in particolare" ha visto contributi diversi e divergenti che solo di recente hanno trovato un accordo sui metodi (e di conseguenza,

poi, sui risultati), ma in questo contesto il filone di lettura più interessante da seguire è l'evoluzione delle opinioni (e dei conteggi) degli esperti statistici in tema di previsione della evoluzione della diffusione del virus: molti i tentativi effettuati ma, giudicati col senno di poi, risultati spesso fallimentari. Ugualmente interessanti sono i confronti tra ciò che è successo nel 2020 e ciò che è successo nel 2021 e 2022, e nei contributi arrivati a partire dalla fine del 2021 anche diverse valutazioni degli effetti della infezione distintamente tra i soggetti vaccinati e quelli non vaccinati.

Questo secondo gruppo di contributi è quantitativamente (in termini di numero di pagine) superiore alle altre parti del volume e la sua lettura richiederà necessariamente un impegno diverso rispetto al primo gruppo (ed a quello che segue) perché, tra altro, si tratta di districarsi nel bosco dei tanti dati che sono disponibili, il che richiede attenzione e (perché no) quel poco di dimestichezza coi numeri che faccia in modo che essi non siano solo aride cifre ma sappiano parlare a chi li vuole ascoltare. Su quest'ultimo elemento si deve registrare come l'utilizzo da parte degli organi di informazione (ma non solo) della comunicazione giornaliera dei dati fatta dalle istituzioni che ne hanno la competenza ha indotto più volte Il Sussidiario a proporre contributi indirizzati a comprendere come vanno letti i dati sulla pandemia per evitare la confusione informativa continuamente generata, e di cui buona responsabilità ricade proprio sulle istituzioni competenti, Istituto Superiore di Sanità in primis, per via della parziale inadeguatezza degli indicatori utilizzati per descrivere l'andamento del fenomeno pandemico nel tempo (sotto accusa, in particolare, è l'adozione dell'indice R_t per descrivere la capacità diffusiva del virus, indice che si è dimostrato intempestivo e produttore, nel momento in cui viene pubblicato, di indicazioni di tendenza ormai superate ed in contrasto con la realtà effettiva della pandemia).

Il volume si conclude con una serie di articoli di riflessione, che intervengono a 360 gradi su quello che la pandemia ci stava (e ci sta) insegnando a patto che ci si lasci interrogare da quello che ci succede attorno.

Cosa abbiamo imparato e stiamo imparando?

Cosa abbiamo imparato e stiamo imparando? Come siamo cambiati in questi tre anni di pandemia? È questa la sfida che il presente volumetto vuole mettere a tema, nella convinzione che l'unica maniera per non sprecare questa crisi è quella di voler pervicacemente ricercare cosa ci può insegnare, in cosa siamo cambiati. Per diverso tempo abbiamo accettato di non sapere, di non capire, ma è poi emerso con forza che avevamo bisogno di imparare da quello che stava avvenendo. È dirimente se di fronte a quello che è successo ci siamo stupiti, meravigliati, aperti, perché siamo consapevoli che è decisivo il grande insegnamento di San Gregorio di Nissa secondo il quale *“i concetti creano gli idoli, solo lo stupore conosce”*, cioè ci cambia.

Per quanto di per sé di rilievo considerate le caratteristiche di novità del virus, non si intende qui ragionare attorno a ciò che si è imparato relativamente alle sue caratteristiche virologiche specifiche ed agli aspetti clinici (e, più in generale, sanitari) che hanno caratterizzato la conoscenza che si è formata in questi anni (esordio, sintomi, diagnosi, patologie connesse, cure, percorso assistenziale, mezzi di supporto, prevenzione, ...), con tutte le incertezze che hanno segnato soprattutto i momenti iniziali della diffusione del Sars-Cov-2 e delle sue potenziali conseguenze: lasciamo al dibattito (in senso lato) scientifico, con le innumerevoli pubblicazioni che lo hanno riempito, di indicarci il punto a cui si è arrivati nella discussione, perché l'obiettivo di questo contributo è molto più ampio ed ha come oggetto tutti noi che siamo stati investiti da uno tsunami sanitario senza precedenti.

“Serve un impeto che renda lo sguardo capace di esaltare tutto il bene che c'è in tutto ciò che si incontra”: così Giussani e coll. in *“Generare tracce nella storia del mondo”* (Rizzoli BUR, 2019: pag. 181) indicano la maniera con cui va guardata la realtà, l'atteggiamento positivo con cui l'uomo pieno di umanità abborda il reale e ne coglie anche quel solo millesimo di verità che esso contiene, nell'ottica paolina di *“vagliare ogni cosa e trattenere il valore”*. Stiamo forse rinunciando ad avere un atteggiamento criti-

co nei confronti di quello che è successo (o sta accadendo)? No, anzi, è proprio l'opposto: non ci allineiamo al coro dei criticoni per forza, alle lamentele (spesso, per altro, giustificate) di quelli che hanno sempre da dire, ma non rinunciando a segnalare le crepe che la pandemia ha evidenziato (e sta ancora evidenziando) siamo tra quelli che ritengono che l'atteggiamento critico non significa trovare i limiti delle cose ma sorprenderne il valore ("Generare tracce", pag. 182). Come ci ricorda Giorgio Bordin, citando lo scrittore Václav Havel nell'incipit di un libro uscito proprio nelle prime fasi della pandemia ("Unità Covid. Riscoprirsi medici", Morellini Editore, 2020) a documentazione esemplificativa di come sono stati vissuti, in un piccolo ospedale del nostro paese, i mesi di marzo e aprile 2020 di fronte all'esplosione dell'episodio pandemico: *"La Speranza non è uguale all'Ottimismo, non è la convinzione che una cosa andrà bene, ma è la certezza che quella cosa ha un senso indipendentemente da come andrà a finire"*.

Sono esemplificativi, in proposito, i commenti proposti da M. Magatti ("Noi e il Covid. Questo virus non è uguale per tutti", Corriere della Sera, 10.1.2022) con i quali espone cosa, a suo modo di vedere, stiamo imparando, a cominciare dalla constatazione che quando scriveva eravamo ancora in mezzo alla pandemia (e chi lo avrebbe detto nell'estate del 2021 che successivamente ci saremmo ritrovati con una continua sequenza di ondate estese e diffuse al punto che non le numeriamo nemmeno più, anche se i numeri sono sempre minori?) e che i tempi sono più lunghi di quello che avremmo desiderato e sperato. Abbiamo di certo imparato, dice, che *"la nostra capacità di comprendere a fondo questo virus è ancora limitata"*, così come non risolutivo è stato fino ad ora il contributo della scienza (Magatti addirittura sostiene che *"la scienza non ci salverà"* perché *"non è il suo compito"*), perché *"occorrono anche la capacità delle istituzioni di dare risposte concrete e il contributo di tutti nell'adottare comportamenti consapevoli e responsabili"*. Anche se non è più di moda ed è stata formalmente abbandonata, l'idea che tutto andrà bene è (per quanto affievolita) ancora sostanzialmente in pista, ma ha preso prima la strada della cosiddetta "ripartenza", strada

che Magatti bocchia senza fare sconti (*“la retorica della ripartenza è sbagliata”*) perché secondo lui *“il virus è destinato a diventare endemico”*, e poi quella del *“sarà solo una influenza”*, concetto che avremo modo di riprendere tra poco. Per il sociologo *“Quando usciremo da questa pandemia non saremo più gli stessi e soprattutto non saremo tutti uguali”*: non che adesso lo siamo, ma è evidente che in questi tre anni il virus non ha colpito tutti allo stesso modo e l'eredità che ci sta lasciando si caratterizza soprattutto *“in termini di esasperazione di quelle disuguaglianze che già erano molto forti”*.

Ci siamo dilungati sul contributo di Magatti sia perché lo riteniamo adeguato a cogliere il cambiamento in corso e gli insegnamenti che da questo dobbiamo trarre, sia soprattutto perché è esemplificativo del percorso che questo volume vuole stimolare.

In questi ultimi 50 anni abbiamo creduto di avere vinto la battaglia contro le malattie infettive e ci siamo attivati affinché tutte le risorse sanitarie a disposizione fossero dirottate verso la presa in carico delle patologie croniche: il (o, la, come alcuni suggeriscono) Covid, ultimo e certamente più rilevante dei segnali che sono arrivati ripetutamente in questi ultimi 15-20 anni, ci sta mettendo con evidenza di fronte alla necessità che il prossimo futuro, con forme organizzative tutte nuovamente da studiare, dovrà prevedere una sanità capace di affrontare sia la cronicità che le malattie infettive e questo evidentemente implica un sostanziale cambiamento di prospettiva. Secondo le più recenti previsioni dell'OMS non è in discussione *“se”* ci sarà una nuova pandemia ma solo *“quando”* questo avverrà.

I tanti e diversi contributi presenti nel volume, ed in particolare la loro scansione cronologica, mettono bene a fuoco da una parte le molte criticità che il periodo pandemico ha evidenziato per quanto riguarda le modalità con cui l'organizzazione sanitaria ha affrontato la diffusione dell'infezione:

- lo stress che ha caratterizzato i reparti dedicati alle terapie intensive, non solo dal punto di vista dimensionale - numero insufficiente di letti - ma anche dal punto di vista delle professionalità necessarie per gestire detti reparti e delle relative attrezzature

tecnologiche di supporto alle attività da condurre;

- i percorsi di accesso alle strutture di ricovero, in particolare il Pronto Soccorso, e la necessità di separare all'entrata i diversi bisogni assistenziali;
- la utilità che la struttura sanitaria, ospedaliera in particolare, che per sua natura è caratterizzata da modalità pachidermiche con ritmi e tempi da bradipo, sia investita dal tema della flessibilità organizzativa così da permettere il rapido ed efficiente spostamento di risorse di tutti i tipi (letti, personale, strumenti, ...) da una domanda di cronicità ad una domanda di urgenza, quest'ultima con modalità e tempistiche non facilmente prevedibili;
- le molte magagne della assistenza territoriale, di quel tipo di assistenza cioè che rappresenta il punto di primo contatto tra il servizio sanitario ed il paziente e che permette l'iniziale governo delle patologie, siano esse croniche o infettive: la mancanza di reti di prossimità, le difficoltà che caratterizzano l'integrazione e la collaborazione tra sanità ed assistenza, i tanti pensionamenti già avvenuti o in previsione a breve (esempio: MMG) senza che vi sia la necessaria integrazione del personale, la necessità di nuove figure professionali dedicate proprio al governo della assistenza territoriale, le opportunità fino ad oggi poco sfruttate dai professionisti di operare come gruppo aumentando l'interscambio tra professionalità appartenenti a differenti punti della rete, lo scarso utilizzo della telemedicina e delle nuove tecnologie rese disponibili dal mondo della informazione e della digitalizzazione, le difficoltà a riempire di contenuti, personale, ed attività le strutture aperte (o riaperte) grazie agli stimoli introdotti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Pnrr);
- etc;

e dall'altra il cambiamento di idee, visioni, approcci, aspettative, previsioni, sensibilità, domande, soluzioni, che ha caratterizzato le opinioni espresse dai diversi esperti che si sono via via pronunciati.

Questo volume non è (ma nemmeno vuole esserlo) un manuale organico su come si deve affrontare una pandemia (per questo ci sono già altri strumenti come i piani pandemici, nell'ipotesi

che siano applicati ovviamente) e nemmeno rappresenta quello che si usa definire “lo stato dell’arte” per quanto riguarda le conoscenze che abbiamo oggi del Sars-CoV-2. Molto più semplicemente, ma anche in modo più interessante a nostro parere, esso costituisce la documentazione di come nel passare del tempo ci siamo posti di fronte al Covid-19, di come ci siamo interrogati, di cosa ci siamo via via prefigurati, di cosa ci siamo preoccupati, di come siamo cambiati ed è cambiato il contesto attorno a noi, degli errori (di vario tipo e natura) che abbiamo compiuto. È in questa documentazione del cambiamento che sta il valore principale degli editoriali e degli articoli che il volume presenta. Interessa capire dove stiamo andando, verso quale domani ci stiamo indirizzando, se come dice Magatti *“Quando usciremo da questa pandemia non saremo più gli stessi”*, ed interessa capirlo ascoltando diverse voci, diverse competenze, sguardi differenti sulla realtà, contributi poco propensi alla critica sterile ed alla pugna mediatica che tanto ha caratterizzato il circolo degli onnipresenti “esperti”.

Oltre a questi aspetti più generali, alcune tematiche meritano di essere specificamente riprese, a partire dalla questione dei professionisti.

L’epopea degli “eroi” è terminata e nessuno ne parla più. Medici, infermieri, personale sanitario, etc (che non dovremmo smettere mai di ringraziare per il sacrificio, anche di vite umane, che ha caratterizzato una lunga prima fase della pandemia): chi si ricorda ancora di loro e delle loro storie? Tra le tante singole testimonianze che sono state raccontate e che meriterebbero di essere raccolte e messe in comune oggi, anche se non è questo lo spazio per farlo, ci piace almeno segnalare, a titolo di esempio, proprio il citato libro di Giorgio Bordin, sia per la semplicità e quotidianità delle storie sanitarie ed umane lì rappresentate e degli spiccioli problemi affrontati soprattutto nella prima ondata del virus (marzo-aprile 2020), sia per la varietà e ricchezza di riflessioni e considerazioni nate giornalmente dalle esperienze quotidiane vissute da parte di chi si è trovato personalmente in prima linea ad affrontare una situazione che aveva molte caratteristiche da “terra incognita”.

Li abbiamo già dimenticati e delle esperienze e dei sacrifici che li hanno caratterizzati è rimasta la significativa fuga (in termini numerici) di personale (medici ed infermieri, soprattutto) dal SSN (e particolarmente dal contesto ospedaliero). Il dibattito attuale si è spostato su due fronti: per quanto riguarda gli aspetti più attinenti la pandemia si sta discutendo sul ruolo del medico di fronte al tema delle vaccinazioni (anche alla luce del dibattito innescato dalla sentenza della Corte Costituzionale in proposito), ed in particolare se debba essere chiamata in causa la deontologia per indicare l'atteggiamento che il medico deve avere di fronte al tema dei vaccini contro il virus Sars-CoV-2; per quanto riguarda gli aspetti più generali, non necessariamente riconducibili al solo affronto della pandemia ma soprattutto estendibili all'intera attività del SSN, oltre alla necessità che siano rimpiazzati numericamente quanto prima le figure che sono venute a mancare (dove sta emergendo con forza il tema della medicina di base e di quella d'urgenza) si sta discutendo prevalentemente di risorse che mancano, della importanza e del ruolo dei professionisti, della loro adeguata retribuzione, della programmazione del bisogno per gli anni futuri nonché della formazione delle nuove figure previste dalla programmazione sanitaria (da collocare nelle case e ospedali di comunità, ad esempio). Tutto ciò stimolato anche dalla presenza di un nuovo governo nei confronti del quale c'è una ovvia corsa a mettere sul tavolo esigenze e necessità.

Se il primo pensiero va necessariamente ai professionisti della cura il pensiero successivo non può che essere indirizzato ai luoghi della cura: ospedali, RSA, territori. Ne abbiamo già fatto cenno ricordando le difficoltà che hanno caratterizzato le terapie intensive, la necessità di separare i percorsi di accesso alle strutture di ricovero, la rigidità organizzativa degli ospedali, l'impalpabilità della assistenza territoriale, lo scarso utilizzo delle tecnologie disponibili dal mondo della informazione, e così via. Che altro dire? Se i professionisti sono stati e sono le braccia operative per l'affronto della pandemia, la scelta del luogo di cura per i soggetti colpiti dal virus è l'altro elemento fondamentale che deve essere chiamato in causa. Non lo si è

capito nei primi momenti di diffusione del virus (anche per le scarse conoscenze dello stesso che si avevano allora) e ci si è spesso rivolti a luoghi che nei fatti sono risultati all'epoca meno adatti (ospedali, RSA, ...), come dimostra in maniera eclatante il caso della provincia bergamasca (Alzano Lombardo e dintorni) sotto attenzione anche della magistratura: ma la scelta di questi luoghi meno adatti è stata determinata anche dalla debolezza della assistenza territoriale e dagli scarsi mezzi (in particolare, di protezione) che le sono stati messi a disposizione, con la conseguenza che il carico maggiore dell'affronto della pandemia è necessariamente ricaduto su altri luoghi di cura. Lo sviluppo nel tempo del fenomeno pandemico (varianti, vaccinazioni, ...), le maggiori conoscenze acquisite non solo sulle caratteristiche del virus, la riorganizzazione delle strutture di ricovero e, aggiungiamo noi, le lezioni imparate dagli errori commessi hanno in seguito indirizzato più correttamente il percorso di cura assegnando ai diversi luoghi il loro compito più adeguato, il tutto favorito anche da una diminuita diffusione ed aggressività del virus ed una certa efficacia delle misure di contenimento adottate.

Il terzo tema che merita attenzione ha a che fare con alcuni aspetti più strettamente sanitari legati alla gestione della pandemia. Cominciamo dal ruolo dei vaccini. Attesi inizialmente come lo strumento principale per la lotta contro il virus, e prescindendo dalle prese di posizione ideologiche di SI-Vax e NO-Vax e dalle polemiche iniziali su quale fosse il vaccino "migliore", hanno mostrato nel tempo i loro punti di forza e di debolezza. È oggi assolutamente chiaro che i vaccini disponibili, nella speranza che il futuro ci proponga qualcosa di meglio, hanno una scarsa capacità di difenderci dalla diffusione del virus mentre sono risultati sicuramente efficaci nell'alleggerire il carico patologico delle sue conseguenze (ricoveri e decessi). Si ritiene acquisito che i soggetti vaccinati, anche più di una volta, possano infettarsi di nuovo e che l'evento infettivo possa ripetersi più di una volta nello stesso soggetto a prescindere dallo stato vaccinale dello stesso; sono acquisite le differenze numeriche (sia in termini di infezioni che di effetti avversi gravi)

tra soggetti vaccinati e non vaccinati a sfavore di questi ultimi; sono acquisite le ripetute ondate infettive, non più legate alla stagionalità come inizialmente previsto, ed attribuite prevalentemente all'azione delle diverse varianti (ma sarà così?) con cui il virus si è modificato e caratterizzato nel tempo, nonostante le ripetute sollecitazioni alla replicazione delle attività vaccinali; è cambiata in questi tre anni, sotto l'azione di diversi fattori (personali, economici, sanitari, ...), la percezione del rischio associato alla pandemia passando da un iniziale "andrà tutto bene" all'attuale "sarà solo una influenza", con la conseguenza da una parte di un crescente disinteresse verso le attività vaccinali (purtroppo spesso proposte come unico strumento di battaglia contro il virus) e dall'altra di una rilevante modifica dei comportamenti individuali e di gruppo (alleggerimento di tutte le precauzioni: uso delle mascherine, sanificazione degli oggetti e delle mani, distanziamento, green pass, ...). Ci sembra significativo in proposito registrare, a titolo di esempio, il seguente cambio di percezione: per un lungo periodo della pandemia ci si è preoccupati quando l'incidenza del virus raggiungeva o superava la quota di 250 contagi ogni 100.000 abitanti perché era il segnale di un possibile passaggio del territorio in "zona rossa"; per contrasto, successivamente pur registrando centinaia di casi settimanali ogni 100.000 abitanti ci si è sentiti assolutamente tranquilli e nella norma perché "sarà solo una influenza". E così continuiamo a sperare che la pandemia si trasformi in endemia, cioè in quella normalità che implica la convivenza con il virus in modo simile alla convivenza con i numerosi altri virus che ci danno ciò che chiamiamo genericamente influenza cioè un fenomeno che, con buona pace di tutti, produce (oltre a tanti altri disagi di varia natura) tra 15.000 e 20.000 decessi ogni anno nel nostro paese. *"Un bel problema se, pur di uscirne, speriamo nell'influenza"*, concludeva Luigi Fabbri in un suo contributo del 18 gennaio 2022.

Siamo favorevoli al vaccino, sia chiaro, ma è l'idolatria della vaccinazione come unica strategia per combattere il virus che facciamo fatica a capire. Aveva forse una sua giustificazione all'inizio, quando degli effetti solo parziali della vaccinazione si

conosceva ancora poco e si viveva dell'illusione della "immunità di gregge" raggiungibile, alla luce delle esperienze maturate con altre vaccinazioni, solo quando si sarebbero vaccinati in tanti (non necessariamente tutti ma il 70%, 90%, 95%?) ed il cui risultato sarebbe stato la pratica sconfitta della diffusione del virus. Qualcuno osa ancora oggi solo nominare l'immunità di gregge? Non è una parolaccia e non è un concetto sbagliato in sé visto che ha dimostrato di funzionare in altri contesti, ma è una delle ennesime fragili speranze che l'affronto della pandemia ci ha fatto sperimentare e che la realtà diffusiva del virus Sars-CoV-2 ha irreparabilmente sepolto nella discarica dei tanti errori che hanno caratterizzato la gestione di questa pandemia.

Un altro elemento sanitario di rilievo è costituito dalle conseguenze indotte dalla pandemia sulle attività sanitarie diverse dagli effetti del virus e sui servizi erogati. Si è ripetutamente reclamato il fenomeno della forzata rinuncia alle cure, della riduzione delle attività di ricovero programmabili, dell'allungamento delle liste e dei tempi di attesa per diverse prestazioni, e così via. Per affrontare le problematiche acute rappresentate dalla battaglia contro il virus ed i suoi effetti sulla salute sono state messe in secondo piano altre attività sanitarie con la conseguenza che per molti cittadini vi è stata una forzata rinuncia alle cure oppure un ritardato accesso alle stesse. Adesso che cominciano ad essere noti alcuni elementi numerici, come ad esempio i dati relativi a tutti i ricoveri effettuati nel 2020 e nel 2021 rispetto agli anni precedenti nonché le prestazioni ambulatoriali erogate (si vedano, a titolo di esempio, i contributi presenti sul sito web della Fondazione per la Sussidiarietà nella sezione dedicata alla sanità: <https://www.sussidiarieta.net>) quella che era solo una percezione (particolarmente sottolineata dagli oncologi) è diventata una realtà quantificabile: la riduzione delle attività sanitarie erogate per la cura di altre patologie è rilevante (si stima attorno al 20% per il totale degli episodi di ricovero ed ha raggiunto quote decisamente superiori per le prestazioni ambulatoriali soprattutto nelle ondate del 2020 e primi mesi del 2021), anche se non sono ancora noti molti degli attributi e delle caratteristiche di questa riduzione (quali sono le patologie

maggiormente interessate, quali sono le prestazioni ambulatoriali che sono andate di più in sofferenza, per quali patologie si stanno osservando conseguenze più gravi – ad esempio – in termini di mortalità, etc.). Quanto la rinuncia o il ritardato accesso alle cure abbiano aggravato in maniera rilevabile dai dati disponibili (di mortalità, di ricovero, di altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie) le patologie della popolazione è operazione complessa e che richiede tempo: ad oggi non è ancora possibile una verifica puntuale (che si spera possa essere effettuata non appena i dati lo permetteranno) ma i segnali del mancato o ritardato accesso alle cure sono evidenti e le prevedibili conseguenze sono alla porta.

Ed a proposito del tema degli effetti diretti e/o indiretti della pandemia sono da registrare due recenti argomenti di discussione generatori di opposte prese di posizione da parte di chi è intervenuto ed ha commentato: per un verso, l'emergere dei potenziali effetti avversi (ed in particolare sotto forma di decessi: tutti da verificare, naturalmente) dei vaccini che sono stati resi disponibili in tempi e modalità straordinariamente differenti rispetto all'usuale metodologia, con contrasti che riguardano sia il ruolo svolto dagli Enti di controllo (AIFA, ad esempio) sia le conseguenze di decisioni che sono state prese in ambito giuridico sulla obbligatorietà dell'azione vaccinale nei confronti di determinate categorie di soggetti; per altro verso la apertura di procedimenti giudiziari (e particolarmente emblematico è il caso della Procura di Bergamo) nei confronti delle autorità nazionali, regionali, e/o locali, che hanno gestito la pandemia in quanto vengono attribuiti alle attività messe in atto (ovvero omesse) da tali autorità rilevanti conseguenze sanitarie. Per entrambi gli aspetti lasciamo agli studiosi (per il primo versante) ed agli interessati (per il secondo) il compito di risolvere la querelle.

Una riflessione specifica lo merita poi il tema della scienza, anche se forse sarebbe più corretto non parlare della scienza in sé, che ad oggi ha prodotto i vaccini (il che, per quanto parziale alla luce di quanto appena citato, va certamente riconosciuto

comunque come un successo) e rivelato qualche caratteristica del virus, bensì del ruolo che le si è fatto assumere dalle diverse parti in quanto tirata continuamente per la giacchetta ed invocata spesso a sostegno o negazione di diverse azioni e prese di posizione. Avendo fatto gli studiosi ed i ricercatori in campo sanitario per tutta la vita ne conosciamo molto bene pregi e difetti e nel complesso ci sentiamo di dire che, a prescindere dai suoi limiti, non le è stato fatto fare bella figura. Basta pensare al contrasto di opinioni risultato manifesto dall'ascolto dei diversi (supposti) esperti, dei tecnici favorevoli alla vaccinazione e di quelli contrari, opinioni opposte ma formulate sempre a partire dallo stesso principio: "lo dice la scienza". Dopo tre anni di pandemia le certezze scientifiche su questo virus sono ancora troppo poche, a cominciare dalla sua ancora non ben definita origine né di luogo né di tempo. Alla scienza occorre riconoscere il ruolo che le compete ed il contributo che ha dato e può dare (ancora Bordin, nel libro citato: *"Senza la scienza la compagnia che la medicina può fare all'uomo è inefficace"*), ma in una fase convulsa e povera di certezze come quella che abbiamo vissuto soprattutto nelle prime ondate essa non può costituire il fantoccio ideologico attraverso il quale far passare ciò che in realtà non costituisce altro che una propria, per quanto rispettabile, convinzione od opinione. Ed Augusto Pessina, nel contributo qui riprodotto, aggiunge: *"Una scienza che vuole accaparrarsi la fiducia deve essere umana"*.

Dopo i primi mesi di incertezza sono risultati definiti i percorsi di cura, e questo è un risultato. In poco tempo (rispetto all'usuale) sono stati predisposti dei vaccini: ed anche questo (al di là delle obiezioni dei "no-vax" e degli "hesitant vax") è un risultato, sebbene non è quello atteso e per lungo tempo sbandierato di fermare la pandemia ma solo di alleggerirne la gravità delle conseguenze. Probabilmente è tutto qui: un po' troppo poco per le aspettative di chi pretende che sia la scienza a governare il mondo. E il caso del rapporto vaccini-scienza meriterà di essere approfondito (in questo volume è solo accennato) perché sembra avere molto da insegnare: come ci ha ricordato Gianluigi Da Rold nel suo contributo proprio agli inizi della pandemia

(12.3.2020) *“la scienza non è la verità, ma una ‘costante e infinita ricerca’ verso la verità, come scrivevano Karl Popper e lo stesso Albert Einstein”.*

E veniamo al tema dei provvedimenti via via adottati per il contrasto della pandemia, provvedimenti che hanno ovviamente cercato di dare risposte alle plurime esigenze che di volta in volta le caratteristiche diffuse e gli effetti del virus facevano emergere. Non è scopo del presente volume né una discussione di merito dei pregi e difetti delle diverse iniziative prese, anche perché molte di esse esulano dal contesto sanitario di cui ci occupiamo, e neppure una valutazione dei contrasti spesso emersi tra ruolo delle autorità nazionali e compiti delle autorità locali (si ripensi, ad esempio, alla feroce polemica tra governo centrale e governo regionale lombardo nei primi momenti della pandemia a proposito della definizione dei territori a rischio), ma ci sembra pertinente ed utile una considerazione di tipo generale. È molto facile di fronte ad un problema proporre un provvedimento (meno facile magari metterlo in pratica effettivamente), ma una volta attuato occorrerebbe chiedersi se è stato sufficientemente efficace per risolvere (o almeno attenuare) il problema cui era indirizzato. Non siamo in grado di giudicare se ciò sia avvenuto per altri contesti, ma è lampante che nel caso della sanità questa attività valutativa è stata condotta solo ed esclusivamente con riferimento alla attività vaccinale. Per esempio: quale è stato l'esito sanitario del provvedimento di zonizzazione dei territori (zone gialle, arancioni, rosse)? Qualcuno si è preoccupato di valutarne l'efficacia (ammesso che la dovesse avere) per gli effetti sanitari? Altro esempio: ha avuto qualche effetto sanitario positivo l'introduzione del green pass? Altro esempio ancora: a parte l'ovvio e teorico beneficio atteso (prevenzione primaria) attraverso l'uso dei dispositivi di protezione individuale (mascherine, occhiali, camici monouso, guanti, ...), qualcuno ha cercato di passare dalla teoria alla pratica valutando i benefici riscontrati con l'utilizzo di questi oggetti? E ancora: il distanziamento, il lavoro (smart working) o la didattica a distanza (DAD), la sanificazione degli oggetti, l'utilizzo diffuso di detersivi e sostanze chimiche, la limitazione delle

occasioni di incontro e di frequentazione (riunioni, manifestazioni, teatri, cinema, stadi ed eventi sportivi, ...), e così via per tutte quelle azioni in genere limitative che ci siamo visti assegnare (o ci siamo assegnati da soli) e per le risorse che abbiamo dovuto (o voluto) impiegare. C'è stata la valutazione della efficacia sanitaria di questi provvedimenti o sono state solo azioni che in qualche modo hanno limitato la nostra libertà e gravato sui nostri bilanci? Anche qui il dibattito è aperto e un approfondimento è necessario, ma senza un vero sforzo di valutazione dell'esito dei provvedimenti, sforzo che intuiamo non essere semplice da mettere in atto, rimangono solo le aprioristiche convinzioni, individuali o di gruppo, che proprio perché solo aprioristiche finiscono per essere una semplice (o complessa) espressione di tifo, in questo caso, non sportivo, visto che anche la scienza, tirata per la giacchetta, non aiuta ad indicare la strada. Ed abbiamo messo l'accento solo sugli aspetti sanitari perché di questi ci occupiamo direttamente, ma i diversi provvedimenti adottati non possono essere esaminati solo in relazione al (supposto) beneficio sanitario e devono essere visti come rapporto costo-beneficio complessivo: si potrebbe anche accettare che qualche aspetto particolare potrebbe risultare in sofferenza (più costi che benefici) ma la somma degli effetti deve far pendere la bilancia dal lato dei benefici, e questo può essere fatto solamente attraverso una valutazione complessiva dei provvedimenti adottati.

Assumendo il punto di vista del soggetto malato, dopo i primi momenti di inevitabile difficoltà (mancanza di letti, incertezza delle terapie, ...) è apparso evidente agli operatori in prima linea soprattutto negli ospedali (ed in particolare nei reparti dedicati ai pazienti infetti) che per l'affronto degli effetti del virus non bastano i posti letto, non bastano le terapie di supporto, perché (come dice un contributo qui riprodotto nella terza parte) *“quello che gli occhi dei malati chiedono da dentro il casco è qualcosa di più: una speranza, la certezza che quello che stanno passando non è senza significato”*.

Il tema dei provvedimenti messi in campo dalle autorità centrali e/o locali, soprattutto di quelli che hanno suscitato le perplessi-

tà e le obiezioni maggiori (si pensi al greenpass, in particolare, ma anche all'obbligo vaccinale, che ha dovuto richiedere l'intervento addirittura della Corte Costituzionale), ha sollevato due grandi questioni che hanno trovato ampia eco mediatica per la loro rilevanza: da una parte il problema delle libertà individuali, messe continuamente in discussione da diversi dei provvedimenti adottati; dall'altra il contrasto tra il valore dei benefici nel gruppo e di quelli nel singolo, ovvero quale è il livello dei sacrifici che il singolo può (deve?) sopportare affinché si raggiunga un beneficio per il gruppo (la popolazione). L'argomento è troppo vasto per essere discusso in queste note e richiede il coinvolgimento di altre competenze: qui è sufficiente averne indicato la rilevanza e la necessità di un approfondimento.

Una lunga riflessione meriterebbe poi il tema della comunicazione e dell'uso delle informazioni che ne hanno fatto i media per quanto riguarda le tante tematiche sanitarie che la pandemia ha via via proposto, a cominciare dalla comunicazione giornaliera dei dati sull'andamento dei contagi, degli ospedalizzati e dei deceduti. Ci sono molti contributi quantitativi in questo volume, con diversi interventi originali non ritrovabili su altri organi di informazione, che hanno cercato di mettere sotto torchio i dati disponibili, di fornire percorsi di lettura corretti degli andamenti degli indicatori più significativi (incidenza, mortalità, indici di diffusione, ...), di guidare l'interpretazione numerica degli eventi in osservazione, e così via. La comunicazione giornaliera dei dati sul numero dei soggetti infettati, ricoverati, deceduti, tanto necessaria per gli esperti della materia per effettuare stime e ragionamenti al punto che quando ne è stata prefigurata l'interruzione si è osservata una generalizzata levata di scudi contro il previsto provvedimento che avrebbe limitato l'informazione ed anche Il Sussidiario ha proposto un editoriale dal significativo titolo "Stop al virus o stop ai dati?" (14.1.2022), è stata così male utilizzata dai media (ma non solo da loro) da ingenerare ansia, confusione, errori di lettura, e così via, ed alla fine (purtroppo, aggiungiamo noi) uno dei primi provvedimenti del nuovo governo è stato proprio l'eliminazione dell'informazione quotidiana in favore dell'informazione settimanale: anche questa scelta sta

partecipando a diminuire l'attenzione agli argomenti pandemici ed al contrasto alla diffusione del virus che stiamo osservando.

Sicuramente significativo è stato l'impatto della pandemia sulle modalità della comunicazione, con aspetti contemporaneamente molto positivi ma anche allo stesso modo molto problematici. Tra gli aspetti da apprezzare vi è l'enorme sviluppo che hanno avuto gli strumenti informatici della comunicazione a distanza (le molte piattaforme che permettono incontri, riunioni, dibattiti, presentazioni, decisioni, attività didattica, lavoro, ..., senza necessitare del ritrovarsi nello stesso luogo fisico), strumenti che hanno fortemente allargato le possibilità di riunire con facilità e senza spostamento (e con grande guadagno di tempo e di denaro) gruppi anche molto numerosi di persone. Contemporaneamente, gli stessi strumenti che hanno favorito (e stanno continuando a favorire) la comunicazione a distanza hanno ridotto (e conseguentemente svilito ed impoverito) il bello ed il piacere del ritrovarsi di persona, rivoluzionando di fatto le modalità dei rapporti tra gli esseri umani. Gli strumenti della comunicazione che nei periodi caratterizzati da forti restrizioni e limitazioni, soprattutto negli spostamenti, si sono rivelati essenziali per il prosiegua (seppure con difficoltà) della vita quotidiana hanno completamente ridisegnato le modalità dei rapporti interpersonali ben oltre quei periodi, e particolarmente colpiti (in modo negativo) sono stati i giovani (soprattutto quelli in formazione perché ancora studenti). Molti sono i contributi che hanno segnalato e documentato queste difficoltà sin dai primi momenti pandemici nei quali si è dovuto "fare di necessità virtù", ma il fenomeno è tutt'ora sotto osservazione per le grandi conseguenze socio-culturali (ma anche sanitarie) che può avere negli anni a venire. Per altro verso, invece, i nuovi strumenti informatici hanno favorito la diffusione di modalità di lavoro a distanza quasi del tutto inesplorate in precedenza (smart working), opportunità che molti hanno colto con estremo favore ma rispetto alle quali saranno da valutare gli effetti nel tempo.

Una domanda che si è ripetutamente affacciata alla ribalta, e

molti dei contributi qui riprodotti ne portano la traccia, riguarda l'effetto complessivo della pandemia in termini di mortalità: quanti sono i decessi che possono essere ricondotti alla azione diretta o indiretta del virus Sars-CoV-2? Molto si è discusso attorno alla validità dei numeri forniti ogni giorno dalla Protezione Civile, oppure ogni settimana dall'ISS, per via della distinzione tra soggetti deceduti a causa del virus, oppure deceduti per altre patologie ma risultati positivi al virus al momento del decesso, oppure ancora deceduti per qualsiasi patologia per via degli effetti indiretti del virus come, ad esempio, la rinuncia o il ritardato accesso alle cure. Le stime iniziali di questo fenomeno sono risultate spesso inficiate da impostazioni metodologiche non adeguate, impostazioni che piano piano si sono corrette, ma ancora oggi nonostante i diversi tentativi di stima le informazioni di dettaglio disponibili non permettono ancora di fornire una risposta adeguata alla domanda. Azzardando una forbice tra 150.000 e 200.000 decessi probabilmente si centra l'ordine di grandezza complessivo: un numero di casi certamente molto significativo che però merita di essere approfondito e dettagliato, nella convinzione che l'analisi numerica dei decessi, al di là di produrre la miglior stima possibile dell'effetto mortale del virus, possa fornire elementi aggiuntivi per comprendere ulteriori caratteristiche di questo strano agente. E tra gli effetti avversi attesi di cui poco si conosce per ovvie ragioni temporali va segnalata la tematica degli effetti del virus a distanza per i soggetti che in varia forma e gravità sono stati colpiti dall'infezione (il cosiddetto "long covid").

E ci fermiamo qua, consapevoli da una parte di avere già messo molta carne al fuoco ma dall'altra di non avere esaurito l'argomento neppure sul limitato fronte sanitario nel quale ci siamo promessi di rimanere. Rimandiamo però necessariamente alla terza parte di questo volume, dove ulteriori tipologie di riflessioni sono state proposte nei diversi contributi riprodotti.

«Quando tutto sarà finito, avremo imparato qualcosa che possa durare?». Non vale solo per medici, infermieri e soccorritori. È rivolta ad ognuno di noi. E in fondo, più che una domanda, è un compito»

(Maria Vittoria Gatti, Responsabile Comunicazione Unità di Crisi Covid-19 Croce Rossa Italiana – Comitato Regionale Lombardia, Docente Master Professione editoria Università Cattolica di Milano).

E per finire per il momento

“Se riposizioniamo la mente a quando l’epidemia è esplosa in Italia, ci sembra sia passato un secolo, tante sono le novità. Il virus ci ha cambiati non poco: ha cambiato il nostro modo di pensare, ci ha obbligati ad adattare i nostri comportamenti, sta cambiando i nostri atteggiamenti verso il futuro. ... Inoltre, sono drasticamente cambiati i modi di viaggiare, di comunicare, di spendere e di risparmiare; sono sensibilmente diminuiti i matrimoni, le nascite, il lavoro giovanile. Insomma, abbiamo vissuto al minimo” (Luigi Fabbris, 18.1.2022): un giudizio molto pesante quello proposto da Fabbris, ma che ha il pregio di condensare in poche battute la vastità dei cambiamenti che la pandemia ha indotto e che in questo volume abbiamo esplorato con un occhio centrato sul contesto sanitario e sulle problematiche che sono più strettamente ad esso riconducibili.

E cosa si può dire di oggi? Le ondate di infezione si sono susseguite, con intensità variabile e conseguenze sempre minori, ed i nostri comportamenti (pur aderendo anch’essi almeno in parte a questo andamento oscillatorio della pandemia) si sono pian piano conformati a quelli di chi ragiona come se la pandemia andasse verso il suo termine: aperture, commenti rassicuranti, riduzione delle precauzioni, ritorno delle attività in presenza, prospettive di eliminazione del green pass e via scorrendo, all’insegna di ospedali i cui letti dei reparti di terapia intensiva non sono più sotto pressione, e con la chiusura della gran parte degli hub vaccinali per diminuzione delle richieste di vaccinazione. Evviva, potremmo dire, ma continua a rimanere accesa una piccola fiammella di sospettosa attenzione: decine e decine di decessi attribuibili al virus continuano a verificarsi ogni giorno, ed anche se il loro confronto con le centinaia o migliaia che si registravano prima ci hanno quasi abituati a pensare che, in fondo in fondo, qualche morto in più (in realtà parecchie decine o anche un centinaio) si può accettare, visto che in fin dei conti

si tratta quasi sempre di soggetti anziani, fragili, pluripatologici e che forse sarebbero deceduti lo stesso, anche se magari più tardi, possiamo adeguarci a questa cinica accondiscendenza? Noi diciamo di no e che, prendendo atto sia della presenza del possibile contagio che anche del bisogno di relazione che c'è, si debba continuare a fare affidamento sui poveri strumenti che abbiamo: insistere con le vaccinazioni (nella speranza che la scienza ci sappia offrire nel più breve tempo possibile qualcosa di meglio rispetto ai vaccini che oggi abbiamo in dotazione) e migliorare i nostri comportamenti in ottica di prevenzione (mascherine, distanziamento, disinfezione, ...).

Occorre anche evitare un rischio che sembra fare capolino come diretta conseguenza del fallimento dello slogan "andrà tutto bene": cioè, la caccia al colpevole, perché se non è andato tutto bene, come tanti fatti dimostrano, è quasi d'obbligo pensare che qualcuno ne ha colpa. Questo esercizio, che diventa facilmente una caccia che vede i media in prima linea, purtroppo ci caratterizza tutti, e nel tentativo di esorcizzare un problema ci fa prendere la scorciatoia di buttarlo addosso a qualcun altro. Se la ricerca degli errori commessi, delle responsabilità eventualmente male esercitate, delle soluzioni risultate non idonee o inefficaci, di ciò che, insomma, non ha funzionato o ha partecipato a provocare danni e disagi, fa parte di un necessario percorso di valutazione critica dell'esperienza condotta, è assolutamente da evitare la gazzarra che porta ad individuare sempre nell'altro il responsabile di quello che non va, sottraendosi così alla domanda fondamentale su di sé. Come osserva ancora Bordin: *"È un atteggiamento pericoloso perché aiuta a incagliarsi nell'apatia, nel cinismo e nell'odio, che già vediamo dispiegarsi in molte forme, individuali e organizzate"*.

«L'abitudine a sostituire le cose e i fatti con il loro uso strategicamente fraudolento, la realtà con l'ideologia, la verità con l'impunità dell'inganno e l'essenziale con la banalità, ci mette nella peggiore condizione per stare di fronte a una vera e propria vendetta della realtà» (Gonzales Sainz: El Mundo, Portada del Viernes, 20 marzo 2020).

La pandemia

Volendo per forza segnare una data di inizio per il nostro paese, perché ogni cosa ha di per sé un inizio cronologico anche se non necessariamente segnato dal passaggio (come lo switch di un interruttore) dal buio alla luce (o viceversa), bisogna marcare nell'agenda della storia il giorno 19 o 20 febbraio 2020, quando si ha notizia che all'ospedale di Codogno (Lombardia, provincia di Lodi) è stato identificato il primo caso di Sars-CoV-2. A ben guardare, e senza togliere nulla al valore di tale identificazione ufficiale, il lavoro di studio e approfondimento condotto nei mesi successivi al febbraio 2020 ed orientato alla identificazione della potenziale origine della presenza del virus ha portato al ritrovo di indizi riferibili all'agente infettante (o meglio, di segni, sintomi o potenziali effetti riconducibili al Sars-CoV-2) già molto tempo prima, a novembre-dicembre del 2019 secondo alcuni (o addirittura a settembre secondo altri): già, ma siamo al senno di poi. Fino al 19-20 febbraio il problema sembrava esclusivamente cinese, ed anche le attività di prevenzione (già iniziate nei primi giorni di gennaio 2020) erano indirizzate solo al controllo dei voli provenienti dalla sola città di Wuhan, origine (riconosciuta?) del focolaio epidemico, in seguito esteso a tutti i voli provenienti dalla Cina. Se il virus c'era, o per lo meno qualcuno ne registrava segnali non riconosciuti di presenza, la sua diffusione non è certo risultata evidente (a meno che valga la improbabile ipotesi che tutti gli infettati fossero asintomatici), considerata l'esplosione di casi registrata subito dopo il 20 di febbraio, a partire dal quale siamo stati letteralmente travolti dalla velocità ed estensione della diffusione del virus.

Eravamo tutti oggettivamente impreparati, e lo saremmo stati anche se, con la massima diligenza, avessimo adottato quel famoso (sempre col senno di poi) ma ignoto ai più piano pandemico approvato nel 2006 e tarato sui virus influenzali: perché tutti gli assalti dei virus che avevano preceduto il Sars-CoV-2 (dall'encefalopatia spongiforme bovina all'Ebola, dalla Mers alla Sars, ...) per il nostro paese erano stati ben poca cosa e non

certo tali da fornire significative indicazioni per una situazione estesa come si è poi rivelato il caso del Covid-19.

Così il primo assalto è stato veramente drammatico, soprattutto in alcuni territori, ha causato una vera e propria strage (ed hai voglia a dire che in prevalenza si trattava di soggetti fragili, deboli, anziani, già di per sé al termine della propria vita: ma erano comunque persone, nonni e nonne, madri e padri, vite umane non solo ignote figure o numeri da inserire nella, cinica, statistica di turno). Ci ricordiamo tutti non solo le fredde (e spesso notturne) immagini delle file dei camion militari dedicati al trasporto delle bare, o la foto dell'infermiera che sviene per la stanchezza davanti al proprio computer, ma anche le facce degli amici, dei parenti, dei colleghi, degli operatori sanitari che ci hanno lasciato (o sono stati vicini al farlo: e lo dico per esperienza personale), immagini che grazie agli strumenti di documentazione che oggi abbiamo segneranno per sempre il cuore nostro e delle generazioni future.

Il virus ha agito per ondate successive, e se la prima è stata senza dubbio la fase più drammatica e quella che più ci è rimasta nella mente, anche per la forza e cogenza dei cambiamenti (lockdown, mascherine, distanziamento, ...) che siamo stati costretti ad adottare, è stata la seconda (autunno-inverno 2020-2021) quella che ha provocato gli effetti sanitari più devastanti, sia in termini di soggetti infettati che di soggetti ricoverati e deceduti. Le ondate sono proseguite nel tempo spegnendosi però sempre più, grazie anche all'intervento (molto criticato da diversi, anche se forse non numerosi, gruppi di persone) delle estese attività vaccinali cui si è dato spazio per il raggiungimento di una ipotetica ed (agli atti pratici) illusoria "immunità di gregge", finché si è smesso di identificarle specificamente e di contarle: dall'effetto epidemico si è prima passati a quello pandemico, e dopo aver constatato che lo slogan "andrà tutto bene" si era trasformato in un vero e proprio fallimento si è trovata la maniera di mettersi il cuore in pace introducendo l'idea che "sarà solo una normale influenza", come se fosse del tutto normale lasciare sul terreno senza beh e senza ma qualcosa come

15.000-20.000 morti (persone in carne ed ossa e non astratti oggetti statistici) ogni anno.

I tre capitoli che costituiscono questo volume (generalità, i numeri, le riflessioni), costruiti mantenendo la sequenza temporale con cui sono stati predisposti a suo tempo i diversi contributi pubblicati da Il Sussidiario nel triennio 2020-2022, sono un invito a ripercorrere questi drammatici tre anni non con la pretesa di una completa ricostruzione storica da lasciare ai posteri e nemmeno con l'inefficacia ed inutilità di un triste "amarcord" senza alcuna prospettiva, ma con la consapevolezza di avere fatto una esperienza straordinaria, per quanto spesso segnata dal dolore e dalla fatica, e che *"I motivi della speranza sono più profondamente umani, basati sulla dinamica della vita stessa, dal suo sorgere al suo compiersi; hanno a che fare non con il successo o il buon esito, ma con la scoperta e la cura del significato del vivere"* (Edoardo Barbieri, Prefazione al già citato "Unità Covid. Riscoprirsi medici").

Se nel primo volume di questa serie ("Dal Covid alla sanità di domani", Quaderni della Fondazione per la Sussidiarietà, 2022) scrivevamo che la raccolta di editoriali ed articoli costituiva *"un dibattito aperto a molte voci, non necessariamente tutte armoniche o frutto di una unica visione ma tutte comunque interessanti ed indicatrici del diffuso bisogno di cambiamento di cui l'ambiente sanitario sente la necessità"*, in questo volume, seppure con un tema più limitato e più specifico, si colgono meglio le diversità delle esperienze e delle sensibilità che li hanno prodotti.



Parte prima

Generalità

Trascurando gli articoli di cronaca spicciola con i quali Il Sussidiario ha seguito gli sviluppi dell'epidemia di Covid-19 nei primissimi momenti della sua comparsa, quando la diffusione della infezione da una parte stava interessando sostanzialmente solo alcuni territori del nord Italia dotati di servizi sanitari spesso presi ad esempio ma dall'altra aveva già cominciato a produrre i danni che in seguito sarebbero risultati così significativi, il primo editoriale dedicato dal giornale all'epidemia da Sars-CoV-2 (Giuseppe Frangi, 2.3.2020) non è scritto da un esperto di virus ma fa riferimento alla storia, ed in tale riferimento risulta innanzitutto sorprendente constatare come, nonostante le corde de Il Sussidiario si possano considerare particolarmente sensibili al richiamo manzoniano, quello che nel triennio 2020-2022 risulterà l'unico editoriale che abbia fatto un esplicito riferimento alla storia si sia richiamato al libro "La peste" di Camus invece che alle pagine de I Promessi Sposi.

Attenzione, chiariamo. Grande libro quello di Camus, molto più vicino a noi (anni '40 del secolo scorso) rispetto all'epopea di Renzo e Lucia e della peste che ha colpito Milano nel XVII° secolo, e scelto da Frangi, come scrive, probabilmente perché *"È un libro in cui, fatte le debite proporzioni, si possono trovare tante coincidenze con la situazione che parti di Italia stanno vivendo in questi giorni: le città chiuse, l'incontrollabilità del contagio, l'improvvisazione nell'organizzazione dei soccorsi, la girandola fuori controllo delle informazioni, la ricerca affannosa della medicina in grado di fermare l'epidemia"*. Camus, dice sempre Frangi, scrive questo libro *"perché gli interessa testimoniare la possibilità di un antidoto ... Non si affida alle ideologie, ai proclami, agli eroismi e neanche ai santi ... Si affida allo sguardo del narratore, il dottor Bernard Rieux, ... mosso dalla coscienza del suo compito ma insieme desideroso di cercare un perché. Il perché, scrive Camus, 'di quella tetra lotta tra la felicità di ogni uomo e l'astratto della peste". La*

peste è dunque un 'astratto', cioè una negazione dell'umano": con altre parole, considerata l'impostazione laica di Camus, ma è il non detto che costituisce il sottofondo di questo volume.

Come anticipato, nel seguito viene riprodotta una selezione degli editoriali e degli articoli sul (o attorno al) Covid-19 pubblicati da Il Sussidiario nel triennio 2020-2022, e la raccolta cerca di rendere conto degli argomenti principali che hanno interessato il dibattito: le polemiche e le testimonianze degli operatori nei primi momenti della diffusione del virus, le notizie provenienti dall'estero (ed in particolare dalla Gran Bretagna), l'emergere del tema dei vaccini e di tutte le perplessità ad essi riferite, i lockdown e le azioni di contrasto alla diffusione del virus, il dibattito sui dati a disposizione, su quelli che sarebbero necessari o utili, sulle modalità della loro comunicazione e diffusione, la preoccupazione per la disattenzione verso le altre patologie (ed in particolare, ma non solo, quelle oncologiche) e per il ritardo o la rinuncia alle cure ed agli esami diagnostici, il problema della suddivisione del territorio in zone con diverso livello di restrizione e di attenzione e le relative chiusure/aperture, l'utilità emersa soprattutto nelle prime fasi della pandemia di condurre specifiche indagini di tipo conoscitivo (ad esempio sugli immuni), il tema delle diverse varianti e dei loro effetti specifici, i green pass, i dubbi sulla efficacia delle vaccinazioni e la convivenza con episodi ripetuti di infezione nello stesso soggetto o nei soggetti vaccinati, la scoperta che la vaccinazione anche ripetuta non solo non basta ma la sua capacità protettiva è risultata diminuire col passare dei mesi e la conseguente necessità di insistere sul controllo dei comportamenti (mascherine, distanziamento, ...), il ruolo e gli interventi della politica per governare la diffusione del virus, e così via.

Essendo questo primo blocco costituito prevalentemente da editoriali, cioè da contributi brevi (con qualche eccezione), tendenzialmente senza dati e numeri, la sua lettura deve essere indirizzata a cogliere degli spunti, delle sollecitazioni, delle sintetiche riflessioni, delle intuizioni, dei brevi racconti di esperienze, delle immagini paradigmatiche, degli insegnamenti, ...,

superando quella elencazione di argomenti appena riproposta e che rappresenta solo una fredda, sintetica e statica descrizione della vivacità del dibattito intercorso.

<https://www.ilsussidiario.net/editoriale/2020/3/2/camus-e-il-coronavirus/1991966/>

Camus e il coronavirus

In tempi di coronavirus, Camus invita non darsi per vinti davanti a quel nemico astratto ("La peste") che pregiudica la possibilità di felicità per gli uomini

*Pubblicazione:
02.03.2020*

**Giuseppe
Frangi**

In **questi giorni di coronavirus** scattano anche automatismi intelligenti: la classifica di vendite di Amazon ad esempio rivela che un grande libro come *La peste* di Albert Camus è entrato nella classifica dei libri più venduti. C'è davvero da sperare che le persone lo leggano. *La peste* è un grande libro che Camus scrive tra 1941 e 1946, mentre attraversa la cupa esperienza della Francia assediata dalle truppe hitleriane. È un libro in cui, fatte le debite proporzioni, si possono trovare tante coincidenze con la situazione che parti di Italia stanno vivendo in questi giorni: le città chiuse, l'incontrollabilità del contagio, l'improvvisazione nell'organizzazione dei soccorsi, la girandola fuori controllo delle informazioni, la ricerca affannosa della medicina in grado di fermare l'epidemia.

Il virus nel libro di Camus ha la forma di topi che infestano in modo inesorabile la città in cui la storia è ambientata, Orano. Ma quello che rende interessante e quasi necessaria la lettura della *Peste* è la ragion d'essere di questo libro: Camus lo scrive non perché gli interessi documentare un incubo, ma all'opposto perché gli interessa testimoniare la possibilità di un antidoto.

Se *La peste* è nella sostanza una metafora che fotografa la caduta morale di un popolo e di una comunità umana, la risposta di Camus è una risposta radicalmente antinichilista.

Non si affida alle ideologie, ai proclami, agli eroismi e neanche ai santi, data la sua matrice laica. Si affida allo sguardo del narratore, il dottor Bernard Rieux, che con pragmatismo e assoluta dedizione affronta questa battaglia che per lui è insieme professionale e umana. Rieux attraversa il tunnel della peste rimboccandosi le maniche, senza mai tirarsi indietro, mosso dalla coscienza del suo compito ma insieme desideroso di cer-

care un perché. Il perché, scrive Camus, “di quella tetra lotta tra la felicità di ogni uomo e l’astratto della peste”.

La peste è dunque un “astratto”, cioè una negazione dell’umano. E contro questo nemico il dottor Rieux combatte senza massimalismi: “Non ho inclinazione per l’eroismo e la santità”, dice di sé. “Essere un uomo, questo mi interessa”. Riconosce che per lui la peste è professionalmente “un’interminabile sconfitta”. Ma questo non lo esime dal fare come “il minimo prete di campagna, che amministra i suoi parrocchiani e ha sentito il respiro dei moribondi: cura la miseria prima di volerne dimostrare la perfezione”.

Camus è uno scrittore ostinatamente umano (“in mezzo ai flagelli si impara che ci sono negli uomini più cose da ammirare che non da disprezzare”, scrive) e in questo rappresenta qualcosa di davvero unico nel panorama della cultura europea del 900.

La squadra che nel libro agisce, insieme a Rieux, nello scenario della peste è mossa dalla sua stessa ostinazione a non darsi per vinti davanti a quel nemico “astratto” che pregiudica la possibilità di felicità per gli uomini. Poco alla volta nel corso del libro in Rieux si fa largo timidamente la luce di una consapevolezza rivelatrice. Scrive Camus: “Rieux sapeva che un mondo senza amore era come un mondo morto e che viene sempre un’ora in cui ci si stanca delle prigioni, del lavoro e del coraggio, per domandare il viso d’una creatura e un cuore che l’affetto riempie di stupore”.

Le pagine finali del libro, con i fuochi d’artificio che nella notte illuminano il cielo di Orano e riempiono di allegria le persone nel festeggiare la fine della peste, sono la rappresentazione di un desiderio che è nel cuore di ogni uomo, a cominciare evidentemente dal nostro di uomini nella morsa del Covid-19. Ma è felicità affidabile, avvisa con realismo e con amore Camus per bocca del suo dottore, se non si smarrisce la consapevolezza che “questa non può essere la cronaca di una vittoria definitiva”.

<https://www.ilsussidiario.net/editoriale/2020/3/12/coronavirus-qualche-domanda-senza-polemica/1995602/>

Coronavirus: qualche domanda (senza polemica)

Di fronte alla situazione drammatica che sta vivendo il Paese è lecito porsi qualche domanda, evitando certamente le polemiche

*Pubblicazione:
12.03.2020*

**Gianluigi
Da Rold**

Niente polemiche, per carità! Di fronte alla situazione drammatica che sta vivendo il Paese per l'emergenza Coronavirus, conviene, al momento, solo seguire le indicazioni della **comunità scientifica** e attenersi con il maggior scrupolo possibile alle regole che indicano, giorno dopo giorno o settimana dopo settimana, le autorità di vario tipo, a partire da quelle governative, del Paese. Anche se vengono prese con ritardi e discussioni spesso inquietanti.

Ripetiamo: niente polemiche, per carità! Ma è possibile almeno avere qualche chiarimento e qualche delucidazione rispetto a quello che accade e a quello che qualcuno aveva preventivato? Una prima domanda che vorremmo porre: uno Stato che ha un grande sistema sanitario, può permettersi di tagliare i bilanci per fermare una crisi finanziaria provocata da una disinvoltura irresponsabile del sistema bancario? Seguendo la dichiarazione di un grande virologo, era giusto tagliare gli stanziamenti statali per ricerche e reparti in ospedali destinati specificamente all'infettivologia?

Un grande democrazia storica come il Regno Unito, quella che si è battuta anche da sola per molto tempo contro il nazismo di Hitler, al termine di una guerra vinta aveva accumulato un debito pari al 200% del Pil. Eppure il governo di Londra, per opera del ministro laburista Aneurin Bevan, il 5 luglio 1948, in un Paese ancora devastato, varò e mise in funzione per la prima volta al mondo un sistema pubblico organizzato di distribuzione della sanità. Erano previste anche le cure dentarie.

Veniamo a periodi più vicini, quando trionfa la dottrina del libero

mercato, non più sociale; quando il debito pubblico diventa un'ossessione e la domanda aggregata di John Maynard Keynes, con i suoi moltiplicatori, viene non solo dimenticata, ma addirittura demonizzata in più di un caso, sia a livello accademico sia a livello politico.

Nel passaggio tra il Novecento e l'inizio del 2000, c'è un'euforia stralunata in molti Paesi occidentali. La stralunata euforia "degli eletti e degli scemi" si blocca con la crisi del 2008. Qui ci sia concesso porre un'altra domanda e di avere una risposta su quanto ha scritto il grande sociologo Luciano Gallino in uno dei suoi ultimi libri prima di morire "Il colpo di stato di banche e governi", con un sottotitolo impressionante "L'attacco alla democrazia in Europa".

Gallino, un ammiratore di Adriano Olivetti, scrive nell'introduzione alle pagine 13 e 14: "Le maggiori banche europee, in stretto rapporto con quelle americane, hanno accumulato debiti colossali prima e durante la crisi, in specie per via della finanza d'ombra e del denaro che esse medesime hanno privatamente creato dal nulla o ampiamente utilizzato allo scopo di continuare a concedere montagne di crediti senza avere in bilancio i relativi fondi".

Luciano Gallino sostiene che a questo punto i bilanci pubblici, compreso quello della Bce, sono stati prosciugati a causa delle somme spese o impegnate anzitutto per salvare le banche: 4 trilioni di euro a livello Ue nel periodo 2008-2011 di cui 2 realmente utilizzati, nonché a causa dell'accresciuto volume di sussidi di disoccupazione e similari, dovuto principalmente agli effetti della crisi. C'è un altro punto su cui Gallino insiste: in appena tre anni (2010-2012) le politiche di austerità congegnate e presentate come se fossero sicuri antidoti alla crisi, in realtà l'hanno aggravata e prolungata.

Ora, sia ben chiaro che nessuno immagina banchieri che hanno creato o "esportato" il virus, ma la sequenza di una svolta economica improntata all'esaltazione del privato e alla condanna sistematica del pubblico, seguita da una crisi risanata in modo inadeguato per i cittadini (o addirittura contro i cittadini), pone

inevitabilmente un'ulteriore domanda: è stata questa crisi, nata dalla nuova finanza bancaria irragionevole, soprattutto speculativa, a creare il prosciugamento dei bilanci statali e quindi i tagli al welfare e al sistema sanitario, tanto da renderlo impreparato di fronte a storici problemi che si presentano sempre, fin dai tempi di Tucidide?

Niente polemiche, per carità! Ma non è possibile assistere, di fronte alla pandemia del coronavirus, alla cura dei decimali nel bilancio dello Stato, al rispetto dei parametri di deficit e debito di Maastricht. In Italia, in questi giorni, si è passati da una spesa, prevista per l'emergenza, di poco più di tre miliardi a sette miliardi. Poi a 10 e infine a 25. Speriamo che, dopo il saluto all'Italia, Ursula von der Leyen intervenga al più presto smentendo l'inerzia di questa Europa,

Niente polemiche, per carità! Era possibile prevedere che arrivasse un virus così aggressivo, sconosciuto, poco curabile quindi e così rapidamente contagioso? Certamente era possibile metterlo tra gli inevitabili imprevisti di una **globalizzazione** così ampia come quella che è avvenuta in questi ultimi anni. Se esiste la necessità di un'interpretazione storica, si può vedere che le grandi epidemie sono avvenute al seguito del progressivo processo di globalizzazione, non solo in seguito a guerre.

Ovviamente questi grandi processi di assestamento planetario vanno affrontati con la giusta cadenza, perché, come ha scritto fin da 1986 il sociologo tedesco Ulrich Beck, siamo nella "società del rischio", la "società globale del rischio". La metamorfosi del mondo può essere affrontata anche dalla scienza con i tempi necessari. Perché la scienza non è la verità, ma una "costante e infinita ricerca" verso la verità, come scrivevano Karl Popper e lo stesso Albert Einstein.

Nessuno poteva pensare alla cronaca di un coronavirus annunciato. Ma pensarlo, ipotizzarlo e prepararsi a qualsiasi evenienza è una questione di civiltà, di difesa della civiltà.

<https://www.ilsussidiario.net/editoriale/2020/3/18/scacco-matto-al-coronavirus/1998084/>

Scacco matto (al coronavirus)

L'emergenza coronavirus sta mettendo a dura prova medici e infermieri. Tre testimonianze mostrano come il positivo emerga anche in questa situazione

Pubblicazione:
18.03.2020

Luigi Cammi

Come tutti sto vivendo, da quando è emersa l'emergenza, un periodo "interessante" e di scoperta giorno per giorno. Posso dirvi che ricevo al telefono, via chat o tramite contatti indiretti testimonianze di gesti piccoli e grandi che mi riempiono il cuore.

Sono momenti che ci vengono donati e per questo voglio condividere con tutti queste tre testimonianze che possono aiutare voi, come hanno aiutato e rincuorato me, dandomi la **forza di vedere il positivo in ogni situazione**.

Mi scrive Giovanni, studente e futuro medico di Bologna:

"Questi giorni chiuso in casa sono davvero strani e faticosi. Sento parlare degli operatori sanitari e del loro eroismo in prima linea nelle terapie intensive e nei reparti. Io invece, che diventerò medico tra poco più di 4 mesi, mi trovo bloccato nel seminterrato di casa mia. Sento proprio un'impotenza addosso cui non sono abituato: un ragazzo che fermo non ci sta mai ora si trova a fare i conti con uno STOP inatteso e misterioso.

Fino a una settimana fa in giro per Bologna (tra i bambini cardiopatici del reparto, le sale studio dell'Ateneo e gli incontri con i miei amici). Adesso stando fermo qui. Questo ovviamente non mi impedisce di cercare di usare al meglio ogni istante.

Le giornate trascorrono tra dialoghi con i miei familiari e mille collegamenti con qualunque tipo di software (con gli amici, per le lezioni, per la messa). L'obiettivo è quello di dare un ordine al tempo, di creare una routine costruttiva, quasi una regola monastica. Allo stesso tempo è impressionante vedere come questa convivenza forzata possa essere un'occasione per riscoprire i miei genitori e fratelli, per riaccorgermi che esistono e hanno delle passioni, dei desideri e

delle esigenze. Insomma, per imparare a volergli bene.

Come rappresentante degli studenti, sto portando avanti un progetto che dovrebbe renderci possibile dalla prossima settimana l'accesso in ospedale come volontari per servizi. C'è continuamente il rischio di farlo "per farsi belli", per dire a tutti che "ci siamo", per illuderci di essere capaci di "salvare il mondo". Questo rischio mi obbliga a chiedermi continuamente la ragione più profonda per cui ho dato questa disponibilità. Anche in questo sto capendo sempre di più che desidero "imparare a voler bene".

Credo che la cifra di questi giorni, nei quali sto cercando faticosamente di individuare punti di ordine, verità e bellezza, sia il desiderio che ogni istante della mia vita sia speso per imparare a voler bene a chi mi trovo accanto. Desidero proprio che questa finestra, da cui – direbbe Montale – "l'azzurro si mostra soltanto a pezzi" si apra sempre di più sul mondo, e mi apra sempre di più al mondo.

Pregusto già la novità di tutte le cose che mi piomberà addosso nelle settimane dopo la fine di questo periodo. Voglio gustarmi ogni momento, dal panino mangiato a pranzo velocemente prima di rimettersi sui libri, alla passeggiata con l'amico caro a parlare di ciò che ci sta più a cuore".

E ancora mi scrive dal "fronte" la mia amica Margherita, medico a Pisa:

"Non è facile trovare parole giuste o adatte. Ti dico quel che tratto di questo momento così emotivamente complesso: in primo luogo, la consapevolezza che questo è il tempo della verginità. Il modo più vero di abbracciare diventa lottare dal desiderio di farlo e fermarsi quel momento prima, con l'esattezza di quel metro e mezzo prima. Questa distanza, doverosa e imposta, possiamo subirla o amarla. E se l'ami è solo perché sai che l'altro è già abbracciato, è già voluto, è già preso da un Altro, che non sei tu, ma che ci tiene uniti nel suo amore. Questo vale per una coppia, una famiglia, per il mondo intero.

È quasi un mese che non vedo mia madre e mia sorella, che pregano per me e offrono un quotidiano di piccole cose per sostenere me, e con me tanti medici che ora sono chiamati a dare tutto di sé.

Mi commuove immaginarle sospirare di sollievo allo squillo del telefono, segnale chiaro che anche per oggi sono uscita e sto bene. E sentire la coscienza con cui stanno a casa, per 'tenere me tranquilla' in un'apparente inutilità di tempo che diventa offerta continua.

Il loro sostegno telefonico è poi prezioso nel momento più difficile della mia giornata, ovvero quello dello "stibro". Ieri alcuni colleghi erano con le lacrime agli occhi nel momento più duro della giornata, che non è quello in cui, mascherati più o meno nel tentativo di proteggerti, stai lì e lavori; siamo dove dobbiamo stare e non vorremmo sottrarci. Non vorremmo essere da un'altra parte.

La paura vera è quella di entrare dalla porta di casa e contagiare chi abita con te. E anche loro sono i nostri eroi, che soffrono in silenzio spesso, e vivono un continuo affidarsi. Il loro silenzioso sì è il nostro sostegno. Alcuni colleghi sono in albergo, altri in appartamenti da soli. Io per ora ancora a casa con mio marito. Ma piango ogni giorno prima di entrare dalla porta di casa.

Sembra una guerra sì. Oggi siamo quasi baldanzosi, come forse lo erano i nostri militari pieni di amor patrio prima della guerra. Sento le mie amiche di Milano e percepisco che la guerra è sempre peggio di come te la immagini e ho paura. In un Paese in cui non c'è più nemmeno il servizio di leva obbligatorio vedo nei colleghi una dedizione – piena di carità – che mi commuove e mi fa dire che Cristo ha già vinto, in questo popolo, perché abita i nostri cuori, nonostante spesso siamo i primi a non averne coscienza.

Da una settimana ho tolto gli orecchini, quelli che porto sempre, l'ultimo regalo di mio padre prima di morire. Ho tolto la croce dal collo, quella che mi ha regalato Massimo quando mi ha chiesto di sposarlo. Martedì lascerò anche la fede sul comodino. Perché la fede, quella vera, ce l'abbiamo negli occhi e nel cuore".

Infine, la testimonianza del mio amico Andrea, che in questi anni si è dedicato dopo la morte del figlio per la leucemia a combattere la malattia attraverso un'associazione a lui intitolata, con cui ci sentiamo tutti i giorni, in un abbraccio fraterno che dà respiro alla mia giornata. Mi scrive:

"Combattere una malattia è una partita a scacchi; l'ho imparato

durante il percorso di mio figlio Luca. Due anni di lotta contro la leucemia, ogni giorno lì a inghiottire la sua mossa e a pensare come controbatterla. Lì a pensare giorno per giorno, ora per ora, minuto per minuto, secondo per secondo. Lo scacco matto a quella maledetta malattia mio figlio non lo ha subito, lo ha dato volando in cielo "nel migliore dei modi".

Ci vuole dignità nel volare via e ci vuole dignità nel poterlo fare, affrontare. Oggi va data dignità a tutti, italiani e non, che abbiamo perso e che perderemo per colpa di questo virus. Non lo si può fare chiudendo le frontiere, non lo si può fare litigando e facendo capricci e torti, omettendo e dimenticando dati a piacimento. Non lo si può fare rubandoci mascherine come se fossero figurine necessarie per completare l'album Panini.

Ci vuole responsabilità di tutti e da parte di tutti! Non va negato lo sbaglio, va ricucito e cancellato: si deve imparare dagli sbagli. Oggi non c'è tempo di sbagliare, non più. Governo, Protezione civile, Regioni, cittadini devono assumersi le responsabilità e gettare il cuore oltre gli ostacoli.

Devi pensarla la mossa, se la improvvisi senza pensare che il tuo avversario possa trarre vantaggio è un rischio. Se lo fai e non ci hai ragionato, sei un irresponsabile; se lo fai volutamente, allora la partita la perderai, ed è più grave. La mossa dello scacco matto ti apre gli occhi, rimani lì a vedere la scacchiera e a pensare a quello che è accaduto".

Quando la ragione e il cuore non si parlano, la mossa si sbaglia sempre e comunque. Scacco matto. Ho cercato di condividere le testimonianze che in questo momento mi accompagnano durante le mie giornate, amici che grazie alle loro parole mi testimoniano la Presenza più grande guardando alla quale tutto è positivo. Mi aspetto tutto dalla realtà, tutto il bene per loro, per i miei figli, per mia moglie, tutto il positivo che anche oggi riesco a intravedere e di quale posso essere testimone. Questo è un momento di Grazia assoluta, non ho dubbi al riguardo.

<https://www.ilsussidiario.net/editoriale/2020/8/6/covid-19-come-siamo-cambiamo-noi-medici/2056546/>

Covid-19, come siamo cambiati (noi medici)

Nell'affrontare l'emergenza Covid-19 in ospedale, nessuno ha potuto avere cura dei pazienti indipendentemente dal collega, che fosse più o meno esperto

Pubblicazione:
06.08.2020

Camillo Rossi

Scriveva circa a metà dello scorso marzo, in un biglietto, il collega Direttore del Dipartimento di Anestesia, Rianimazione, Emergenza e Urgenza degli Spedali Civili di Brescia: *“Era necessario che l'eroico diventasse normale, quotidiano, e che il normale, quotidiano, diventasse eroico”*. Una frase di San Giovanni Paolo II riferita a San Benedetto mi è riemersa nella memoria all'inizio dell'epidemia Covid-19. Mi sembra che l'impegno richiesto a noi medici, infermieri, operatori sanitari, ma anche a ogni singolo cittadino, si riassume in questa affermazione. Non è l'esaltazione della persona come eroe, ma la straordinarietà dell'evento, oggi è la pandemia Covid-19, che chiede all'uomo, al professionista di superare i propri limiti, i propri egoismi, i propri interessi per arrivare ad affermare che siamo capaci di guardare al di là del nostro limite. Viviamo questa esperienza in modo “eroico”. Consapevoli che in questa prova si gioca non solo una capacità di efficienza e di efficacia ma il vero senso dell'umano.

Oltre 3.200 pazienti sono stati trattati con punte di presenza massima nell'Azienda Sociosanitaria territoriale degli Spedali Civili di Brescia con oltre 900 pazienti contemporaneamente presenti. Spedali Civili sono risultati essere la struttura del SSN che ha accolto più pazienti Covid-19 del nostro Paese e, quasi sicuramente, d'Europa. Di fronte a pazienti con la più diverse condizioni cliniche, affetti da un quadro sconosciuto, ma con presentazione clinica inizialmente non chiara e spesso sfumata, ma sempre più grave e urgente nella presentazione, tutto il personale ha lavorato insieme senza più guardare alle appartenenze alle diverse unità operative dell'Azienda e/o Universitaria o al “grado gerarchico” collaborando, imparando gli uni dagli

altri, perdendo la nozione del tempo, staccandosi per lunghi periodi dalla propria famiglia per proteggerla, diventando famiglia acquisita per i pazienti ricoverati posti in isolamento strettissimo, adottando pratiche di “pietas” per i defunti. Uno spettacolo professionale e di umanità che ha stupito ciascuno e ha evidenziato la cifra di cui la nostra Azienda è costituita.

La terapia dell'infezione da Sars-CoV-2 rappresenta ancora oggi una tematica controversa e sottoposta al vaglio della comunità scientifica internazionale in quanto solo recentemente sono stati resi disponibili i primi trial terapeutici controllati finalizzati alla valutazione dell'efficacia delle singole molecole sinora proposte. L'infezione non causa in tutti i soggetti infetti le stesse manifestazioni cliniche, che possono variare dalla completa asintomaticità a quadri gravi fino all'insufficienza respiratoria acuta e alla morte in rapporto spesso a variabili quali l'età, le co-morbilità di cui possono soffrire i singoli individui e probabilmente la carica virale infettante.

Inoltre, nei soggetti che progrediscono verso i quadri clinici più avanzati, la patologia segue un decorso multifasico, che inizia con una fase virale cui segue una risposta immunitaria disregolata che è responsabile dei quadri clinici più gravi, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio, del cuore, dei reni, della coagulazione e di altri organi e sistemi corporei.

Professionisti, insieme.

Il panorama terapeutico è stato ed è dunque complesso e variegato nei singoli individui e nelle differenti fasi di malattia. Presso gli Spedali Civili di Brescia, un team multi-disciplinare costituito da medici ospedalieri e universitari dell'Università degli Studi di Brescia ha contribuito in maniera significativa alla produzione di dati scientifici finalizzati alla definizione di standard diagnostici e terapeutici condivisi in un momento emergenziale dove questi erano del tutto assenti.

L'approccio terapeutico dell'infezione da Sars-Cov-2 non si è limitato alla terapia antivirale (idrossiclorochina, remdesivir) o anti-infiammatoria (desametasone, tocilizumab), ma si è esteso

a comprendere, prevenire e trattare le complicanze tromboemboliche, cardiovascolari, neurologiche e nefrologiche che spesso rappresentano delle temibili evenienze cliniche in questi pazienti.

L'équipe multidisciplinare ha messo a punto uno score di gravità dell'insufficienza respiratoria denominato Brescia Covid Respiratory Severity Scale che ha avuta ampia diffusione internazionale. Inoltre, gli Spedali Civili di Brescia hanno partecipato in maniera significativa a fornire risposte scientifiche relative alla necessità che i farmaci anti-ipertensivi inibitori del sistema renina-angiotensina (ACE inibitori, sartani, sacubitril valsartan) e i beta-bloccanti non siano sospesi durante infezione da Sars-Cov-2 di grado lieve e moderato. In considerazione del rischio di trombosi arteriose e venose associato alla malattia da Sars-Cov-2 è inoltre consigliato l'uso di eparina a basso peso molecolare per via sottocutanea a dosi profilattiche. Il lavoro dei ricercatori degli Spedali Civili di Brescia e dell'Università di Brescia ha consentito di acquisire elementi clinici e patogenetici innovativi sulla predisposizione a sindromi encefalitiche nei pazienti Covid, che ha permesso un trattamento innovativo ed efficace.

Un problema educativo.

Alcuni coordinatori infermieristici hanno sottolineato: " ... (omissis) Quindi, il punto è questo, trattare l'emergenza Covid-19 con un linguaggio bellico, trattare la malattia come fosse una guerra, ci rende ubbidienti, docili e, in prospettiva, vittime designate. Parlare di guerra, di invasione, di eroismo, con un lessico bellico ancora ottocentesco, ci allontana dalla idea di unità e condivisione di obiettivi che ci permetterà di uscirne. Non è una guerra e questo di oggi è il tempo della vicinanza e della solidarietà e noi, i nostri collaboratori, e tutti i professionisti impegnati nell'emergenza Covid-19 lo abbiamo capito da subito e, da subito, ci siamo aiutati e sostenuti. Nessuno di noi è stato obbligato, nessuno di noi ha ricevuto ordini di servizio (né verbali, né scritti)".

L'esposizione dei professionisti, medici, **infermieri**, operatori sociosanitari a pazienti completamente nuovi e con quadri nosologici non definiti ha obbligato tutti a porsi di fronte al bisogno di sostenersi e correggersi. Nessuno ha potuto avere

cura dei pazienti indipendentemente dal collega, che fosse più o meno esperto, ospedaliero o universitario, medico o infermiere. Ognuno ha imparato da tutto e tutti e l'impegno con la realtà ha prevalso sugli schemi standard. Non ne è nato un modello, ma un modo di guardare al paziente e tra colleghi teso allo scopo della cura.

Ci si chiede: ma non dovrebbe essere sempre così? In altri termini, non dovrebbe essere centrata – la cura – solo sul paziente e il suo bisogno di salute? Quello che, al di là delle polemiche legate alla gestione della pandemia, ci interessa evidenziare è che la vera normalità della cura è che ciascun professionista si deve cimentare quotidianamente con il mistero della vita e della morte e non solo nei casi estremi o emergenziali. La posizione libera di fronte **all'imprevisto** che accade fa scatenare la libertà che diventa creatività, scienza, cura, che mette insieme e unisce. Tale posizione umana e professionale risponde alla concretezza del bisogno della persona in quel momento, alla società e all'indomabile desiderio di chi opera in sanità di ri-comprendere ogni volta il significato del proprio agire. È all'altezza dell'Uomo.

Nessuno si salva da solo. Nessuno salva, da solo. Sarebbe un peccato gravissimo sprecare quanto accaduto – e sta ancora accadendo – non accogliendone dalla drammaticità una provocazione per il cambiamento.

<https://www.ilsussidiario.net/editoriale/2020/11/19/covid-liberta-e-responsabilita/2094839/>

Covid, libertà e responsabilità

Davanti a una malattia sconosciuta come è il Covid, il nostro sistema sanitario ha retto meglio di molti altri paesi grazie alla dedizione e alla responsabilità di medici e infermieri

Pubblicazione:
19.11.2020

**Ultimo
aggiornamento:**
07:00

Giorgio Bordin

L'epidemia Covid in Italia ha messo a dura prova il nostro sistema sanitario. Eppure abbiamo assorbito l'impatto con esiti inaspettati e stupefacenti. Molti nel mondo guardano all'esperienza italiana come un punto significativo da cui ricavare modelli per riorganizzarsi. Il risultato è ancora più sorprendente se si pensa alla struttura del sistema sanitario, un'organizzazione talmente complessa da non lasciare molto margine a previsioni ottimistiche.

Il tema della complessità è abbastanza recente, nella storia occidentale. L'industrializzazione degli stati nazionali e la formazione di aziende di grandi dimensioni hanno rimpiazzato a partire dall'Ottocento i modelli tradizionali di amministrazione, ponendo problematiche nuove. Le organizzazioni, crescendo in dimensioni, non si sono trasformate solo in quantità (cioè sono diventate più complicate), ma sono cambiate nella loro qualità, diventando complesse. I due termini non sono equivalenti.

Esiste una profonda differenza tra un sistema complicato e un sistema complesso. Nel sistema "complicato" i diversi fattori non sono variabili. È un grande orologio pieno di ingranaggi, una catena di montaggio difficile da consegnare, ma facile da far funzionare, dentro la quale l'opera dell'uomo può essere ridotta dall'automazione e tende ad essere stritolata.

Nel sistema "complesso" i diversi fattori sono variabili, e questo ne capovolge il funzionamento. La complessità di un sistema o di una organizzazione non dipende dal numero di elementi, benché questo tenda ad essere elevato, ma dalla presenza di interazioni non lineari fra di loro, per cui non c'è proporzionalità

o ripetibilità nei rapporti fra stimoli ed effetti, poiché l'esito di un processo influenza retroattivamente il processo stesso modificandolo in tempo reale. È caratterizzato da dinamicità e capacità di reazione agli stimoli ambientali, pertanto non è immobile, anzi evolve, con fenomeni di adattamento all'ambiente simili a quelli di un organismo vivente.

Inoltre il grado di complessità in un'organizzazione come quella sanitaria si eleva a potenza se si considera che gli stessi snodi del sistema sono rappresentati da persone in relazione fra di loro, a loro volta portatori di enormi complessità: ogni utente vive in modo differente la propria percezione di salute e malattia, e ogni operatore sanitario personalizza il proprio paradigma professionale in relazione a contesti culturali, etici e sociali.

È una sfida grandissima per il management che però, invece di essere raccolta in tutto il suo fascino e nella provocazione della sua portata, è il più delle volte schiacciata in tentativi riduzionistici di governo della complessità: la si spezzetta nei suoi elementi unitari, tentando di semplificarla e ingabbiarla in rigide procedure da cui ci si aspettano risultati meccanici, deterministici, derivati dai modelli industriali di gestione.

Purtroppo, ciò che è complesso non può essere semplificato senza perdere qualcosa per strada, talvolta anche la sua stessa identità. Il carattere non lineare dei sistemi complessi fa sì che partendo da una condizione in ingresso, è possibile prevedere un esito, ma solo su basi di probabilità, e mai di certezza. Piccole variazioni in ingresso – anche solo la variabilità individuale propria dell'oggetto dell'azione di un sistema sanitario – possono portare ad ampie differenze in uscita rispetto a quello che ci si attendeva.

Di fronte a queste premesse stupisce, dunque, ancora di più quanto è avvenuto in questa emergenza Covid, dove l'organizzazione era totalmente impreparata a gestire quello che è avvenuto, in assenza di procedure adeguate, formazione del personale ad ogni livello, risorse non solo materiali o strutturali, ma anche di supporto scientifico all'azione diagnostica e terapeutica. Cosa

dunque ha potuto reggere nel nostro sistema sanitario? L'affidabilità e la dedizione degli operatori, cioè proprio quel contributo variabile dell'organizzazione, che ha conferito ad essa stabilità e resilienza.

La resilienza è l'opposto della fragilità: è la capacità di un metallo di assorbire il colpo senza frantumarsi. Ma qui c'è stato qualcosa in più: una risposta proattiva connotata da energia creativa, unità e vivacità professionale. L'abbiamo sperimentato in molti, lo raccontiamo spesso, quando ce lo domandano: pur nella difficoltà e drammaticità del momento eravamo sorprendentemente contenti di lavorare e perceivamo che si stava lavorando bene, con soddisfazione: tanta stanchezza e poco burnout.

Si sono così realizzate risposte operative che, pur nella loro provvisorietà, possono essere modelli da implementare e rendere stabili, non solo per affrontare un'altra ondata di Covid, come le circostanze attuali stanno facendo temere, ma anche per meglio gestire i problemi di sempre: quelli dell'acuzie e anche quelli della cronicità, che non abbiamo certo messo da parte.

Questo può avvenire purché si guardi a questo fenomeno cercando di imparare qualcosa. Mi sembra di vedere due lezioni importanti:

- ogni fenomeno ha sempre un motore, qualcosa che lo motiva. Si è stati di fronte al bisogno di salute che si incontrava, nell'idea più o meno consapevolmente espressa che ci si prende cura dell'uomo malato e di ogni uomo, senza distinzioni, senza tregua, senza recriminazione. Non diamolo per implicito: altri paesi non hanno fatto così, vedi l'esempio recente della Svizzera;
- la libertà e la responsabilità degli operatori sanitari ha avuto modo di esprimersi senza vincoli, irrigidimenti, costrizioni burocratiche o normative, così ha dato il meglio di sé riorganizzando il sistema. Occorre scommettere su questa libertà partendo dal dato, che abbiamo visto, ma non possiamo dare per scontato, che esiste un tessuto di operatori della salute ancora capaci di muoversi sorretti dall'ideale.

Ci sono oggi condizioni facilitanti, che a febbraio e marzo non avevamo: il tempo di organizzarci, i soldi per dotarci di maggiori risorse strutturali e tecnologiche, conoscenze epidemiologiche e fisiopatologiche sulla malattia da Covid-19 che non esistevano allora.

Il tempo sta passando, i soldi non li stiamo usando bene, ma più allarmante libertà e responsabilità di medici e infermieri stanno tornando ad essere ingessate in rigidi protocolli, inadeguati ai bisogni che tutti avvertono. Tutti temono di potersi trovare ancora allo sbaraglio nel caso si debba riaffrontare un'emergenza come quella passata.

Kafka scriveva che *"si temono la libertà e la responsabilità e quindi si preferisce soffocare dietro le sbarre che ci si è costruiti da sé"*.

È una tentazione dietro l'angolo di chiunque. Bisogna renderlo esplicito e condiviso, perché l'energia non decada e possa generare luoghi di lavoro più adeguati allo scopo per cui sono nati. Non è spontaneo, è un lavoro nel lavoro, occorre un metodo nuovo e antico insieme: la corresponsabilità.

<https://www.ilsussidiario.net/news/scenario-covid-lockdown-giornali-vaccino-tutti-gli-errori-fatti-da-non-ripetere/2112481/>

Lockdown, giornali, vaccino: tutti gli errori fatti

Gestione contro il Covid affidata alla Ue, vaccinazione di massa, sistema informativo esperto: ecco come contrastare un virus resiliente e "intelligente"

Pubblicazione:
11.01.2021

*Ultimo
aggiornamento:*
08:33

Luigi Fabbris

Il comitato dei virus anziani, avendo udito che in Occidente stavano imparando a parlare cinese ed esultavano per l'approssimarsi della creazione di un'arma biochimica letale, detta vaccino, sentenziò che, in via provvisoria e solo per soddisfare il nuovo corso del Regno Unito, un ceppo **avrebbe iniziato a parlare inglese**. Però – disse sempre il comitato degli anziani – si parlerà inglese solo per il tempo sufficiente a far sì che il comitato dei virus esperti introduca la lingua del futuro, l'ostrogoto.

Per chi non lo ricorda, l'ostrogoto era la lingua degli Ostrogoti, un popolo di origine orientale che occupò l'Italia nel V secolo dopo Cristo. I linguisti dicono che una lontana derivazione dell'ostrogoto sopravvive in certe valli venete, dove si è fusa con le parlate di altri eserciti barbarici, generando l'idioma che oggi chiamano cimbro. Il *cimbro*, tuttavia, non richiama se non vagamente l'ostrogoto, tant'è che certi veneti, se dicono "farsi un goto", intendono una cosa del tutto diversa dallo scambiare affetti con il popolo goto da cui derivavano gli Ostrogoti. Quindi, quando parleranno ostrogoto, i virus potranno eludere anche la scienza biochimica corrente.

Ci scusiamo con chi legge se, per comunicare il nostro pensiero, abbiamo usato termini parabolici. Il virus si è dimostrato capace di cambiare la propria natura in un tempo minore di quello impiegato dagli umani per creare l'attuale antivirus. Infatti, ci si è resi conto del – o, secondo alcuni, è stato reso pubblico il – fatto che il virus era mutato solo dopo mesi.

Qual è allora la contromossa che devono fare i comitati di guerra degli umani? Primo: creare una solidarietà di massa, fondata **non su diktat**, bensì sulla comune consapevolezza della gravità della situazione.

Facciamo un esempio: le intelligenze di molte persone, anche di sanitari, sono percorse da dubbi sull'efficacia di medio e lungo periodo dei vaccini e, ancor peggio, sulle possibili interazioni tra il vaccino e le condizioni sanitarie di certe categorie di persone. Cosa dice l'Istituto superiore di sanità per convincere i dubbiosi? Dice che il vaccino è efficace, punto; che non interferisce con gli anticorpi naturali che un individuo potrebbe avere, punto; che, fino a nuovo ordine, bisogna portare la mascherina e rispettare la distanza di sicurezza, punto. Insomma, l'Istituto ha perso un'occasione per fare bella figura.

Per fortuna, meglio ha fatto l'Aifa, l'Agenzia del farmaco, che ha rassicurato ribadendo che le prove sperimentali garantiscono efficacia antivirale per un certo numero di mesi, che non sono stati registrati che marginali effetti avversi su persone con allergie, e ha fatto capire che non si sa quanto a lungo duri la protezione del vaccino, dato che non c'è stato tempo materiale per provarla. Il che non cancella i dubbi sulla durata dell'efficacia, ma suona come un impegno a fugarli e obbliga ciascuno a riflettere secondo coscienza sul "che fare?".

Il secondo suggerimento che i comitati umani dovrebbero considerare è quello di dare alla gente opportunità per ragionare, soprattutto al fine di sradicare la malattia della psiche provocata dal virus. Il terrore di contagio è già forte ora che il virus parla più o meno la stessa lingua. Quando scopriremo altre insidiose mutazioni del virus – perché i fatti dimostrano che muterà – lo sconforto regnerà sovrano, non solo nei comitati, ma anche tra coloro che oggi non vedono l'ora di ricominciare a lavorare, ad andare a scuola e a viaggiare come prima. Per aiutare le persone, bisogna fidarsi della loro intelligenza, divulgando ragionamenti credibili **su numeri appropriati**.

Per capire che cosa fare, partiamo da alcuni punti fermi. Sia-

mo nel pieno della terza ondata, che si sta sovrapponendo alla seconda, un po' a causa di mutazioni locali, un po' per parziali rilassatezze nei comportamenti, ma soprattutto per motivi del tutto ignoti. Quindi, le chiusure dette lockdown servono, ma non sono decisive. E di ondate infettive ne vedremo ancora diverse. Il virus, infatti, ha dimostrato di avere capacità di attacco inattese: colpisce in modo selettivo, cambia natura rapidamente, sopravvive a lungo sulle cose, salta da una specie animale all'altra e poi di nuovo all'uomo. Insomma, i virus ci insegnano che, per sopravvivere, bisogna avere sia capacità di adattamento ("resilienza") alle novità, sia conoscenza profonda della realtà che ci circonda ("intelligenza") al fine di padroneggiarla. Ma su questo torneremo più avanti.

Secondo punto fermo: il vaccino antivirus è l'ultima spiaggia in attesa della cosiddetta immunità di gregge, la quale non è proprio una bella immagine, ma fa capire che se stiamo uno a ridosso dell'altro, è come se fossimo un corpo unico. **I dubbi sul vaccino sono diversi e molti sono legittimi**, però non si può andare avanti per anni come nel 2020. Non abbiamo potuto festeggiare come si deve né Pasqua, né Natale. La scuola e l'università sono andate avanti con apprendimento al minimo. Il turismo, lo sport e gli spettacoli sono limitati alle immagini, ossia danno sensazioni simili ad una cartolina con disegnate le labbra rispetto a un bacio in carne eccetera. Viaggiare in autobus, in treno o in aereo è fonte di grande apprensione. Poi speriamo di non doverci ricoverare in ospedale o in una Residenza assistita per anziani, ormai diventati sinonimi di focolai. Tutto questo in aggiunta alle croniche deficienze di questo nostro Paese. Non possiamo, non dobbiamo abituarci a vivere al minimo. Purtroppo, sappiamo che non basterà neppure il 2021 per raggiungere l'immunità di gregge; tuttavia, quanto prima si parte, tanto prima s'arriva alla meta.

Terzo punto fermo: dovremo convivere a lungo con il virus perché il vaccino non uccide il virus, bensì lo tiene lontano dalle nostre cellule, dentro le quali si può riprodurre velocemente causando l'infezione. Ciò significa che lo combatte quando l'abbia-

mo già dentro. Non v'è dubbio che il virus rimarrà in molti corpi umani, negli animali e nelle cose. I biologi ipotizzano che i virus siano stati una tra le prime forme di vita sulla Terra, ciò significa che sono arrivati qui molto prima degli umani. E, se tanto mi dà tanto, saranno qui per tanti capodanni ancora. Quindi, usando il linguaggio della retorica imperante, non vinceremo la guerra, ma, al massimo, una battaglia che ci procurerà una tregua armata.

Diciamo, allora, come vorremmo che fossero le cose.

1. Sul fronte del virus, proponiamo un unico comando, quello dell'Unione Europea (Ue). Purtroppo, sia i comandanti locali che quelli internazionali (Oms), si sono dimostrati titubanti, per usare un eufemismo. L'Ue si è, invece, dimostrata equilibrata sia nell'attacco al virus, sia sul fronte interno della gestione delle risorse.

2. Vacciniamoci in massa, così riusciremo a prolungare la tregua. Dato che il vaccino è null'altro che una medicina preventiva, va assunto con circospezione, ma va assunto di necessità, perché l'alternativa comporta rischi maggiori.

3. Creiamo un sistema informativo esperto duraturo. Un sistema si dice esperto se impara dall'esperienza, quindi anche dai propri errori. Lasciamo sullo sfondo le critiche sugli errori informativi che hanno contribuito a perdere le ultime battaglie. Cerchiamo di dare risposte almeno ai seguenti interrogativi: quanti nostri soldati sono già armati di anticorpi per proprio conto? Quanto a lungo possono resistere i nostri armati con le pallottole antivirus fornite dal vaccino? Quali sono le sezioni dell'ampio fronte interno sulle quali il virus esercita la massima pressione (focolai)? Quali sono gli impatti di breve e medio periodo della guerra antivirale, possibilmente in funzione di interventi pianificati in un'ottica sperimentale? Un siffatto sistema informativo deve essere un riferimento costante per i decisori, quindi deve durare a lungo. Si noti che, se l'Italia riuscisse a farlo come si deve, farebbe qualcosa che non hanno né gli Stati Uniti, né altri paesi statisticamente evoluti.

Marcel Proust diceva, all'incirca, che l'unica conquista del viaggiare verso il nuovo consiste non in nuovi paesaggi, bensì nell'acquisire nuovi occhi. Cerchiamo di condurre questa guerra con occhi nuovi e lungimiranti, togliendo la testa dalla sabbia mediatica.

<https://www.ilsussidiario.net/news/numeri-covid-elencare-cosi-ricoveri-casi-e-decessi-e-un-rito-inutile-e-dannoso/2123867/>

Elencare così ricoveri, casi e decessi è un rito inutile (e dannoso)

Per fronteggiare davvero il Covid serve un sistema informativo degno di questo nome, che faccia riferimento alle persone e alle loro storie sanitarie

Pubblicazione:
01.02.2021

*Ultimo
aggiornamento:*
07:07

Luigi Fabbri

Dai tempi della scuola ci vengono ogni tanto in mente parole in disuso. Una di queste è ignavia. Significa indolenza, inerzia, viltà. Ha altri sinonimi, come infingardaggine o accidia, che però sono enigmatici quanto ignavia, tanto che molti confondono l'accidia con l'invidia, con l'essere acidi nello spirito. L'ignavia non ci verrebbe in mente se Dante non avesse posto sugli ignavi un grave marchio d'infamia. Il Poeta disse, sprezzante, che erano coloro che vissero senza infamia e senza lode (traduzione dall'italiano antico). In Italia, e non solo nel nostro Paese, di ignavi si nutre quel mostro spesso evocato per spiegare tutti i mali sociali, la burocrazia. Chi non fa il proprio dovere istituzionale o scansa le responsabilità connesse a un regolare stipendio, pecca di ignavia. In tempi di pandemia da virus, l'ignavia può diventare un grave pericolo sociale.

Gli ignavi che qui c'interessano sono le persone e le istituzioni deputate a informare su ciò che attiene alla lotta al coronavirus, ma che non lo fanno come dovrebbero. Interpretando a proprio modo i disciplinari anti-virus, costoro si coprono con la mascherina anche gli occhi e si lavano spesso le mani, alla Ponzio Pilato, per non agitare le acque.

L'informazione sull'epidemia è scarsa, solo in parte orientata a far capire al comune cittadino come vanno le cose, e in non pochi casi è addirittura distorta. Perché diciamo che è scarsa? Di che cosa avremmo bisogno per **renderci conto di come vanno le cose?**

È noto a tutti che le malattie da coronavirus si sono inserite prepotentemente tra le cause di morte in Italia. Fino al 2019,

morivano in Italia 631 persone al giorno per malattie del cuore o del sistema circolatorio e 511 per tumore (nostra elaborazione di **dati Istat**). Ogni altra disfunzione ne causava meno di 150 al giorno. Dal mese di febbraio 2020, sono morte, in media, per causa – o per concausa – del virus 250 persone al giorno. Il virus è, dunque, molto pericoloso. Considerando che quando uno si spegne per consunzione, si considera morto per arresto cardiaco (nel senso che il cuore ha smesso di battere), al giorno d'oggi solo i tumori e le malattie del sistema circolatorio mostrano effetti letali superiori al Covid-19.

Quando si è detto una volta per tutte che il virus è molto pericoloso, a che cosa servono le grandinate quotidiane di statistiche raffazzonate su morti e ricoverati? Di che cosa abbiamo veramente bisogno?

La nostra risposta è che *serve un sistema informativo degno di questo nome*. Un sistema informativo nazionale dovrebbe essere orientato a ridurre significativamente, o eliminare del tutto, gli effetti del virus sulla popolazione italiana. Il che non è semplice, perché un sistema informativo va ideato e creato da veri esperti, mentre non si percepisce neppure la più debole traccia di idee a questo finalizzate. Esiste solo un sistema contemplativo, quello che conta morti e feriti e che consiste, tra l'altro, in un sottoprodotto di registrazioni amministrativo-sanitarie. Se le cose non cambiano nel prossimo futuro, anche l'informazione sui vaccini sarà un sottoprodotto amministrativo (firme sui consensi informati, iniezioni fatte per giorno e per sede, e altri dati utili solo a mostrare quanto alcuni sono bravi), più che una rilevazione statistica strutturata e mirata a obiettivi di cambiamento.

Un vero sistema informativo-statistico deve fare riferimento alle persone, rappresentate *tramite le loro storie sanitarie, le terapie fatte, gli esiti (sia positivi che avversi) delle vaccinazioni, le conseguenze psicologiche, sociali ed economiche dei contagi e delle limitazioni relazionali e produttive sopportate*. Solo così possiamo uscirne con dignità: se producessimo solo statistiche sulle punture, sprecheremmo tempo e denaro dei contribuenti. Per chi è incuriosito dalle punture, bastano e avanzano le immagini

moltiplicate dalle televisioni. Un sistema informativo-statistico deve, invece, produrre stabilmente essenza informativa sulle questioni strategiche e tattiche di interesse collettivo.

In Italia, solo l'Istat può mettere in funzione e far funzionare nel tempo un tale sistema. In altre occasioni ci sarebbe venuto in mente l'Eurostat, l'ufficio statistico dell'Unione Europea, che però in questo periodo è più timoroso degli istituti nazionali. In realtà, l'Istat ha fatto un'indagine in questa direzione, rilevando la presenza (che gli epidemiologi chiamano prevalenza) di anticorpi correlati al Covid in un campione di italiani. Sarebbe stata un'indagine dal grande contenuto informativo: avremmo saputo quanti italiani erano entrati in contatto con il virus e quanti avevano degli anticorpi che li proteggevano. Invece, da quando l'indagine è andata storta, l'Istat ha tirato i remi in barca. Ora stanno cominciando le vaccinazioni, è il momento di ripartire sul serio. Sarebbe da ignavi il non farlo.

Un altro istituto ha un ruolo importante in questa epidemia, l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms, in inglese Who). Può svolgere, per la credibilità di cui gode, anche un ruolo propulsivo per la conoscenza statistica sugli effetti dei vaccini. Si consideri che in ogni parte del mondo si sta vaccinando la gente contro il virus. Ciò nonostante, la sperimentazione dei vaccini acquisiti dall'Italia e dal resto d'Europa non ha ancora superato la cosiddetta fase 3 della sperimentazione, quella che avrebbe dovuto precedere la somministrazione alla popolazione. Per la precisione, le case farmaceutiche stanno effettivamente svolgendo la sperimentazione, la quale però finirà non prima della fine del 2021, anzi, molte case la completeranno verso la fine del 2022 o l'inizio del 2023. Quindi, **come è facile documentare**, la sperimentazione finirà quando tutta la popolazione sarà stata vaccinata. A cosa serva una sperimentazione sui vaccini che esibirà, se tutto va bene, i suoi risultati dopo che i vaccini sono stati inoculati sull'intera popolazione lo sanno solo certi burocrati.

La sperimentazione, inoltre, si sta svolgendo solo su campioni di popolazione adulta sana, quella che non ha problemi sanitari. Gli esperimenti in corso ignorano di proposito i giovani, le donne

incinte o sospettate di essere incinte, le persone con patologie o disfunzioni organiche importanti, e le persone già entrate in contatto con il virus. Il motivo è evidente: le case farmaceutiche (a causa della forte concorrenza tra loro) vogliono dimostrare che il proprio vaccino è più efficace e non possono permettersi di includere casi problematici. Questo, ci dispiace dirlo, avviene con il beneplacito delle agenzie nazionali e internazionali del farmaco.

Facciamo un semplice ragionamento: se dagli esperimenti sui vaccini, per motivi di opportunità, si escludono i minori e le donne incinte, con quale spirito si inoculerà il vaccino in minori e donne incinte, persone per le quali non è mai stato sperimentato? Proprio per queste e per le altre categorie di popolazione escluse dagli esperimenti vaccinali, l'Oms e le agenzie del farmaco dovrebbero invece promuovere – a tamburo battente – un supplemento di sperimentazione in modo da evidenziare i possibili effetti della vaccinazione, obbligando le case produttrici a fare una serie di esperimenti specifici su (piccoli, anche meno di 1000 unità) campioni di casi e controlli *a latere della sperimentazione che stanno conducendo*. Anche in questo caso, aspettare la conta di morti e feriti sarebbe una grave forma di ignavia.

Si può delineare un terzo caso di ignavia, più complesso dei precedenti: riguarda il ministero della Salute. Di questi tempi, il ministero si è mosso come non mai nel fare e nel proporre. Inoltre, il sistema sanitario nazionale, se si esclude lo sbandamento iniziale, ha fatto fronte alla malattia, dimostrando di valere. Allora che cosa non va? Non va che il ministero dica che chiude a dicembre per evitare di chiudere a Natale, poi che chiuda durante il Natale per evitare che gli italiani si perdano la Befana, poi che chiuda durante la Befana e dintorni per evitare il peggio. Cascano le braccia, anche perché è sotto gli occhi di tutti che gli scarsi effetti dei provvedimenti di progressiva chiusura non dipendono, se non in minima parte, da cattivi comportamenti degli italiani, bensì da un virus che cambia facilmente natura e diventa sempre più sfuggente.

Se il ministero non sa che virus pigliare, faccia almeno capire

che si è mosso sul serio per studiare, o far studiare, il fenomeno e per mettere in funzione – siamo costretti a ripeterci – un sistema informativo sull'epidemia. Chi debba studiare dal punto di vista scientifico il fenomeno, se debba essere l'Istituto superiore di sanità (Iss), organo tecnico del ministero, o una associazione di scopo tra università e Iss, oppure un altro insieme di intelligenze tratte da più discipline (con una minoranza di virologi!) ed eventualmente dal mondo della ricerca privata, lo decida il Ministero. Scelga chi dà maggiori garanzie di visione strategica. E non si preoccupi se qualche frescone, come dicono a Roma, dirà che i soldi per la ricerca sono sprecati poiché, dice sempre il frescone, i vaccini ci sono già e sistemeranno tutto. I vaccini sono un'arma di difesa: per una volta, facciamo un passo più avanti del virus, prepariamo la nostra resilienza alla prossima variante o al prossimo virus. Dice un vecchio adagio che *metà dei soldi spesi in ricerca è sprecata, però non si sa quale metà*. Metà nuova conoscenza è già molto più della precaria conoscenza d'oggi.

Nel mondo dei farmaci, in cui gli strumenti di persuasione e dissuasione sono illimitati, è molto più conveniente girarsi dall'altra parte che agire con buona volontà. Stiamo parlando sia delle istituzioni, sia delle persone che incarnano le istituzioni. Le istituzioni, si sa, camminano con le gambe delle persone: le persone vili spesso si reputano più intelligenti di quelle che, con disprezzo, esse chiamano idealisti; se, invece, le persone sono coscienti, la loro sola ricompensa sarà la soddisfazione della propria coscienza. Possiamo solo sperare che la coscienza delle persone che si trovano al posto giusto sia al giusto livello di sensibilità. Un tribunale d'oggi, purtroppo, non li condannerebbe: l'ignavia non è un reato da codice penale. Solo il tribunale della storia, come insegna Padre Dante, condannerà i colpevoli d'ignavia.

<https://www.ilsussidiario.net/editoriale/2021/3/26/vaccinazioni-come-svolta-re/2148613/>

Vaccinazioni, come svoltare

Occorre rivedere le categorie cui dare la priorità nelle vaccinazioni e rivedere anche alcune caratteristiche della campagna vaccinale

Pubblicazione:
26.03.2021

**Carlo
Signorelli**

Dopo il turbolento "Stop and Go" del vaccino AstraZeneca, le nuove indicazioni sui prodotti e la constatazione della lentezza nella copertura degli anziani e dei soggetti "fragili" (non solo in Lombardia ma in tutt'Italia, come denunciato il 21 marzo dal *Corriere della Sera*), è opportuno fare il punto della **situazione**, analizzando positività e criticità del primo trimestre vaccinale, per proseguire con rinnovato vigore.

Il dato epidemiologico da tenere presente è uno e fin troppo chiaro: oltre il 95% dei morti per Covid-19 appartiene alle categorie degli ultra-70enni o portatori di patologie croniche. Al momento la situazione delle coperture in queste fasce è imbarazzante, sia a livello nazionale che regionale. Le autorità competenti se ne sono accorte e stanno correndo ai ripari. Degli ultra-80enni ne sono stati vaccinati il 42% con una dose e il 15% con due. Ma è sulle categorie tra 70 e 79 anni e sui "fragili" che la situazione è ancora peggiore, con la campagna che, di fatto, non è ancora cominciata e che dovrà necessariamente coinvolgere attivamente i medici di famiglia che in passato hanno contribuito il successo delle campagne antinfluenzali.

Poiché al momento abbiamo tre vaccini (che diventeranno a breve quattro) senza più limiti di età, occorre adattare le priorità e i tempi in modo da **vaccinare** queste categorie in tempi brevissimi. E se questo avviene con un rallentamento delle vaccinazioni di insegnanti, avvocati, manutentori ospedalieri, amministrativi e forze armate (tutti soggetti in età a bassissimo rischio di forme gravi) poco importa. Se raggiungeremo l'obiettivo di sanità pubblica di proteggere le categorie fragili, a breve i decessi scenderanno, come accaduto nel Regno Unito, e la prospettiva pandemica assumerà connotati diversi.

Il secondo tema è legato ai centri vaccinali che ci consentano di raggiungere numeri più significativi. Premesso che, finora, la capacità dei centri è stata superiore alla disponibilità di dosi e, quindi, hanno lavorato tutti a basso regime, occorre tenere presenti alcuni punti fermi, che nascono da importanti aspetti logistici, ma anche da considerazioni di sanità pubblica perché – ricordiamolo – quello vaccinale è un atto medico e fino a oggi tutte le campagne vaccinali in Italia sono state organizzate e condotte, quasi sempre con successo, dai centri vaccinali delle Asl/Ats e dai medici specialisti in igiene e medicina preventiva del Ssn, che dovrebbero essere forse considerati di più, in quanto formati anche per queste attività nelle Scuole di Specializzazione. Dall'esperienza di chi ha fatto vaccinazioni da sempre vengono dunque indicazioni generali che non devono essere lette tassativamente, ma adattabili alle singole realtà locali:

1. Meglio i centri vaccinali massivi. Il break-even per una buona efficienza, secondo i ragionevoli calcoli del Politecnico di Milano, si assesta a 600/800 vaccinazioni al giorno, con una linea vaccinale attiva (6-8 medici, 10 infermieri, 4 amministrativi e una decina tra ausiliari e volontari di supporto per ogni turno).

2. Meno medicalizzazione della campagna. Si continua a parlare di reclutamento di migliaia di medici (e specializzandi) vaccinatori, ma, in realtà, la somministrazione dei vaccini avviene, salvo rare situazioni, a opera degli infermieri (o degli assistenti sanitari, dove ci sono). Il ruolo del medico è di coordinamento del centro, valutazione anamnestica, osservazione post-iniezione ed eventuale intervento in caso di reazioni avverse. Questo aspetto è ancora poco noto.

3. Più tecnologie in campo. Stiamo facendo una guerra con munizioni d'altri tempi. Firma del consenso su tablet? Sconosciuto. Fascicolo sanitario elettronico per l'anamnesi? Non pervenuto. Scarico del foglio anamnestico al domicilio e consegna al check-in? Rarissimo. Se vogliamo accelerare dobbiamo far ricorso alle più sofisticate tecnologie informatiche disponibili, che la gente d'altronde già vede applicate, apprezzandole, in altri contesti quotidiani (banche, uffici postali, ecc.).

4. Sperimentare soluzioni innovative calcolando produttività, qualità della prestazione e soddisfazione degli utenti. Poiché l'esperienza è nuova non sottovaluterei nuovi modelli come il drive-through, il modello stanziale in cui si spostano gli operatori e il vaccinando (magari con problemi deambulatori) rimane fermo in poltrona; oppure la gestione di poche dosi giornaliere, come potrebbe avvenire in strutture sanitarie dove il personale, già presente, è poco occupato (col vantaggio di non avere aggravii di costi); incomprensibile è anche il motivo per il quale i rodati centri vaccinali delle Asl (dipartimenti di prevenzione) non vedono quasi mai presi in considerazione.

5. Accredimento dei centri vaccinali. Dovrebbe essere un pre-requisito, definendo i criteri minimi logistici, strutturali, igienico-organizzativi (unità di personale) e amministrativi; non ci risulta venga fatto.

6. Affidamento del coordinamento a chi ha esperienza nel settore, possibilmente medico igienista con pregresse esperienze nella gestione di campagne vaccinali di popolazione, affiancato da personale infermieristico con tutte le conoscenze che permetterebbero loro di far fronte alle inevitabili circostanze imprevedibili come assembramenti, difetti di prenotazioni, richieste anomale, gestione delle fiale avanzate.

Dal Regno Unito la strategia in 10 punti che ci fa vincere la guerra al Covid

A fine marzo oltre il 60% della popolazione inglese è stata vaccinata contro il Covid. Ecco le scelte strategiche che hanno determinato il successo del Regno Unito

*Pubblicazione:
02.04.2021*

*Ultimo
aggiornamento:
08:16*

**Michele
Castelli**

Da Newcastle

I numeri parlano chiaro: nel Regno Unito al 31 marzo la prima dose di vaccino contro il Coronavirus è stata somministrata a quasi 31 milioni di persone (circa il 60% della popolazione adulta) mentre poco più di 4 milioni di persone hanno ricevuto entrambe le dosi (poco meno dell'8% della popolazione adulta). Nella settimana terminata il 27 marzo, in media sono state somministrate ogni giorno 540mila dosi di vaccino.

Questi risultati sono in linea con la "Phase one" del piano vaccinale, che prevede entro metà aprile in Inghilterra l'offerta della prima dose di vaccino ai residenti (e a chi lavora) nelle case di riposo, al personale sociale e sanitario, alle persone clinicamente più vulnerabili, a chi si prende cura di persone più vulnerabili e a tutti gli over 50.

La "Phase two" prevederà poi l'offerta della prima dose a tutti gli adulti dai 20 ai 49 anni entro fine luglio (in anticipo rispetto all'obiettivo iniziale previsto in autunno).

Nonostante anche nel Regno Unito ci siano delle criticità (per esempio il fatto che nel mese di aprile il programma vaccinale subirà dei rallentamenti causati principalmente dalla ridotta disponibilità di dosi provenienti dall'India, o il fatto che vi siano disparità nel numero di dosi ricevute tra aree più benestanti e più povere del Paese e tra diversi gruppi etnici) è indubbio che il piano vaccinale stia andando a gonfie vele: basti pensare che

il numero di dosi amministrate ogni 100 persone è pari a 51,7, mentre **la media dell'Unione Europea** è di 16,1 (meglio del Regno Unito, a livello mondiale, hanno fatto solo Cile, Emirati Arabi e Israele).

Ma come si può spiegare questo successo? Proviamo a elencare sinteticamente le principali motivazioni, relative da una parte agli aspetti di approvvigionamento e investimenti e dall'altra a quelli logistici e decisionali. Per quanto riguarda i primi aspetti:

- i contratti stipulati da Regno Unito e Unione Europea con AstraZeneca sono simili ma non identici: quello con il Regno Unito contiene ulteriori clausole che prevedono, ad esempio, che il processo di produzione e distribuzione sia appropriato e sufficiente (tradotto: che vi siano ulteriori garanzie che le dosi acquistate siano disponibili).
- Il Regno Unito si è mosso in anticipo rispetto all'Ue nello stipulare accordi e nell'ordinare dosi di vaccino con diverse case farmaceutiche: attualmente sono state ordinate oltre 400 milioni di dosi relative a 7 diversi vaccini, di cui tre al momento già approvati (Oxford-AstraZeneca, Pfizer-BioNTech e Moderna, le cui prime dosi sono in arrivo ad aprile), tre in attesa di approvazione (Janssen, Novavax e Valneva) e un ulteriore accordo con la compagnia biofarmaceutica CureVac per sviluppare vaccini che dovessero rendersi necessari per fronteggiare future **varianti del virus**.
- La decisione presa dal Governo già ad aprile 2020 di istituire una task force specifica sui vaccini (composta da scienziati, esperti di logistica e tecnologia) finalizzata ad acquisire vaccini sulla base della loro efficacia e pronta disponibilità, più che sul loro costo.
- Livello di investimenti: l'ammontare previsto dal governo per produrre, acquistare e distribuire vaccini (più la ricerca) è pari a 11,7 miliardi di pounds.
- La capacità produttiva e le infrastrutture relative ai vaccini erano già prima della pandemia altamente sviluppate e avanzate, rendendo più rapida ed efficace l'incremento di tali attività

durante la pandemia (come dimostrato ad esempio dalla collaborazione tra Oxford e AstraZeneca).

Relativamente ai secondi aspetti:

- Una attività di programmazione, coordinamento e distribuzione altamente efficace: diversamente dal sistema sanitario italiano, il sistema sanitario britannico (Nhs) è fortemente centralizzato e questo ha favorito un'organizzazione e programmazione il più possibile uniforme, omogenea e coordinata sul territorio nazionale (solo in Inghilterra ci sono più di 1.700 centri dove i vaccini vengono somministrati, che comprendono medici di base, farmacie, ospedali e grandi centri di vaccinazione di massa).
- Il coinvolgimento di diversi soggetti con competenze specifiche (industria, esperti di logistica, membri delle forze armate, etc.) per garantire un'efficace catena di programmazione e distribuzione.
- Il coinvolgimento e la formazione di circa 80mila persone (tra personale del sistema sanitario e personale appositamente reclutato) per la campagna vaccinale.
- La scelta, fin dall'inizio, di distribuire i vaccini secondo un criterio anagrafico (a parte alcune specifiche categorie di persone maggiormente a rischio citate precedentemente): questo ha garantito maggiore semplicità nella programmazione e distribuzione e, soprattutto, ha permesso di proteggere il prima possibile i soggetti con maggiore probabilità di gravi complicanze, ospedalizzazione o morte.
- Alcune scelte specifiche, come quella da parte della Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (Mhra) di approvare un'autorizzazione di emergenza per cominciare ad amministrare vaccini (senza compromettere la loro sicurezza) in attesa dell'autorizzazione completa o quella da parte del Joint Committee on Vaccinations and Immunology (Jcvi) di prolungare il gap tra prima e seconda dose da 3 a 12 settimane, così da somministrare un maggior numero di prime dosi in tempi più brevi.

Il Regno Unito si avvia ad essere la prima grande economia a vaccinare l'intera sua popolazione e questo grazie alle scelte prese e alla capacità organizzativa citati in precedenza. Scelte che hanno comportato dei rischi, come quella di giocare d'anticipo nell'ordinare vaccini la cui efficacia non era ancora stata dimostrata: scommesse, finora, risultate vincenti.

<https://www.ilsussidiario.net/news/tumori-e-covid-mortalita-al-35-i-malati-dimenticati-e-le-cose-da-fare-subito/2154852/>

Tumori e Covid. Mortalità al 35%: i malati “dimenticati” e le cose da fare subito

I tempo di Covid-19, i malati di tumore sono particolarmente vulnerabili. Obbligatorio vaccinarli, ma anche migliorare la sanità

Pubblicazione:
13.04.2021

*Ultimo
aggiornamento:*
07:06

Paola Binetti

Il cancro ci riguarda tutti, in un modo o nell'altro. Nel 2020 sono state 2,7 milioni le persone nell'**Unione Europea** cui è stato diagnosticato un cancro e ulteriori 1,3 milioni hanno perso la vita a causa di questa malattia. Una diagnosi di cancro ha pesanti conseguenze per i singoli pazienti, ma incide gravemente anche sulla vita delle loro famiglie e dei loro amici. L'emergenza sanitaria causata dall'epidemia da coronavirus sta condizionando pesantemente la vita di molti, moltissimi malati, che vengono attualmente identificati con la formula Non-Covid. Tra di loro ci sono i malati oncologici che cercano di capire come superare l'emergenza da Covid-19, per tornare alla normalità delle cure e riaffermare il riconoscimento dei diritti dei malati di cancro.

Ai tempi del Covid-19

Ogni anno, in Italia sono circa 370mila le persone colpite dal cancro e grazie ai progressi di una ricerca scientifica sempre più sofisticata almeno un 50% di loro riesce a guarire completamente; mentre nell'altro 50% la malattia tende a cronicizzare, con esiti che condizionano più o meno la qualità di vita dei pazienti. È in questa chiave che vanno letti e inquadrati i nuovi trattamenti oncologici, sempre più vicini alla biologia molecolare e alle indagini di tipo genetico; sempre più personalizzati; tanto più efficaci quanto più tempestivi e quindi strettamente legati ad una diagnosi che sia il più precisa e precoce possibile.

Ma molte cose sono cambiate in tempo di Covid-19! Nei pazienti neoplastici il decorso dell'infezione del virus risulta più sfavorevole sia sotto il profilo del fabbisogno di ricovero in terapia

intensiva, che nell'incidenza dei decessi; una *review dell'European journal of cancer* riferisce di un **tasso di mortalità** complessivo pari al 25,6%; tasso che aumenta fino al 35% se il tumore è in fase attiva. In Italia l'associazione tra tumore e Covid-19 ha fatto registrare il 12% dei decessi durante la pandemia (rapporto Istat – Istituto superiore di sanità “Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità: cause di morte nei deceduti positivi a Sars-Cov-2”, 16 luglio 2020). Sotto il profilo della prevenzione e della possibilità di ottenere una diagnosi precoce, bisogna tener conto che a causa dell'emergenza da Covid le biopsie sono diminuite del 52%, le visite presso i reparti di oncologia si sono ridotte del 57% e si sono registrati ritardi per il 64% degli interventi chirurgici. Concretamente in Italia, nei primi 5 mesi del 2020, sono stati eseguiti circa un milione e 400mila esami di screening in meno rispetto allo stesso periodo del 2019 (dati Aiom ed Esmo 2020). Ovviamente ciò ha comportato una netta riduzione non solo delle nuove diagnosi di tumore della mammella (2.099 in meno) e del colon-retto (611 in meno), ma quando la diagnosi è stata fatta la patologia era già in fase avanzata e quindi meno curabile, dal momento che l'individuazione di tali neoplasie in fase avanzata determina minori probabilità di guarigione e costi delle cure più elevati. Tra i fattori di rischio a cui è più facilmente esposto il malato oncologico c'è la mancata integrazione tra ospedale e territorio, che costituisce ancora oggi uno degli ostacoli più gravi nel modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale, soprattutto per i pazienti cronici.

Per tutti i pazienti, in particolare per i malati oncologici, persiste una grave e inaccettabile disuguaglianza territoriale, che è strutturalmente contraria ai principi fondanti del Servizio sanitario nazionale, che sta generando ulteriori disparità nella disponibilità dell'innovazione. Molta della strumentazione diagnostica appare obsoleta. Ad esempio, degli 865 mammografi ancora analogici, solo 18 hanno un'età inferiore ai 5 anni, altri 121 hanno un'età compresa tra i 5 e i 10 anni e 726 superano i 10 anni. Quindi si può ragionevolmente affermare che l'84% di loro sono inadeguati a rilevare le lesioni in fase iniziale e diagnosticano solo falsi negativi.

In tema di costi

Ma tutto ciò ha un costo ed è un costo tutt'altro che irrilevante: per il paziente e per la sua famiglia; per l'azienda o l'impresa in cui lavora; per l'intero Ssn. Ancor prima dell'emergenza Covid era già chiaro come fosse urgente fare una riflessione sui costi economici e sociali del cancro per i pazienti e le famiglie, per evidenziare l'entità e le caratteristiche dei costi e dei disagi nelle loro linee generali e consentire l'elaborazione di stime di impatto complessivo sul sistema Paese, anche alla luce del raffronto con i valori e i dati raccolti fino ad allora. Di grande interesse per la tutela della salute del paziente oncologico è tenere sotto controllo il disagio economico e il disagio psicologico; spesso uno è il riflesso dell'altro. Concretamente sono stati evidenziati due livelli di disagio economico: il disagio economico di base, e cioè la misurazione di un primo livello di difficoltà economiche, legato alla quotidianità della vita del paziente e della sua famiglia e il disagio economico rilevante proprio dalle spese affrontate per far fronte alla patologia fin dal momento della sua diagnosi.

Cosa serve con urgenza

Non c'è dubbio che l'urgenza primaria oggi è vaccinare i pazienti per proteggerli dal rischio Covid-19. Si tratta di soggetti fragili, resi tali dalla malattia di base, ma anche dalle scarse cure ricevute nell'ultimo anno. Vaccinare però è condizione necessaria e non sufficiente. Occorre ricominciare lì dove si sono rallentati i processi di cura avviati fino allo scorso anno. Dopo aver faticosamente cercato di creare dei *tumoral board*, caratterizzati da competenze avanzate e integrate sotto il profilo multiculturale e interprofessionale, oggi è più evidente che mai che se non si dà vita a *molecular tumoral board*, fortemente integrati con competenze scientifiche di alta qualità, sarà impossibile rendere operativo il piano per l'innovazione del sistema sanitario basato sulle scienze omiche, che puntano all'inserimento della medicina personalizzata nell'ambito delle attività di prevenzione, diagnosi e cura garantite dal Servizio sanitario nazionale.

Abbiamo bisogno di disporre di centri per lo sviluppo della terapia CAR-T (cellule ingegnerizzate), indispensabili per dar vita

alla medicina personalizzata. Ogni regione deve disporre di una rete oncologica che consenta il potenziamento e l'innovazione, strutturale e di processo, di cui il Servizio sanitario nazionale ha urgente bisogno; ma le reti oncologiche oggi non sono ancora presenti in tutte le regioni e quelle finora costituite hanno livelli di sviluppo e di funzionamento decisamente disomogenee.

L'European guide on quality improvement in comprehensive cancer control indica quali azioni prioritarie l'aggiornamento dei piani oncologici nazionali, per garantire uguaglianza nell'accesso alla diagnosi precoce, alla riabilitazione e alle tutele per i *survivor*.

Tra le cinque missioni del programma *"Horizon Europe"*, una è interamente dedicata alla lotta al cancro e si pone l'obiettivo audace e stimolante di salvare 3 milioni di vite entro il 2030 ed è ben rappresentato dal suo slogan *"Cancer, mission possible"*. E questo abbiamo chiesto e proposto che rientri tra le linee guida del Recovery plan.

In definitiva, l'emergenza Covid-19 obbliga, con estrema urgenza, a vaccinare e a ripristinare in ambito oncologico i livelli di assistenza precedenti al diffondersi dell'epidemia, e a procedere, contestualmente, all'ormai indifferibile processo di aggiornamento del Servizio sanitario nazionale.

<https://www.ilsussidiario.net/news/scenario-covid-numero-infetti-zone-rosse-e-riaperture-ecco-gli-errori-da-evitare/2155797/>

Numero infetti, zone rosse e riaperture: ecco gli errori da evitare

Il tema caldo delle riaperture si può affrontare conoscendo il numero degli infetti. Altrimenti avremo dati inesatti su letalità e immunità di gregge

Pubblicazione:
15.04.2021

**Ultimo
aggiornamento:**
07:04

**Giuseppe
Arbia**

Il tema caldo del momento è certamente rappresentato dalle “riaperture”, tema rispetto al quale si ascoltano spesso posizioni diverse espresse dai diversi leader politici. Nella conferenza stampa del 26 marzo, il premier Mario Draghi a riguardo ha affermato: “Se riaprire o no dipenderà dai dati. Le misure hanno dimostrato nel corso di un anno e mezzo di non essere campate per aria. È desiderabile riaprire, la decisione se farlo o meno dipende dai dati”.

Da persona avvezzata a prendere decisioni di importanza cruciale per la collettività, l'ex Governatore della Banca centrale europea ha presente il motto che ben conosce ogni buon manager e che è stato espresso in forma sintetica da Peter Ferdinand Drucker, uno dei fondatori dell'economia manageriale: “Non puoi gestire ciò che non misuri”. La comprensione di ogni problema decisionale in condizioni di incertezza passa, infatti, prima di ogni altra cosa, da una raccolta dei dati la quale sola è in grado di fornire una solida base per iniziare a pianificare la risoluzione dei problemi.

Torniamo, dunque, su un tema **da noi già trattato in passato**: la centralità della qualità del dato statistico sulla base del quale devono essere prese le decisioni e i provvedimenti utili a fronteggiare l'emergenza epidemica. E i dati empirici recenti, purtroppo, non inducono eccessivo ottimismo con il numero di decessi che non ha ancora toccato il picco della terza ondata ed è ormai sostanzialmente stabile nelle ultime 3 settimane su valori giornalieri superiori a 400, i posti di terapia intensiva occupati fermi

da un paio di settimane su una media settimanale di circa 3.600 (sebbene con gli ingressi in lieve calo da un paio di settimane), e con il tasso di positività (il primo parametro a rivelare cambi di tendenza) che solo nell'ultima settimana comincia a mostrare un sia pur lieve calo.

Si noti che i dati che ho menzionato non si riferiscono ai dati giornalieri, ma alle medie degli ultimi sette giorni. Sarebbe infatti fuorviante guardare al dato così come va formandosi giorno per giorno tentando di interpretarne gli andamenti in crescita e in diminuzione. Tutti hanno notato, ad esempio, come il numero di decessi domenicali sia sostanzialmente **più basso di quello dei giorni precedenti** e di come l'inverso avvenga per la stessa grandezza osservata il lunedì, quando, al contrario, si osserva tipicamente un picco verso l'alto. Le medie mobili settimanali, invece, riescono almeno a mitigare le oscillazioni in più e in meno osservate di giorno in giorno, le quali sono dovute a ritardi, sfasamenti temporali delle registrazioni, errori e omissioni inevitabili in fase di una raccolta di dati che viene effettuata da soggetti diversi e con criteri non uniformi nel territorio.

Tra i dati da prendere in considerazione per programmare eventuali riaperture non ho volutamente nominato quelli relativi al "numero dei nuovi infetti" e il "numero delle persone attualmente infette", al quale pure molto spesso si sente fare riferimento nei notiziari e nei dibattiti. In particolare, il primo dei due è il parametro utilizzato per stabilire l'entrata o meno in zona rossa, disposizione che viene adottata quando questo valore supera i 250 nuovi infetti settimanali ogni 100.000 abitanti. In effetti, dal punto di vista statistico questo dato è estremamente inaffidabile e fuorviante per una serie di ragioni. In primo luogo, perché esso dipende dal numero di tamponi effettuati. Se una regione effettua uno screening accurato e somministra un numero elevato di tamponi, il numero degli infetti osservati risulterà maggiormente elevato. In secondo luogo, perché come già osservato, c'è uno sfasamento temporale tra la data di raccolta del tampone e quella della diagnosi, distorsione che è solo parzialmente corretta osservando le medie settimanali. In terzo luogo, perché chi si sottopone a un test ha un'elevata probabilità di aver contratto

il virus perché sintomatico o sottoposto a screening per essere entrato in contatto con infetti acclarati. Per questa via, pertanto, non riusciamo a misurare l'entità numerica degli infetti paucisintomatici o asintomatici, sottostimandone dunque il peso. Detto in poche parole: i dati relativi al numero di contagiati non rappresenta un campione statistico e quindi non consente generalizzazioni all'intera popolazione.

Ma è davvero così essenziale ottenere una stima affidabile del dato relativo agli infetti (sintomatici ed asintomatici)? In realtà, possiamo almeno in teoria fare a meno di questo dato se il fine è quello di identificare i punti di svolta e i vari picchi epidemici. Per studiare l'andamento della curva epidemica basta utilizzare come riferimento le altre grandezze che ho nominato in precedenza: **il numero di decessi**, la situazione delle terapie intensive e l'andamento del tasso di positività. Tuttavia, non possiamo prescindere per altri motivi che sono di fondamentale importanza.

Innanzitutto, se non conosco il dato circa il numero attuale di persone infette perché non colgo il peso degli asintomatici, sottostimo la diffusione del virus sul territorio. È acclarato, infatti, che gli asintomatici sono veicolo di trasmissione come i sintomatici. Se affido il passaggio di un'area a zona rossa al rapporto infetti su 100.000 abitanti, rischio quindi di commettere gravi errori di sottostima del rischio.

Ma non solo. Anche l'ormai famoso R_t che tanto fa discutere (e che oggi a livello nazionale sembra essere sceso al di sotto della tranquillizzante soglia di 1), è un parametro stimato sulla base di un modello statistico-epidemiologico il quale ha, tra i dati di ingresso, proprio il numero di individui infetti. Se quest'ultimo valore viene stimato per difetto, anche l' R_t risulterà sottostimato.

Terza conseguenza: se sottostimo il numero degli infetti, sovrastimo la letalità del virus. Con il termine letalità, infatti, si intende una misura della gravità di un'epidemia fornita dal rapporto tra numero di decessi e numero di persone infette. Esso indica, in buona sostanza, con quale probabilità la persona infetta va incontro a conseguenze fatali. Se il numero di infetti è sottostimato, la letalità risulterà dunque, al contrario, sovrastimata.

Quarta conseguenza: se non conosco con un buon grado di precisione il numero degli infetti, non sarò in grado di prevedere correttamente la data del raggiungimento della desiderata **immunità di gregge**, la quale ci consentirà la tanto desiderata ripresa delle attività così essenziale dal punto di vista sociale ed economico. In particolare, se il numero di infetti risulta sottostimato, collocherò tale data più lontana nel tempo. Infatti, se una parte della popolazione è già entrata in contatto con il virus in forma asintomatica e ha dunque già sviluppato gli anticorpi, tale data risulta più vicina di quanto ci appaia dai dati ufficiali.

Il dato ufficiale ad oggi riferisce di circa mezzo milione di attualmente positivi e di poco meno di 4 milioni di persone entrate in contatto con il virus da inizio epidemia. Tuttavia in questo novero mancano appunto tutti i positivi che non sono emersi perché, in mancanza di sintomi evidenti, non si sono mai sottoposti a test, ma che, tuttavia, concorrono al conseguimento dell'immunità di gregge. Secondo **le stime del nostro modello statistico**, il numero di infetti è ad oggi circa quattro volte quello ufficiale. Avere contezza di questo numero e delle persone che sono già immunizzate (e che quindi non hanno necessità di vaccinarsi), è dunque di fondamentale importanza sia per pianificare adeguatamente il programma vaccinale, sia per stabilire le date delle progressive riaperture. Tuttavia, nonostante i molti interventi di statistici che hanno tentato di sensibilizzare opinione pubblica e decisori politici su questo aspetto **fin dal primo insorgere dell'epidemia**, non si è purtroppo fatto molto in questa direzione.

La lodevole iniziativa di un'indagine sulla sieroprevalenza dell'infezione da virus Sars-Cov-2 messa in atto congiuntamente dal ministero della Salute e dall'Istat con la collaborazione della Croce Rossa Italiana, non ha però raggiunto pienamente gli obiettivi prefissati per due ordini di motivi.

In primo luogo, l'indagine si è svolta tra il 25 maggio e il 15 luglio 2020, periodo nel quale molti italiani avevano pianificato un (agognato) periodo di vacanza. Partecipare all'indagine, la cui adesione (lo ricordiamo) era solo volontaria e non obbligatoria, avrebbe potuto portare alla luce un'infezione asintomatica, con

la conseguenza di dover trascorrere un periodo di sorveglianza fino alla scomparsa dell'infezione e quindi di una rinuncia alla vacanza programmata. In conseguenza di ciò l'indagine, la quale avrebbe dovuto riguardare 150.000 individui, ne è riuscita a contattare solo poco più di 60.000 con un tasso di risposta di circa il 43%. In presenza di tassi di risposta così bassi, i risultati di indagini statistiche risultano viziati dagli errori dovuti alla cosiddetta "autoselezione del campione" e quindi poco affidabili. Il numero di infetti emerso da tale indagine, pertanto, è risultato ancora una volta una sottostima del numero reale.

In secondo luogo, per essere veramente utile a fini del monitoraggio, della sorveglianza e della pianificazione delle riaperture, un'indagine sulla sieroprevalenza avrebbe dovuto avere la caratteristica della continuità temporale con una sua ripetizione periodica almeno con cadenza settimanale. L'indagine ministero Salute-Istat, al contrario, è stata condotta in un singolo istante di tempo e, quindi non ha consentito di stimare andamenti storici e non ha potuto essere utilizzata per una sorveglianza attiva della pandemia. A tale riguardo, abbiamo da tempo proposto un modello di campione continuativo nel tempo, il quale richiederebbe solo che poche migliaia dei circa 300.000 tamponi giornalieri venissero destinati non ai sintomatici o ai soggetti sottoposti a screening, ma ad un campione selezionato con mero criterio statistico estratto a caso da tutta la popolazione italiana.

Vorrei sottolineare, per finire, che la produzione di un dato affidabile relativo al numero degli infetti risulterebbe utilissimo non solo nella fase attuale di ondata pandemica, ma anche in fase di calo del contagio e dopo il raggiungimento dell'immunità di gregge. La fase delle riaperture e il passaggio dall'attuale stato di emergenza alla "normalità", infatti, non devono essere pensati come un qualcosa che si realizzerà in un preciso istante di tempo, ma come un processo graduale e progressivo. E il ritorno alla normalità non coinciderà, di per sé, con la fine dell'emergenza pandemica.

<https://www.ilsussidiario.net/news/covid-e-green-pass-leffetto-primavera-arabica-causato-dalle-bugie-dei-grandi-media/2237348/>

Green Pass. L'effetto "primavera araba" causato dalle bugie dei grandi media

Le bugie dell'informazione allineata su Covid e green pass stanno mostrando crepe sempre maggiori. Gli italiani hanno capito che stampa e tv fanno politica

Pubblicazione:
18.10.2021

*Ultimo
aggiornamento:*
06:53

Alberto Contri

Se c'era bisogno di una riprova dello scollamento tra il paese reale, le istituzioni e gli organi di informazione, bastava leggere i giornali e guardare i tg di domenica 17 ottobre.

Si parlava di 200mila persone alla manifestazione di solidarietà alla Cgil, di poche migliaia alla manifestazione no-green pass di Milano, e della fine della protesta dei portuali di Trieste.

Chiunque abbia un minimo di dimestichezza con le manifestazioni si poteva rendere conto della scorrettezza di simili informazioni. Non erano certo più della metà le persone a Roma, e soprattutto molte di più quelle a Milano, dove un'ininterrotta fiumana di gente **contraria al green pass** ha attraversato la città dalle 17 alle 22.30. Grazie alle telecamere di Breccioli Network collegate in rete via Facebook, chiunque ha potuto vedere la complessiva tranquillità con cui si è svolta la manifestazione, composta da persone di tutte le categorie sociali e professionali, e molte famiglie con bambini, e tanti studenti universitari. Si sono viste ragazze offrire fiori ai poliziotti, improvvisi sit-in con balli e danze, anche stendardi con Padre Pio e immagini della Madonna. I diversi cordoni di poliziotti sono sempre stati seguiti senza poter documentare momenti di agitazione. Ciononostante, giornali e tg di domenica 17, della manifestazione di Milano hanno dato tutto lo spazio a un paio di piccoli tafferugli causati da un gruppo di anarchici che hanno costituito una porzione piccolissima di un'imponente e pacifica manifestazione durata cinque ore.

È davvero grave che **chi governa il paese**, con l'appoggio incondizionato di una informazione come minimo omertosa, ritenga sufficiente comportarsi come gli struzzi, mettendo la testa sotto la sabbia per non vedere **quello che realmente sta bollendo** nella pentola del corpo sociale.

Eppure ogni settimana le manifestazioni contrarie al green pass si infittiscono di partecipanti, sempre meno di facinorosi e sempre più di cittadini e famiglie con figli di tutte le età.

Questa notevole crescita di manifestanti si spiega solo con il fatto che tutta questa gente si tiene informata ignorando stampa e tv, mandandosi informazioni tramite i più diversi social network.

Che si tratti di documentazioni scientifiche validate che contraddicono le scelte sanitarie del governo, o di analisi che smascherano la **debolezza giuridica del green pass**, i social network stanno funzionando come al tempo della primavera araba, che era comunque un contesto del tutto diverso. Ma identico è il meccanismo che accese e accende la miccia della ribellione della gente comune: la frizione e l'incongruenza tra la cosiddetta narrazione mainstream e quella che corre sui social, ben più corrispondente alla realtà quotidiana. Dove l'efficacia dei vaccini è smentita dalla stessa Pfizer (che ammette una validità massima di 6 mesi), mentre sugli effetti avversi anche gravi emergono dati europei piuttosto allarmanti, alquanto in sintonia con l'esperienza di moltissime cerchie di conoscenti. Dato che una persona su 5 non risulta vaccinata, è poi evidente che le problematiche create dal green pass coinvolgono ogni famiglia, che viene inevitabilmente sollecitata a riflettere sull'evidente illogicità dei presupposti scientifici del passaporto vaccinale, che dura 12 mesi.

In rete circola il video delle discussioni tenute nella riunione pubblica indetta dall'Fda il 17 settembre scorso, in cui diversi esperti hanno affermato che **gli effetti avversi sono dose/dipendente**, per cui cresce la preoccupazione riguardo alla terza dose: "Ma come – si domanda l'uomo della strada – dato che

funziona poco dobbiamo farne di più? E se non funziona più come in Israele e Inghilterra per via di una nuova variante, perché dovremmo iniettarci una terza dose?”.

Molta preoccupazione desta poi l'annuncio di voler vaccinare gli under 12, dato che sta spopolando in rete il video di un intervento tenuto in Senato dal prof. Frajese, endocrinologo dell'Università Statale di Roma, intitolato “Perché non vaccinerò mia figlia”, in cui si spiega che gli attuali vaccini, a causa della velocità di approvazione, non sono stati sottoposti ad analisi di farmacotossicità, genotossicità e carcinogenicità.

Altra grande perplessità è costituita dalla costante delegittimazione di farmaci come l'Ivermectina, che si stanno rivelando molto utili – in particolare in Giappone, India e Sudamerica – nello stroncare l'infezione nella fase precoce. Alle apodittiche dichiarazioni di Burioni, Pregliasco & co. (“non funziona”) si contrappongono 117 studi validati e controllati, di cui 61 *peer-reviewed*. La cosiddetta bufala che sarebbe un farmaco per cavalli è smentita dal fatto che esiste da sempre la formulazione per uso umano, mentre qualche improvvido americano che ha assunto la versione per uso animale al massimo ha avuto dei grandi mal di pancia.

In dieci anni i giornali hanno perso la metà delle copie, mentre la costante e crescente disinformazione praticata sul tema Covid ne sta fortemente indebolendo l'autorevolezza residua. Come se non bastasse, sulla rete circolano con dovizia di particolari le notizie dei conflitti di interesse dei principali virologi televisivi, oltre che la stroncatura internazionale del protocollo ministeriale “Paracetamolo e vigile attesa”, smentito anche in Italia dallo studio sulle cure alternative precoci pubblicato dal prof. Remuzzi, direttore scientifico dell'Istituto Mario Negri.

Last but not least, circolano anche le stentoree affermazioni del Prof. Andrew Pollard, direttore dell'Oxford Vaccine Center: “L'immunità di gregge è un mito irraggiungibile”. E con questo, tutto l'edificio costruito dal ministro Speranza risulta minato alla base.

In conclusione, siamo in presenza di un samizdat tutt'altro che a base di fake news come illustri editorialisti vorrebbero far credere, che alimenta ogni giorno di più i dubbi – e anche l'ira – di una fetta sempre più grande di popolazione. Che non appartiene (altro dato assai rilevante) al proletariato ignorante o a frange di stolidi no-vax, come testimonia la notevole percentuale di post critici con la politica vaccinale del governo che appaiono sui social network riservati alla classe dirigente del paese.

Il mare carsico si ingrossa di settimana in settimana, e sarebbe davvero un grave errore sottovalutarne le ragioni.

<https://www.ilsussidiario.net/news/covid-italia-la-vaccinazione-non-basta-servono-mascherine-e-tracciamento/2248163/>

La vaccinazione non basta, servono mascherine e tracciamento

Il vaccino anti-Covid da solo non basta. Occorre, da un lato, mantenere le misure di mitigazione e, dall'altro, immunizzare in massa i paesi ancora in ritardo

Pubblicazione:
12.11.2021

*Ultimo
aggiornamento:*
06:54

**Paolo
Bonfanti**

Vi è una diffusa preoccupazione circa una possibile ripresa dell'epidemia di Covid-19 in Italia e quindi il timore di **una possibile quarta ondata**. Questa apprensione è alimentata da una lettura superficiale dell'ultimo monitoraggio dell'epidemia dell'Istituto Superiore di Sanità, da cui emerge come l'incidenza dei casi sia di poco al di sotto della soglia settimanale di 50 casi ogni 100mila abitanti, in crescita rispetto alle precedenti settimane. Ciò è legato soprattutto a una maggiore diffusione del virus nei giovani sotto i vent'anni, dove la quota di persone vaccinate rimane ancora bassa.

La paura di una ripresa deriva anche dall'osservazione di ciò che sta avvenendo in altri paesi europei come Germania e Gran Bretagna, dove si osserva un numero di contagi che si attesta rispettivamente intorno a 20mila e 40mila casi giornalieri. Siamo quindi di fronte alla ripresa della pandemia, nonostante la vaccinazione di massa?

Basterebbe confrontare i dati attuali dell'epidemia in Lombardia con quelli dell'anno scorso per capire che le cose non stanno così: a fine ottobre 2020 i malati ricoverati in terapia intensiva erano circa 300 contro i 50 attuali e le persone ricoverate nei reparti ordinari più di 3.000 in confronto ai 300 attuali. E durante il mese di novembre la situazione sarebbe poi drasticamente peggiorata: tutti ricordiamo il secondo lockdown (seppure attenuato rispetto a quello di marzo), le scuole chiuse e il coprifuoco serale.

La lettura dei dati va quindi contestualizzata, tenendo conto che oggi è in campo un giocatore che l'anno scorso non c'era: la vaccinazione. Nell'autunno del 2020 nessun italiano era stato ancora vaccinato, mentre ora più dell'80% della popolazione candidabile è stata immunizzata.

Due considerazioni però si impongono. La prima è che la strada verso l'eradicazione della malattia è ancora lunga. Pensare che la vaccinazione di massa sia l'unica chiave per tornare alla normalità è fuorviante. La storia dimostra che la vaccinazione da sola non può controllare un virus, ma che sia **necessario mantenere contemporaneamente le misure di sanità pubblica** che abbiamo imparato a conoscere in questi mesi (mascherine, tracciamento, quarantena), seppure con regole meno stringenti rispetto alla fase altamente epidemica.

La differenza con ciò che sta avvenendo nel Regno Unito sta molto in questo: in Italia non vi è mai stato l'abbandono totale delle misure di mitigazione dell'epidemia e questo spiega, oltre all'alto tasso di copertura vaccinale, i buoni risultati in termini di contenimento del contagio che ci pongono tra i migliori paesi nel mondo.

Dobbiamo ricordarci che l'eradicazione del vaiolo ha richiesto, oltre alla vaccinazione di massa, sforzi concertati e decennali anche in termini di comunicazione e coinvolgimento del pubblico. E non si è mai smesso di testare, tracciare e isolare i casi quando vi erano focolai epidemici.

La seconda considerazione è che saremo veramente al sicuro **solo quando tutti gli uomini, in ogni parte del mondo, saranno al sicuro**. Questo tema è stato oggetto dell'ultima riunione del G20 tenutasi a Roma, dove i leader che vi hanno partecipato si sono posti l'obiettivo ambizioso di vaccinare il 70% della popolazione mondiale entro giugno del 2022. Bisogna augurarsi che veramente tale obiettivo sarà perseguito.

I paesi a basso e medio reddito sono ancora pericolosamente al di sotto delle soglie di vaccinazione accettabili. Le nuove varianti di Sars-Cov-2 emergono quando la trasmissione è diffusa

e il trattamento non è ottimale. Come è avvenuto per la variante Delta, che è tre volte più contagiosa del ceppo originale di Wuhan, emersa per la prima volta in India.

La pandemia di Covid-19 è veramente una sfida che vinceremo tutti insieme o non sarà mai vinta.

<https://www.ilsussidiario.net/news/covid-italia-il-post-pandemia-e-gia-cominciato-ecco-quanto-e-come-stiamo-cambiando/2253659/>

Il post-pandemia è già cominciato: ecco quanto e come stiamo cambiando

Il Covid ha fatto diventare normale la comunicazione in rete, ha introdotto nuove abitudini e ha spinto ad assumere uno stile di vita più riflessivo e meno consumistico

Pubblicazione:
22.11.2021

*Ultimo
aggiornamento:*
08:40

Luigi Fabbris

Il **post-pandemia è cominciato** quando il coronavirus infuriava. I post-pandemisti si potevano riconoscere dal mantra: “nulla sarà come prima”. Cerchiamo di capire cosa ci sia di vero in quest’attesa di cambiamento radicale, al di là della giusta necessità di manifestare dell’ottimismo per ripartire dopo i disastri provocati dal virus.

Quando ci si scotta col fuoco, si pone più attenzione quando si è vicini al fuoco, ma non cambiano gli altri comportamenti. Quindi, in quale misura l’epidemia da coronavirus – che dura ufficialmente da quasi due anni, ma che è cominciata molto prima – è una scottatura che presto dimenticheremo e per che cosa, invece, sarà un momento di svolta, un crocevia della storia?

Bisogna dire che il ritornello che nulla sarà come prima è stato ripetuto ogni volta che è successo un fatto eccezionale, una guerra, il terrorismo e l’attentato alle Torri gemelle, la crisi economica del 2008-2013 nata dai titoli *subprime*, i disastri causati da eventi meteorologici mai successi a memoria d’uomo. Poi tutto è tornato (quasi) come prima. I fatti drammatici hanno cambiato la vita dei pochi direttamente coinvolti, ma hanno cambiato poco o per niente nel resto del mondo.

La pandemia da Covid è stata un trauma sociale di dimensioni planetarie le cui conseguenze sociali possono andare ben oltre quelle sanitarie dell’infezione e quelle economiche del fermo delle attività produttive. La pandemia e le restrizioni ai contatti umani possono realmente cambiare il futuro dell’ecumene. Quanto, dipenderà dalla percezione che della pandemia hanno

maturato le diverse culture e categorie di persone. A noi interessa capire quali cose possono cambiare per tutti.

In ogni parte del mondo è diffusa la percezione che, quantunque la tendenza del contagio ondeggi, ma è in calo, il virus rimane in agguato e con una carica di pericolosità smorzata solo dal fatto che ora lo conosciamo e che oltre cinque miliardi di persone (su quasi otto che costituiscono la popolazione mondiale) ne sono immuni grazie ai vaccini. Restano fuori da questo discorso i cosiddetti no-vax, persone che pensano che il rimedio sia peggiore del male e che sono valorizzati dai media come fenomeno di massa, mentre, invece, sono solo pepe su una pietanza mediatica che il palato dei più avverte con fastidio.

Una seconda percezione condivisa è che questo è solo uno tra i tanti drammi che possono accadere a causa di altri virus o batteri, spontanei o creati ad arte, volendo rimanere nell'ambito dei problemi di tipo sanitario. Insomma, un episodio, importante quanto si vuole, ma poi tutto rientrerà nella normalità.

Che cosa tornerà normale? Quali attività riprenderemo a fare come prima e quali altre cambieranno? Per capire dove stiamo andando, abbiamo interpellato un campione di migliaia di italiani adulti. Le risposte che abbiamo ottenute alla domanda *"Il lockdown ha indotto molte persone a comportarsi in modo particolare. Lei pratica le seguenti abitudini o pensa di praticarle dopo l'epidemia?"*, con possibili risposte: *Mai fatto, né farò / Mai fatto, ma farò / Fatto, ma smetterò / Fatto e continuerò*, sono presentate in sintesi nella tabella seguente.

I comportamenti sono ordinati in funzione dei cambiamenti che i rispondenti hanno dichiarato di avere iniziato durante la pandemia e di voler praticare anche dopo (ultima colonna della tabella). Per esempio, il saluto con il gomito o con il pugno dovrebbe essere dismesso dopo la pandemia dal 65,3% della popolazione, ma il 16% continuerebbe a praticarlo. Per quanto riguarda gli altri dati della tabella, la prima colonna di numeri è la percentuale di popolazione le cui abitudini non sono cambiate con la pandemia e la seconda è la percentuale di interpellati che considera l'eventualità di iniziare a farlo prima o poi. Quindi,

l'effetto complessivo della pandemia si può considerare dato dalla somma di quanti proseguiranno nelle abitudini contratte durante la pandemia (ultima colonna della tabella) e di quanti pensano di cambiarle nel prossimo futuro (seconda colonna di numeri).

<i>Frequenze percentuali di comportamenti che cambieranno dopo la pandemia (Italia, 2021)</i>	Mai fatto né farò	Dopo la pandemia		
		Inizierò	Smetterò	Continuerò
Usare il monopattino	85,6	10,3	0,5	3,6
Portare guanti su mezzi pubblici o supermercato	44,1	4,9	41,2	9,9
Salutare persone con gomito o pugno	14,4	4,3	65,3	16,0
Acquistare medicine via internet	68,9	11,2	3,6	16,4
Fare esercizi yoga, meditazione, mindfulness	61,7	16,9	2,8	18,5
Fare spesa quotidiana o settimanale su internet	57,3	10,1	12,1	20,2
Suonare uno strumento musicale	70,6	6,5	0,8	22,2
Fare il pane in casa	51,6	11,3	7,4	29,7
Fare il vaccino anti-influenzale prima d'inverno	39,2	18,7	3,1	39,0
Coltivare verdura o erbe aromatiche	45,1	14,4	1,4	39,0
Bere acqua da bottiglie invece che rubinetto casa	42,8	2,7	7,0	47,5
Fare bricolage (lavoretti) in casa	39,0	8,6	4,0	48,4
Usare la bicicletta per tragitti di medio raggio	31,3	13,1	2,5	53,1
Abbonamento a piattaforme audio/video	31,0	5,2	3,2	60,5
Usare l'auto al posto del mezzo pubblico	16,7	4,1	16,7	62,4
Togliere le scarpe entrando in casa propria	21,6	4,7	5,9	67,8
Utilizzare home banking per operazioni cassa	8,3	5,6	1,1	85,1

È opportuno premettere che la rilevazione è stata effettuata con un questionario online, quindi che le persone qui rappresentate sono quelle che possiedono un collegamento internet. Inoltre, dalle abitudini esaminate sono esclusi il lavoro da remoto e la didattica a distanza che abbiamo discusso **in un nostro precedente intervento**.

I comportamenti resi obbligatori da norme, come il salutare con i gomiti o con il pugno e l'indossare i guanti nei luoghi in cui è rischioso toccare superfici toccate da altri, sembrano destinati a scomparire appena possibile. Rispetto alle calorose abitudini mediterranee, il saluto con il pugno o il gomito pare piuttosto buffo, poco più di un gioco infantile. Per mantenere le distanze, un inchino o un altro segno di deferenza disgiunto (portarsi la mano sul cuore o alla fronte) sarebbero forse proseguiti con maggiore frequenza anche dopo la grande paura.

Quando le autorità sanitarie diranno che non c'è più rischio di contagio o, più verosimilmente, quando diranno che il rischio è sostenibile e che dobbiamo convivere con il virus, i segni della prudenza sanitaria degli italiani dureranno a lungo. È, infatti, probabile che molti continueranno a indossare la mascherina all'aperto, oppure a lavarsi spesso, o a disinfettarsi le mani anche quando non sarà obbligatorio.

La paura del virus lascerà il segno anche in alcuni comportamenti igienici non suggeriti dai responsabili sanitari, come farsi il vaccino anti-influenzale prima dell'inverno, bere acqua da bottiglie invece che dal rubinetto di casa, o togliersi le scarpe entrando in casa propria. Quasi tre italiani su quattro hanno iniziato a togliersi le scarpe sulla porta di casa durante la pandemia e altri si stanno abituando a farlo. Abitudini come il togliersi le scarpe indossate fuori casa possono diventare modelli di comportamento collettivo che separeranno in modo netto il vivere nella propria casa dal vivere fuori.

E questo, verosimilmente, non solo con riguardo ai rischi inerenti alla salute propria e dei famigliari, ma anche per marcare l'autonomia di gestione della vita privata rispetto a quella del più ampio contesto sociale. In un certo senso, sembra che la gente intenda identificare il luogo in cui desidera – e sente di poter – avere il massimo controllo della propria incolumità rispetto ai luoghi (lavoro, viaggi, svago eccetera) nei quali ammette la propria impotenza e auspica l'affermarsi di norme comportamentali comuni a tutti i cittadini.

Tra i comportamenti esaminati nell'indagine, molti non c'entrano con la paura del virus, però sono iniziati a margine del *lockdown*. Alcuni di questi segnalano un cambiamento di mentalità generalizzato. *In primis*, l'uso di internet per funzioni che prima erano svolte con contatti diretti. Tra questi, la spesa con prenotazione via internet, l'acquisto di beni, comprese certe medicine, sempre via internet, l'abbonamento online a piattaforme per attività ludiche (Sky, Netflix e simili), l'*home banking*, ossia l'accesso da remoto al proprio conto corrente bancario, anche per svolgere operazioni di cassa. L'impiego di internet per contattare fornitori di beni e servizi senza spostarsi da casa mostra che l'obbligo prolungato di rimanere in casa e di limitare i contatti umani durante la pandemia ha cambiato la mentalità di tutti in merito allo strumento di comunicazione.

L'acquisto di certi farmaci senza recarsi in farmacia continuerà anche dopo la pandemia per il 16% delle persone, che, assieme ad un altro 11% che medita di farlo (dati approssimati all'intero), porta il totale dei potenziali acquirenti di farmaci da remoto a oltre il 27%. In ogni caso, quasi nessuna tra le persone che hanno iniziato a farlo durante il lungo periodo di pandemia pensa di cambiare abitudine.

L'abbonamento a piattaforme audio o video è iniziato per il 61% degli interpellati durante la pandemia; se a questa percentuale si somma il 5% che si propone comunque di farlo, si ottiene un 66% complessivo. Si tratta di un tipo di commercio che da sempre avviene da remoto; stupisce, tuttavia, la grande diffusione che sta avendo presso le famiglie italiane.

L'*home banking* è iniziato per l'85% degli interpellati durante la pandemia, a cui va aggiunto un altro 6% che si sta convincendo a farlo prima o poi, per cui si arriva a ridosso del 92%, ossia quasi tutti gli italiani che hanno un conto in banca.

Ciò significa che la maggior parte delle famiglie interpellate sta usando il collegamento in rete per le più svariate funzioni, non solo per acquisti online, ma anche per il controllo e la movimentazione delle proprie liquidità patrimoniali. L'innovazione indotta

dalla pandemia riguarda molto più il mezzo – cioè internet, attraverso il quale si possono “contemplare” le proprie disponibilità – che la convinzione della necessità di movimentare i propri risparmi senza il supporto di consulenti bancari o finanziari.

Altri cambiamenti di mentalità che erano allo stato latente prima della pandemia e che l’isolamento forzato in casa ha fatto emergere riguardano aspetti di uno stile di vita più intimo e rilassato da parte di individui e famiglie. Con linguaggio ormai comune, si può dire che è diventato di massa il fenomeno prima elitario dello *slow lifestyle*. Questo stile di vita ha molteplici manifestazioni, dalla produzione di verdure o erbe aromatiche sul terrazzo o sul giardino di casa, al farsi il pane e la pasta nella propria cucina, al preparare conserve, marmellate, yogurt e altri beni di consumo quotidiano, al fare jogging e all’utilizzare la bicicletta al posto dell’auto per tragitti di medio raggio.

I dati da noi raccolti indicano che le famiglie che hanno iniziato a farsi il pane in casa durante la pandemia sono il 30% del totale e che aumenteranno ancora. Quelle che hanno iniziato ex-novo a coltivare in casa, o nelle vicinanze di casa, verdura o erbe aromatiche sono quasi il 40% e la tendenza è verso incrementi ancora superiori a quelli del pane. Ben due italiani su tre hanno iniziato e continueranno ad utilizzare la bicicletta, al posto dell’auto, ogni volta che possono. Si è, inoltre, ampliato a dismisura il numero di italiani che fanno bricolage, oppure sono disposti ad acquistare mobili o vestiti di seconda mano. Quindi, il sentimento socio-ecologico di contrasto dell’omologazione consumistica, che già esisteva prima della pandemia, ha avuto una forte spinta dalle prove di funzionamento fatte dalle famiglie durante il lockdown.

Diverse, ma per molti aspetti simili alle precedenti, sono anche le attività di auto-arricchimento culturale a cui la pandemia ha dato la stura, dalla lettura di libri, al viaggiare virtuale tramite documentari televisivi, al praticare esercizi di yoga, meditazione o mindfulness, al suonare strumenti musicali. Sia lo yoga e le pratiche analoghe, che il suonare strumenti, coinvolgono circa il 30% degli italiani, circa il doppio di prima dell’avvento del virus, e

il fenomeno sembra non essere transitorio.

Il solo fenomeno che potrebbe rientrare a pandemia finita è quello dell'uso dell'auto propria al posto del mezzo pubblico. L'auto è stata massivamente utilizzata durante la pandemia a causa della scarsa sicurezza sanitaria percepita dalla gente circa l'utilizzo dei mezzi pubblici: aerei, treni e autobus hanno avuto cali nell'utilizzo che non sono spiegabili con il contingimento dei posti, bensì con il timore del contagio. Questo timore scomparirà solo quando del virus non si parlerà più, ossia ben dopo la fine ufficiale della pandemia. È, infatti, ancora fresco nella memoria degli italiani quanto i luoghi di concentrazione del virus (ospedali, case di riposo, aeroporti, mezzi di trasporto eccetera) abbiano contribuito a diffondere il virus.

Del tutto a sé stanti sono i due fenomeni del fare la spesa periodica e dell'uso del monopattino. A fare la spesa periodica (sia giornaliera che settimanale) gli italiani non rinunciano: gli incontri al supermercato sono momenti di socializzazione, l'analogo di una passeggiata in piazza. La frequentazione dei negozi è, infatti, ripresa alla grande appena le norme l'hanno consentita ed è stabile nel tempo.

Il monopattino, invece, è uno strumento il cui uso, pur essendo iniziato prima, è diventato di massa durante la pandemia: per le persone che lo praticano o intendono utilizzarlo come mezzo di trasporto urbano prevalente (circa il 14% degli interpellati), il rischio di contagio, che ha indotto ad utilizzare soprattutto mezzi di trasporto individuali, e le norme fiscali favorevoli all'acquisto sono stati elementi scatenanti. L'indagine ci suggerisce che, in breve tempo, i monopattini che vedremo in giro saranno almeno il triplo di quelli oggi circolanti, in alternativa alla bicicletta.

Quali sono dunque i cambiamenti indotti dalla pandemia? La sintesi è la seguente.

- Ha fatto diventare normale la comunicazione in rete per la quasi totalità della popolazione, sostituendo il contatto fisico tra persone con quello virtuale anche in molte situazioni in cui quello fisico sarebbe possibile. Quindi, se proprio non è stato

vinto del tutto il timore reverenziale delle persone meno avvezze all'uso della strumentazione elettronica, tutti concepiscono internet come mezzo necessario.

- Ha cambiato lo stile di vita di molte famiglie, introducendo nuove abitudini, come il togliersi le scarpe sulla porta di casa, il fare in proprio alcuni cibi o coltivare erbe alimentari, il sistemare da sé l'abitazione e le suppellettili, il riusare il vestiario. Queste abitudini non solo aiutano a proteggere la salute e a limare i costi della gestione familiare, ma sono testimonianze del maggiore impegno degli adulti verso la casa e la famiglia.
- Ha spinto le persone a riflettere più a fondo sui destini del pianeta, inducendole a prendere l'iniziativa partendo dai propri comportamenti. Molte più persone, infatti, stanno assumendo abitudini quotidiane più meditative e stanno orientando quote maggiori del proprio tempo attivo verso la produzione di soddisfazioni morali e culturali, piuttosto che materiali. In altri termini, la tragedia mondiale causata dal virus ha portato probabilmente la maggioranza delle persone ad assumere uno stile di vita più riflessivo e meno consumistico.

Resta da capire in quale misura tutto ciò costituisca un duraturo cambiamento di paradigma nel modo di vivere urbano, oppure sia l'ennesima moda passeggera, un vincolo per svicolare, un modo per scaricarsi la coscienza ed evitare trasformazioni radicali, già constatato dopo altri fatti sociali rilevanti. Neppure gli psicologi sono riusciti a dipanare il groviglio di meccanismi mentali che regolano gli stili di vita dopo un trauma sociale. È comunque assodato che la pandemia ha avuto sulla psiche delle persone un impatto traumatico, forse il più profondamente emotivo dalla fine della Seconda guerra mondiale, e non potrà non segnare chi l'ha vissuto.

<https://www.ilsussidiario.net/news/2-anni-di-covid-la-scienza-e-un-totem-i-media-hanno-fallito-gli-incerti-sul-vaccino-sono-3-volte-i-no-vax/2278539/>

La scienza è un totem, i media hanno fallito, gli incerti sul vaccino sono 3 volte i “no vax”

In questi 2 anni di pandemia gli italiani hanno riscoperto la scienza, la famiglia, i negozi di vicinato. Giudizi positivi ma con riserva per Oms, Ue ed enti locali

Pubblicazione:
18.01.2022

*Ultimo
aggiornamento:*
08:16

Luigi Fabbri

Il pandemonio che tutti chiamano pandemia è iniziato circa due anni fa. Diciamo circa perché la data d'inizio non è affatto certa. Nella forma in cui la conosciamo oggi l'epidemia è partita **da quel laboratorio di Wuhan** verso la fine del 2019; tuttavia, in Cina, il coronavirus circolava da decenni. Conviene, dunque, lasciare sullo sfondo la data d'inizio, che è solo convenzionale, preoccupandoci, invece, di accelerarne la fine.

Se riposizioniamo la mente a quando l'epidemia è esplosa in Italia, ci sembra sia passato un secolo, tante sono le novità. Il virus ci ha cambiati non poco: ha cambiato il nostro modo di pensare, ci ha obbligati ad adattare i nostri comportamenti, sta cambiando i nostri atteggiamenti verso il futuro. Quindi, ancora per un certo numero di anni, per ciascuno di noi, il futuro sarà diverso da come sarebbe stato senza la pandemia. Per capire come potrebbe essere, analizziamo criticamente ciò che è successo in questi due anni.

Torniamo ai primi mesi del 2020. Da vari mesi, i medici segnalavano alle autorità sanitarie nazionali il manifestarsi di una polmonite “strana” (bilaterale e interstiziale), rarissima in Italia. Per un po' di tempo, la cosa è passata sotto traccia, finché non si sono verificati, soprattutto in alcune zone dell'Italia settentrionale, dei violenti focolai infettivi causati da quel coronavirus che oggi conoscono anche i bambini della scuola materna, ma che prima non conoscevano neppure i medici.

Quando si capì che il virus poteva causare un'ecatombe, dal 9 marzo (era presidente del consiglio Giuseppe Conte), è stato imposto il lockdown, la costrizione in casa, dell'intera popolazione. Dopo qualche tentennamento, l'11 marzo, l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) chiamò pandemia l'epidemia che stava travolgendo il mondo.

L'osservanza delle regole restrittive frenò la diffusione del virus e, dopo qualche mese, in Italia, si tornò alla normalità. Durante l'estate, il virus ci lasciò in pace, tanto che molti credettero che l'epidemia fosse finita. Appena dopo l'estate, ripartì, invece, una seconda e più grave fiammata e abbiamo iniziato ad assimilare il significato di variante, ossia di virus che, via via che si sviluppano le infezioni, cambia natura e varia così la sua contagiosità e il rischio di gravi effetti. Di fiammate infettive, in Italia, ne abbiamo sofferte varie altre, quella in corso è la quinta.

Verso la fine del 2020, sono stati resi disponibili i primi vaccini. In pochi mesi, prima il personale sanitario, poi (chissà perché) quello universitario, infine l'intera popolazione è stata vaccinata. Non proprio tutti, perché si sono manifestati i cosiddetti no-vax, persone che temono il vaccino più del virus. Verso ottobre del 2021, quasi il 90% della popolazione adulta e quasi l'80% di quella in età 12-17 anni è stata vaccinata. Per i bambini sotto i 12 anni si è atteso un vaccino specifico, poi è stata presa la decisione di somministrare una dose ridotta di un vaccino preesistente ed è così iniziata la vaccinazione anche dei bambini di 5-11 anni (**al 16 gennaio 2021, il 23% ha avuto almeno una dose**).

Nella seconda metà del 2021, mentre nel mondo si stava finendo di inoculare le seconde dosi, alcuni studi dimostrarono che la vaccinazione perde efficacia con il passare del tempo: la protezione diminuisce del 20% tra il terzo e quarto mese e del 12-20% (secondo i paesi) nei successivi due mesi. Si è così avviata anche in Italia l'inoculazione di una terza dose di vaccino che riporta la potenza protettiva del vaccino ai massimi livelli contro il rischio di gravi conseguenze dell'eventuale contagio.

In Israele, uno dei paesi **più attenti al contenimento dell'infezione**, è iniziata l'inoculazione anche di una quarta dose. Inoltre,

le case farmaceutiche stanno studiando nuovi vaccini. Quindi, quello dei vaccini è un capitolo che viene continuamente riscritto.

In questi due anni sono cambiate molte abitudini. I ragazzi di ogni ordine scolastico hanno sperimentato la didattica a distanza, molti lavoratori il cosiddetto smart working (termine esclusivamente italiano perché in inglese fa *remote working*), i giovani lunghe astinenze da discoteca, i calciatori gli stadi senza pubblico, gli scienziati i convegni sullo schermo dei computer eccetera. Inoltre, sono drasticamente cambiati i modi di viaggiare, di comunicare, di spendere e di risparmiare; sui balconi di casa si sono coltivate erbe aromatiche e sono diventate più virtuose le abitudini alimentari; sono sensibilmente diminuiti i matrimoni, **le nascite**, il lavoro giovanile. Insomma, abbiamo vissuto al minimo.

Le regole di distanziamento si possono considerare forme di adattamento ad una situazione particolare che, passata la buriana, possono ritornare com'erano. Ciò che, invece, è realmente diverso nella testa degli italiani è la prospettiva del futuro: aneliamo a viaggiare, a investire, a procreare, a fare nuove attività, a fare ricerca su temi che non siano solo attinenti al virus. Aneliamo al futuro, ma facciamo fatica a immaginarlo e a programmarlo. **I progetti sul futuro restano nel limbo della volontà.** Continuiamo a sperare che la pandemia si trasformi in endemia, cioè in quella normalità che implica **convivenza con il virus**, in modo simile alla convivenza con i numerosi altri virus che ci danno ciò che chiamiamo genericamente influenza. Un bel problema se, pur di uscirne, speriamo nell'influenza.

Se analizziamo l'incidenza dell'influenza negli anni della pandemia, possiamo intuire come sia possibile uscire dalla pandemia stessa. Fino al 2019, in Italia, l'influenza causava ogni inverno la morte di circa 18mila adulti, quasi tutti per complicanze da polmonite. Nell'inverno 2020/21, i morti per influenza sono stati pochissimi, poco più di mille (dati Iss-InfluNet). L'inverno 2021/22 non è ancora finito, ma per ora sembra simile al precedente. La pratica scomparsa dell'influenza dalle statistiche può essere dovuta ad una – voluta o accidentale – assimilazione di quasi tutta la mortalità per polmonite a quella causata dal coronavirus,

ma può anche conseguire alla forte attenzione della gente verso il rischio di Covid, nel senso che l'uso delle mascherine, il distanziamento e quant'altro hanno protetto le persone cagionevoli anche contro virus diversi.

Può anche darsi che sia vera sia l'una che l'altra ipotesi, ossia che le pratiche anti-Covid combattano anche l'influenza stagionale e che la sovrastante attenzione per il coronavirus condizioni persino la compilazione delle schede di morte. Vogliamo essere precisi: se uno muore di cancro e ha anche il coronavirus, dipende da quale delle due diagnosi il medico scrive per prima sulla scheda, quindi se scrive coronavirus come prima diagnosi, sulle statistiche sarà conteggiato tra i morti causati dal virus, non dal cancro.

Per sapere come gli italiani valutano il loro vissuto durante questi due anni, abbiamo intervistato, tramite web, un campione di italiani, ponendo la seguente domanda: "Su una scala da 1 a 5, dove 1 è il massimo disaccordo e 5 il massimo accordo, quanto è d'accordo con ciascuna delle affermazioni che seguono?" e facendo seguire 11 affermazioni. Le risposte ottenute, trasformate in percentuali per renderle più leggibili, sono elencate nella tabella seguente. Sono state, inoltre, distinte dalle altre le risposte date dalle persone contrarie alla – o incerte sulla – vaccinazione (ultima colonna), persone che costituiscono, complessivamente, l'8,5% del campione.

Percentuale mediana di accordo degli italiani con affermazioni inerenti a istituzioni sociali durante la pandemia (dati rilevati nel 2021 su scala 1-5, min=1; max=5; valori mediani trasformati con la formula $P(x)=100*[x-min]/[max-min]$, dove x è la mediana delle risposte).	Affermazione	Tutti gli italiani	No-vax e incerti
	L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dato le giuste dritte durante la pandemia	46,4	23,6
	La mia stima per l'Unione Europea è aumentata per come ha affrontato l'emergenza	46,1	19,6
	La gente è stata contagiata dal virus più dentro gli ospedali che fuori	32,1	37,5
	Gli enti pubblici locali (comune, ASL, etc.) sono stati pronti ed efficienti nel gestire l'epidemia	46,4	31,3
	Gli scienziati hanno dato un decisivo contributo nella lotta al virus	81,9	58,7
	Ho ammirato la disponibilità dei medici di base durante l'epidemia	55,7	48,4

Affermazione	Tutti gli italiani	No-vax e incerti
Le televisioni hanno sempre informato correttamente sull'epidemia	28,4	9,7
I social media sono stati per me una fonte preziosa di informazioni non ufficiali sul virus	28,9	33,0
Durante i lockdown (chiusure in casa), mi ha rassicurato l'efficienza dei negozi di vicinato	56,6	53,1
Durante l'epidemia, sono stato molto aiutato dai miei amici	47,0	34,2
Durante l'epidemia, i famigliari sono stati il mio massimo supporto	66,2	62,5

Le risposte ottenute nel sondaggio permettono di costruire una specie di scala di accettabilità. Sul gradino più alto della scala stanno gli scienziati, ai quali – aggiungiamo noi – vanno aggregati i ricercatori che, dentro le case farmaceutiche, hanno creato i vaccini e dai quali vanno sottratti quelli che hanno sproloquiato in televisione, confondendo più che informando, sul virus. Quello della comunicazione, come si vedrà nel seguito, è un problema che si somma ai disagi di natura sanitaria.

Altri ricercatori (Graffigna et al., 2021) hanno trovato che, durante la pandemia, la fiducia nella scienza è diminuita rispetto al periodo pre-pandemia. Può darsi, tuttavia la fiducia nella scienza da noi rilevata è prossima al massimo possibile.

Al secondo posto sta la famiglia. La famiglia e le mura di casa sono state, rispettivamente, il corpo sociale e il luogo che più efficacemente e compiutamente hanno permesso ai cittadini di reggere l'urto della pandemia. Tra l'altro, su questo non si rilevano differenze tra vaccinati e non vaccinati.

Quanto rilevato con il sondaggio sembra segnare un'inversione di tendenza rispetto a quell'assenza di legami sociali che, per anni, i sociologi hanno considerato irreversibile nei paesi occidentali, stante che ciascuna persona percepiva sé stessa come entità disgiunta, con deboli ed episodici legami di tipo affettivo con gli altri. Di riflesso, la famiglia sembrava avviata verso l'esaurimento del proprio ruolo sociale. Dopo la pandemia, la famiglia sembra, invece, destinata ad essere di nuovo un microcosmo solido, capace di contribuire in modo sinergico

all'impiego delle energie individuali: un cardine della società.

Tra una scienza che ha dimensioni planetarie e la famiglia che rappresenta il corpo sociale più minuscolo, sta tutto il resto: le istituzioni pubbliche, nazionali e internazionali, il sistema dei servizi territoriali, tra i quali la scuola, la sanità, i servizi commerciali e di trasporto, infine gli amici e il vicinato. È interessante osservare che il livello di empatia manifestato dagli intervistati è tanto più alto quanto più i corpi sociali sono prossimi alle persone. Tra quelli più prossimi, i negozi di quartiere sono stati considerati utili dai nostri intervistati quanto i medici di famiglia, un riconoscimento importante.

L'Oms, l'Unione Europea e gli enti locali hanno ottenuto riscontri mediani di stima appena sotto il 50% del massimo possibile. L'Oms ha svolto con efficienza un ruolo di garante "politico" tra nazioni e case produttrici di vaccini, ma sembra soffrire i propri limiti tecnico-scientifici. L'Ue, nel complesso, ha affrontato la pandemia con il massimo impegno economico, anche se può aver risentito, nel giudizio degli intervistati, **dei pasticci iniziali sulla prenotazione dei vaccini**. I comuni e gli altri enti locali hanno fatto quello che potevano, dato che le decisioni fondamentali erano prese dal governo nazionale.

Se ci si astrae dai dati contingenti, si ha un'ulteriore dimostrazione della tesi (sostenuta, tra gli altri, da Elcheroth e Drury, 2020) che le grandi crisi e i disastri naturali rendono la società più coesa, mobilitandola contro il comune pericolo, corroborando il senso di appartenenza ai gruppi sociali e rinforzando la solidarietà tra persone. L'entità che si stacca dalle altre, in questa pandemia, è la scienza, un totem cui quasi tutti si inchinano e in cui confidano come la sola forza in grado di dominare gli aspetti avversi della natura.

Invece, la comunicazione di massa esce dal sondaggio con le ossa rotte. Non solo i social media, ma neppure le televisioni raggiungono un 30% di approvazione. La professionalità dei giornalisti è stata percepita come scarsa. La gente si aspettava che coloro che avevano un accesso privilegiato alle informazioni le sapessero collocare in un quadro che aiutasse a chiarirsi

le idee, mentre è stato dato troppo spazio ai commentatori più ciarlieri e alle informazioni di richiamo, in alcuni casi depistanti. Un esempio: con decine di migliaia di contagiati e con il virus che mieteva vittime da mesi, ci siamo sorbiti per settimane in tv un'insensata caccia al "paziente zero", come se fossimo dentro un reality.

Purtroppo, non sappiamo chi ha vinto la gara a chi la diceva più insulsa, dato che vi hanno partecipato, oltre a una pletera di giornalisti, molti virologi dell'*Oms* e persino ricercatori universitari che, imbeccati da ineffabili "esperti" cinesi, hanno disquisito se la catena di trasmissione del virus passava attraverso i pipistrelli, oppure i pangolini o altre povere bestie incapaci di difendersi, allontanando l'attenzione sull'origine del virus quanto più possibile da quel benedetto laboratorio di Wuhan.

Un'ultima considerazione sui no-vax e sugli hesitant-vax. Quest'ultima è una nostra denominazione che mira a distinguere all'interno del gruppo dei no-vax coloro che sono, a vario titolo, incerti sulla sicurezza dei vaccini e che sono almeno il triplo dei veri antagonisti al vaccino. Sia i contrari che gli incerti mostrano scarsa fiducia nelle istituzioni e, per quanto riguarda l'informazione sul virus e sui vaccini, mostrano di non fidarsi affatto dei giornalisti e cercano nei social media, ossia nell'informazione fai-da-te, quegli ancoraggi informativi che non trovano nelle televisioni. Non è escluso che gli hesitant-vax abbiano maturato incertezze proprio a causa di una reiterata, cattiva informazione sugli organi di informazione ufficiali.

Crediamo che l'associazione di categoria dei giornalisti possa trarre dai risultati del nostro sondaggio materia per intervenire in senso formativo sui propri associati. Almeno su coloro che vogliono informare in ambito scientifico. Ogni giornalista poi dovrebbe conoscere come vanno lette le statistiche quotidianamente diffuse. Non è ammissibile che, dopo mesi, anzi anni, di prove certe che il sistema di tracciamento dei contagi produce statistiche viziate da errore sistematico si continui, cinicamente, a commentare dati giornalieri sul contagio confrontandoli con il giorno prima.

È assodato che il sistema sa a malapena fare le somme, poiché sembra che 2 più 2 faccia 3 di sabato, domenica e lunedì, e faccia, invece, 6 di martedì e 5 di mercoledì e giovedì. Fuor di metafora, durante il fine settimana e di lunedì vari "tracciatori" hanno altro da fare che inviare dati al centro, per cui inviano i dati arretrati, compresi quelli sulla mortalità, da martedì in avanti, con calma. Ci chiediamo se sia così difficile capire che hanno senso solo gli indicatori settimanali sul contagio, ai quali (se proprio non si riesce a farne a meno) si può aggiungere un dato giornaliero. Se non lo fanno i guru dell'Iss, lo facciano i giornalisti che sanno. L'informazione che si contraddice di continuo, dopo un po', è ignorata, così come l'informatore.

<https://www.ilsussidiario.net/news/covid-ecco-perche-dire-sara-solo-uninfluenza-per-alcuni-non-e-tranquillizzante/2285556/>

Ecco perché dire “sarà solo un’influenza” per alcuni non è tranquillizzante

Si sente spesso dire: “Tranquilli, alla fine sarà solo un’influenza” nel tentativo di alleggerire la situazione. Ma è sbagliato sottovalutare gli effetti negativi

Pubblicazione:
02.02.2022

**Ultimo
aggiornamento:**
08:52

Carlo Zocchetti

Chi scrive è certo che non ha la sfera di cristallo, strumento che a quanto pare più d'un esperto sta usando con eccessiva e discutibile disinvoltura, e senza doti da aruspice risulta difficile prevedere cosa ci attenderà domani, o peggio ancora dopodomani, dal punto di vista della diffusione di questa pandemia.

Lo sguardo alle tante previsioni proposte in questi due anni dovrebbe renderci sufficientemente edotti degli errori che le hanno caratterizzate, delle imprudenze che ci hanno spinto a profetizzare, errori e imprudenze spesso determinate dalla incapacità di riconoscere, dalla non volontà di ammettere, che del virus Sars-CoV-2 sappiamo ancora troppo poco.

Senza sfera di cristallo al massimo si può cercare di fiutare al meglio l'aria che tira alla ricerca di segnali di fumo (meglio sarebbe segnali di arrosto, ma al momento è proprio la “carne” che sembra mancare) che possano indicare la strada, e cioè quello che ci aspetta domani.

Siamo sinceri: ad oggi è oggettivamente impossibile, al di là dei legittimi desideri che tutto possa terminare quanto prima, prevedere quando il virus ci lascerà e in che condizioni ci troveremo. Da questo punto di vista è molto ragionevole l'indicazione di Magatti: *“Quando usciremo da questa pandemia non saremo più gli stessi e soprattutto non saremo tutti uguali”*.

All'inizio lo slogan era “Andrà tutto bene”, atteggiamento che è risultato indiscutibilmente fallimentare in tutti i settori (sanitario,

economico, scolastico, ricreativo...): e non poteva essere altrimenti, aggiungiamo, perché si trattava di una speranza flebile (o forse più di un auspicio, di un desiderio) non fondata sulla realtà e su quello che (non) conoscevamo, ma mossa prevalentemente dal desiderio di dimenticare in fretta le criticità (tragiche) che stavamo vivendo, di passare oltre. Adesso lo slogan è cambiato nella forma perché è diventato “Tranquilli, alla fine **sarà solo un’influenza**”, ma riteniamo che sia rimasto uguale nella sostanza e nella (insufficiente) motivazione: siamo sicuri che sarà proprio così o non è forse il riemergere dell’esigenza (di nuovo non si sa fondata su cosa) di vedere il bicchiere almeno mezzo pieno e di scacciare i cattivi pensieri? E siamo sicuri che dire che sarà solo un’influenza costituisce un alleggerimento delle conseguenze e una sostanziale rassicurazione per i cittadini?

Da una parte, nonostante l’elevata copertura vaccinale (certo con vaccini che probabilmente non sono ottimali e che necessitano di essere migliorati) alcuni operatori impegnati sul campo richiamano l’attenzione sul fatto che per una quota non irrilevante di pazienti il quadro clinico che si presenta è molto più grave e peggiore di una tipica influenza di stagione, il che ci porta a mantenere necessariamente elevato il livello di attenzione. Dall’altra, uno sguardo numerico agli effetti tipici di un episodio influenzale aiuta a comprendere meglio che dire che sarà solo un’influenza non è una conclusione per nulla tranquillizzante.

Prendiamo i dati da un interessante lavoro pubblicato da Rosa-
no e coll. sulla rivista *International Journal of Infectious Diseases* (Investigating the impact of influenza on excess mortality in all ages in Italy during recent seasons (2013/14–2016/17 seasons); 2019; 88: 127-134) che riporta l’impatto dell’influenza sulla mortalità nelle stagioni che vanno dal 2013 al 2017 nel nostro paese. Secondo le stime fornite nel rapporto, tra il 2013 e il 2017 gli episodi influenzali che si sono ripetuti avrebbero procurato più di 68.000 decessi: 7.027 nella stagione 2013-2014, 20.259 nel 2014-2015, 15.801 nel 2015-2016 e 24.981 nella stagione 2016-2017. Non sono i circa 150.000 decessi attribuiti al Covid nel biennio 2020-2021, ma possiamo accettare così

tranquillamente quasi 20.000 morti in più tutti gli anni?

Dell'influenza stagionale si parla molto poco e nel comune sentire si tende a sottovalutarne gli effetti negativi: ad essere prevalentemente colpiti sono i soggetti più deboli, prevalentemente anziani, spesso già gravati da altre patologie o disabilità, ma non bisogna dimenticare anche gli effetti sull'economia (assenze dal lavoro eccetera). Siamo forse ad augurarci che si scarichi sui più deboli il nostro (legittimo) desiderio di tornare ad una normalità che non sappiamo di cosa sarà costituita? Confidiamo che non sia questa la prospettiva che viene indicata.

Bisogna prendere atto che "La nostra capacità di comprendere a fondo questo virus è ancora limitata" come ci ricorda di nuovo Magatti. Questo deve essere lo stimolo per migliorare la nostra lettura della realtà e non l'occasione per prefigurare scenari che ad oggi hanno mostrato tutta la loro inconsistenza.

Che piaccia o meno, il Covid ci sta restituendo *"il senso del grandioso potere che si nasconde nella fragilità delle nostre mani, nell'umiltà dei nostri volti, delle nostre labbra"* (Davide Prosperi, "L'era smart e il bisogno di contatti", Corriere della Sera, 8 gennaio 2022): prendiamone atto e agiamo di conseguenza.

<https://www.ilsussidiario.net/news/spy-covid-era-gia-in-lombardia-a-settembre-2019-ecco-le-prove-e-perche-ci-e-sfuggito/2298285/>

Era già in Lombardia a settembre 2019: ecco le prove (e perché ci è sfuggito)

L'origine della pandemia Covid in Lombardia va retrodatata a settembre 2019. Lo dimostrano diversi studi. E con un piano pandemico serio sarebbe stata scoperta

Pubblicazione:
05.03.2022

*Ultimo
aggiornamento:*
07:52

**Antonella
Amendola**

**Mirella
Pontelloi**

A due anni dall'insorgenza dell'evento pandemico e con molte domande ancora aperte, è giunto il momento di riflettere a 360 gradi sui diversi temi associati all'evento pandemico: oltre ai contributi sull'**incertezza dei dati** e sul **grave disagio psichico che ne è derivato**, ci sembra utile fare anche il punto sulle conoscenze fin qui acquisite sull'origine della drammatica diffusione del coronavirus, più esattamente denominato Sars-CoV-2.

Già il nome attribuito all'agente virale rende evidente che la storia della pandemia deve essere ricostruita partendo dalla diffusione della prima epidemia di Sars del 2002-2003, contenuta soprattutto grazie alle misure di controllo attuate per opera di Carlo Urbani – medico italiano già premio Nobel per la pace nel 1999 – che operava per conto dell'Oms ad Hanoi e che per primo ha intuito la rilevanza di questa aggressiva infezione polmonare, di cui, purtroppo, è stato egli stesso vittima. L'epidemia di Sars (acronimo che, tradotto, significa "Sindrome respiratoria acuta severa"), iniziata nella provincia cinese del Guandong, si era poi estesa a Hong Kong, Singapore, Vietnam, Thailandia, Toronto e Germania, determinando in totale 8.422 casi, di cui 908 con esito letale. Una seconda epidemia da coronavirus, grave ma meno estesa, è poi insorta in Medio Oriente nel 2013 ed è nota come Mers (*Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Infection*).

L'origine della Sars e della Mers è zoonotica: dai pipistrelli, che costituiscono il serbatoio animale dei coronavirus, il passaggio

all'uomo è stato possibile tramite la mediazione di un ospite intermedio (*spillover*), rappresentato dal furetto nel primo caso e dai dromedari nel secondo. Sorprendentemente, fino ad oggi non è stato invece identificato un animale *spillover* nel caso del Sars-CoV-2 e gli elementi via via acquisiti lasciano ancora aperto **il campo delle ipotesi sull'origine della pandemia**. Le prime fasi ufficialmente note sono così riassumibili:

31 dicembre 2019: le autorità comunali di Wuhan riferiscono di un cluster di polmoniti ad eziologia non nota con presunta origine al mercato del pesce di Wuhan;

9 gennaio 2020: il Cdc (Centro per il controllo delle malattie) cinese segnala l'identificazione di un nuovo coronavirus (19-nCoV) geneticamente correlato al virus della Sars (ma già in data 30 dicembre un oculista di Wuhan, Li Wenglian, aveva segnalato con una chat ai colleghi la presenza di un cluster di "Sars", ma è stato poi messo a tacere ed infine è deceduto per il contagio con il nuovo coronavirus);

16 gennaio 2020: le autorità cinesi riportano 41 casi a Wuhan e 3 all'estero (2 in Thailandia e 1 in Giappone);

22 gennaio 2020: si constata la trasmissione da uomo a uomo dell'agente virale;

31 gennaio 2020: viene identificato il primo caso negli Usa in un soggetto di ritorno da Wuhan;

metà gennaio-20 febbraio 2020: sono riconosciuti 21 casi autoctoni nell'Ue (Baviera e Alta Savoia);

20 febbraio: con l'esecuzione di un tampone – eseguito fuori protocollo rispetto alla definizione di "caso" stabilita il 27 gennaio dal ministero (tra i criteri per definire un caso sospetto era inclusa una "storia di viaggi o residenza in aree a rischio della Cina, nei 14 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia") – l'infezione da Sars-CoV-2 viene accertata in un soggetto, con anamnesi negativa per viaggi in Cina, sintomatico dal 14 febbraio, poi ricoverato all'ospedale di Codogno: **è il "caso 1" in Italia**.

Dal riconoscimento a Codogno del cosiddetto "caso 1" rapida-

mente il numero dei malati (e dei decessi) è aumentato soprattutto in Lombardia, regione italiana investita per prima dall'onda pandemica nel 2020. Ma la diffusione in Lombardia e in Italia inizia veramente con il caso 1 o è stata preceduta da casi non identificati? A distanza di due anni da questo "inizio" dell'evento pandemico, quali ulteriori conoscenze abbiamo acquisito?

Oggi molte osservazioni inducono oggettivamente a retrodatare all'autunno 2019 (ma di questo poco si discute...) l'inizio della circolazione del Sars-CoV-2 in Italia. Prima di tutto in questa direzione portano già i risultati dell'inchiesta sul caso 1 che non ha permesso di ricostruire l'origine del contagio, ma che, oltre a constatare l'anamnesi negativa per viaggi in Cina e la presenza di altri 39 soggetti positivi al tampone molecolare per la ricerca di Sars-CoV-2 tra i "contatti" del paziente, ha riscontrato la positività nel 2% dei soggetti dell'edificio A sede di lavoro del "caso 1" e nel 6% di quelli dell'edificio B della stessa azienda non frequentato dal paziente; tali osservazioni, e anche il fatto che tutti i soggetti risultati positivi provenivano dai comuni della prima "zona rossa" del Lodigiano, erano già un chiaro indice di una circolazione del virus molto intensa. Da quanto tempo?

Senza entrare in dettagli tecnici, qui di seguito richiamiamo i risultati di alcuni studi pubblicati che, attraverso strade differenti, scientificamente documentano un esordio più precoce della pandemia nel nostro Paese.

- Attraverso la sorveglianza ambientale (basata sul presupposto che il soggetto infetto da Sars-CoV-2 nel 50% dei casi elimina il virus con le feci) è stata verificata la presenza del Sars-CoV-2 nei liquami nel Nord Italia (Milano, Torino e Bologna) a partire dal **18 dicembre 2019**: è un segnale di una circolazione del virus già molto attiva nella popolazione.
- Constatata (ospedale di Bergamo) l'associazione tra l'infezione da Sars-CoV-2 e l'insorgenza della sindrome di Kawasaki nei bambini, il laboratorio di riferimento per la sorveglianza del morbillo (MoRoNet) ha condotto un'indagine retrospettiva su casi di sospetto ma non confermato morbillo, riscontrando la presenza del Sars-CoV-2 nel tampone faringeo (prelievo all'inizio di dicem-

bre 2019) in un bambino di 4 anni di Magenta, con sintomi di rinite già dal **21 novembre 2019**.

- Un ulteriore studio, testando i campioni provenienti da pazienti con rash cutaneo e febbre risultati negativi per il virus del morbillo (archivio della già citata sorveglianza MoRoNet), ha accertato la presenza di Rna virale in 11 su 44 (25%) soggetti in periodo pre-pandemico (agosto 2019-febbraio 2020, nelle province di Milano e Brescia), 5 dei quali positivi anche per la presenza di anticorpi anti-Sars-CoV-2; tra gli 11 casi la prima positività per Rna di Sars-CoV-2 ha riguardato un campione prelevato a Milano il **12 settembre 2019**, mentre nessuna chiara evidenza di infezione è stata riscontrata in 281 campioni raccolti tra agosto 2018 e luglio 2019 da 100 pazienti.
- Uno studio di un **gruppo di dermatologi dell'Università di Milano** su casi di dermatosi in soggetti con Covid-19 e in soggetti considerati ad alto rischio di esposizione al contagio, ha individuato mediante biopsia eseguita a novembre 2019 la presenza del Sars-CoV-2 nelle lesioni dermatologiche in una donna di 25 anni, che presentava lesioni urticarioidi e per la quale era stata posta l'ipotesi diagnostica di lupus eritematosus.
- Uno studio sieroepidemiologico (cioè ricerca della presenza di anticorpi nella popolazione quale indicatore della diffusione dell'infezione) su quasi 1.000 soggetti sani, arruolati per un trial di screening per il tumore polmonare e provenienti da diverse regioni italiane, ha documentato già a settembre 2019 una prevalenza del 14% di anticorpi anti-Sars-CoV-2; la percentuale è aumentata nei mesi successivi (30% a febbraio) ed è **risultata più elevata in Lombardia**; i risultati sono stati confermati attraverso un *cross-validation-study* da un **laboratorio esterno affiliato Oms**. Questa serie di evidenze scientifiche – ma sono state riferite analoghe osservazioni anche per altri Paesi – porta dunque a retrodatare l'ingresso del virus pandemico.

Tale conclusione non ha tuttavia solo una valenza di documentazione storica, ma pone una domanda critica: poteva essere più tempestiva l'identificazione dell'evento?

Certamente sì e questo sì rappresenta una lezione severa prima di tutto per gli addetti ai lavori (non solo nel nostro Paese). Lo strumento tecnico per essere più "pronti" (*preparedness*) è la "sorveglianza" dei fenomeni, che include l'adozione e l'applicazione **di solidi piani pandemici**. In questo senso, due anni dopo la Sars del 2003, allo scopo di essere pronti ad affrontare eventuali nuove emergenze di sanità pubblica a livello globale, l'Oms aveva varato le *International Health Regulations* (Ihr), vincolanti per gli Stati membri e, su questa spinta, nel 2005 anche il nostro Paese ha definito e approvato un primo piano pandemico, non successivamente aggiornato, ma nemmeno applicato nel 2019-20 quando sarebbe stato forse possibile riconoscere in anticipo la nuova pandemia da Sars-CoV-2.

Su questo e – sottolineiamo – sulla formazione di professionisti epidemiologi (non solo virologi o infettivologi) si deve investire: contano le risorse economiche, ma ancor più occorre colmare una carenza culturale nell'area della *public-global health*.



Parte seconda

I numeri

Il secondo gruppo di contributi parla di numeri. Tema difficilissimo, estremamente divisivo, aperto alla polemica anche urlata, che Il Sussidiario ha affrontato dando ampio spazio soprattutto agli statistici, agli esperti di valutazioni numeriche, ospitando contributi anche piuttosto corposi, metodologicamente ricchi e che avrebbero potuto trovare spazio su ben altri tipi di giornali (articoli strettamente di taglio scientifico). Il tentativo di rispondere alla domanda “Quanti sono i casi, i ricoveri, i decessi in particolare” ha visto contributi diversi e divergenti che solo di recente hanno trovato un accordo sui metodi (e di conseguenza, poi, sui risultati), ma in questo contesto il filone di lettura più interessante da seguire è l'evoluzione delle opinioni (e dei conteggi) degli esperti statistici in tema di previsione della evoluzione della diffusione del virus: molti i tentativi effettuati ma, giudicati col senno di poi, risultati spesso fallimentari. Ugualmente interessanti sono i confronti tra ciò che è successo nel 2020 e ciò che è successo nel 2021 e 2022, e nei contributi arrivati a partire dalla fine del 2021 anche diverse valutazioni degli effetti della infezione distintamente tra i soggetti vaccinati e quelli non vaccinati.

La lettura di questo secondo gruppo di contributi richiederà necessariamente un impegno diverso rispetto al primo gruppo (ed a quello che segue) perché, tra altro, si tratta di districarsi nel bosco dei tanti dati che sono disponibili, il che richiede attenzione e (perché no) quel poco di dimestichezza coi numeri che faccia in modo che essi non siano solo aride cifre o fredde statistiche ma sappiano parlare a chi li vuole ascoltare.

Su quest'ultimo elemento, per via della confusione comunicativa attribuibile agli organi di informazione (ma non solo) che si sono fatti carico della presentazione giornaliera dei dati, a Il Sussidiario va attribuito il merito (non essendo suo compito specifico) di avere svolto attività formativa, proponendo autorevoli

contributi indirizzati a comprendere come dovevano essere letti i dati sulla pandemia per evitare di incorrere in errori e cercando di superare i pasticci informativi cui anche le istituzioni competenti, Istituto Superiore di Sanità in primis, hanno fornito il loro contributo per via della parziale inadeguatezza degli indicatori utilizzati per descrivere l'andamento del fenomeno pandemico nel tempo (sotto accusa, in particolare, è l'adozione dell'indice Rt per descrivere la capacità diffusiva del virus, indice che si è dimostrato intempestivo e produttore, nel momento in cui viene pubblicato, di indicazioni di tendenza ormai superate dagli eventi nel frattempo intervenuti ed in contrasto con la realtà effettiva della pandemia).

Si tratta anche di articoli che hanno una lunghezza ed una struttura che, senza presunzione, si avvicinano a pubblicazioni che trovano collocazione su riviste cosiddette scientifiche, anche se il linguaggio utilizzato e la modalità espressiva tengono conto del lettore tipico che frequenta le pagine de Il Sussidiario. Inoltre, per una corretta interpretazione dei singoli contributi di questo secondo gruppo di articoli è fondamentale tenere conto del momento in cui essi sono stati scritti e del contesto che stava caratterizzando l'evoluzione nel tempo dell'epidemia in quel preciso momento: solo così si potranno comprendere affermazioni che con l'occhio di oggi potrebbero essere disprezzate perché ritenute superate se non addirittura sbagliate.

<https://www.ilsussidiario.net/news/fase-2-quando-iniziera-ecco-perche-i-numeri-non-bastano-a-rispondere/2008955/>

Fase 2, Quando inizierà? Ecco perché i numeri non bastano a rispondere

Ci si chiede quando potrà cominciare la cosiddetta fase 2, ma rispondere non è facile: ci vogliono dati e modelli giusti

Pubblicazione:
13.04.2020

**Ultimo
aggiornamento:**
16:11

**Giuseppe
Arbia**

Ormai tutto in Italia sembra proiettato verso la fatidica “Fase 2” dell’epidemia da Sar-Cov-2: la fase in cui, terminata finalmente l’emergenza, inizierà un periodo di convivenza col virus e la graduale ripresa delle attività economiche e della vita sociale. Ma questa Fase 2 sta davvero arrivando? E quando esattamente arriverà? Come sempre ci affidiamo ai dati empirici per cercare di trovare una risposta.

È essenziale, infatti, in questa fase non commettere errori. Se da un lato non riaprire le attività (soprattutto il motore economico del Paese) rischia di farci rimanere indietro e di avviare un periodo di recessione ancora più grave, dall’altra riaprire le attività troppo presto rischia di gettarci nuovamente in situazioni emergenziali le quali possono mettere a serio rischio il sistema sanitario oltre che la vita di molti connazionali. Del resto, nel medio periodo, questo secondo errore avrebbe peraltro una ricaduta negativa anche sull’economia. Su questo aspetto, il premio Nobel Paul Krugman ha recentemente messo in guardia le nostre economie relativamente al rischio di una riapertura prematura del sistema ricordando come, nel corso dell’epidemia della influenza cosiddetta “Spagnola” del 1918-20, le regioni che mantennero più a lungo le misure restrittive non solo limitarono il numero di morti, ma nel medio periodo riuscirono ad ottenere anche migliori performance dal punto di vista della ripresa economica.

Ecco dunque che appare cruciale poter disporre di modelli affidabili di previsione della data nella quale il numero di contagi approssimerà finalmente lo zero e quando possiamo immaginare un graduale ritorno alla normalità.

Un modello statistico, tuttavia, è come una pietanza. Perché sia buona occorrono buoni ingredienti e una buona ricetta, oltre che, ovviamente, le capacità del cuoco. Gli ingredienti sono rappresentati dai dati di base; il bravo cuoco li sceglie accuratamente sapendo che da essi dipenderà in maniera fondamentale la qualità del risultato. Il cuoco improvvisato, invece, apre la dispensa e vede solo cosa c'è a disposizione. I modelli corrispondono, invece, alle ricette da seguire e, proprio come in una ricetta, si traducono in passi da compiere, operazioni da eseguire sui dati secondo un predeterminato schema ordinato e una sequenza temporale i quali, sulla base di teorie, di precedenti esperienze e di risultati sperimentali, ne garantiscono il rigore e quindi un'elevata probabilità di ottenere un buon prodotto finale.

Gli ingredienti

Va subito detto con chiarezza che, al momento in cui scrivo, nessun modello statistico è in grado di prevedere in modo affidabile il giorno (o comunque un intervallo di tempo così ristretto da essere operativamente utile) in cui il numero di infetti in Italia scenderà a zero. E questo per una semplicissima constatazione: non sappiamo neanche quale sia il numero esatto degli infetti in Italia in questo preciso momento!

Gli ingredienti che abbiamo a disposizione per cucinare sono di scarsa qualità ai fini di previsioni. I dati pubblicati giornalmente dalla Protezione civile, infatti, com'è ben noto a tutti, riguardano prevalentemente gli infetti acclarati, ovvero i pazienti ai quali è stato somministrato il tampone. Il numero reale di contagiati resta invece sottostimato, in quanto, salvo rare eccezioni, non è stato possibile finora identificare i pauci-sintomatici e gli asintomatici.

Molti hanno provato ad azzardare ipotesi a tale riguardo. La virologa Ilaria Capua in **un'intervista** rilasciata il 25 febbraio (la data di ognuna delle congetture in questo contesto è importante) ipotizzava che solo un terzo degli infetti manifestasse sintomi, mentre il capo del Dipartimento della Protezione Civile, Angelo Borrelli, **il 6 di aprile**, basandosi su studi relativi alla regione di Hubei, affermava che gli infetti potrebbero essere fino a 10 volte

il numero di quelli rilevati. Il tasso di asintomatici si collocherebbe, invece, tra il 50% e il 75% **secondo gli esami svolti a Vo' Euganeo. A livello internazionale**, un gruppo di ricerca misto nipposatunitense in un lavoro del 12 marzo basato sull'osservazione dei passeggeri della nave da crociera Diamond Princess, stimava che gli asintomatici rappresentassero circa il 18% degli infetti. **Sempre in Giappone**, un gruppo di ricerca delle università di Sapporo e di Osaka affermava, invece, a metà febbraio, che tale tasso sarebbe del 25%, un dato che troverebbe anche **conferma** nello studio del "Centers for Disease Control and Prevention" di New York, riportato dal New York Times il 31 di marzo.

Il 22 marzo **il governo cinese** confermava l'ipotesi-Capua con un tasso di asintomaticità stimato al 33%, ma tale tasso salirebbe, invece, all'80% **secondo l'Oms** nel suo rapporto del 6 marzo, mentre sarebbe del 60% **secondo il World Economic Forum**. La prestigiosa rivista Science, infine, al 16 marzo **stimava** che l'86% degli infetti non manifesta problemi evidenti di salute pur essendo in grado di trasmettere la malattia al 79% dei malati accertati.

Il lettore mi perdonerà questo bombardamento di cifre e di link al web, ma certamente concorderà con me che tutte queste stime così discordanti ci portino a un'unica conclusione: a oggi non abbiamo contezza della percentuale degli asintomatici e dei pauci-sintomatici e quindi del numero di infetti attualmente presenti sul suolo nazionale. La tabella seguente mostra le diverse stime del numero degli infetti in Italia implicate dalle varie ipotesi che abbiamo qui brevemente passato in rassegna.

	tasso asintomatici *	stima del numero di asintomatici al 12-4-20 in Italia **	stima del numero totale degli infetti al 12-4-20 in Italia	
Ipotesi Capua	0.33	33743	152616	
Ipotesi Borrelli	0.9	92028	1022530	← Massimo
Esperimento "Diamond Princess"	0.179	18303	124547	← Minimo
Centers for Disease Control and Prevention, NY	0.33	33743	152616	
Studio Università di Sapporo e di Osaka	0.25	25563	136337	
OMS	0.8	81802	511265	
Studio Governo Cinese	0.33	33743	152616	
World Economic Forum	0.6	61352	255633	
Esperimento Vo' Euganeo	0.62	63397	269087	
Science	0.86	87938	730379	
* percentuale di infetti senza o con pochi sintomi				
** sulla base del totale positivi (ospedalizzati + isolamento domiciliare) in Italia al 12-4-20 = 102253				

Come si vede il numero di infetti in Italia a oggi potrebbe variare tra circa 120.000 e 1.000.000 a seconda delle diverse ipotesi! Un margine assolutamente troppo ampio per potervi affidare qualunque decisione avente a cuore la salute pubblica.

Come ho già osservato **in un mio precedente contributo** su ilsussidiario.net, l'inadeguatezza dei dati ufficiali in nostro possesso (non solo in Italia) risiede nel fatto che essi sono stati fin qui raccolti non con finalità statistiche, ma solo emergenziali e quindi non costituiscono un campione statistico attraverso il quale si possa generalizzare i risultati a tutta la popolazione.

L'evidente sottostima degli infetti nel nostro Paese non sembra aver vanificato gli sforzi dei modelli nel prevedere sia il picco epidemico, che è stato correttamente **previsto dalla maggior parte dei modelli**, sia il picco dei casi (che sta per essere raggiunto secondo gli stessi modelli). La detta sottostima, tuttavia, non rende possibile una previsione sufficientemente accurata del momento di "zero contagio" e di altri parametri di cruciale importanza nel momento in cui si devono prendere decisioni circa l'allentamento delle misure di contenimento.

È ormai opinione diffusa in ambito scientifico che sia necessario avviare un'indagine campionaria basata su un preciso disegno statistico che abbia lo scopo di fare chiarezza su tale aspetto prima di prendere decisioni che potrebbero rivelarsi catastrofiche per le conseguenze sia sulla salute pubblica che sull'economia. Tale necessità è stata sottolineata con forza da **studiosi della Società Italiana di Statistica** (vedi anche **qui**), ma **anche da** immunologi, epidemiologi, virologi e microbiologi (vedi anche **qui**).

Senza una base-dati affidabile, qualsiasi tentativo di prevedere la futura evoluzione della pandemia sarebbe, infatti, destinato a fallire. In tal senso è di pochi giorni fa la notizia della costituzione presso l'Istituto Nazionale di Statistica, in accordo con la Società Italiana di Statistica, di un Advisory Committee avente il compito di progettare rilevazioni ufficiali finalizzate ad acquisire elementi conoscitivi collegati all'emergenza sanitaria in corso. È poi del 10 aprile **l'annuncio** di una ricerca da parte della task

force istituita per la Fase 2 basata su un campione casuale stratificato di almeno 150.000 persone la quale potrebbe fare finalmente chiarezza su questo aspetto di qualità del dato dell'informazione.

Tali indagini saranno di importanza fondamentale per migliorare la qualità degli ingredienti a disposizione dei modellisti. Esse dovranno avere due caratteristiche: dovranno essere ripetute nel tempo per seguire l'evoluzione dell'epidemia e dovranno riguardare anche test sierologici per verificare la presenza di anticorpi. Non occorrono campioni troppo ampi e dispendiosi per giungere ad una buona significatività dei risultati. Solo campioni ben fatti.

La situazione di carenza informativa attuale non riguarda, per la verità, solo il nostro Paese. Poche sono, in effetti, le eccezioni di iniziative volte a una quantificazione corretta dell'entità del fenomeno epidemico. Al momento in cui scrivo ho notizia solo di indagini che sono state condotte (o programmate) solo in Australia, in Romania e in Germania.

Le ricette

Abbiamo argomentato fin qui la necessità di fondare previsioni statistiche dell'evoluzione dell'epidemia su basi di dati affidabili. "Senza dati siete come ciechi e sordi nel bel mezzo di un'autostrada", affermava il consulente manageriale americano Geoffrey Moore nel 2014. Tuttavia, possiamo avere a disposizione anche una vasta mole di dati di qualità, ma senza un modello adeguato, in quell'autostrada, pur vedendoci e sentendoci benissimo, rischiamo comunque di perire investiti.

I modelli non sono evidentemente tutti uguali. Ne esistono di buoni e di meno buoni e ve ne sono anche di completamente errati come vediamo, purtroppo, anche in questi giorni.

Quello che chiamiamo modello statistico rappresenta una semplificazione della realtà, congegnata per evidenziare alcune caratteristiche essenziali dei fenomeni osservati tralasciandone altre giudicate trascurabili per la loro comprensione. Invero, tutta la scienza è spesso identificata proprio come il luogo della ricerca di teorie in grado di spiegare in maniera semplice, ma

sufficientemente adeguata la complessità osservata empiricamente. I fenomeni empirici sono complessi per loro natura e non possiamo ambire di riuscire a fornirne una spiegazione esaustiva in tutti i suoi molteplici aspetti. L'importante missione affidata al metodo statistico è, dunque, quella di fornire una loro rappresentazione approssimata, e di ricercare meccanismi che ne descrivano la natura in modo magari imperfetto, ma comunque operativamente utile.

Un modello previsivo buono è uno che tiene conto della qualità del dato in entrata e della specificità del fenomeno analizzato. Uno modello meno buono è quello che trascura la qualità del dato utilizzato e che interpola meccanicamente gli andamenti temporali del fenomeno senza tener conto della sua specificità. Questa seconda specie di modelli può anche dare frutti discreti a fenomeno in corso (ad esempio dopo il passaggio del picco epidemico), ma raramente riesce a prevederne accuratamente i punti di svolta.

Un esempio di modello errato nei suoi fondamenti è rappresentato dall'uso (visto in questi giorni) di uno pseudo-indicatore dell'uscita dalla crisi epidemica **basato sull'incremento percentuale dei nuovi casi** (ovvero il rapporto tra i nuovi casi giornalieri e il totale dei casi). Il fatto che questa percentuale cali nel tempo non è un segnale positivo per l'epidemia (come taluni interpretano), ma solo una caratteristica della misura stessa. Essa tende, infatti, sempre a zero per definizione anche in fasi di crescita esponenziale della diffusione del virus.

Esempi di questo genere sono, ahimè, molto diffusi in questi giorni. Anche se gli ingredienti sono ottimi, le ricette possono essere sbagliate e, in mano a cuochi improvvisati, possono condurre a pietanze immangiabili.

Non si può però condividere il pensiero di Gilberto Corbellini espresso nell'articolo intitolato: **“Se mentono pure i numeri”** apparso il 7 aprile sul Sole 24 Ore. In esso si legge: “È il loro momento. Mai prima, di fronte a un fenomeno complesso e mondialmente impanicante come la pandemia, statistici, modellisti e

matematici hanno goduto di tanto ascolto e fama. I modelli matematici di fenomeni complessi sono affascinanti, forse eccitanti. Ma sono anche epistemologicamente ingannevoli. I modellisti si sono dimenticati la raccomandazione dello statistico britannico George Box: «Tutti i modelli sono falsi. Ma qualcuno è utile».

Non credo valga la pena scomodare il pensiero epistemologico post-positivista per ricordare ai detrattori dei modelli statistici che per uno scienziato non conta tanto affermare una verità assoluta, ma solo approssimare meglio di chiunque altro le spiegazioni ai fenomeni empiricamente osservati. D'altra parte, il principio di indeterminazione di Heisenberg, sottolinea il carattere probabilistico persino della fisica, sostituendo all'idea di una fisica deterministica, un approccio basato su leggi statistiche che sono valide sì solamente fino a prova contraria, ma sono comunque operativamente rilevanti per prendere decisioni. La frase di George Box va esattamente intesa in questo senso.

Dei modelli previsivi continueremo ad averne bisogno per uscire da questa crisi con buona pace di chi li critica a priori. A cosa altro possiamo affidarci per prendere decisioni empiricamente fondate? Basta che i modelli siano ben cucinati, con ingredienti buoni e ricette non improvvisate.

<https://www.ilsussidiario.net/news/i-numeri-la-gestione-lombarda-del-covid-non-adequata-uno-studio-dice-il-contrario/2060959/>

La gestione lombarda del Covid non è adeguata? Uno studio dice il contrario

Uno studio sulla mortalità in zone limitrofe tra la Lombardia le regioni confinanti smentisce la tesi di una peggiore risposta della sanità lombarda

Pubblicazione:
20.08.2020

*Ultimo
aggiornamento:*
07:07

Paolo Berta

L'epidemia Covid-19 ha colpito il Nord Italia, e la Lombardia in particolare, con una intensità ed una forza che ha sorpreso tutti, provocando un reale stravolgimento delle organizzazioni sanitarie a diversi livelli, evidenziando gli elementi positivi del sistema sanitario regionale e anche, inevitabilmente, le sue criticità. Allo stesso tempo la crisi ha consentito esperienze (organizzative, professionali, gestionali etc.) che sembravano impossibili solo poche settimane prima e che hanno di fatto consentito complessivamente al sistema sanitario regionale di non soccombere alla pandemia.

È trascorso davvero poco tempo da quei giorni scanditi dalle sirene delle ambulanze, e mentre già si ragiona su una possibile recrudescenza dell'epidemia, proviamo a riflettere su ciò che è accaduto. Il caso lombardo risulta centrale in questa riflessione: si dice che la Lombardia abbia avuto risultati peggiori di altre realtà nazionali ed internazionali, in parte per un livello di contagio iniziale che ha messo in crisi il sistema.

Per poter formulare un giudizio che vada oltre l'opinione è necessario osservare ed analizzare i dati disponibili e cercare in questo modo di capire se in Regione Lombardia gli esiti della gestione di quei momenti abbia avuto conseguenze peggiori di altre realtà. Ma per potersi esprimere in tal senso, la prima domanda che ci si deve porre riguarda appunto i dati. Siamo in possesso di dati quantitativamente e qualitativamente adeguati per poter rispondere a questa domanda? **Avevamo scritto su questa testata** che la comunità scientifica era in grande fer-

mento per studiare sotto ogni profilo l'epidemia di Covid-19, non solo da un punto di vista sanitario, ma anche sociale ed economico. Uno sforzo encomiabile dettato dal desiderio di divulgare ricerca di buona qualità su un tema così importante. In questo la Regione Lombardia non è stata all'altezza. Come sempre si è deciso di non divulgare tempestivamente i dati, di non avvalersi del contributo di tutta la comunità scientifica, chiudendosi a riccio invece che aprirsi alla conoscenza. Questo è un limite che la Regione Lombardia dovrà superare se vorrà recuperare il terreno perso negli ultimi anni rispetto alla qualità che forniscono altri sistemi sanitari italiani.

Gli unici dati disponibili sono quelli divulgati quotidianamente dalla Protezione civile, che riguardano principalmente il numero di contagi, il numero di pazienti ospedalizzati, il numero di pazienti in terapia intensiva e i deceduti per Covid-19. Questi dati, seppur preziosi, risentono di alcuni *bias* che ne inficiano la qualità. Durante il periodo di maggiore impatto del Covid-19, infatti, il numero di contagiati, di ospedalizzati e di deceduti riguardava solo le persone che afferivano al pronto soccorso dei diversi ospedali. La scarsa disponibilità di tamponi e l'eccessiva pressione sul sistema sanitario ha comportato una sottostima dei valori reali di contagiati, ospedalizzati e deceduti. Questa fonte dati, anche se consente di formarsi un'idea generale del livello di contagio, risulta utile soprattutto per studiare la capacità del sistema sanitario di reagire all'epidemia adeguando l'offerta di posti letto in terapia intensiva.

È pur vero che valutare la gestione dell'epidemia di Covid-19, significa valutare la capacità del sistema sanitario di reggere il livello di stress a cui è esposto (la cosiddetta "*resilience*" dei sistemi sanitari). La capacità del sistema di adeguare la propria offerta, di modificare il proprio assetto organizzativo, di individuare una risposta rapida e adeguata nel trattamento dei pazienti e soprattutto la capacità di cooperazione.

Quando l'onda d'urto della diffusione dei contagi di Covid-19 ha colpito la Lombardia, è stato necessario sospendere la gestione ordinaria del sistema sanitario. Un sistema sussidiario basato

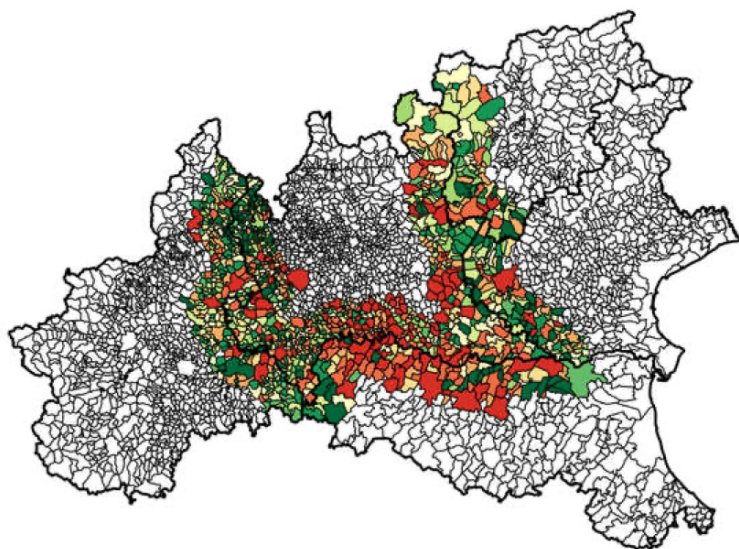
su un quasi-mercato in cui ospedali pubblici e privati competono e sono rimborsati per le prestazioni erogate secondo le stesse regole entro i limiti imposti da un budget preassegnato. Un sistema, inoltre, in cui al paziente è data libertà di scelta rispetto a dove farsi curare.

Questi principi cardine del sistema sanitario lombardo sono sostanzialmente saltati: gli ospedali (pubblici e privati) hanno dovuto reagire nel modo più veloce possibile alla crescente domanda di posti letto per pazienti Covid-19 e soprattutto ad una imponente richiesta di posti letto in terapia intensiva. Nelle aree regionali maggiormente colpite, quali Bergamo, Brescia, Cremona e Lodi, si è assistito ad una straordinaria capacità degli ospedali di passare da un sistema competitivo ad una cooperazione positiva e solo così, in uno sforzo comune, si è potuto evitare il collasso del sistema ospedaliero. In particolare, in regione Lombardia gli ospedali sono stati in grado di passare dai circa 850 posti letto in terapia intensiva di febbraio agli oltre 1 500 di fine aprile. Uno sforzo immane che si è ottenuto grazie alla capacità dei manager ospedalieri (pubblici e privati) di ridisegnare il proprio assetto organizzativo. Nessun'altra Regione ha ottenuto risultati paragonabili, ma è evidente che questa prima evidenza positiva risulta strettamente legata al livello di contagio iniziale e quindi non è un elemento che consente di paragonare la gestione del Covid-19 in Lombardia con quanto accaduto in altre realtà.

Per un giudizio complessivo, invece, possiamo sfruttare la banca dati sui deceduti per tutte le cause di mortalità messa a disposizione da Istat. L'Istituto guidato dal Prof. Blangiardo ha prodotto un risultato encomiabile che va proprio nella direzione a cui si accennava in precedenza: mettere a disposizione della comunità scientifica un set di dati che serva a produrre conoscenza. Sfruttando questi dati è possibile analizzare l'eccesso di mortalità osservato nel 2020 rispetto a quanto si è osservato negli anni precedenti. Inoltre, la granularità del dato (livello comunale) consente di confrontare se esiste una qualche differenza statisticamente significativa tra quanto si osserva in

Lombardia e nelle altre Regioni. Per poter effettuare un confronto a parità di condizioni che non sia quindi distorto dal livello di contagio, la letteratura scientifica suggerisce di confrontare aree territoriali limitrofe, che risultano confrontabili in termini di diffusione del virus, di condizione socio-economica, di struttura di popolazione e che risultano diverse per il solo fatto di appartenere a Regioni diverse. Nella mappa proposta si può capire meglio quali siano i territori messi a confronto, dove i comuni assumono un colore dal verde al rosso in base a quanto elevata risulta la differenza di mortalità tra il 2020 e il 2019.

***Differenza
di mortalità
2020-2019***



I primi risultati delle analisi che stiamo svolgendo in questo periodo evidenziano come non vi siano differenze significative nell'eccesso di mortalità tra la Lombardia e l'Emilia-Romagna, il Piemonte e il Trentino, mentre il Veneto sembra al momento aver ottenuto risultati migliori.

È trascorso davvero poco tempo dalla fine di aprile, quando la situazione ha iniziato a migliorare, ma una prima valutazione sull'andamento dell'epidemia e su come sia stata affrontata in Lombardia è possibile.

Da un lato abbiamo osservato un sistema ospedaliero che è stato in grado di evitare il collasso, adeguandosi in modo rapido ed efficace, grazie allo sforzo di manager sanitari, dei medici e degli infermieri. Dall'altro lato le prime analisi statistiche sui dati di mortalità dimostrano come l'idea che la gestione lombarda del Covid-19 non sia stata adeguata non trovano riscontro nei dati.

<https://www.ilsussidiario.net/news/indicatori-covid-21-sono-troppi-ne-bastano-3-per-spiegare-limpatto-del-virus/2099932/>

Indicatori: 21 sono troppi, ne bastano 3 per spiegare l'impatto del virus"

I 21 indicatori sull'andamento del Covid sono troppi, creano una cortina fumogena. Ne bastano 3: Rt, posti letto disponibili in ospedale e in terapia intensiva

Pubblicazione:
04.12.2020

*Ultimo
aggiornamento:*
08:53

Luigi Fabbris

Partiamo dalle conclusioni: **21 indicatori sull'andamento dell'epidemia da Covid-19 sono troppi** per decidere quando e come intervenire per limitare gli effetti del virus. Un numero così grande di indicatori ha sulle decisioni pubbliche lo stesso effetto che una cortina fumogena ha per disimpegnarsi in una battaglia: l'una a l'altra confondono chi sta di fronte.

Ventuno sono troppi per due ordini di motivi: uno è che rappresentano sia aspetti essenziali del fenomeno, sia una **plethora di aspetti del tutto secondari nella descrizione dell'andamento dei contagi** e delle loro conseguenze; l'altro è che non sono concordi nel rappresentare l'andamento e ciò dipende sia da motivi strutturali, sia da motivi esclusivamente tecnici e pertanto irrilevanti.

Gli indicatori riguardano tre dimensioni fondamentali della pandemia da Covid-19. Una riguarda il processo di rilevazione delle informazioni attinenti al contagio; una seconda l'entità del contagio vero e proprio e l'impatto sulle strutture sanitarie; la terza le risorse del sistema sanitario impegnate nella rilevazione dei dati. Nel seguito, dimostreremo che tre indicatori sarebbero sufficienti a dare l'idea delle cose e a comunicare ai tecnici e agli scienziati, e così pure alla popolazione, come sta incidendo l'epidemia e assumere le rispettive responsabilità.

Ci si potrebbe lamentare anche dell'imperizia linguistica nella descrizione degli indicatori, che possiamo attribuire alla fretta e alla logica accumulatoria con cui gli indicatori sono stati proposti e precisati nel tempo. Una revisione linguistica e più

precise definizioni renderebbero gli indicatori intellegibili a un vasto pubblico.

Ma non perdiamoci su aspetti formali e parliamo della sostanza degli indicatori. È opportuno premettere che si tratta di indicatori calcolati su base settimanale e per regione (per provincia nel caso della regione Trentino-Alto Adige). La settimana di riferimento parte da un giovedì e finisce con il mercoledì della settimana successiva. La procedura di calcolo è corretta, poiché non è soggetta né alle fluttuazioni giornaliere, né alla casualità del numero di tamponi e di altri aspetti estemporanei del sistema di rilevazione dei dati. Tuttavia, si capisce immediatamente che i dati resi disponibili in un dato giorno sono già vecchi, in media, di una settimana, ma il ritardo dei primi dati della settimana può arrivare a 14 giorni (i 7 della settimana di riferimento e altrettanti da attendere prima della diffusione di un nuovo indicatore).

Analizziamo ora gli indicatori secondo le finalità. Quelli relativi al processo di raccolta dei dati sul contagio sarebbero 4, ma i numeri prodotti dal ministero della Salute sono 5, perché di un indicatore si riporta sia il dato dell'ultima settimana che quello della settimana precedente. Tutti e quattro gli indicatori riguardano la percentuale di schede in cui è presente la data di inizio dei sintomi o il comune di domicilio. Si tratta di informazioni che hanno il solo significato di tenere sotto osservazione il sistema di rilevazione dei dati delle regioni, ma che riflettono, al massimo, la precisione con cui le regioni italiane compilano le schede informative sul contagio. In definitiva, se tutti questi dati mancassero, si saprebbe del virus tanto quanto si sa allo stato odierno delle cose.

Gli indicatori sull'entità del contagio sono, invece, il cuore del problema. Gli indicatori sono 7, ma il ministero ne presenta 15, di cui uno riguarda i dati della settimana prima e 3 sono considerazioni a latere del ministero sui dati. Le considerazioni a latere sono duplicazioni informative che riproducono in modo impressionistico, forse a vantaggio di chi non ha dimestichezza con i numeri, informazioni già presenti negli 11 indicatori quantitativi. Per esempio, un indicatore consiste in una semplice

freccia rivolta verso l'alto o verso il basso per indicare che il dato è, rispettivamente, cresciuto o calato rispetto alla settimana precedente. Di questi dati laterali non vale la pena parlare, perché non rientrano nel novero dei 21.

Restano 11 numeri, di cui tre sono fondamentali per descrivere i contagi. Uno è l'indice R_t che stima la contagiosità da virus nella regione; dovendo essere calcolato con una formula che richiede un complesso metodo di calcolo, è opportuno che sia calcolato per tutti dal ministero per non rischiare la babele statistica. Il secondo e il terzo indicatore sono i tassi di occupazione dei posti letto nelle terapie intensive e nei reparti di area medica della regione.

Per la precisione, c'è anche un altro numero che può sembrare importante, ma è solo coreografico, ed è il numero assoluto di casi di infezione da Covid-19 nella settimana. È coreografico perché sembra il numero vero di casi, tuttavia è solo il numero di casi contati nei tamponi effettuati e, quindi, è viziato dall'intensità estemporanea dei tamponi, nonché da duplicazioni e da altri accidenti nella conta e, comunque sia, non informa sull'andamento del contagio più di quanto faccia l'indice R_t .

Due indicatori sono considerati cruciali dal ministero: la previsione a 30 giorni avanti della probabilità che i posti in terapia intensiva siano occupati per oltre il 30% e che quelli di area medica siano occupati per oltre il 40%. Sono chiaramente basati su previsioni soggettive, a lunga scadenza dal punto di vista operativo, e con un criterio di computo non trasparente. Questi due indicatori rendono inutile ogni analisi oggettiva e sono il vero innesco della cortina fumogena.

Un altro indicatore che lascia il tempo che trova è il numero di focolai di trasmissione del virus. Questo indicatore sarebbe d'interesse a fini d'intervento se lasciasse trasparire da cosa nasce il contagio: per esempio, se nasce nelle scuole, nei posti di lavoro, nei negozi, nelle manifestazioni pubbliche, in autobus, in palestra, in chiesa, in casa eccetera, cose su cui si sa poco o niente. Ovvero, per meglio dire, si sa che il contagio avviene per

contatto, ma non si sa quanto siano rilevanti gli innumerevoli veicoli di contagio. Così come non si sa quanti siano i contagiati ogni settimana, né si sa quanti siano i contagiabili, ossia le persone che hanno sviluppato anticorpi difensivi durante questa e la precedente epidemia da Covid (dal 2000 al 2004). Questo richiama alla mente l'assenza assoluta di statistiche ufficiali in questo contesto informativo, ma anche questo è un problema non centrale in questo nostro discorso.

Il terzo lotto di indicatori riguarda le risorse che il sistema sanitario dedica alla rilevazione delle schede sui contagi. Gli indicatori sono, infatti, il numero di tamponi effettuati (per mese), le risorse umane dedicate alla rilevazione (contact tracing) e al monitoraggio dell'epidemia e il "numero di casi confermati di infezione nella regione per cui sia stata effettuata una regolare indagine epidemiologica con ricerca dei contatti stretti/totale di nuovi casi di infezione confermati". Abbiamo virgolettato l'indicatore perché, quand'anche servisse a qualcosa che a noi sfugge, non è chiaro perché, in ogni regione, sia uguale al 100%, o a ridosso del 100%.

Poi ci sono altri due indicatori la cui utilità lasciamo intuire al lettore: si tratta del numero di settimane tra la data d'inizio dei sintomi e la data di diagnosi e il numero di settimane tra l'inizio dei sintomi e la data di isolamento del contagiato, che sono ambedue stime "a occhio" tratte dai pochi casi in cui sono calcolabili. Sono, infatti, numeri interi (1, 2, 3 o 4), chissà come determinati, che il ministero guadagnerebbe in immagine oscurandoli.

In definitiva, i ragionamenti sugli indicatori portano a concludere che, pur rilevando tutti i dati possibili e immaginabili, il ministero dovrebbe orientare i comunicatori a focalizzare la propria attenzione e quella del pubblico sui tre indicatori oggettivi che fanno chiarezza sull'impatto del virus, ossia l'indice Rt, la misura cardinale del contagio, e i due indicatori sulla capacità del sistema sanitario di fare fronte ai ricoveri ospedalieri e a quelli nelle terapie intensive, rapportandoli ai posti letto disponibili. Se questo avverrà, scienziati, comunicatori e cittadini saranno parimenti consapevoli dei problemi che l'epidemia sta provocando e

non dovrebbero esserci mugugni per le limitazioni imposte.

Per concludere, sarebbe qualificante che il ministero si facesse parte attiva anche per determinare quanti italiani si contagiano ogni giorno e quanta parte della popolazione è (o dovrebbe essere, chissà se un giorno riusciremo a saperlo) esente da contagio in quanto già contagiata, portando così a miglior fine l'indagine che Istat e Croce Rossa hanno realizzato con dubbi risultati qualche mese fa. Il tempo per farlo c'è, abbiamo ancora diversi mesi davanti prima di toglierci di torno il virus.

<https://www.ilsussidiario.net/news/statistiche-covid-quando-il-virus-e-piu-infettivo-il-mercoledì-e-il-giovedì/2152970/>

Quando il virus è più infettivo?

Il mercoledì e il giovedì

La diffusione continua di numeri Covid ci fa sembrare di essere diventati esperti, ma a volte ci sono "casi" strani che ingannano

Pubblicazione:
6.04.2021

*Ultimo
aggiornamento:*
07:59

**Carlo
Zocchetti**

Tutti i giorni i media ci raccontano quanti sono i nuovi positivi al Covid, quanti sono i ricoverati, quelli in terapia intensiva, i deceduti, i vaccinati, quelli che hanno fatto un tampone, e i guariti. E così abbiamo l'impressione di essere diventati tutti improvvisamente degli statistici.

In fondo cosa ci vuole? Basta contare, far di somma e differenza e, per i più avanzati, anche dividere e calcolare rapporti, cioè operazioni che alle scuole elementari abbiamo imparato tutti.

E così scopriamo che, **dal punto di vista statistico, questo virus è ben strano:** un giorno va su (e ci butta nello sconforto: aiuto, stiamo in casa e vestiamoci da palombari) e un giorno va giù (fuori tutti: c'è bisogno d'aria, a stare in casa si soffre, soprattutto i ragazzi che vorrebbero andare di corsa a scuola! Mah! Li hai mai visti i ragazzi che improvvisamente hanno tutti voglia di andare a scuola? Si è capovolto il mondo?).

Alla domenica e al lunedì il virus va in ferie (pochi casi) e poi, come conseguenza delle ferie, al mercoledì e al giovedì diventa più infettivo e aumenta i casi a dismisura così da mandare fuori squadra le nostre statistiche (e allora comincia la caccia agli untori: ecco, te lo dicevo, sei andato mercoledì al bar a bere un caffè, dovevi andare domenica; oppure: vedi che andare a messa fa bene, alla domenica e al lunedì ci sono meno infettati).

Poi, domenica scorsa giorno di Pasqua, si scopre che oltre ai positivi, ai ricoverati, ai deceduti, eccetera, c'è anche ... un risorto. Ohibò! E questo cos'è?

Certo che a questo punto i conti non tornano più. Dove lo

mettiamo? Come lo classifichiamo? A che operazione algebrica lo sottoponiamo? Una somma? Troppo poco: si perderebbe di fronte alla grandezza degli altri numeri. Una differenza? No di sicuro: cosa c'entra la differenza? Vuoi che proviamo con un prodotto? Però di moltiplicazione non ha mai parlato nessuno! E se provassimo con un rapporto? L'idea in sé ci potrebbe anche stare, ma chi (o cosa) avrebbe il coraggio di confrontarsi con uno che è risorto? E poi, statisticamente parlando, non è che si possono fare le statistiche con un solo caso (beh, se proprio proprio vogliamo allargarci, possiamo mettere nel gruppo anche Lazzaro, ma sono sempre troppo pochi: quello che si direbbe "un campione non significativo").

E allora, che fare? Beh, ce l'ho io l'idea: stiamo zitti e non ne parliamo. In fondo chi se ne accorgerebbe? Uno in più o uno in meno sempre tanti sono: non è che aggiungendone (o dimenticandone) uno la statistica del virus cambierebbe. Peraltro ci hanno già provato a nascondere più di uno: spalma di qui, spalma di là ... (hanno trovato anche un bel termine tecnico per questa operazione: si chiama "smoothing", cioè spianamento, lisciamento).

Sì, va bene, ma se poi ci scoprono? Perché c'è sempre **qualcuno che invece di stare zitto parla**. Saranno anche pochi quelli che non sanno stare zitti, però in fondo in fondo ne basterebbe anche solo uno che parlasse e tutto il nostro castello andrebbe all'aria.

Ho un'altra idea. Facciamo così: non diciamo che è risorto, diciamo che è guarito. Non penso che così saremmo molto lontani dal vero: tra risorto e guarito che differenza c'è? Non sono quasi uguali? E in più abbiamo il vantaggio che la categoria dei guariti c'è già ed è la più grossa, ci si perde dentro, ci sono dentro anch'io e chi vuoi che si accorga che tra di loro si è insinuato uno che è risorto?

Hai ragione, tra l'altro anche la statistica sarebbe a posto: non c'è bisogno di una nuova categoria (che poi non sai mai come funzionerebbe la statistica con le nuove categorie), non c'è il

problema dei campioni non rappresentativi, e non ci porremmo tante altre domande imbarazzanti. Cosa ne dici? Non ti pare una soluzione che accontenta tutti?

Certo, però rimane il fatto che uno è risorto, e questo di per sé fa la differenza (ma cambia anche il rapporto, perché non è più quello di prima, e per la moltiplicazione ha già dato prova di saperci fare, anche se erano solo pani e pesci e non si parlava ancora di cose molto più difficili come il Covid).

Sai cosa ti dico? È meglio che non facciamo la statistica con i risorti: accontentiamoci dei mezzi polli o, visto che è tempo di Pasqua, degli agnelli.

<https://www.ilsussidiario.net/news/numeri-covid-le-scelte-e-gli-errori-che-spostano-a-giugno-la-fine-del-virus/2152977/>

Le scelte (e gli errori) che spostano a giugno la fine del virus

Se l'estate placherà il virus, vaccineremo gli over 70 e non appariranno varianti resistenti al vaccino, potremo lasciarci alle spalle quest'anno di Covid

*Pubblicazione:
06.04.2021*

*Ultimo
aggiornamento:
07:58*

Paolo Berta

Si intravede ormai la luce in fondo al tunnel in cui siamo sprofondata nell'ultimo anno. L'inattesa rapidità con cui la scienza ha sviluppato un vaccino efficace contro il Sars-Cov-2 costituisce l'arma con cui affrontare con cauta speranza la pandemia che ha devastato il mondo pre-Covid.

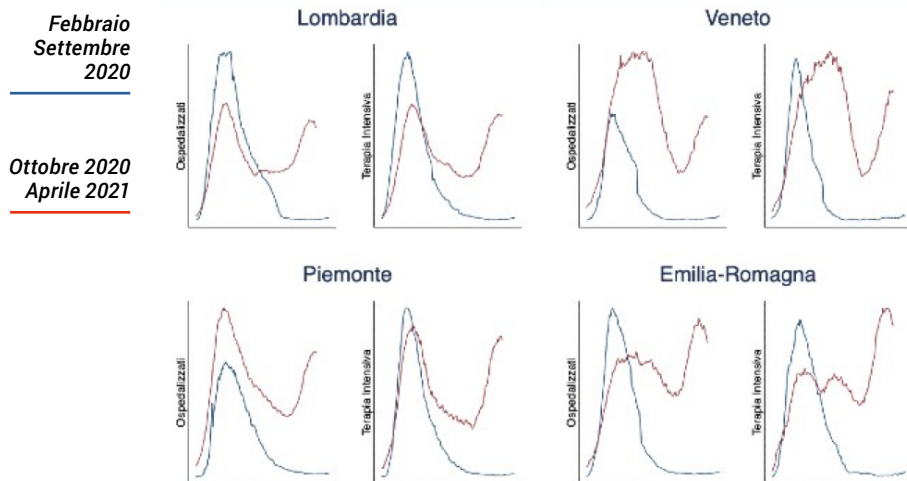
L'Italia è stata colpita dal Covid-19 il 20 febbraio 2020 e in pochissimi giorni abbiamo imparato a conoscere l'effetto dirompente di una pandemia incontrollata.

A che punto siamo oggi e cosa è successo in questo singolare e terribile anno?

La prima ondata è stata inaspettata e ha avuto il tempo di diffondersi senza misure difensive quali il distanziamento sociale e le mascherine. L'assenza di un sistema di contact tracing, le difficoltà di reperire i dispositivi di protezione individuale, la carenza rispetto al bisogno di posti letto in terapia intensiva e alcune scelte adottate da una politica pavida e inconsistente hanno faticato a contenere la crescita esponenziale dei casi conclamati. Si è arrivati così ad un livello esasperato di stress del sistema sanitario, che si è salvato solo grazie all'encomiabile sforzo di medici e infermieri, scontando drammaticamente un numero di decessi che mai ci saremmo aspettati in assenza di una guerra.

I due mesi di restrizioni e, probabilmente, la minore virulenza estiva, hanno imposto una tregua tra giugno e settembre. Sarebbe stato sufficiente leggere **il lavoro dei ricercatori**

dell'Imperial College di Londra, solo per citare un esempio, per capire che un rilassamento nelle misure di contenimento avrebbe portato ad un nuovo e più aggressivo picco epidemico. Tra **"virus clinicamente morti"**, **"banchi a rotelle"** e **"bisogna riaprire"** questa seconda ondata è peggiore della prima. Tutte le regioni hanno così sperimentato il significato di un sistema sanitario sotto stress con l'aggravante del dato di mortalità che ha registrato numeri maggiori rispetto alla prima ondata. Se fino a settembre si sono registrati circa 35.000 decessi, nei successivi mesi i morti sono stati oltre 75.000. Questo dato, che risente sicuramente di una maggiore capacità di tracciamento, dipende anche dalla scelta di affrontare la seconda ondata attraverso il sistema dei colori, invece che con un lockdown simile a marzo 2020. Questo nuovo approccio alla pandemia trova riscontro e sintesi nel grafico seguente.



Il grafico prende in considerazione le 4 regioni più colpite e confronta l'andamento nelle due ondate del numero di ospedalizzazioni e di ricoveri in terapia intensiva. Due osservazioni immediate: 1) la seconda ondata in Lombardia sembra aver avuto un impatto meno dirompente rispetto alle altre regioni; 2) il sistema a colori non consente di flettere le curve fino a congelare la diffusione del virus e chi per più tempo è rimasto in zona

gialla (ad esempio il Veneto) ha avuto una crescita costante fino all'adozione di misure più stringenti. La zona rossa funziona, ma non appena si allentano le misure, il contagio ricresce e gli ospedali tornano a riempirsi.

Un'altra cosa che ben conosciamo è la relazione tra contagi, ricoveri e decessi. Sono tre misure che si muovono con tempi diversi: prima crescono i contagi, poi si riempiono gli ospedali e infine aumentano i decessi. L'andamento di queste misure è prevedibile, come dimostra il risultato di un progetto di ricerca finanziato da Regione Lombardia in cui **abbiamo sviluppato un modello scientificamente solido** e affidabile nel prevedere l'andamento dei ricoveri (l'applicazione in real time è fruibile **qui**). Pur tuttavia, esso non ha mai trovato applicazione.

Fuor di polemica, in questa seconda ondata, non si è tenuto conto di queste relazioni arcinote e così le prime deboli misure di contenimento che hanno caratterizzato ottobre si sono rivelate insufficienti e il virus ha avuto un'altra volta l'opportunità di propagarsi quasi indisturbato. È bastato aspettare il tempo necessario e il sistema sanitario è stato nuovamente sovraccaricato e abbiamo iniziato a contare centinaia di decessi giornalieri. La decisione di non serrare le fila come a marzo 2020 ha consentito di mantenere viva parte dell'economia, ma si è deliberatamente deciso di accettare una crescita in termini di morti, che sono lutti familiari, non una statistica.

Il governo Draghi ha deciso di mantenere le colorazioni, escludendo saggiamente la zona gialla che non funziona, ed è incredibile (o opportunistico) che qualcuno ancora non l'abbia capito. Questa scelta ha consentito al momento di raffreddare il contagio, portandoci oggi su una sorta di altopiano, dal quale scenderemo solo mantenendo le attuali chiusure e rafforzando la campagna vaccinale.

Se si confermerà che l'estate placa la diffusione del virus, se riusciremo a vaccinare a breve le fasce più a rischio di ospedalizzazione e decesso (over 70) e se non appariranno varianti resistenti al vaccino, possiamo essere cautamente ottimisti che

a maggio/giugno ci saremo lasciati alle spalle questo anno di Covid.

Merita una riflessione finale la campagna vaccinale, dove sembrano troppe le somministrazioni erogate agli under 80. Guardando i numeri degli over 80 **dichiarati dal sito del Governo** si evince che su 11 milioni di dosi somministrate solo il 38% è stato erogato agli over 80, che incomprensibilmente sono stati lasciati indietro a favore di altre categorie meno a rischio (insegnanti e universitari, ad esempio) quando era evidente (Israele e Regno Unito lo confermano) che i vaccini andassero erogati per rischio clinico.

Scelte scellerate come questa sono direttamente causa dei 400 morti giornalieri (come la sospensione di AstraZeneca per le verifiche di Ema con 7 morti su milioni di vaccinati nel mondo), ma in questo paese sembra non interessare a nessuno.

<https://www.ilsussidiario.net/news/numeri-covid-morti-156-tasso-di-mortalita-83-la-differenza-che-inganna/2154465/>

Morti +15,6%, tasso di mortalità +8,3%: la differenza che inganna

Il tasso di mortalità nel 2020 a confronto con il quinquennio 2015-2019 rivela che in alcune regioni è stato addirittura inferiore. Incremento sensibile al Nord

Pubblicazione:
11.04.2021

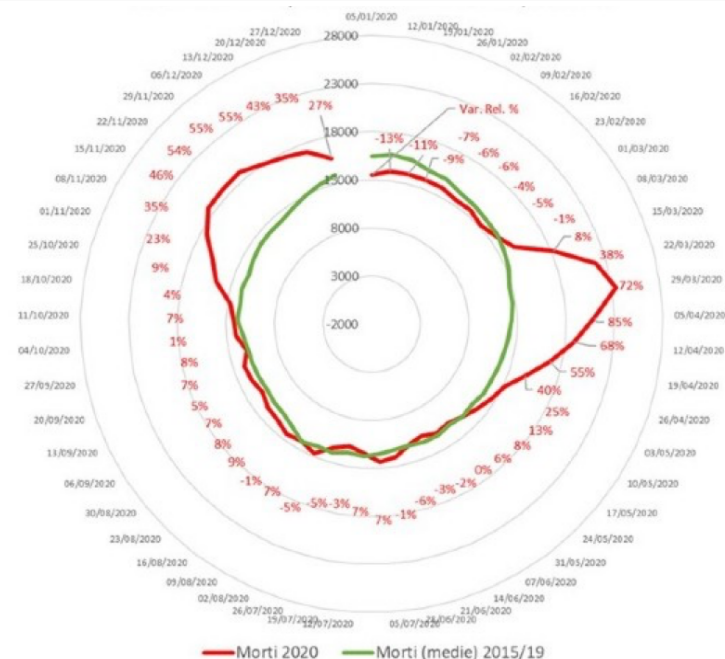
Ultimo
aggiornamento:
12.04.2021
alle 01:28

Enrico Gori
Raffaella
Marin

L'Istat ha recentemente certificato che **nel 2020 si sono verificate 746.146 morti per qualsiasi causa di morte**, a fronte di 645.620, numero medio di morti nel quinquennio 2015-2019. Questo ha comportato 100.526 morti in più, pari ad una variazione relativa percentuale del +15,6%. Questi morti in eccesso sono in gran parte dovuti alla pandemia, come ben si può vedere dalla Figura 1, la quale riporta il numero di morti nel 2020, quello medio negli anni 2015-19 e la variazione percentuale relativa, per ogni settimana del 2020.

Figura 1.
Numero settimanale di morti in Italia per qualsiasi causa di morte nel 2020 rispetto alla media dei 5 anni precedenti

Nostre
elaborazioni
su dati Istat



L'effetto della pandemia è evidente e innegabile: nella settimana del 29 marzo 2020 si sono verificate oltre 23mila morti con un incremento del 72% rispetto ai 5 anni precedenti, mentre nella settimana successiva l'incremento è stato addirittura del +85%! Il peso di tale concentrazione temporale sul sistema sanitario, come si sa, è stato pesante e innegabile.

Le diverse regioni e fasce d'età sono state tuttavia colpite in maniera differente dal fenomeno. Si veda a questo riguardo la Tabella 1.

Tabella 1.
Variazione del
numero di morti tra
il 2020
e il quinquennio
precedente

Nostre
elaborazioni
su dati Istat

Per regione		
Regioni	morti 2020-15/19	Var relativa % morti
Calabria	814	4,0%
Basilicata	346	5,3%
Lazio	3233	5,5%
Umbria	586	5,6%
Sicilia	3114	5,8%
Molise	230	5,9%
Abruzzo	943	6,1%
Campania	3907	7,0%
Toscana	3824	8,6%
Puglia	4815	12,1%
Friuli-Venezia Giulia	1843	12,5%
Marche	2260	12,6%
Sardegna	2158	12,8%
Veneto	8263	16,7%
Liguria	3719	16,8%
Emilia-Romagna	8762	17,2%
Piemonte	12306	22,9%
Valle d'Aosta	368	24,8%
Trentino-Alto Adige	2537	26,6%
Lombardia	36500	36,6%
ITALIA	100526	15,6%

Per età			
Età	morti 2020-15/19	Morti cumulati	Variazione relativa morti %
0	-287	-287	-20,8%
1 - 4	-63	-350	-25,4%
5 - 9	-44	-394	-23,0%
10-14	-27	-421	-11,1%
15-19	-95	-516	-16,1%
20-24	-130	-647	-14,9%
25-29	-123	-770	-11,9%
30-34	-110	-880	-8,1%
35-39	-188	-1068	-8,7%
40-44	-431	-1500	-10,5%
45-49	-154	-1654	-2,1%
50-54	409	-1245	3,5%
55-59	1874	630	11,2%
60-64	3079	3709	13,1%
65-69	2152	5861	6,0%
70-74	12269	18130	24,4%
75-79	5688	23819	7,3%
80-84	19895	43713	17,7%
85-89	20948	64661	15,1%
90-94	20740	85401	18,8%
95-99	14754	100155	36,9%
100+	371	100526	4,8%
Totale	100526		15,6%

Alcune regioni hanno subito incrementi nel numero di morti relativamente piccoli, compresi tra il 4 e il 6%, a fronte di regioni come la Lombardia dove l'incremento è stato del 36,6%. Tutte le regioni del Centro-Sud hanno subito un aumento inferiore alla media nazionale, assieme al Friuli-Venezia Giulia, unica regione del Nord a collocarsi sotto tale valore. Tutte le altre si sono collocate sopra la media.

Per quanto riguarda le fasce d'età, sotto i 50 anni tutte le fasce d'età hanno fatto registrare una diminuzione del numero di morti tra il 2 e il 25,4%, in parte causata da fluttuazioni statisti-

che connesse al basso numero di morti in queste fasce d'età, ma innegabilmente dovuta alle politiche di chiusura che hanno probabilmente ridotto gli incidenti domestici nelle fasce di età più giovani, in ragione della maggiore attenzione da parte dei genitori; hanno ridotto gli incidenti stradali e quelli sul lavoro. Ma questo si potrà sapere con certezza solo quando l'Istat pubblicherà le statistiche per cause di morte.

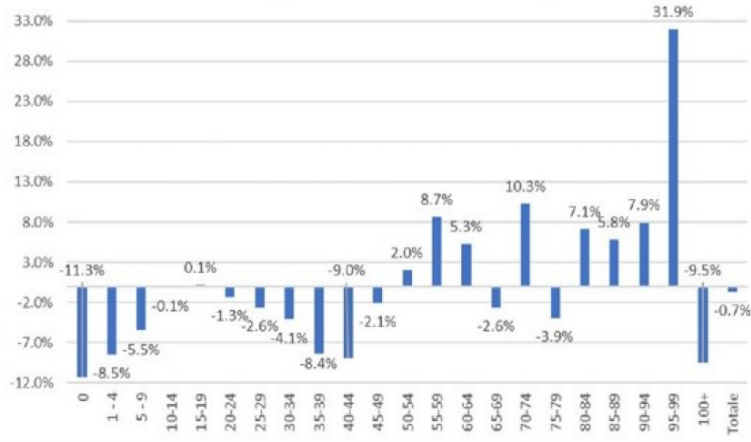
Le fasce d'età sopra i 50 anni hanno invece subito un incremento di morti che va da un minimo del 3,5% per la fascia 50-54, ad un massimo del 36,9% per la fascia 95-99, che sembrerebbe la più colpita. Diciamo sembrerebbe, perché come si vedrà più avanti, il dato si presta a interpretazioni alternative differenti.

Innanzitutto, si consideri che tra la media del quinquennio 2015-19 e l'anno 2020 la struttura della popolazione (valutata al 1° gennaio) è alquanto mutata. La Figura 2 mostra questo fenomeno.

Figura 2.

***Variazione relativa
% della popolazione
per fasce d'età
nel 2020 rispetto
alla media dei 5 anni
precedenti***

*Nostre
elaborazioni
su dati Istat*



È interessante osservare come tutte le fasce d'età inferiori ai 50 anni abbiano subito una riduzione con punte dell'8-9% per la fascia 0 anni e per quelle dai 35 ai 44 anni. Viceversa, quasi tutte le fasce d'età oltre i 50 anni hanno visto un incremento, con una punta massima del 31,9% per la fascia 95-99 e del 10,3% per quella 70-74. È questo il ben noto effetto del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione. Ma proprio tale effetto suggerisce che parte del numero di morti in più osservati

nel 2020 rispetto ai 5 anni precedenti potrebbero essere dovuti al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione piuttosto che alla pandemia. Per capire quale possa essere il problema si consideri il seguente esempio.

Variazione dei morti o variazione del tasso di mortalità?

Supponiamo di voler comparare la "mortalità" di un anno t1 rispetto a quella di un anno precedente t0. Immaginiamo di prendere una fascia di età. Tanto per fissare le idee, 95-99. Supponiamo che lo stock di popolazione e il numero di morti nei due anni siano quelli indicati nella Tabella 2.

Tabella 2.
Esempio di analisi della mortalità tra due anni in una fascia d'età

Fenomeno	Anno t0	Anno t1	Var. assoluta	Var. rel. %
Popolazione	1000	1500	500	50%
Morti	100	150	50	50%
Morti/Popolazione	10%	10%	0%	0%

Nell'anno t0 la popolazione nella fascia di età prescelta è pari a 1.000, mentre nell'anno t1 è pari a 1.500, con un aumento del 50%. Il numero di morti nell'anno t0 è pari a 100, mentre nell'anno t1 è pari a 150, con un aumento che pure in questo caso è del 50%. Ma se si va a guardare il tasso di mortalità nei due anni, dato dal rapporto morti/popolazione, si rileva che in entrambi gli anni è del 10%. Quindi il tasso di mortalità non è variato! Se nell'anno t1 ci fosse stata una pandemia potremmo dire che questa abbia avuto effetto sulla mortalità?

Il tasso di mortalità annuale rappresenta, in buona sostanza, la probabilità che un individuo di quella fascia di età ha di morire nell'anno considerato: tale probabilità non è cambiata nell'esempio considerato, quindi la pandemia non ha avuto nessun effetto su di essa, e l'aumento del 50% della mortalità è, evidentemente, dovuto solo all'aumento della popolazione in quella fascia d'età, che in effetti è stato proprio del 50%.

Quello che vogliamo dire qui è che considerare, ai fini della valutazione dell'impatto dell'epidemia e delle politiche di chiusura, la variazione relativa dei morti tra il 2020 e la media del

quinquennio precedente, in vista delle notevoli variazioni della popolazione per le diverse fasce d'età, evidenziate in Figura 2, può risultare fuorviante. La Tabella 3 riporta i dati reali Istat osservati per la media del quinquennio 2015-19 e per il 2020 per la fascia d'età 95-99.

Tabella 3.
Fascia d'età
95-99. Dati Istat
su popolazione
(1° Gennaio)
e morti

Fenomeno	Anno 15/19	Anno 2020	Var. assoluta	Var. rel. %
Popolazione	121553	160379	38826	31.9%
Morti	40030	54784	14754	36.9%
Morti/Popolazione	32.9%	34.2%	1.2%	.7%

*Nostre
elaborazioni
su dati Istat*

Come si può vedere dalla Tabella 3, nonostante la variazione relativa dei morti sia stata del +36,9% (come riportato anche nella Tabella 1), il tasso di mortalità per la popolazione in questa fascia di età è passato dal 32,9% al 34,2% con un incremento assoluto di appena l'1,2% ed un incremento relativo del 3,7%, ben distante dal valore di +36,9% della variazione relativa dei morti, che evidentemente è essenzialmente dovuto all'aumento di popolazione in questa fascia di età che è risultato del +31,9%. In pratica, la pandemia avrebbe fatto aumentare le probabilità di morte di un 95-99enne veramente molto poco, contrariamente a quello che è l'idea diffusa in questi mesi attorno alla questione.

Da un punto di vista metodologico, la spiegazione di questa apparente contraddizione è legata al fatto che la variazione relativa del numero dei morti, che indicheremo con $V(M)$, è legata alla variazione relativa del tasso di mortalità $V(T)$ e a quella della popolazione $V(P)$, dalla seguente relazione algebrica di facile dimostrazione:

$$(1) \quad V(M) = V(T) + V(P) [1+V(T)]$$

Per cui $V(M) = V(T)$ solo se $V(P) = 0$ ovvero solo se la popolazione è stabile nel tempo (a parte il caso limite molto strano in cui $V(T)=-1$). Ma come mostra la Figura 2, questa stabilità nel tempo tra la media del quinquennio 2015-19 e 2020 non si è verificata, salvo che per qualche classe d'età.

Pensare quindi che la variazione relativa del numero di morti

possa rappresentare la variazione relativa del tasso di mortalità, cioè della probabilità che un individuo di una certa fascia di età abbia di morire, è sbagliato, ed il calcolo sulla fascia d'età 95-99 ne è una dimostrazione.

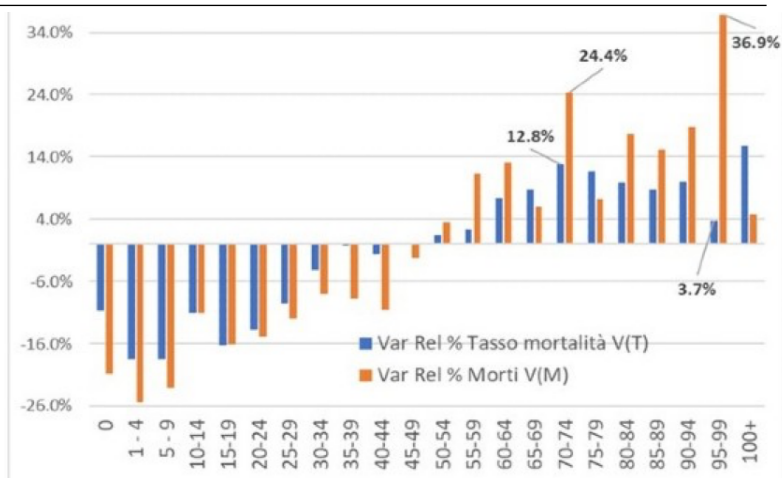
Assieme alla variazione del numero di morti, che indubbiamente costituisce un indicatore indiretto del sovraccarico al cui è stato sottoposto il nostro sistema sanitario (meglio rappresentato tuttavia dall'incremento dei ricoveri), sarebbe opportuno che il sistema informativo nazionale e la stampa fornissero indicazione di quale sia stata la variazione del tasso di mortalità, poiché questo ci fa capire l'impatto della pandemia. Alle persone interessa sapere quanto sia cambiata, in seguito al Covid e alle politiche di restrizione, la propria probabilità di morte, e non tanto il numero di morti, un dato questo che dipende, come mostra la formula (1), anche dalla variazione della popolazione indotta dal fenomeno dell'invecchiamento.

La Figura 3 riporta entrambi gli indicatori per le diverse fasce d'età. A parte il caso già esaminato della fascia 95-99, le differenze sono veramente grandi. Si prenda ad esempio la fascia di età 70-74: la variazione relativa dei morti è +24,4%, mentre la variazione relativa del tasso di mortalità è +12,8% (la metà). Invece per gli ultracentenari, mentre la variazione dei morti ci fornisce un incremento relativamente contenuto, quella del tasso di mortalità ci dice che si tratta della fascia che ha subito il maggiore danno dalla pandemia, tra le fasce di età over 50, le uniche nelle quali il tasso di mortalità sia aumentato.

Nella Figura 4 sono riportate le variazioni relative del tasso di mortalità, per fasce d'età e sesso. Come si può rilevare, nelle fasce di età fino a 44 anni si osserva una riduzione della probabilità di morte, con punte di oltre il -20% nelle fasce 1-9 e 15-19, fenomeno da indagare ulteriormente, ma ascrivibile probabilmente al minor numero di incidenti casalinghi (maggiore cura familiare dovuta alla presenza costante dei genitori) e stradali (riduzione del traffico a seguito delle chiusure) e incidenti sul lavoro. Piccolo aumento per le femmine nelle fasce 15-19 e 30-34 (femminicidi?).

Figura 3.
Variazioni relative
% del numero di
morti e del tasso di
mortalità tra
il 2020 ed
il quinquennio
precedente

Nostre
elaborazioni
su dati Istat

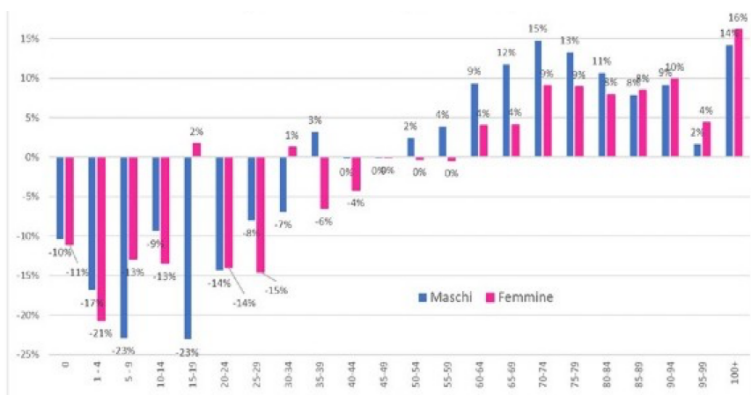


Le fasce di età che invece hanno avuto un aumento nella probabilità di morte sono quelle oltre i 50 anni, con un picco per i maschi nella fascia 70-74 e per le femmine nella fascia 100+. L'aumento per le femmine nelle fasce oltre i 50 è generalmente più contenuto rispetto a quello dei maschi, fino ad 84 anni, mentre è superiore a quello dei maschi nelle fasce da 85 in su.

Da sottolineare di nuovo il basso livello di incremento del tasso di mortalità nella fascia 95-99, in particolare per i maschi (solo +2%). Questi dati suggerirebbero che se la campagna vaccinale avesse dovuto iniziare dalle fasce di età più colpite queste sarebbero state quelle da 70 a 79 anni (oltre quella degli ultracentenari), che invece si sono trovate doppiamente svantaggiate.

Figura 4.
Variazioni relative
% del tasso di
mortalità per età
e sesso nel 2020
rispetto alla
media del
periodo 2015/19

Nostre
elaborazioni
su dati Istat



Variazione del tasso di mortalità a livello nazionale e regionale

Il problema della variazione relativa del tasso di mortalità a livello italiano e a livello delle singole regioni è leggermente più complesso. Si intuirà infatti che tale valore è una media dei tassi di mortalità (che vengono definiti anche come “specifici”) per età e sesso di cui alla Figura 4. La complessità del problema è illustrata dal seguente esempio con riferimento alla Tabella 4.

Tabella 4.
Il problema della media del tasso di mortalità

	Fasce d'età	Popolazione	Quota pop	Morti	Tasso di mortalità	Tasso std 1	Tasso std 2
	a	b	c	d	e=d/b	f=e*c(t0)	g=e*c(t1)
Anno t0	Giovani	700	70%	35	5.0%	3.5%	2.0%
	Anziani	300	30%	45	15.0%	4.5%	9.0%
	Totale	1000	100%	80	8.0%	8.0%	11.0%
Anno t1	Giovani	400	40%	12	3.0%	2.1%	1.2%
	Anziani	600	60%	72	12.0%	3.6%	7.2%
	Totale	1000	100%	84	8.4%	5.7%	8.4%
Variazione relativa %					5.0%	-28.8%	-23.6%

Nella Tabella 4 abbiamo una popolazione suddivisa in due fasce di età, giovani e anziani, in due anni diversi t0 e t1. Nell'anno t0 i giovani rappresentano il 70% della popolazione e gli anziani il 30%, mentre nell'anno t1 i giovani rappresentano solo il 40%, mentre gli anziani il 60%. Il numero dei morti è riportato nella colonna d e dividendo i morti per la popolazione nella rispettiva fascia di età ($e = d/b$) si ottiene il tasso di mortalità specifico per le diverse fasce di età nei due anni.

Come si vede, nell'anno t1 i tassi di mortalità sono, per entrambe le fasce di età, minori dei tassi nelle rispettive fasce di età nell'anno t0. Pertanto, sarebbe ovvio concludere che il tasso di mortalità medio per l'intera popolazione sia diminuito tra l'anno t0 e l'anno t1. Invece se si dividono i morti totali per la popolazione, si ottiene che nell'anno t1 il tasso di mortalità (chiamato tasso grezzo) è pari all'8,4% contro l'8% dell'anno t0: quindi sarebbe aumentato, contraddicendo quello che invece era l'intuizione precedente (vera).

La ragione, anche qui, è legata all'invecchiamento della popolazione: la quota di popolazione anziana dove il tasso di mortalità è più alto è passata dal 30% al 60% determinando questo risultato controintuitivo. Ecco perché vengono introdotti i tassi standardizzati di mortalità, riportati nelle colonne f e g.

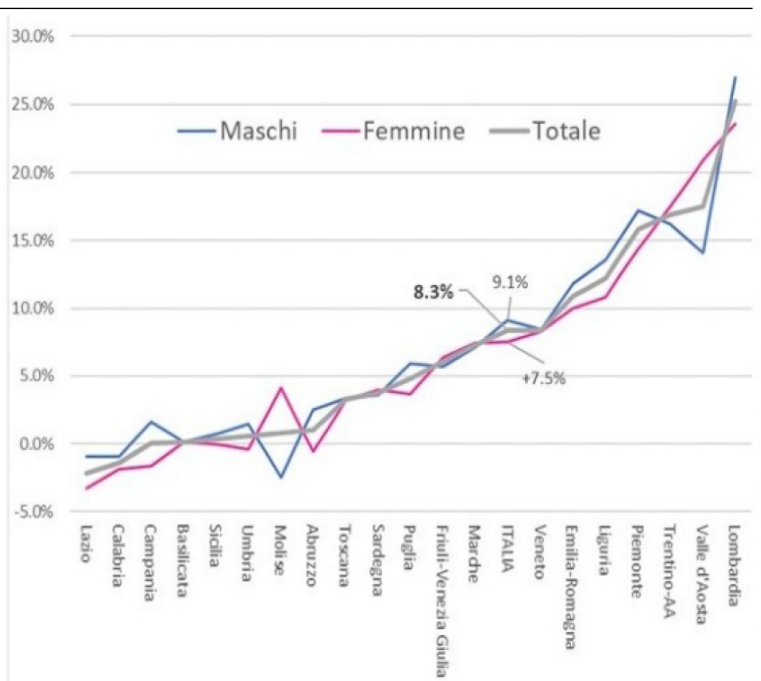
Questi tassi standardizzati sono una media dei tassi specifici per età di ogni anno pesati con una struttura della popolazione identica per i due anni a confronto: nella colonna f (tasso std 1) si usano le quote di popolazione al tempo t0 per pesare i tassi specifici di colonna e, mentre nella colonna g (tasso std 2), si usano le quote di popolazione al tempo t1. I tassi standardizzati che rappresentano una media dei tassi specifici nei due anni si ottengono come somma delle colonne f e g. Come si vede, nel caso si usi la struttura della popolazione al tempo t0 (colonna f), il tasso standardizzato al tempo t0 è 8%, mentre quello al tempo t1 è 5% (giustamente inferiore come ci si attendeva), mentre usando la struttura della popolazione al tempo t1 (colonna g) il tasso standardizzato al tempo t0 è 11% contro 8,4% al tempo t1 (giustamente inferiore come atteso).

Usando il tasso grezzo ai fini del confronto tra i due anni, si sarebbe portati ad affermare che il tasso di mortalità ha subito un aumento del 5%, mentre in realtà la variazione è stata di segno diametralmente opposto.

Per calcolare pertanto il tasso medio di mortalità a livello italiano e regionale nel 2020 e per la media del quinquennio precedente, al fine di calcolare la variazione relativa del tasso medio, è necessario scegliere una struttura di popolazione identica per i due periodi: come visto dalla Figura 2, la struttura nei due periodi infatti è cambiata sostanzialmente per effetto dell'invecchiamento della popolazione. Si è proceduto pertanto al calcolo dei tassi standardizzati nel 2020 e nel quinquennio precedente, assumendo come struttura della popolazione quella totale (maschi + femmine) al 1° gennaio 2020. I risultati del calcolo delle variazioni relative dei tassi standardizzati nel due periodi sono riportati nella Figura 5.

Figura 5.
Variazioni relative
% del tasso di
mortalità
standardizzato
nel 2020 rispetto
alla media del
periodo 2015/19
 (popolazione
 standard: Italia M+F
 al 1 Gennaio 2020)

Nostre
 elaborazioni
 su dati Istat



Come si può vedere, a livello nazionale il tasso di mortalità totale è aumentato dell'8,3% (ben lontano dal +15,6% del numero di morti): il dato è ottenuto come media aritmetica delle variazioni dei tassi per i maschi (9,1%) e per le femmine (7,5%).

Dalla figura emerge che ci sono due regioni, Lazio e Calabria, dove si è assistito addirittura ad una riduzione del tasso di mortalità rispetto al quinquennio 2015-19. Altre regioni come Campania, Basilicata, Sicilia e Umbria hanno visto una stabilità nel tasso rispetto ai 5 anni precedenti; altre ancora come Molise, Abruzzo, Toscana, Sardegna hanno subito incrementi inferiori al 4%. Il Friuli-Venezia Giulia ha sperimentato un incremento di circa il 6% (+12,6% nel numero di morti) sia per maschi che per femmine, comunque inferiore alla media nazionale, unica regione del Nord in questo. Tutte le regioni del Nord hanno subito incrementi superiori alla media nazionale: in testa la Lombardia con un +25% di incremento nel tasso di mortalità, dato che comunque è abbastanza distante dal +36,9% nel numero di morti.

Conclusioni

Abbiamo visto che il dato sulla variazione complessiva dei morti (+15,6%), risulta molto distante da quello sulla variazione media del tasso di mortalità (+8,3%). Il primo dato fornisce un'idea del peso che il nostro sistema sanitario ha dovuto sostenere, in quanto questi 100mila morti in più, che si sono verificati essenzialmente nei periodi di picco della pandemia (Figura 1), sono passati praticamente tutti attraverso il sistema sanitario, che ovviamente ha dovuto farsi carico anche del ben più nutrito numero di ricoveri per Covid di persone che poi sono guarite.

Il dato sull'incremento del tasso di mortalità (+8,3%), relativamente basso, è la media di una situazione completamente diversa tra le fasce di età: i minori di 50 anni hanno goduto di una riduzione del tasso di mortalità, mentre oltre i 50 anni l'incremento è arrivato anche al 15%.

La variazione del tasso di mortalità suggerirebbe che la campagna vaccinale avrebbe dovuto iniziare dalle fasce di età più colpite da questo incremento, ovvero 70-79 anni (oltre quella degli ultracentenari), che invece si sono trovate doppiamente svantaggiate: massima variazione e senza vaccino.

L'ordine di grandezza così diverso dei due indicatori – variazione dei morti e variazione del tasso di mortalità (uno doppio dell'altro) – fa capire che la gravità della pandemia possa apparire diversa a seconda del criterio che si sceglie per descriverne gli effetti, e che adottare il primo, pensando che rappresenti il secondo, è completamente fuorviante.

Inoltre, il primo indicatore dipende in maniera sostanziale dalla variazione della popolazione indotta dall'invecchiamento, elemento che non ha niente a che vedere con la pandemia e le politiche messe in atto. In alcune regioni il tasso di mortalità nel 2020 è stato addirittura inferiore a quello dei 5 anni precedenti, moltissime regioni hanno subito incrementi contenuti e solo le regioni del Nord hanno avuto un sensibile incremento della mortalità.

Questi dati gettano una luce meno fosca sulla vicenda pan-

demica, rispetto a quanto in genere si sia portati a pensare: sarebbe opportuno che il sistema informativo nazionale e la stampa fornissero indicazione di quale sia stata la variazione del tasso di mortalità, poiché questo ci fa capire l'impatto della pandemia. Alle persone interessa sapere quanto sia cambiata, in seguito al Covid e alle politiche di restrizione, la propria probabilità di morte, e non tanto il numero di morti, un dato questo che dipende, come dimostrato, anche dalla variazione della popolazione indotta dal fenomeno dell'invecchiamento.

<https://www.ilsussidiario.net/news/numeri-covid-4-obiezioni-che-smontano-lrt-ecco-indicatore-giusto-da-seguire/2167950/>

Quattro obiezioni che smontano l'Rt, ecco l'indicatore giusto da seguire

Rt e incidenza settimanale per 100mila abitanti sono indicatori inaffidabili. Ecco quelli da guardare. Con un nota bene, che viene dal confronto con il 2020

Pubblicazione:
10.05.2021

*Ultimo
aggiornamento:*
06:58

**Giuseppe
Arbia**

Finalmente si comincia ad avere coscienza dell'inconsistenza di alcuni degli indicatori della epidemia che vengono utilizzati come criteri per la suddivisione in fasce di rischio delle nostre regioni.

Il primo sul banco dell'accusa è il celebre indice Rt che ha vissuto in passato periodi di grande popolarità, ma che oggi in alcune regioni continua a crescere anche in una fase di evidente recessione della pandemia. Dando voce a molti governatori di Regione, il presidente della conferenza delle regioni Massimiliano Fedriga lo ha apertamente criticato in un recente podcast di Repubblica non considerandolo un indicatore valido al quale affidare la classificazione in regioni nelle varie fasce colorate.

Ho personalmente espresso questo parere già in passato in diverse occasioni (ad esempio **nella mia intervista del 27 gennaio scorso**) e più recentemente in una intervista sull'edizione online de *Il Giornale* **del 30 aprile**.

In tali occasioni ho sottolineato come la stima di Rt si fondi, infatti, su un modello per il quale sono lecite alcune perplessità che riassumo sinteticamente qui di seguito rimandando ai link per approfondimenti:

- a.** alcune grandezze del modello sono fissate a priori (ad esempio il tempo di generazione) sulla base di osservazioni ormai obsolete;
- b.** la stima ufficiale del numero di infetti utilizzata nel modello si va distanziando sempre più dal dato reale data la **abnorme**

sottostima degli asintomatici/paucosintomatici;

- c.** l'ampiezza dell'intervallo di tempo considerato è soggettiva e influenza il calcolo di R_t ;
- d.** la stima di R_t a livello sub-nazionale (ad esempio regionale) è estremamente inaffidabile.

Nella fase iniziale dell'epidemia lo scorso anno tale indicatore è stato preziosissimo come misura a livello nazionale in un periodo nel quale il modello era appena stato tarato su dati recenti, la stima degli infetti non era troppo lontana dalla realtà e tutto l'intervallo di tempo trascorso da inizio epidemia veniva preso in considerazione. Oggi non lo è più.

In realtà, come affermiamo da tempo **insieme a molti altri statistici**, con pochi aggiustamenti il parametro potrebbe essere stimato in maniera molto più corretta, ad esempio aggiungendo ai circa 300mila tamponi giornalieri qualcosa come 3mila tamponi (solo l'1% in più!) raccolti non per fini di sorveglianza sanitaria, ma selezionando il campione con criteri rigorosi per il solo scopo di conoscenza statistica del fenomeno per stimare correttamente, in particolare, il numero di persone infette includendo gli asintomatici.

Tuttavia, ad oggi, tale proposta non è ancora stata ascoltata. L'anno scorso, probabilmente a ragione, nella fase iniziale di estrema emergenza, si è considerato che il sistema sanitario non fosse in grado di sostenere tale iniziativa, ma ora, probabilmente, si crede che essa non sia più necessaria ritenendo di esserci ormai avviati verso la recessione dell'epidemia. È un errore. La sorveglianza statistica della diffusione della pandemia sarà invece un aspetto di fondamentale importanza ancora nei mesi (e negli anni) a venire per prevenire e controllare tempestivamente nuove possibili insorgenze del Sars-Cov-2 e per farsi trovare pronti per l'eventuale insorgenza di altri virus.

Un secondo indicatore dell'epidemia altamente inaffidabile è l'incidenza (numero di nuovi casi) settimanale per 100mila abitanti, un dato troppo influenzato dal numero di tamponi effettuato eppure decisivo nella definizione delle aree di rischio. Infatti, più

tamponi si effettuano più l'indicatore sale a prescindere dalla pericolosità della situazione. Affidare al superamento di una soglia di tale indicatore la decisione se chiudere o riaprire appare quanto meno azzardato.

Ogni buon cuoco sa bene che quando gli ingredienti sono di scarsa qualità è inutile mettersi a cuocere una pietanza complessa. Meglio fare un buon uso dei pochi ingredienti che si hanno a disposizione e cercare di portare in tavola un piatto semplice. E i soli ingredienti che abbiamo che sono dotati di una certa qual affidabilità (pur con qualche riserva) ad oggi sono: 1) il numero di decessi, 2) il numero di ricoverati in terapia intensiva, 3) Il numero dei ricoverati con sintomi e 4) il tasso di positività dei tamponi.

Questi indicatori, per fortuna, sono tutti in decrescita a livello nazionale. Il numero di decessi è tornato in (lenta) decrescita a partire dal 14 aprile (da 477 a 237 decessi giornalieri su media settimanale); i ricoverati in terapia intensiva sono costantemente scesi da 3.713 a 2.368 a partire dal 7 aprile (con gli ingressi che nello stesso periodo si sono dimezzati da 227 a 122). In calo dal 2 aprile anche i ricoverati con sintomi (passati da 28.935 a 17.347) ed il tasso di positività il quale, dopo aver raggiunto il picco il 7 aprile scorso, è sceso con ritmo costante da 7,1% a 3,8%.

Tuttavia, questi numeri assolutamente incoraggianti non devono indurci ad abbassare la guardia come se la pandemia fosse ormai alle spalle. L'anno scorso eravamo infatti in una situazione migliore di quella attuale quanto a numeri assoluti, eppure eravamo psicologicamente molto più cauti e disposti ad affrontare ancora il lockdown più severo per 10 ulteriori giorni prima delle prime timide riaperture. Guardando la tabella seguente, in effetti, notiamo che il numero dei decessi giornaliero un anno fa era sostanzialmente identico a quello odierno, mentre tutti gli altri valori erano più bassi di quelli attuali, in particolare il tasso di positività ed i ricoverati in terapia intensiva. I ricoverati in terapia intensiva oggi sono circa il doppio di quelli dell'8 maggio 2020!

Indicatore	8 maggio 2020	8 maggio 2021	Differenza %
Decessi	240	237	-1.3%
Ricoverati in terapia intensiva	1394	2368	+69%
Ricoverati con sintomi	16181	17347	+7%
Tasso di positività dei tamponi	2.3	3.8	+65%

Siamo quindi in una fase assolutamente decrescente, ma ancora molto calda dell'epidemia. Abbiamo poi imparato a nostre spese, e guardando le esperienze di altri paesi, come la guardia non vada mai abbassata pena il rischio di nuove impennate dei contagi.

Ma è il buon andamento della campagna vaccinale a consentirci di sperare che la situazione migliori rapidamente anche quanto a numeri assoluti. Abbiamo infatti somministrato finora già 16 milioni di prime dosi (il 27,5% della popolazione, rispetto ad una media europea del 23%) e 7 milioni di persone sono ormai interamente vaccinate (12,18% contro la media europea di circa 11%).

Con la priorità che si è assegnata alle persone più deboli ed anziane questo dovrebbe produrre rapidamente una diminuzione dei casi letali e quindi un ridimensionamento della gravità degli effetti del virus sulla popolazione.

<https://www.sussidiarieta.net/cn3244/i-veri-numeri-dei-decessi-per-effetto-della-pandemia.html>

I veri numeri dei decessi per effetto della pandemia

Sono 128.000 tra il 1 gennaio 2020 e il 30 giugno 2021. È quanto risulta dal confronto tra la mortalità attesa e il numero totale dei decessi osservati. In questo studio i dati sono anche dettagliati in base al genere (maschi e femmine: rispettivamente 74.000 e 54.000 morti) e per classi di età: l'eccesso di mortalità si registra a partire da 35 anni e cresce proporzionalmente con l'anzianità

Paper: 15.11.2021

Paolo Berta
Giorgio Vittadini
Carlo Zocchetti

Anche per quelli che dubitano di tutto, l'evento morte è un fatto certo: almeno fin qui crediamo non ci siano dubbi. La situazione diventa invece molto più incerta se all'evento morte aggiungiamo la specificazione "per Covid", come dimostra il florilegio continuo di lavori che cercano di capire quanti decessi possono essere effettivamente attribuiti alla presenza del virus o, più in generale, sono conseguenza diretta e indiretta della pandemia.

La scelta più importante riguarda il significato da dare al quesito che riguarda quanti decessi possono essere effettivamente attribuiti alla pandemia. Bisogna ricordare che siamo di fronte a soggetti che sono deceduti senza essere stati sottoposti a un tampone o senza essere sintomatici (condizioni necessarie per attribuire quel decesso all'effetto del virus), ad altri deceduti "per" il (cioè a causa del) Covid, ad altri ancora deceduti "con" il Covid (cioè casi in cui il virus era solo uno dei fattori partecipanti al complesso di patologie che può aver portato una persona al decesso); senza contare che l'elevata attenzione che ha richiesto la gestione dei soggetti infettati ha inevitabilmente portato il servizio sanitario a trascurare altre patologie (ad esempio, ma non solo, quelle oncologiche), ha creato tensione nei soggetti più fragili e generato patologie collaterali che possono quindi avere portato a un incremento di decessi che possiamo ritenere "indirettamente" attribuibili al Covid.

Per questo insieme di fattori riteniamo che per una corretta e completa valutazione dell'effetto della pandemia (e quindi non

solo ciò che è stato causato direttamente dal virus) si debba innanzitutto prendere in esame la mortalità generale (e non solo quella emergente dalla rilevazione Covid): da qui la necessità di fare riferimento (vedi oltre) alla rilevazione dell'ISTAT e non a quella della Protezione Civile. Per i motivi appena indicati, nel seguito non parleremo di "effetto Covid" ma parleremo di effetto pandemia, cioè di quel complesso di fattori che (per via di tutto ciò che è conseguito alla presenza del virus) ha portato a un aumento rilevante della mortalità generale.

A scanso di equivoci conviene subito osservare che questa impostazione si discosta sia dal numero di decessi che vengono quotidianamente segnalati dalla Protezione Civile, sia dalle scelte di registrazione e conteggio centrate più restrittivamente sugli effetti "diretti" del virus che sono state adottate in altri Paesi, scelte che rendono spesso poco (o nulla) confrontabili le statistiche che vengono prodotte.

I dati rilevati dalla Protezione Civile sono solo (si fa per dire) un pezzo della questione. Negli obiettivi di raccolta, si dovrebbero conteggiare in questo modo i morti di Covid, o con Covid, ma non è noto il grado di completezza di questa rilevazione. Analizzando, invece, la mortalità totale, si valuta l'impatto complessivo della pandemia, che include sia i morti attribuibili al Covid sia i morti indiretti. Se ad esempio il sistema ospedaliero si satura e questo causa un aumento dei decessi oncologici, anche questa è mortalità dovuta alla pandemia e riguarda una valutazione del sistema sanitario.

Se l'operazione che ci apprestiamo a compiere fosse semplice (ma il solo contare i morti già di per sé non è semplice e richiede il realizzarsi di alcune condizioni, delle quali quella fondamentale è, almeno, l'esistenza di un adeguato sistema informativo) non saremmo qui a discuterne continuamente, ma proprio perché semplice non è (al di là di quello che ciascuno pensi a proposito degli effetti avversi della pandemia) c'è bisogno di tornare ancora una volta sull'argomento, sperando di poter mettere qualche "mattone" più sicuro.

Conviene cominciare dall'inizio, cioè proprio dal sistema infor-

mativo sulla mortalità: ufficiale, stabilito per legge, uniforme e ritenuto valido su tutto il territorio nazionale, oltre che internazionalmente riconosciuto, è quello istituito e gestito da ISTAT. Ciò non significa che sia un sistema informativo perfetto (non è questo il luogo per descriverne pregi e difetti) ma è quello che da moltissimi anni produce le statistiche di mortalità utilizzate con grande beneficio da tutti. Recentemente, il 21 ottobre 2021 (<https://www.istat.it/it/archivio/240401>), l'Istituto ha messo a disposizione in formato elettronico un dataset con i decessi giornalieri avvenuti in ogni singolo comune di residenza (per sesso e classi di età quinquennali) per il periodo che va dall'1 gennaio 2011 al 31 agosto 2021 per tutti i 7.903 Comuni italiani. È questa la base di dati che abbiamo utilizzato per i calcoli che seguono, dove, per prudenza e per evitare eventuali problemi di incompletezza dei dati più recenti, abbiamo limitato la valutazione ai deceduti entro il 30 giugno 2021.

La seconda scelta riguarda il problema del confronto. Per affermare che la pandemia ha (o non ha) causato un aggravio numerico di decessi totali, occorre instaurare un confronto tra il numero di decessi totali osservati e il numero di decessi totali che sarebbe ragionevole attendersi se la pandemia non ci fosse stata. Cioè a dire: cosa prendiamo come riferimento per valutare se i decessi totali osservati durante il periodo della pandemia sono di più o di meno di quanto sarebbe ragionevole attendersi in assenza della pandemia?

La pandemia è un esperimento naturale per il quale non si può effettuare la controprova: ci dobbiamo pertanto accontentare di ragionare attorno a qualche ipotesi, cercando di trovare degli spunti di validazione a supporto o confutazione delle ipotesi stesse. In questo esercizio abbiamo preso quattro riferimenti (ipotesi): i tassi di mortalità del 2019 (cioè l'ipotesi che senza pandemia i tassi del 2020 e del 2021 sarebbero stati uguali ai tassi del 2019), i tassi medi del 2018-2019, i dati medi del periodo 2015-2019, l'andamento dei tassi nel periodo 2011-2019 (proiettati in seguito al 2020 e 2021).

Oltre a queste scelte occorre poi adottare alcuni tecnicismi per

garantire che il confronto produca risultati corretti. Il più importante di tali tecnicismi, come discusso in precedenza dagli statistici Gori e Marin (E. Gori, R. Marin, Il tasso di mortalità tra i vaccinati è del tutto normale, e non dipende dai vaccini: i dati, TPI, 22 marzo 2021), indica che l'utilizzo dei soli casi di decesso del totale della popolazione trascura l'evoluzione in termini di età della popolazione stessa e che, per una analisi corretta, bisogna fare ricorso ai tassi di decesso specifici per età. Nel presente contributo i tassi, oltre che per età, sono stati calcolati anche specifici per genere (maschi, femmine), e tutte le popolazioni sono riferite all'1 gennaio di ogni anno (www.demo.istat.it).

Da ultimo, in termini di metodologia, è bene specificare che per calcolare quanto sarebbe stata la mortalità nel periodo della pandemia nell'ipotesi che la pandemia non ci fosse stata si chiamano "casi attesi") sono stati moltiplicati i tassi specifici (per età e sesso) dei periodi di riferimento per la popolazione (per età e sesso) degli anni 2000 e 2001 (quest'ultimo fino al 30 giugno). Fatto ciò, l'effetto attribuibile alla pandemia si misura con la differenza tra il numero di decessi totali osservati e il numero di decessi totali attesi (secondo le quattro diverse ipotesi che abbiamo specificato).

Ci rendiamo conto che per il non addetto ai lavori tutta questa introduzione metodologica possa risultare pesante e noiosa, e ce ne scusiamo: in realtà essa risulta necessaria, da una parte per comprendere le insidie e le difficoltà (e le arbitrarietà, ovviamente) che sono insite nell'operazione di stima che ci apprestiamo a compiere, e dall'altra per capire l'origine delle differenze che emergeranno dalla analisi e saperle correttamente interpretare.

Il totale dei decessi attribuibile alla pandemia (vedi tabella), cioè la differenza tra i decessi totali osservati e quelli attesi nelle quattro ipotesi esplorate, varia molto in funzione del riferimento (ipotesi) che si sceglie: si passa dai circa 71.000 casi (se si considera come riferimento il tasso medio del periodo 2015-2019) ai circa 104.000 casi (se si considera come riferimento il tasso medio del periodo 2018-2019), ai poco più di 104.000 casi (se

si considera come riferimento il tasso del periodo 2019) fino ai circa 128.000 casi (se si considera come riferimento l'andamento del tasso nel periodo 2011-2019 proiettato al 2020 e 2021). Quale sarà il numero giusto?

Tabella 1.		Età	Rif. 2019	Rif. 2018-2019	Rif. 2015-2019	Rif. 2011-2019	Correl. 2011-2019
Effetto della pandemia sulla mortalità totale nel periodo 1.1.2020- 30.06.2021: differenza tra il numero di decessi osservati e il numero di decessi attesi secondo quattro diverse ipotesi.		0	- 152	- 259	- 305	- 221	-0,702
		1-4	- 57	- 81	- 73	- 46	-0,695
		5-9	- 3	- 24	- 40	- 4	-0,879
		10-14	17	- 13	- 40	- 2	-0,756
		15-19	- 92	- 124	- 136	- 32	-0,850
		20-24	- 127	- 140	- 188	- 12	-0,848
		25-29	- 119	- 143	- 114	- 7	-0,812
		30-34	- 8	- 41	- 76	68	-0,900
		35-39	78	23	- 6	199	-0,911
		40-44	55	57	- 13	347	-0,898
		45-49	376	295	- 32	944	-0,944
		50-54	1.247	973	279	1.866	-0,982
		55-59	1.669	1.516	748	2.669	-0,972
		60-64	4.144	3.869	2.839	5.115	-0,948
		65-69	7.504	7.261	5.383	9.822	-0,979
		70-74	12.947	12.511	9.779	14.112	-0,893
		75-79	16.756	16.597	12.941	21.903	-0,941
		80-84	20.444	19.544	12.444	26.512	-0,916
		85-89	19.184	20.360	12.900	24.906	-0,759
		90-94	15.715	16.008	11.815	17.885	-0,682
		95-99	3.048	3.736	1.590	17	0,518
		100+	1.481	1.679	1.472	1.715	-0,252
		Totale	104.108	103.602	71.167	127.755	0,670

Nota Bene. Se anziché i tassi specifici per età avessimo usato per il calcolo dei decessi attesi i tassi totali grezzi, mentre per la stima che tiene conto dell'andamento 2011-2019 avremmo ottenuto un valore simile (127.000), per le altre tre ipotesi avremmo ottenuto valori decisamente più alti (rispettivamente: 132.000, 144.000 e 147.000).

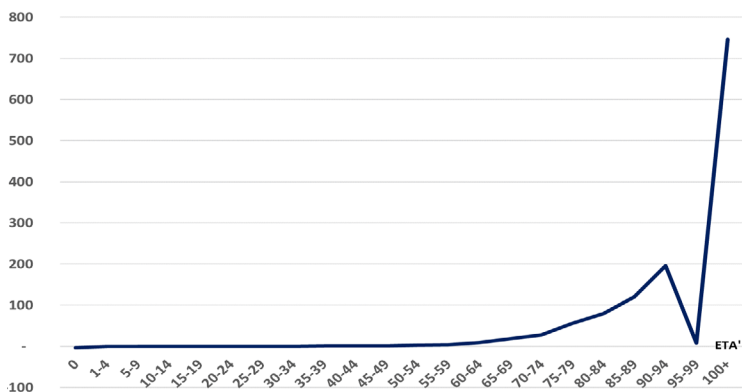
Avere usato nella analisi i tassi specifici per età e genere ci garantisce che, per ciascuna delle ipotesi esaminate, il risultato emergente non può trovare spiegazione in queste due variabili (e quindi nell'invecchiamento, differenziale per genere, della popolazione): la differenza tra osservato e atteso è pertanto l'effetto complessivo della pandemia. Le prime tre ipotesi (tassi 2019, tassi medi 2018-2019, tassi medi 2015-2019), però – per come sono state formulate – non tengono conto dell'andamen-

to temporale della mortalità, perché ipotizzano che i tassi del 2020-2021 siano uguali ai rispettivi tassi degli anni presi come riferimento; la quarta ipotesi invece (andamento dei tassi nel periodo 2011-2019 e loro successiva proiezione al 2020 e 2021) tiene conto dell'andamento temporale dei tassi, andamento che per tutte le classi di età (a esclusione della classe 95-99) è in netta discesa col passare del tempo (si veda il valore negativo della correlazione riportato nell'ultima colonna della tabella).

Anche alla luce di quest'ultima considerazione chi scrive ritiene che l'ultima ipotesi sia la più ragionevole e che pertanto si debba indicare in circa 128.000 decessi l'effetto potenziale complessivo della pandemia sulla mortalità totale. Dovrebbe risultare chiaro da quanto fin qui esposto che si tratta di *"effetto complessivo della pandemia"* e non di *"morti per Covid"*: quando saranno disponibili i dati ISTAT specifici per patologia potremo risolvere anche questo quesito; effetto potenziale: perché è conseguenza delle ipotesi (ragionevoli ma pur sempre ipotesi) a partire dalle quali abbiamo effettuato i confronti.

L'osservazione della tabella suggerisce anche che la pandemia non ha provocato un eccesso di mortalità nelle classi più giovani: fino a circa 35 anni di età (in tutte le ipotesi esaminate) la mortalità osservata è risultata inferiore alla attesa, e solo a partire da questa età si cominciano a contare decessi che possono essere attribuiti alla pandemia, con una crescita significativa dei tassi per età (vedi figura seguente).

**Decessi
attribuibili alla
pandemia
1.1.2020
30.06.2021:
Tasso x 10.000**



Dei circa 128.000 decessi in più, circa 96.000 (tasso 16,1 x 10.000) sono avvenuti nel 2020 e circa 32.000 (tasso 10,3 x 10.000) sono riferiti ai primi sei mesi del 2021; circa 74.000 (tasso 16,8 x 10.000) hanno interessato gli uomini e circa 54.000 (tasso 11,6 x 10.000) hanno riguardato invece le donne.

Certo in questi numeri che hanno valutato la mortalità generale c'è molto di più dei morti "per" Covid o di quelli "con" Covid, effetti che possiamo considerare diretti del virus: nella nostra analisi ci sono anche i deceduti "senza" Covid (cioè per altre patologie) perché riteniamo che sia necessario valutare l'effetto complessivo della pandemia, che (come abbiamo detto in precedenza) non è riconducibile solo ai morti "per" o "con" Covid.

Fin qui i dati ufficiali dell'ISTAT sottomessi alle elaborazioni e alle ipotesi che abbiamo specificato: giusto per ragioni di completezza, diamo uno sguardo anche ai dati sui decessi così come comunicati giorno per giorno dalla Protezione Civile. Alla data del 30 giugno 2021 – momento di termine anche della nostra analisi – secondo la rilevazione della Protezione Civile risultavano 127.566 soggetti deceduti "Covid", una cifra molto vicina a quella da noi stimata: ma sono confrontabili i due numeri? Mentre è chiaro il contenuto del sistema informativo di ISTAT, e cioè l'insieme dei decessi per qualsiasi patologia, non è altrettanto definito il criterio con cui sono rilevati i deceduti segnalati dalla Protezione Civile, anche se è ragionevole ritenere che contengano sia morti "per" Covid, sia morti "con" Covid, sia morti "senza" Covid, con un grado di completezza (o incompletezza) che non è possibile stabilire. Se ne deve dedurre che, considerate le ipotesi e le analisi che occorre fare per calcolare i decessi potenzialmente attribuibili alla pandemia, la sostanziale coincidenza tra le nostre stime e i dati forniti dalla Protezione Civile è da considerare puramente casuale.

<https://www.ilsussidiario.net/editoriale/2021/12/10/eccesso-di-mortalita-solo-covid-o-anche-altre-patologie/2261901/>

Eccesso di mortalità: solo Covid o anche altre patologie?

L'analisi della mortalità giornaliera Covid e dell'andamento dell'eccesso di mortalità generale da gennaio 2020 ad agosto 2021 svela aspetti inattesi e nuove ipotesi da verificare

Pubblicazione:
10.12.2021

*Ultimo
aggiornamento:*
06:56

Giorgio Vittadini
Carlo Zocchetti

A proposito della pandemia in corso una domanda che ricorre continuamente, non solo tra gli addetti ai lavori, è se oltre agli effetti sanitari diretti del virus si debbano considerare degli effetti indiretti, i più importanti dei quali sarebbero legati ad una ridotta attenzione del Servizio sanitario nazionale a patologie diverse da quelle associate al Covid, alla rinuncia o al mancato accesso alle cure (visite, esami, terapie...) da parte dei cittadini o ad una posticipazione delle attività sanitarie per indisponibilità dei servizi di erogazione, agli effetti sanitari collaterali e indesiderati (esempio: depressione) originati dalla tensione creata nei soggetti più fragili dai vari interventi di limitazione delle libertà individuali, e così via. Ne abbiamo già parlato **anche da queste colonne**.

In attesa dei dati di dettaglio sulla mortalità Istat per patologie, dei dati sui ricoveri ospedalieri sempre per patologia, delle prestazioni ambulatoriali erogate, dati che adeguatamente studiati ci permetteranno di dire per quali malattie si è arrivati al ricovero o al decesso e per quali prestazioni ambulatoriali vi è stata una rinuncia o una diminuzione di erogazione, qualche utile informazione sulla mortalità si può ricavare dai **dati Istat sui decessi totali giornalieri** e dai dati di mortalità **giornaliera Covid della Protezione Civile**.

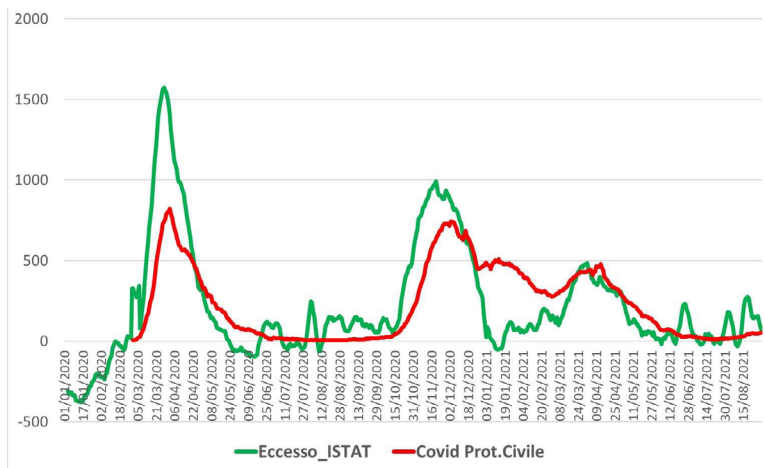
È bene precisare che la mortalità generale del flusso Istat rileva tutti i decessi a prescindere dalla patologia che ne è la causa, mentre la mortalità giornaliera Covid della Protezione Civile rileva solo i decessi che rispondono ai seguenti requisiti: "decesso

occorso in un paziente definibile come caso confermato di Covid-19”; “presenza di un quadro clinico e strumentale suggestivo di Covid-19”; “assenza di una chiara causa di morte diversa dal Covid-19 o comunque non riconducibile all’infezione da Sars-CoV-2”; “assenza di periodo di recupero clinico completo tra la malattia e il decesso”. Mentre la rilevazione Istat ha una validità e una completezza note, poco conosciamo degli attributi di qualità (soprattutto quanto a completezza ed omogeneità territoriale) della rilevazione Covid della Protezione Civile, argomento che riprenderemo tra breve.

Con una adeguata elaborazione dei dati di mortalità generale dell’Istat (per gli anni dal 2011 al 2019) è possibile costruire quella che chiamiamo la “mortalità giornaliera attesa” nel 2020 e nel 2021 in assenza della pandemia (si veda, per gli aspetti di metodo, il lavoro di **Berta, Vittadini e Zocchetti**) e confrontare tale mortalità attesa con la mortalità realmente osservata. La differenza (osservato-atteeso) rappresenta quantitativamente la stima dell’effetto della pandemia sulla mortalità generale.

Nella Figura 1 viene rappresentato l’effetto giornaliero della pandemia in termini di eccesso di mortalità (Istat) tra il 1° gennaio 2020 e il 28 agosto 2021, a confronto con la mortalità “Covid” registrata dalla Protezione Civile per lo stesso periodo, dove per smussare la variabilità giornaliera e la ciclicità settimanale si è raffigurato come valore la media mobile su sette giorni attorno al singolo giorno. La differenza tra le due curve (eccesso di mortalità generale – mortalità “Covid”) ci dà l’idea sia di quanto possa essere la mortalità attribuibile alle altre patologie, cioè i decessi che potremmo ritenere indirettamente legati alla presenza del virus e riconducibili ad una ridotta attenzione del Servizio sanitario, al ritardato o mancato accesso alle cure, alle tensioni create nei soggetti più fragili dai vari provvedimenti di limitazione delle libertà, e così via, sia di quanta mortalità possa essere stata (paradossalmente) risparmiata per effetto della pandemia, sia dei potenziali problemi di sotto (o ritardata) notifica dei casi di decesso nel flusso della Protezione Civile (si veda oltre per i dettagli).

Figura 1.
Eccesso giornaliero
di mortalità
generale Istat e
decessi giornalieri
Covid Protezione
Civile.
Medie mobili
su sette giorni.



Il grafico si presta a diverse osservazioni. Dal 1° gennaio 2020 al 20 febbraio circa (i dati della Protezione Civile iniziano il 24 febbraio 2020) l'eccesso di casi Istat è negativo: in questo periodo si muore quindi di meno rispetto alle previsioni. L'osservazione è di rilievo, perché ci dice che se non ci fosse stata la pandemia la mortalità generale del 2020 e del 2021 sarebbe stata molto probabilmente più bassa di quanto da noi stimato, e pertanto l'eccesso di casi che attribuiamo alla pandemia sarebbe in realtà più elevato.

Il periodo marzo-aprile 2020 rappresenta la prima ondata pandemica. L'eccesso di mortalità è molto evidente e vi è una buona corrispondenza di andamento tra l'effetto descritto dalla mortalità generale Istat e quello descritto dalla mortalità Covid della Protezione Civile. Per buona parte di questo periodo, però, la mortalità Covid è decisamente inferiore all'eccesso di mortalità generale: la differenza è attribuibile alla presenza almeno di due fenomeni, di cui il primo (e, per chi scrive, ben più importante) è la sottoregistrazione dei morti Covid (dovuta alla elevata numerosità dei decessi e alle circostanze in cui sono avvenuti: ricordiamo tutti la drammaticità e tragicità di quei momenti così iconicamente fissati nelle immagini delle carovane dei mezzi militari che trasportavano a sepoltura lontano da casa i corpi

dei soggetti deceduti), il secondo è una sovramortalità per altre patologie.

Il periodo maggio-giugno (fino a metà del mese), esaurimento e termine della prima ondata, vede un numero maggiore di decessi nel flusso Covid di quanti siano invece previsti in eccesso dai dati Istat. In questo periodo è possibile che siano stati recuperati nel flusso Covid decessi avvenuti in precedenza, ma che erano sfuggiti alla registrazione, ma è più probabile che l'effetto derivi, come per il periodo gennaio-febbraio, da una sovrastima dei valori attesi e quindi porti ad una sottostima dell'effetto della pandemia sulla mortalità generale. A questa sovrastima dei valori di mortalità attesa partecipa sicuramente anche una ridotta mortalità a seguito degli interventi restrittivi messi in atto per contrastare la diffusione del virus (esempio: decessi in meno per incidenti per via della minore mobilità della popolazione).

Il periodo estivo (metà giugno-settembre 2020) non offre particolari spunti di riflessione, ma agli inizi di ottobre comincia una seconda ondata che, con alcuni rimbalzi in cui si possono riconoscere una terza e una quarta ondata seppure di intensità (in termini di decessi) inferiori, si è protratta fino all'inizio dell'estate 2021.

È importante l'analisi del periodo ottobre 2020-marzo 2021, perché permette alcune riflessioni interessanti.

- 1.** Si ripresenta nel periodo ottobre-dicembre 2020 un fenomeno analogo alla prima ondata: elevato eccesso di mortalità generale e di mortalità Covid, con possibile sottoregistrazione dei morti Covid e contemporanea sovramortalità per altre patologie.
- 2.** Si registra però anche un ritardo temporale tra l'entità dell'eccesso della mortalità generale e la mortalità Covid (si veda il confronto tra i picchi delle due curve): a tale ritardo hanno contribuito certamente, da una parte, la difficoltà a segnalare in maniera tempestiva i decessi Covid, difficoltà direttamente documentata in alcune regioni, ma dall'altra (e ancor più significativamente) un fenomeno che diventerà più evidente nel periodo successivo che andiamo adesso a indagare.

3. A partire dalla metà di dicembre 2020 e fino alla fine di marzo 2021 la mortalità Covid è di gran lunga superiore all'eccesso di mortalità generale: come si può spiegare questa apparente anomalia? L'effetto del virus nel provocare decessi Covid è evidente, ma contemporaneamente nello stesso periodo (siamo in inverno 2021) è stato assente il tipico fenomeno influenzale che caratterizza la stagione e sono quindi venuti meno i decessi normalmente associati a queste sindromi (decessi che erano presenti negli anni precedenti e che hanno quindi portato ad una larga sovrastima dei casi attesi, e perciò ad una sottostima dell'eccesso di morti associati alla pandemia): in pratica, è come se l'effetto del Covid ha sostituito l'effetto dell'influenza.

Con la fine del mese di marzo 2021 si raggiunge l'ultimo picco della seconda, lunga e ripetuta, ondata (per alcuni la terza, o addirittura la quarta): da lì e fino alla fine del mese di agosto, termine della nostra attuale analisi, l'eccesso di mortalità generale e i decessi Covid vanno abbastanza di pari passo, anche se nei primi mesi (aprile-maggio) sembrano ancora presenti sia un ritardo di segnalazione dei decessi Covid che un risparmio di decessi per altre patologie.

In definitiva, l'analisi della mortalità giornaliera Covid (dati della Protezione Civile) da una parte mostra una interessante similitudine con l'andamento dell'eccesso di mortalità generale (Istat) attribuibile complessivamente all'effetto della pandemia, ma dall'altra mette in luce alcuni piccoli (o grandi) particolari che permettono di ipotizzare l'esistenza di diversi fenomeni che stanno dietro ai dati e che per il momento non siamo ancora in grado di valutare quantitativamente (se non nel loro complesso): la sottonotifica di decessi Covid, il ritardo nella comunicazione dei morti Covid, i decessi risparmiati per alcune patologie (incidenti, influenza, ...) e quelli invece aumentati per altre (ritardo o mancato accesso alle cure, stress sui soggetti fragili...).

Eravamo partiti per lavorare attorno all'ipotesi se oltre agli effetti sanitari diretti del virus si siano verificati degli effetti indiretti, e in particolare se a causa del Covid per diversi motivi vi sia stato un aumento anche di altre patologie, ma i risultati dell'analisi

della mortalità giornaliera sono andati ben oltre le nostre aspettative, svelando aspetti inattesi e nuove ipotesi da verificare.

Rispetto all'ipotesi di partenza si deve concludere che vi sono diversi segnali che indicano la presenza di un aumento di mortalità per patologie non collegate al virus, patologie che solo i dati di dettaglio sulle cause di decesso (attraverso l'esame delle schede di morte Istat quando saranno disponibili) potranno precisare. Analogamente, ma per ipotesi inversa, si potrà verificare l'eventuale presenza di patologie che durante il periodo pandemico hanno presentato delle frequenze ridotte.

Dietro a tutte queste osservazioni vi sono poi le evidenti difficoltà insite nella stima dei cosiddetti casi attesi in assenza di pandemia, stima la cui validità (per quanto ragionevole) rimane ipotetica e senza la possibilità di qualsiasi verifica fattuale.

<https://www.ilsussidiario.net/news/mortalita-covid-vaccinati-e-non-vaccinati-2-epidemie-a-velocita-diverse/2266438/>

Mortalità Covid/ Vaccinati e non vaccinati, 2 epidemie a velocità diverse

I tassi di mortalità per vaccinati da meno di 5 mesi e vaccinati protetti da dose booster sono molto vicini a quelli delle ultime due influenze stagionali in periodi “normali”

*Pubblicazione:
20.12.2021*

*Ultimo
aggiornamento:
10:54*

*Giuseppe
Arbia*

Talvolta i numeri confondono, in altri casi essi parlano molto chiaro. È quanto accade, ad esempio, con i numeri dell'**ultimo rapporto sulla diffusione del Covid-19 pubblicato sul sito “Epicentro”** dell'Istituto Superiore di Sanità il 17 dicembre 2021. I dati sono disponibili per chiunque voglia consultarli. Il documento esamina, tra le altre cose (vedi pagina 19), la mortalità dovuta al Covid-19 distinta nelle varie fasce d'età e nelle diverse situazioni vaccinali.

I dati fondamentali a tale riguardo sono riportati nella seguente Tabella 1, la quale distingue 4 classi di età e 5 condizioni vaccinali ovvero: i) non vaccinati, ii) vaccinati con ciclo incompleto, iii) vaccinati con ciclo completo da meno di 5 mesi, iv) vaccinati con ciclo completo da più di 5 mesi e v) vaccinati con dose booster (terza dose).

Tabella 1. Tassi di mortalità percentuali per le diverse categorie vaccinali e per fascia di età	fascia d'età	non vaccinati	ciclo incompleto	completo <5	completo >5	booster
	12-39	0.000196958	0	0	0.0000063	0
	40-59	0.002075432	0.000587614	0.000116868	0.000221163	0.000207305
	60-79	0.026251356	0.007127203	0.001724858	0.003295731	0.000989794
	80+	0.159409308	0.027986323	0.026530892	0.024393341	0.001290533
	totale	0.010082484	0.002662846	0.000724381	0.006079314	0.000947564

Dalla tabella emergono alcune indicazioni molto evidenti.

Innanzitutto, per i vaccinati il rischio di complicazioni gravi fino al decesso riguarda essenzialmente la popolazione con più 40

anni se sottoposta a vaccino. Infatti, la mortalità per i giovani da 12 a 39 anni è pari a 0 per i vaccinati con ciclo incompleto, per quelli con ciclo completo da meno di 5 mesi e per chi ha ricevuto la dose booster (non si sono registrati decessi nel periodo considerato) ed è molto prossima allo 0 (1 solo decesso nel periodo) per i vaccinati da più di 5 mesi. Al contrario, per i non vaccinati il tasso di mortalità è dello 0,00019%, corrispondente a 6 decessi nel periodo considerato sui 3 milioni circa di non vaccinati.

Per le altre classi di età la mortalità cresce in maniera evidente con l'età, con il massimo valore registrato per gli over 80. Essa, tuttavia, per i vaccinati si mantiene su valori molto bassi per ogni classe di età, mentre presenta valori molto più elevati per i non vaccinati. Infatti, per gli ultraottantenni essa è di circa 6 volte inferiore per le varie categorie di vaccinati rispetto ai non vaccinati e scende a valori estremamente bassi per i vaccinati con dose booster (20 decessi su 1 milione e mezzo di vaccinati con booster).

Inoltre, sul totale di tutti gli individui con più di 12 anni, il tasso di mortalità dei non vaccinati è circa 4 volte superiore a quello dei vaccinati con ciclo incompleto, 14 volte in più rispetto ai vaccinati da meno di 5 mesi, 1,6 volte in più dei vaccinati da più di 5 mesi e 10 volte rispetto ai vaccinati con dose booster. Si noti come la categoria vaccinale più debole sia quella dei vaccinati da più di 5 mesi, i quali presentano una mortalità che non è troppo diversa da quella dei non vaccinati. Sembra quindi più che giustificata l'enfasi posta sulla necessità di ricorrere alla terza dose del vaccino in quelle categorie di individui che, data l'elevata distanza dall'ultima somministrazione, presentano una bassa copertura anticorpale.

Con gli ultimi dati messi a disposizione dall'Istituto Superiore di Sanità possiamo anche azzardare un'ulteriore analisi confrontando l'attuale mortalità dovuta al virus Sars-Cov-2 con alcune precedenti sindromi influenzali che hanno interessato il nostro paese in anni recenti.

In **una mia intervista al *Sussidiario*** del 31 gennaio 2021 osser-

vavo come potremo dirci fuori dalla pandemia non quando saremo scesi stabilmente a zero contagi, ma quando alcuni parametri fondamentali dell'epidemia saranno scesi al livello di una normale influenza stagionale o poco più.

In effetti, la mortalità delle ultime due influenze stagionali in periodi "normali" è stata rispettivamente dello 0,00028% (2,8 decessi per 1 milione) per l'influenza del 2018 e 0,000343 (3,4 decessi per milione) per quella del 2019. Ora, anche se è presto per tirare le somme della stagione 2021-2022, la mortalità per i vaccinati con meno di 5 mesi e per quelli con dose booster si attesta su valori simili a quelli delle ultime due influenze stagionali (vedi tabella), ovvero 7 decessi per milione per i vaccinati con meno di 5 mesi e 9 per milione per quelli protetti da dose booster. Al contrario, la mortalità per i non vaccinati si colloca su un ordine di grandezza di molto superiore con un valore di 100 decessi per un milione di abitanti.

Sembra quindi che si possa dire che attualmente in Italia circolino non una, ma due epidemie, le quali viaggiano a due velocità diverse. La prima è quella che colpisce gli individui in qualche modo coperti da vaccinazione, con rischi di complicazioni gravi comparabili a quelli di una influenza stagionale particolarmente violenta. La seconda è quella che colpisce, invece, gli individui non vaccinati, per i quali il rischio di morte risulta essere incomparabilmente superiore e non confrontabile con le influenze stagionali.

<https://www.ilsussidiario.net/news/assistenza-ospedaliera-ricoveri-2020-in-caduta-sotto-i-colpi-delle-ondate-covid/2278718/>

Ricoveri 2020 in caduta sotto i colpi delle ondate Covid

Il Rapporto 2021 del Programma Nazionale Esiti mostra che gli ospedali, durante i periodi 2020 a forte presenza del Covid, hanno sensibilmente ridotto le attività programmabili

Pubblicazione:
23.01.2022

*Ultimo
aggiornamento:*
06:54

*Carlo
Zocchetti*

Ci si è spesso chiesti, con preoccupazione evidente in questi due anni di pandemia, anche su queste colonne, quanto a causa del Covid-19 i cittadini del nostro paese **abbiano dovuto rinunciare a farsi curare** (o per lo meno a ritardare le cure) per patologie diverse da quelle associate alla presenza del virus. Il grido di dolore di molti specialisti, oncologi in particolare, si è rivolto soprattutto alla rinuncia di molti pazienti ad effettuare le prestazioni ambulatoriali (o a ritardarne l'esecuzione), anche se per il momento non vi è ancora grande documentazione di quali siano nello specifico le attività che hanno subito le maggiori riduzioni.

Un primo elemento utile per riempire questo gap informativo si è materializzato in questi giorni: si tratta del Rapporto 2021 del Programma Nazionale Esiti (PNE) curato da Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), con la collaborazione di Ministero, Iss, Regioni e altre istituzioni, che è dedicato allo studio dell'andamento dal 2015 al 2020 delle prestazioni di ricovero ospedaliero e che presenta informazioni su alcuni indicatori regolarmente monitorati dal Programma (per i dettagli si rimanda al **testo del rapporto**).

Da questo Rapporto si possono estrarre notizie relativamente ai ricoveri che maggiormente hanno subito nello scorso 2020 riduzioni numericamente molto significative di attività.

Non tutte le aree dell'assistenza ospedaliera sono esplorate dal PNE, e tra quelle esplorate (cardiovascolare, cerebrovascolare,

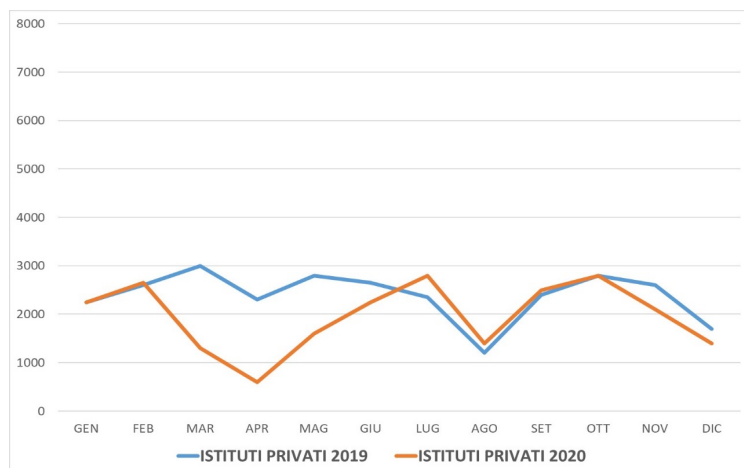
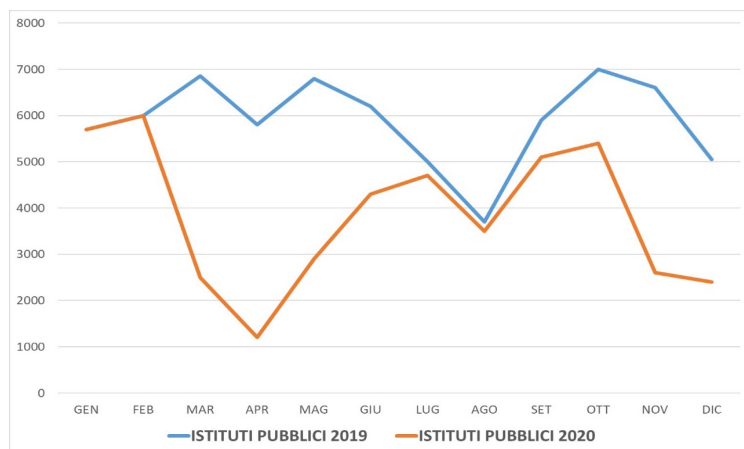
digerente, malattie infettive, muscolo-scheletrico, oncologia, otorinolaringoiatria, pediatria, perinatale, respiratorio, urogenitale) solo per alcune di esse sono riportati nel Rapporto i relativi risultati. Inoltre, alcuni elementi di assistenza ospedaliera (esiti cardio-cerebrovascolari, ospedalizzazioni potenzialmente evitabili, accessi impropri in pronto soccorso) sono utilizzati per valutare indirettamente l'assistenza territoriale.

In termini generali, il Rapporto conclude che *“La pandemia di Covid-19 ha avuto un forte impatto sui servizi sanitari, determinando un aumento della domanda di prestazioni urgenti. Questo ha portato in molti casi a tralasciare, o quantomeno a differire, l'assistenza in elezione, con esiti ancora non pienamente valutati dal punto di vista della salute della popolazione”*. Per giungere a questa affermazione sono state analizzate le SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) relative a tutti gli episodi di ricovero avvenuti tra il 2015 e il 2020 nelle circa 1.300 strutture ospedaliere pubbliche e private del nostro paese, ne è stato valutato l'andamento tra il 2015 e il 2019 arrivando a stimare il numero atteso di ricoveri nel 2020 se non ci fosse stata la pandemia: con questo valore atteso è stato poi paragonato il numero di ricoveri realmente osservato nel 2020.

Sempre in termini generali, il Rapporto segnala che *“Nella congiuntura della pandemia, tutta la chirurgia elettiva ha subito una marcata riduzione, soprattutto per la quota (prevalente) di interventi non strettamente legati a condizioni di urgenza”*; inoltre osserva che *“nel 2020 la riduzione è stata molto più marcata nelle strutture pubbliche (-34,3%) rispetto a quelle private (-17,0%)”*, secondo una dinamica temporale (si veda esemplificativamente la Figura 1) che ha visto nella prima fase della pandemia (marzo-maggio) tutte le tipologie di ospedali ridurre la propria attività, ma in seguito gli ospedali privati sono stati meno influenzati dall'andamento pandemico, riportandosi su volumi di attività paragonabili al 2019 (o addirittura superiori), anche dopo ottobre 2020 (inizio della seconda fase della pandemia).

Figura 1.
Andamento
mensile del numero
di interventi di
protesi d'anca,
per istituti pubblici
e privati accreditati.
Italia 2019-2020

Fonte:
 Agenas, Rapporto
 PNE 2021



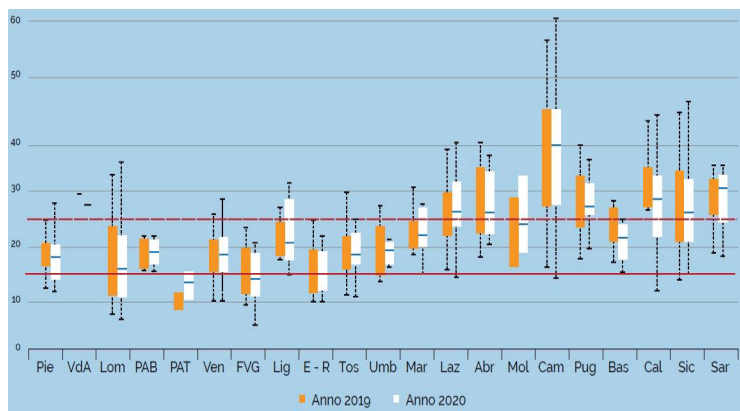
Guardiamo alcuni tra i risultati di maggiore rilevanza. Nell'area cardio e cerebrovascolare i ricoveri per infarto miocardico acuto e quelli per ictus ischemico hanno visto una riduzione del 12% e dell'11% e un leggero aumento della mortalità a 30 giorni di distanza dall'ammissione in ospedale (rispettivamente dello 0,4% e dell'1%). Più elevata è risultata la riduzione dei ricoveri per intervento di bypass aorto-coronarico isolato (-24%) e per valvuloplastica o sostituzione di valvola (-22%), ma per questi interventi non si è osservata alcuna variazione tra il 2019 e il 2020 nella mortalità a 30 giorni dall'ammissione.

Passando all'area muscolo-scheletrica, i ricoveri per frattura del collo del femore sono diminuiti dell'8% con una mortalità a 30 giorni che è passata dal 5,1% del 2019 al 6,4% del 2020. Ben più elevata è la riduzione dei ricoveri per la chirurgia protesica: si passa dal -18% per la protesi di anca, al -23% per la protesi della spalla, fino al -27% per la protesi di ginocchio.

Del tutto diversa si presenta la situazione per i parti: la diminuzione dei ricoveri in corso da tempo è continuata nel 2020 senza essere influenzata dalla presenza del virus. Anche i parti con taglio cesareo non risultano influenzati dal virus, ma la loro quota continua a essere elevata (segnale di inappropriatazza) e diversamente distribuita per regione (Figura 2).

Figura 2.
Proporzione
di parti con
taglio cesareo
primario
per Regione.
Italia 2019-2020

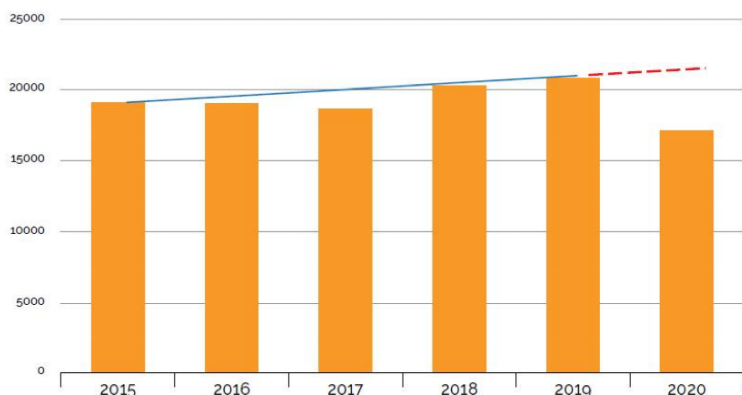
Fonte:
Agenas, Rapporto
PNE 2021



Un'altra area esplorata dal Rapporto è quella della chirurgia oncologica, dove sono presentate informazioni relative agli interventi per tumore maligno della mammella, per tumore del colon e per tumore del polmone, che risultano ciascuno diminuiti dell'11%, e per interventi per tumore della prostata, che mostrano una riduzione del 18% (Figura 3). Per il tumore della mammella, come indicatore di esito il Rapporto esamina il reintervento entro 120 giorni dopo un intervento conservativo e segnala che tale indicatore non è risultato influenzato dalla presenza del virus.

Figura 3.
Numero di
interventi per
tumore maligno
della prostata.
Italia 2015-2020

Fonte:
Agenas, Rapporto
PNE 2021



L'ultima prestazione chirurgica che il Rapporto esamina è la colecistectomia laparoscopica, che vede nel 2020 una riduzione del 29% delle attività rispetto all'atteso, riduzione che è stata molto più marcata nelle strutture pubbliche (-34%) rispetto a quelle private (-17%). Nessuna variazione si osserva invece per l'indicatore "degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni", segno che la presenza del virus non ha modificato il livello di appropriatezza di questo intervento.

Infine, il Rapporto tenta di gettare uno sguardo sull'assistenza territoriale, ma lo fa in maniera indiretta attraverso lo strumento della cosiddetta "ospedalizzazione evitabile", cioè quell'insieme di ricoveri che potrebbero essere evitati qualora si fosse in presenza di un'assistenza sanitaria territoriale adeguata.

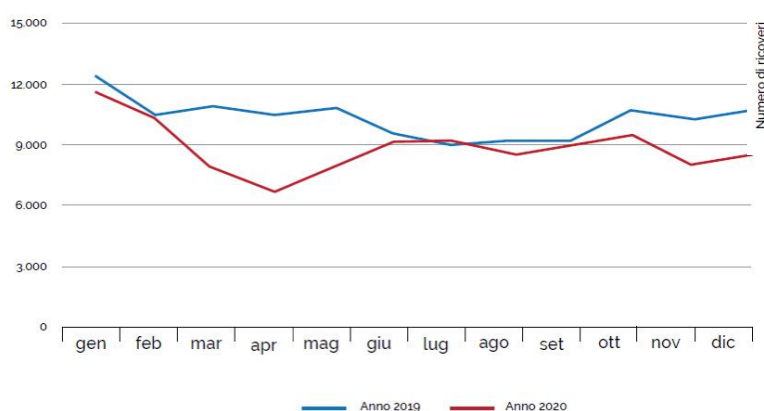
Nello specifico vengono esaminati i ricoveri per complicanze del diabete, a breve e lungo termine, che sono passati dallo 0,38‰ del 2019 allo 0,30‰ del 2020; i ricoveri per broncopatia cronico ostruttiva (BPCO) che sono passati dall'1,84‰ all'1,07‰; i ricoveri per trattamenti sanitari obbligatori (TSO) che dallo 0,12‰ sono passati allo 0,09‰.

Sono risultati che meritano innanzitutto di essere approfonditi, ma di per sé suggeriscono già diverse, per quanto iniziali e incomplete, considerazioni.

Associare la riduzione delle attività di ricovero alla presenza del virus è inevitabile, anche se il virus non è necessariamente l'unica spiegazione degli andamenti osservati: per ogni tipologia di evento esaminato, ad esempio, il Rapporto offre alcune motivazioni possibili per la riduzione registrata nelle attività ospedaliere. D'altra parte, l'andamento temporale (mensile) dei ricoveri del 2020 vede in generale una riduzione particolarmente evidente nei periodi di maggiore diffusione del virus (marzo-maggio, novembre-dicembre), come mostra esemplificativamente la figura che segue, andamento che ha caratterizzato (anche se non tutti) una buona parte degli indicatori esaminati.

Figura 4.
Numero
di ricoveri per
infarto miocardico
acuto, per mese
di attività.
Italia 2019-2020

Fonte:
Agenas, Rapporto
PNE 2021



La riduzione delle ospedalizzazioni registrata nel 2020 rispetto agli andamenti attesi di per sé non è un evento negativo: la riduzione dei ricoveri a rischio di inappropriately, ad esempio, è considerata un bene. Da questo punto di vista occorre guardare positivamente alla riduzione osservata nel 2020 di tutte e tre le tipologie di ospedalizzazioni evitabili monitorate dal PNE e presentate nel Rapporto (ricovero per complicanze del diabete, a breve e lungo termine; per broncopatia cronico ostruttiva; per trattamenti sanitari obbligatori, TSO) nell'ipotesi ovvia che quelli evitati siano stati i ricoveri tendenzialmente inappropriati e non quelli considerati invece necessari.

Per valutare però più globalmente l'effetto della riduzione delle ospedalizzazioni sarà poi necessario associare la diminuzione

dell'attività ospedaliera con qualche indicatore di salute (la mortalità per patologie, ad esempio) per valutare se effettivamente la rinuncia forzata alle cure documentata, come appare, dal minor numero di ricoveri si sia tradotta anche in un peggioramento dello stato di salute per patologie diverse da quelle connesse alla presenza del virus.

Il confronto proposto dal Rapporto con la mortalità del periodo marzo-aprile 2020 è poco significativo e non tiene conto dell'impatto complessivo della pandemia nel 2020, ma qualche piccolo **aumento nella mortalità** a 30 giorni dall'ammissione per alcuni eventi (infarto miocardico acuto, ictus ischemico, frattura del collo del femore) è un segnale (per quanto debole e incerto) da non trascurare.

Il Rapporto propone anche confronti di tipo territoriale (differenze tra Nord, Centro e Sud, o più dettagliatamente tra regioni), ma considerata la differente diffusione temporale che il virus ha avuto nel nostro paese bisogna aspettare che si completi la raccolta dei dati di ricovero del 2021 per avere un confronto territoriale significativo e non distorto di come il Servizio sanitario ha mostrato (ovvero non ha mostrato) capacità di resilienza a livello regionale: il dato relativo al solo 2020 non può essere significativo dell'eventuale diversa risposta alla pandemia che i Servizi sanitari regionali hanno saputo dare in termini di attività di ricovero ospedaliero.

In sintesi, il Rapporto 2021 del Programma Nazionale Esiti ci consegna, per gli indicatori presi in esame, un Servizio sanitario che durante il periodo (2020) caratterizzato maggiormente dalla presenza del virus (mesi di marzo-maggio e di ottobre-dicembre) ha sicuramente ridotto le attività programmabili, le attività in elezione, a volte di più e a volte di meno, ma in tutte le aree ospedaliere esaminate, e dalla riduzione sono risultate interessate anche attività d'urgenza (come i ricoveri per infarto miocardico acuto o per ictus ischemico). Solo i parti, sia naturali che con taglio cesareo, non appaiono influenzati dalla presenza del virus.

Generalmente invariate sono risultate invece le performance del Ssn dal punto di vista degli esiti, che per la maggior parte degli indicatori esaminati non sembrano aver subito effetti rilevanti dalla pandemia, anche se qualche (seppur debole) segnale (leggero aumento della mortalità a 30 giorni per alcuni eventi) induce comunque a prudenza nella valutazione.

<https://www.ilsussidiario.net/news/i-danni-del-covid-in-italia-dopo-2-anni-di-pessimismo-il-disagio-psichico-e-aumentato-del-25/2295634/>

Dopo 2 anni di pessimismo il disagio psichico è aumentato del 25%

Nell'affrontare l'emergenza Covid-19 in ospedale, nessuno ha potuto avere cura dei pazienti indipendentemente dal collega, che fosse più o meno esperto

Pubblicazione:
22.02.2022

*Ultimo
aggiornamento:*
06:57

Luigi Fabbri

Due anni di Covid seminando paura hanno portato a galla nuovi fenomeni di depressione e ansia. Ora va chiusa la valvola che provoca la fuoruscita del male oscuro

Il rischio sanitario della pandemia è quasi concluso, almeno nelle forme gravi che lo distinguevano due anni fa, quando il sistema sanitario, i decisori politici e la popolazione erano impreparati a fronteggiare un fenomeno così ampio e persistente.

Sin dai primi momenti, la pericolosità e l'elusività del virus hanno generato disorientamento e senso di impotenza nella gente. Nel 2020, siamo passati da sensazioni di stupore e timore per l'altalenarsi del contagio alla speranza aperta dai vaccini; poi, nel 2021, ad un nuovo scoramento per il ripetersi di fiammate infettive attribuite a questa o quella variante di un virus evidentemente capace di fare il bello e il cattivo tempo. Poi, fortunatamente, il ceppo prevalente del virus si è evoluto in modo da spaventare meno.

Abbiamo volutamente usato termini che fanno riferimento a sensazioni comuni, piuttosto che alla dottrina medico-sanitaria, perché, nel mondo, **si sta preparando un dopo-pandemia** che avrà connotazioni che saranno solo in parte medico-sanitarie, mentre prevarranno quelle economiche e psico-sociali.

Risultati di indagini svolte presso decine di paesi nell'ambito del progetto GBD – Global Burden of Diseases, pubblicati dalla prestigiosa rivista Lancet – hanno stimato, per la sola prima metà del 2020, 53 milioni di nuovi casi di gravi disturbi depres-

sivi e 45 milioni quelli da ansia grave causati direttamente dalla pandemia. Naturalmente, a questi vanno aggiunti – con sintomi più gravi – i molti milioni di casi pre-esistenti (circa il doppio di quelli causati dalla pandemia). Segnaliamo, inoltre, che, nel computo, mancano gli altri milioni del 2021, 2022 e 2023.

La meta-analisi GBD-Lancet confronta dati sulla depressione cosiddetta “maggiore” e sull’ansia grave prima e dopo la pandemia, il che significa che questi disturbi sono endemici e che la pandemia ha solo contribuito a farne emergere un gran numero di nuovi. L’analisi dimostra che esiste una forte relazione con l’intensità del diffondersi del contagio, ossia che i disturbi sono più diffusi nei periodi e nelle aree di maggiore infezione da Covid. Il disagio psichico sarebbe dunque causato sia dall’intensità del fenomeno infettivo, sia dalle correlate limitazioni alla mobilità e alle relazioni sociali.

Le analisi dello studio citato collocano l’Italia in un’area di disagio intermedia, con un incremento tra il 22 e il 25% di aumento di psicosi durante la pandemia. Valori superiori ai nostri sono stati rilevati, tra gli altri paesi, negli Stati Uniti, in Spagna e in Francia.

In Italia, sono stati svolti vari studi sull’incidenza della depressione e dell’ansia grave. Due sono inglobati nello studio riportato in Lancet; altri, più recenti, si possono trovare tramite Google. Ne abbiamo consultati molti, però le fonti dei dati e i metodi utilizzati sono così diversi da studio a studio da non poterne trarre inferenze probanti. Certamente non sull’entità del fenomeno, che sembra variare da meno del 10% a oltre il 40%. Per quanto riguarda le cause, gli studi concordano sul fatto che i più colpiti dal disagio psichico sono le donne, i giovani, coloro che vivono soli, oppure soffrono di malattie croniche o di ansie o stress, di uno status socio-economico basso o di incertezze professionali (ma su quest’ultima causa non tutti sono d’accordo). Tra il personale sanitario, la depressione è determinata da “stress da prima linea”, ossia da fatica e da paura di ammalarsi.

Nella seconda metà del 2021 abbiamo svolto una nostra indagine nazionale. Abbiamo consultato tramite il web un campione di italiani, rilevando, tra le altre cose, il livello di depressione tra-

mite il test psicometrico standardizzato PHQ-9, (Patient Health Questionnaire, di 9 domande poste su scala da 0 a 3, dove 0 significa “Mai” e 3 “Quasi ogni giorno”). Il punteggio-test ha una soglia di 10 come somma delle risposte registrate sulle 9 domande: valori da 10 in poi indicano casi a rischio di depressione. Vale, ovviamente, che quanto maggiore è il punteggio, tanto più grave è la segnalazione di depressione. Per esempio, valori da 10 a 14 indicano depressione lieve, quelli superiori a 20 indicano il probabile manifestarsi di una grave depressione. In tutti gli studi in cui è stato applicato, compreso il nostro, il valore soglia è stato fissato a 10 per favorire il confronto tra risultati.

I risultati del nostro test, presentati nella forma di percentuali di depressi con punteggio-test di 10 o più, incrociati con alcune caratteristiche dei rispondenti stessi, sono sintetizzati nella Tabella 1.

Tabella 1. Frequenze percentuali di casi di grave depressione diagnosticata con il test PHQ-9 in Italia, anno 2021, per caratteristiche dei rispondenti, giugno-ottobre 2021.					
Caratteristica	Modalità	% depressione maggiore	Caratteristica	Modalità	% depressione maggiore
Età (anni)	Fino a 34	37,5	Contagiato/a?	Sì	20,9
	35-64	12,7		No	24,0
	65 e più	11,1	Vaccinato?	Sì	22,0
Genere	Maschi	14,9	No		42,6
	Femmine	31,2	Totale		23,7

Ringraziamo la dott.ssa Daiana Colledani per l'aiuto fornito elaborando i dati del test.

L'analisi dei risultati della nostra indagine corrobora quelli dell'indagine GBD-Lancet e di indagini parallele e permette di avanzare nuove ipotesi. Anzitutto, si conferma la consueta prevalenza femminile: ad ogni età, le donne mostrano un'incidenza e una persistenza della malattia doppia rispetto agli uomini. Lo stesso differenziale tra generi si registra durante la pandemia, anzi i nuovi casi negli ultimi due anni hanno reso ancora più evidente il fenomeno della maggiore esposizione delle donne al “male oscuro” della depressione.

La classe d'età più a rischio di depressione è quella giovanile, seguita da quella da lavoro. Le indagini GBD mostrano che persino tra i minori, ossia nella classe d'età tra i 10 e i 18 anni,

l'incidenza della depressione quasi uguaglia quella tra i 19 e i 44 anni, che sono gli anni durante i quali imperversa la malattia, e, sempre tra i minori, l'incidenza è di gran lunga superiore a quella che si riscontra tra gli anziani, che si dimostrano la parte della popolazione più solidamente forgiata alle prove della vita.

Questa elevata incidenza del disturbo psichico riflette, tra i giovanissimi, l'incertezza sul loro inserimento nella vita adulta e, tra i giovani adulti, l'incertezza sulla propria occupabilità, che possono ingigantirsi se percepiscono che uno shock sociale può limitare ulteriormente il loro inserimento. Questo è verificabile durante ogni grave crisi mondiale, per esempio durante la crisi economico-finanziaria del 2008-2012. In Grecia, in quel periodo, la frequenza di episodi depressivi è salita, in breve tempo, dal 3,3% del 2007 all'8,2% del 2011. Aumenti di notevole entità si verificarono allora in tutto il mondo.

È istintivo associare l'ansia grave e la depressione maggiore al rischio di altre malattie e al suicidio. Tuttavia, nel periodo pandemico non sono aumentati i suicidi: la paura di stare male a causa del Covid non ha affatto aumentato il rischio di suicidio. Non solo, ma lo studio GBD non ha trovato un legame statistico neppure col tasso di mortalità, ossia con la massima gravità possibile dell'infezione. Per di più, dai nostri dati, emerge che il contagio conta poco o nulla nel determinare l'aggravarsi di un percorso depressivo: i contagiati hanno addirittura una probabilità inferiore o tutt'al più uguale di cadere nella depressione rispetto ai non contagiati. Comunque sia, il fenomeno della depressione è ben più ampio di quello del contagio: nella nostra indagine, abbiamo rilevato un 23,7% di disturbi depressivi contro un 7,7% di casi di Covid accertati.

Se, allora, i disturbi mentali non sono correlati con il contagio, neppure con quello dei famigliari, vuol dire che i percorsi mentali che portano ai disturbi sono molto più tortuosi e complessi da decifrare delle semplificazioni offerte da una comunicazione sociale spesso superficiale.

La nostra indagine mostra che la probabilità di depressione è molto elevata tra i no-vax, tra chi vive solo, tra chi vede soffrire

gli altri. Non solo, ma i disturbi non si sono accompagnati a comportamenti devianti, **come l'abuso di alcolici** (Tabella 2). La malattia sembra, dunque, il riverbero interno di situazioni di accerchiamento, di angoscia causata dalla difficoltà di percepire una via di fuga dalla pandemia, di panico causato dal cumulo di disagi e rinunce che il prolungarsi della pandemia induce ad affrontare. È facile immaginare che la sensazione d'impotenza nel fare fronte alle difficoltà e nel prefigurarsi un futuro stia alla radice del male.

Tabella 1.
Frequenza
percentuale di casi
di depressione
e distribuzione
percentuale
della popolazione
italiana, secondo il
consumo di alcolici
e i problemi causati
dalla convivenza
forzata durante
il lockdown

Domanda	Risposte	% casi depressione	% popolazione
Danni personali	Fisici	18,8	2,9
	Psichici	57,3	17,3
	Fisici e psichici	47,2	6,5
	Nessuno	14,0	73,4
Danni a Familiari	Fisici e/o psichici	23,7	17,3
Durante la pandemia, bevuto	Più vino	27,9	11,0
	Stesso di prima o meno	36,0	89,0
Convivenza forzata	Molti problemi duraturi	64,3	3,6
	Stesso andamento di prima	22,7	63,7
	Rinforzato i legami di famiglia	11,8	32,7
Vive solo		31,0	30,2

Conviene dire che il test usato per le analisi commentate, il PHQ-9, chiede di descrivere i comportamenti nelle due settimane precedenti l'intervista, con l'intento esplicito di evidenziare l'importanza attuale del malessere per l'individuo. Sappiamo che questo è inevitabile, dato che non si possono percepire i sintomi futuri, ma è altrettanto indubbio che se, nell'analizzare i difetti degli individui, non si ha uno sguardo rivolto alle cause modificabili, non se ne esce. Ecco perché dovrebbero essere studiati in modo più approfondito il tipo e la durata dei fenomeni personali e sociali che hanno generato i disturbi, poiché, quanto più a lungo dureranno quei fenomeni e quanto più interconnessi saranno, tanto più i loro effetti rischiano di diventare difetti dei singoli.

La Tabella 2 mostra altresì che la convivenza forzata non solo non ha messo a repentaglio l'unione familiare, ma l'ha rinforzata. Meno del 4% degli italiani, infatti, sostiene che la convivenza forzata ha generato problemi duraturi, minando l'esistenza stessa della famiglia, contro un 33% che dichiara che l'unione ne è uscita rafforzata. Solo in quelle (poche) famiglie sconvolte dalla pandemia si è acuita la depressione.

È difficile dire se sia nato prima l'uovo o la gallina, vale a dire se l'aggravarsi della depressione sia la causa dei problemi sociali a cui è associata o se siano le cause esterne ad avere causato le difficoltà psichiche. Probabilmente, durante la lunga durata della pandemia, le cause e gli effetti si sono riverberati le une sugli altri. Il problema è di non poco conto se vogliamo capire come ne possiamo uscire.

Immaginiamo un futuro in cui il virus si aggregherà ai numerosi altri virus che, di solito, si chiamano influenza stagionale. Quindi, immaginiamo che il Coronavirus ci dia ancora fastidio, ma non più degli altri virus che, per decenni prima della pandemia, in Italia, provocavano 18-20mila morti l'anno (e che, verosimilmente, nelle statistiche quotidianamente somministrate, già troviamo fuse in quelle della mortalità da Covid, ma questo è un altro discorso).

Abbiamo già visto che i soli problemi di salute non sono sufficienti a spiegare l'ampiezza del disagio mentale. Gli stessi confinamenti in casa non sono stati poi così deleteri come poteva sembrare. Quindi, se ci lasciamo alle spalle sia l'uno che gli altri, la situazione non dovrebbe cambiare granché. Riprenderemo le migliori abitudini, interagiremo di più con parenti e amici, faremo poca o nulla didattica a distanza e il lavoro da remoto solo se lo vogliamo, rifaremo le code in banca, in posta, agli sportelli del comune, riprenderemo a spendere rimettendo in moto l'economia che è sull'orlo del tracollo, forse faremo più figli di prima della pandemia, e così via. Allora, se tutto torna quasi come prima, la depressione e le ansie gradatamente diminuiranno o resteranno un serio impedimento alla ripresa? Saremo resilienti quanto basta per ripartire?

Se il futuro sarà come il passato recente, i disturbi dovrebbero evaporare come neve al sole: abbiamo già visto che sono stati meno frequenti quando il virus ha allentato la presa. Tuttavia, questa pandemia non è stata una crisi come le precedenti. Tutto sommato, il terrorismo è stato sconfitto sul campo, la crisi economico-finanziaria del 2008-2012 è stata superata migliorando i meccanismi prima difettosi, ma il virus non è stato sconfitto. I vaccini hanno fatto la loro parte nel ridurre i possibili danni, ma non hanno ucciso il virus. Se non si tira da parte, non sapremmo cosa fare. Basta parlare con la gente per capire che molti temono, nel profondo, che una nuova variante generata chissà dove (ricordiamo che lo stesso virus circola da decenni, quello di Wuhan è nato per un disguido di laboratorio) possa riemergere e la triste storia ricomincerebbe.

Per questo, speriamo che i governi si impegnino non solo a lenire i sintomi del malessere sociale, dei quali la depressione è uno, ma vadano alla radice del male, cioè creino strumenti e possibilità affinché la gente possa districarsi nell'organizzare il proprio futuro. Il male oscuro si prende per inazione e inalando pessimismo. La creazione di futuro sarà la più efficace terapia contro l'espandersi della depressione.

Ciò non significa che non vada curata la malattia. Ci mancherebbe, chi sta male deve essere curato. Però va chiusa la valvola che provoca la fuoruscita del male oscuro. È importante che la politica sancisca quanto prima – e annunci convinta – la fine della pandemia. La gente deve sapere che non ha più la scimmia sulle spalle. Dal punto di vista informativo, vanno poi promosse indagini che evidenzino non solo la situazione incombente sull'individuo, ma le sue prospettive di uscire dall'oppressione che avverte.

<https://www.ilsussidiario.net/news/numeri-covid-incidenza-rt-ricoveri-quando-la-confusione-crea-cattiva-informazione/2320155/>

Incidenza, Rt, ricoveri: quando la confusione crea cattiva informazione

Leggere e comprendere l'andamento dei dati della pandemia Covid richiede attenzione e competenza. Le semplificazioni sono pericolose. Ecco un esempio

Pubblicazione:
08.04.2022

**Ultimo
aggiornamento:**
06:53

**Carlo
Zocchetti**

Prendiamo un titolo a caso, però da un giornale che si dovrebbe intendere dell'argomento e che sicuramente è letto da esperti del settore (Quotidiano Sanità, venerdì 1° aprile 2022): *"Monitoraggio Covid. La curva frena la sua crescita. Scende incidenza, ma Rt sale a 1,24 e salgono anche i ricoveri in ospedale"*.

Che confusione informativa! Non è necessario essere virologi, immunologi, statistici, epidemiologi, e via di seguito, per capire che nel titolo c'è qualcosa che non va e che titoli di questo tipo possono solo generare dubbi, confusione e informazione inadeguata. Perché, si dirà, c'è qualcosa di falso (fake news) nelle notizie riportate nel titolo?

Purtroppo no, quello che è scritto è vero (almeno in termini generali: si veda oltre), ma è la combinazione contemporanea delle informazioni che lascia stupiti e perplessi. E allora c'è bisogno di un chiarimento, soprattutto per il lettore meno tecnicamente attrezzato, ma volenteroso sia di capire il disagio di chi legge il titolo con la dovuta attenzione, sia di essere ben informato su come si sta comportando la diffusione del virus.

Rt sale a 1,24: cominciamo da qui. È ormai chiaro a tutti che l'indice Rt, i cui pregi/difetti non discutiamo e per il cui calcolo specifico non entriamo nel merito, lasciando il compito agli esperti, è un indicatore della diffusione dell'infezione: se è maggiore di 1 significa che il virus si sta diffondendo (la frequenza dei casi infetti sta aumentando), se è minore di 1 significa che il virus si sta ritirando (la frequenza dei casi infetti sta dimi-

nuendo). Inoltre, il valore di 1,24 ci dice che per la settimana successiva si stima che i casi infetti aumenteranno del 24%. Valore numerico specifico a parte, un R_t superiore a 1 significa inequivocabilmente (e per tutti, esperti e non esperti) che il virus si sta diffondendo.

Ma c'è un ulteriore particolare che la frase citata contiene, perché si dice che R_t "sale" (e infatti è passato da 1,12 della settimana precedente a 1,24 di questa settimana): questa precisazione (sale) ci informa, infatti, che oltre a diffondersi (poiché R_t è superiore a 1) l'infezione si sta espandendo con più intensità di prima (passando da un +12% di soggetti infettati alla settimana a un +24%).

Ma se il virus si sta diffondendo come si può dire che *"la curva frena la sua crescita"*? Qui la frase appare del tutto sibillina, perché ammette almeno due interpretazioni, entrambe collegabili alla frase che segue nel titolo (*"Scende incidenza, ma R_t sale"*), partecipando così a creare confusione informativa. Vediamo nei dettagli.

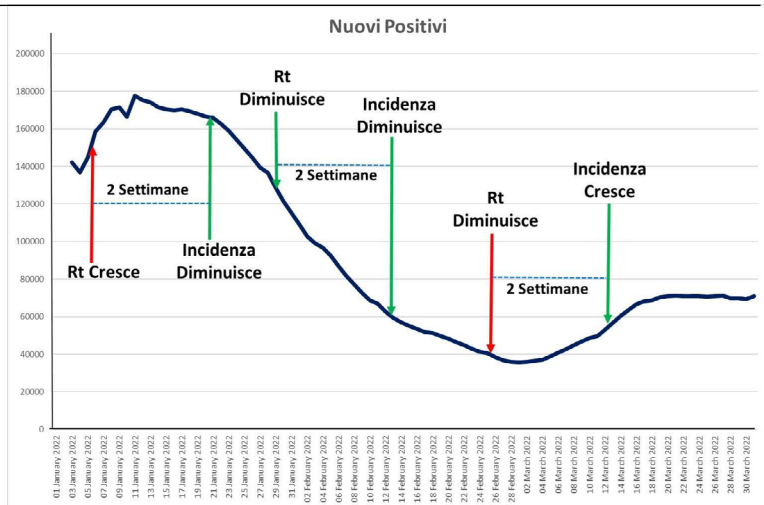
- Prima interpretazione: l'andamento dell'infezione era in crescita, però adesso, pur continuando a crescere, sta crescendo di meno di quanto cresceva prima. Dal punto di vista letterale questa dovrebbe essere la lettura più corretta della frase citata, ma se fosse questa l'interpretazione, allora (se abbiamo compreso il significato di R_t e il fatto che esso "sale") la frase sarebbe sbagliata, perché quando R_t sale *"la curva non frena la sua crescita"*, anzi la accentua.
- Seconda interpretazione: l'incidenza dell'infezione prima era più alta e adesso è più bassa (come dice il titolo: *"Scende incidenza"*). In questo caso il messaggio sostanziale (*"la curva frena"*) sarebbe corretto, perché l'incidenza è in diminuzione (infatti è passata da 848 casi ogni 100.000 abitanti a 836 casi ogni 100.000), ma la formulazione scelta per esprimere il messaggio (*"la curva frena la sua crescita"*) è letteralmente sbagliata, perché, se l'incidenza scende, la curva non può *"frenare la sua crescita"*, ma deve per forza essere in diminuzione.

Al di là dell'interpretazione (la frase rimane comunque poco chiara) resta il problema principale (il messaggio): come è possibile conciliare una incidenza che scende con un R_t che sale? La risposta a questo paradosso non va cercata negli elementi di contorno (ricordiamo, ad esempio, che venerdì era il 1° aprile, giorno che di per sé suggerisce tante interessanti interpretazioni a cui non vorremmo ricorrere), ma **(come abbiamo già scritto altrove)** nelle notizie rese disponibili dal produttore delle informazioni, e cioè l'Istituto Superiore di Sanità (si veda **l'ultimo rapporto del 1° aprile 2022**). Infatti, mentre il valore dell'incidenza è quello della settimana corrente, il valore di R_t (a causa dei requisiti e delle modalità che portano al suo calcolo) è quello di (almeno) due settimane prima: questo iato temporale è ciò che crea il continuo ed evidente contrasto tra il segnale che manda l'andamento dell'incidenza (cioè l'andamento della frequenza, recente, dei soggetti infettati) e quello che manda l'andamento dell'indice R_t (cioè l'andamento della frequenza, di due settimane prima, dei soggetti infettati). Lo stesso fenomeno di contrasto tra R_t e incidenza, ma questa volta al contrario (cioè: diminuzione di R_t e aumento dell'incidenza), si era peraltro già osservato alcune settimane fa.

Il grafico che segue, riferito all'incidenza giornaliera (nuovi casi, media mobile su 7 giorni) del primo trimestre 2022 **secondo i dati forniti dalla Protezione Civile**, permette di comprendere visivamente, in maniera (speriamo) semplice, il problema. A seconda dell'andamento dell'incidenza, come conseguenza dello iato temporale (nella figura indicato esemplificativamente in due settimane) nel calcolo degli indicatori " R_t " e "frequenza di nuovi casi" si possono verificare diversi tipi di situazioni: a volte c'è contrasto tra indicatori (R_t sale e l'incidenza scende; oppure R_t scende e l'incidenza sale) e a volte c'è invece accordo tra di loro (sia R_t che l'incidenza scendono – oppure entrambi salgono).

Allo stesso modo, e cioè tenendo conto della differenza temporale tra eventi, si spiega l'ultima parte del titolo citato: "Scende incidenza ... e salgono anche i ricoveri in ospedale". L'apparente

Figura.
Andamento
giornaliero
dei nuovi casi
(media mobile
su 7 giorni) del
primo trimestre
2022 secondo
i dati forniti dalla
Protezione Civile



contrasto, in questo caso, è solo legato alla diversa insorgenza temporale degli eventi: è noto, infatti, che vi è una stretta correlazione tra andamento dei nuovi casi infetti e andamento dei ricoveri, e che questi ultimi si manifestano qualche tempo dopo i primi (cioè dopo i nuovi casi), ma ne replicano esattamente l'andamento.

Morale. Leggere e comprendere l'andamento dei dati della pandemia in corso non è un esercizio banale e richiede di per sé molta attenzione, oltre che una certa dose di competenza. Le semplificazioni informative (è spesso il caso, come quello qui descritto come esempio, dei titoli) sono molto pericolose, soprattutto se non sono estremamente precise e accurate e offrono il destro alle incertezze, alla confusione interpretativa, o addirittura all'errore informativo.

Più di due anni di informazione giornaliera sull'andamento dell'infezione da virus Sars-CoV-2 sono qui a dimostrare quanto ancora ci sia da imparare in proposito.



Parte terza

Riflessioni

Nonostante le molte cose già scritte nelle precedenti pagine è inevitabile che il volume si concluda con una serie di editoriali ed articoli di riflessione, che intervengono su tutto quello che la pandemia ci stava (e ci sta) insegnando, ma occorre una pre-condizione: è necessario che si faccia la fatica di lasciarsi interrogare da quello che ci succede attorno.

*“Come si fa a vivere nel presente della realtà”, si chiedeva Maurizio Vitali, quando questa è piena di guai? Quali sono le cose importanti della vita? Si può avere ottimismo e coraggio (Luigi Cammi) dentro le difficoltà causate dal virus? Che capacità abbiamo di reagire di fronte all'imprevisto? Ci siamo certamente sorpresi che così tanti siano stati i soggetti disponibili a dare il tempo, i soldi, e persino la vita in alcuni casi, per gli altri. Da una parte abbiamo toccato ancora una volta con mano la fragilità della condizione umana e della sua ultima precarietà, ma dall'altra non abbiamo smesso di cercare un senso a tutto quello che stava succedendo. Abbiamo cercato di sperimentare che *“la speranza è l'esperienza di un presente che rende certi di un futuro”* (Luigi Giussani).*

Prendere atto di tutto questo (e di altro ancora), *“vuol dire apprendere dalle circostanze e sfruttare ciò che questa situazione di emergenza ci permette di capire su noi stessi e sulla società nella quale abitiamo”* (Abbruzzese).

Ma stiamo anche osservando (e ragionando su) come sono cambiati il modo di lavorare (smart working, ad esempio) e l'atteggiamento verso il lavoro, non solo negli ospedali; come la DAD non si riduca solo al cambiamento di una tecnica didattica ma tenga conto della necessità e del bisogno che abbiamo di relazioni e di come l'isolamento possa diventare una forma particolare di socialità; come la scienza, di cui abbiamo bisogno, si sia trovata spesso in difficoltà e senza risposta alle molte

domande che il virus ci ha obbligato a porci, per non parlare poi della politica e dei suoi tanti discutibili interventi o addirittura errori (ancora Abbruzzese: *“Se la scienza non è in grado di dare le risposte, e la politica è impantanata nella burocrazia, cosa ci resta? La preghiera”*).

Se dal punto di vista macroscopico si sono sempre ritenuti critici la salute fisica e l'economia, *“la più grande vittima è stata la vita intima, le relazioni, la convivenza in coppia o in famiglia, così come le prospettive esistenziali dei singoli in quanto collegati con la loro vita relazionale. È lì, su questo intreccio di microstorie apparentemente marginali rispetto al corso del mondo, che la pandemia ha lasciato la sua impronta più forte, e un indolenzimento che, proprio come nei lividi, fa più male il giorno dopo”* (Maurizio Ferraris, *“Eredità Covid. Le relazioni frantumate”*, Corriere della Sera, 1.5.2023).

(Vittadini, 20.3.2020) *“Tutti ci stiamo chiedendo se questa situazione ci renderà delle persone migliori. Io non so rispondere. So solo che per risollevarci dal disastro, il nostro cambiamento personale e quello nei rapporti umani è una strada obbligata”*.

La pandemia *“ha messo ognuno di noi alla prova: credente o non credente. E la prova più dura consiste nel non smettere di cercare un senso a tutto quello che sta succedendo”* (Achilli).

<https://www.ilsussidiario.net/editoriale/2020/3/5/la-grande-opportunita-del-coronavirus/1993244/>

La grande opportunità del coronavirus

Sarà certo impopolare dirlo, ma questo momento di emergenza da coronavirus ci costringe a ripensare e a rifocalizzare quali sono le cose veramente importanti della nostra vita.

*Pubblicazione:
05.03.2020*

Luigi Cammi

Ho sempre creduto nelle parole di Don Abbondio: **“il coraggio, uno, se non ce l’ha, mica se lo può dare”, come ha ricordato Giorgio Vittadini** nel suo Editoriale. In realtà, i miei ultimi tre anni sono stati costellati da estreme e ardite forme di coraggio da parte della mia famiglia, dei miei amici e grazie a loro anche mie. Quindi anch’io mi sento di dire, con una buona dose di certezza, che sì, il coraggio lo possiamo trovare solo guardando a testimoni e amici che ci indicano la strada. Non ci sostituiscono né ci risparmiano dall’affrontare le salite, ma ci sostengono nel cammino.

Ripeto sempre a mia moglie che se sono riuscito ad attraversare momenti difficili (e magari ne vedremo altri a breve) è stato solo grazie alla sua tenacia e alla sua dolcezza, perché mi sono aggrappato a lei, la mia roccia, nei momenti di burrasca e di tempesta.

In queste settimane in molti mi hanno cercato, ponendomi domande, esprimendo perplessità, rivelando paure in merito all’emergenza sanitaria che si è creata con il coronavirus. Sono stati tutti colloqui interessanti, che mi hanno aiutato a rendermi sempre più conto che la natura dell’uomo è domanda, è relazione: quando ci assale la paura, dobbiamo domandare e guardare alle persone che ci stanno più a cuore.

Dobbiamo tenere costantemente davanti ai nostri occhi chi veramente ci vuole bene e chi sappiamo per certo che ci dice le cose come stanno.

Si sta diffondendo una paura, una mancanza di fiducia verso chi comunica, verso politici, dirigenti, perfino verso medici e

infermieri (i veri eroi in prima linea in questo frangente), ma è proprio questa paura, se guardata fino in fondo con lealtà, che ci mette di fronte alla nostra vera essenza: di chi possiamo fidarci? Ci fidiamo di un Amico, sempre.

Mi sono permesso di fare dei calcoli i più precisi possibile. L'influenza classica in Italia (fonte: Iss), su 5-8 milioni di persone contagiate, provoca fino a 8mila decessi, con un tasso di letalità dello 0,1/0,16%. Il Covid-19 nel mondo (dati aggiornati a qualche giorno fa) annovera 80.346 contagiati, con 2.705 decessi, quindi con una mortalità pari al 3,4%: 30 volte circa più alta. In realtà, però, nel nostro paese una persona ha una probabilità di morire per la normale influenza pari a uno su 10mila, mentre con il coronavirus – al netto delle differenze significative tra le varie fasce d'età – questa probabilità, in base ai dati attuali di diffusione, è stimabile in uno su 120 milioni.

Le domande che si stanno ponendo le nostre istituzioni e l'opinione pubblica davanti a questa "infodemia" (epidemia informativa) non ci devono costringere a interrogarci sui programmi di comunicazione, sui social (che stanno giocando un ruolo importante rispetto al 2003 quando scoppiò l'epidemia della Sars, ben più grave e aggressiva) o sulla veridicità delle informazioni che arrivano dalla Cina; devono piuttosto aprirci gli occhi sulla nostra società. La politica, allora, si interroghi, senza superficialità, sulle ragioni di questa paura e soprattutto sugli esiti di quanto essa stessa ha seminato negli ultimi decenni.

Il coronavirus non lascerà più le cose come prima: dopo il suo passaggio saremo migliori o peggiori? Dipende da noi. Come tutte le grandi malattie che hanno segnato la storia dei popoli, essa può diventare un'occasione di ravvedimento e di conversione.

Sarà certo impopolare dirlo, ma le condizioni non possono essere più propizie: questo momento ci costringe a ripensare, a rifocalizzare quali sono le cose veramente importanti della nostra vita. Un caro amico da Rimini mi scrive: "Ho scoperto che non si può dare per scontato che i clienti ci siano, dobbia-

mo essere grati della loro presenza e preferenza. Dobbiamo essere grati del contributo che le nostre persone, con il lavoro, danno tutti i giorni per costruire nelle nostre aziende una società migliore". È solo un esempio, ma ci aiuta a capire che ogni crisi può dare spazio al riemergere di una coscienza nuova e ri-generata in ciascuno di noi. Ci insegna a portare i pesi l'uno dell'altro. Ciascuno con le sue competenze, con le sue capacità, con il suo coraggio.

Resto profondamente colpito da alcuni amici, che in questi giorni affrontano enormi responsabilità, perché intuisco quanto sia faticoso per un direttore di un ospedale reggere in questa situazione la preoccupazione e l'ansia non solo per il destino dei pazienti ricoverati, ma anche per l'impegno eroico dei colleghi da giorni instancabilmente in prima linea.

Quando incontriamo un professionista, uno di quelli con la P maiuscola, ci sentiamo spesso dire: "Stai tranquillo, ci penso io". Ma quel "ci penso io" non significa "non ti può accadere nulla": sarebbe una presunzione falsa, una rassicurazione poco credibile. Piuttosto quelle parole vanno accolte come un "stai tranquillo, sono qui vicino, farò di tutto per te".

Fidiamoci, sosteniamoci e diamoci la mano. Meno autosufficienti ci scopriamo, più ci riscopriamo ricchi perché mai soli.

<https://www.ilsussidiario.net/editoriale/2020/3/13/educare-al-tempo-del-coronavirus/1996041/>

Educare al tempo del coronavirus

La chiusura forzata delle scuole sta offrendo a insegnanti e studenti a riscoprire un'occasione per uscire dall'ovvietà e rimettersi in moto

*Pubblicazione:
13.03.2020*

**Giorgio
Vittadini**

Dal Nord a Sud gli insegnanti stanno cercando di non far mancare ai ragazzi la possibilità di proseguire nei loro programmi di studio. Gli strumenti della didattica digitale sono tanti e vanno dalla semplice condivisione di materiale scritto, video e audio, tramite registro elettronico o email, o a vere e proprie **classi virtuali**, permesse da piattaforme di vario tipo, in cui è possibile vedersi, mostrare testi, immagini e discutere, seguendo un ordine per alzata di mano, sempre virtuale.

Dopo tre settimane di chiusura delle scuole in Lombardia è interessante raccogliere le prime reazioni. Innanzitutto, la più macroscopica: insegnare non è solo fornire dei contenuti e verificare che vengano appresi. Si insegna perché si entra in un rapporto diretto. E la mancanza dell'aspetto relazionale – con adulti e compagni – è senz'altro la ragione di maggior disagio.

Tra le condizioni che permettono di apprendere la principale è la relazione con qualcuno che è in grado di aiutare a far diventare la conoscenza patrimonio personale. Altri fattori importanti condizionano l'apprendimento e, paradossalmente, stanno emergendo in questo momento di isolamento obbligato.

Pensiamo alla capacità di prendere iniziativa, di pensare per problemi (cioè di far domande), di imparare a lavorare insieme per raggiungere uno scopo comune. O pensiamo anche all'impegno, alla motivazione, alla capacità di autoregolarsi, all'affidabilità e all'adattabilità.

Si tratta di alcune delle capacità chiamate soft skill (o character skills, o non cognitive skill) che hanno un grande impatto sulla capacità cognitive, quelle abilità che un individuo

utilizza per svolgere le sue attività mentali: ad esempio ricordare, parlare, comprendere ciò che si legge, fare nessi, dedurre, valutare, e quindi apprendere.

Dalla scuola libera La Zolla di Milano, che comprende classi dall'infanzia alle medie, e sta utilizzando a pieno ritmo una didattica interattiva via internet, assicurano che le lezioni sono vivacissime e i ragazzi interloquiscono non solo con i professori ma anche tra loro, si cercano e dialogano, quasi più di quanto facevano prima. La settimana scorsa si è riempita di momenti interessanti, in cui gli argomenti delle materie d'insegnamento sono state integrate da un continuo dialogo e da un lavoro personale e di gruppo. Il programma di una prima media ne dà un'idea: si va dal circolo letterario di narrativa, ai vari "sportelli" di domande sulle attività assegnate: il corpo umano, la progettazione di una pubblicità o dello sfondo al quadro di Monna Lisa, alla duplicazione del DNA.

La comunicazione digitale sta obbligando professori e ragazzi a confrontarsi di più, a supportarsi, a prendere più iniziativa.

"Questa occasione ha richiesto a noi adulti di porci domande serie sull'utilità del lavoro che stiamo svolgendo, ci ha permesso di riaffermare l'importanza enorme di uno sguardo accogliente nei confronti degli alunni e tra di noi insegnanti, ci ha fatto riconoscere le difficoltà e quindi l'importanza fondamentale di coordinarci in modo preciso tra noi", ha scritto Teresa Pedrazzini, una delle insegnanti.

Assicurano ancora da La Zolla, che non si tratta solo del cambiamento di una tecnica didattica. Questa nuova situazione **obbliga gli insegnanti** a puntare sulla libertà e sulla ragione dei ragazzi, che sono chiamati in questo momento a scoprire quanto è profondo il loro bisogno di conoscere, di capire, di fare un percorso. E di scoprire quanto è vitale la curiosità personale, che nella velocità e nell'affollamento degli impegni, è troppo spesso rattrappita.

Un'occasione per uscire dall'ovvietà e rimettersi in moto. Per vivere ai tempi del coronavirus non basta tornare al punto di

partenza, bisogna uscire dall'apatia e dalla pigrizia in cui abbiamo vissuto in questi anni, e riscoprire quello spirito ideale che ha fatto il nostro Paese e che ricominciamo a vedere in tante scuole e in tanti ospedali.

<https://www.ilsussidiario.net/editoriale/2020/3/16/andra-tutto-bene-si-ma-nel-frattempo/1997181/>

Andrà tutto bene: sì, ma nel frattempo?

“Andrà tutto bene”, come slogan, funziona. Ma la compagnia umana più desiderabile non è quella che anestetizza ma quella che condivide la ferita

Pubblicazione:
16.03.2020

Maurizio
Vitali

Andrà tutto bene. Il numero dei contagiati sale a 25.758. Andrà tutto bene. Al Cimitero Maggiore lunga coda di carri funebri. Andrà tutto bene. Due ore in fila all'Esselunga con la mascherina ma finalmente la spesa è fatta... azz, ho dimenticato il pane. Andrà tutto bene. Sono medico e **lavoro dodici ore al giorno in terapia intensiva**, molti colleghi si sono ammalati gravemente, mi sono fatto dare gli oli santi. Andrà tutto bene. Un'altra sirena lacera l'aria del paese deserto. Andrà tutto bene. Nel paese silente rintocca un'altra agonia.

“Andrà tutto bene”, come slogan, funziona. L'hanno messo nei testi delle loro canzoni mostri sacri come Bob Marley e John Lennon (questi precisando che “*alla fine* andrà tutto bene, e se non andrà bene, non è la fine”). Così respingendo ogni possibilità di verifica. Ne hanno fatto uso anche svariati italiani: Max Pezzali (“Andrà tutto bene, non può succedere niente di male mai a due come noi”), Nesli: “Volevo dirti che se ci credi in fondo andrà tutto bene... Se ti dico che alla fine ne usciremo insieme, anche al costo di dover lottare... è perché lo sento”.

Di recente un singolo di Levante “elenca – sono sue parole – un presente spaventoso ma aggrappandosi alla promessa che andrà tutto bene”: Tempi deserti di coraggio / Stavamo bene quando stavamo peggio / le frasi fatte per parlare / fare l'amore e non pensare / tienimi stretta in un abbraccio / non ho paura se ci andiamo insieme / del domani mi ripeti che / andrà tutto bene,

Andrà tutto bene. Sì, ma nel frattempo? E quelli cui non è andata bene per niente? E quelli che ancora soccomberanno? A

questa gente cosa gli diremo? E questo fideistico aggrapparci a un ottimismo tanto ostentato quanto azzardato, sicuri che ci aiuti a reggere queste botte, e le altre, della vita?

Non ci gira tanto attorno un adolescente, Vincenzo Pignetti:
“E tu / recavi di proteggermi ma mi hai fatto / crescere in una realtà equa / che oggi non è quella che si vive. / Per cui “andrà tutto bene” in realtà non è altro / che una menzogna perché / bene non andava quasi mai / E tu / provavi a darmi tutto quello che potevi / ma non capivi che a me bastava ed avanzava / il tuo amore”.

Io non me la sento di scagliarmi a testa bassa contro quelle migliaia o quanti che siano, di cartelli aggrappati ai balconi, contro quegli arcobaleni che per la pace, poi per le famiglie “non tradizionali”, e ora riciclati come antivirus; men che meno contro i disegni, spesso davvero belli, dei bambini. Sono come altrettanti segni di un umanissimo desiderio di condivisione e di appartenenza a una comunità che rincuori nella paura (come adesso) o moltiplichi la gioia (come nella vittoria ai Mondiali di calcio). In fondo è una ferita ciò che ci provoca e ci muove: essa ci dà l'opportunità di mettere in crisi la nostra normale falsa coscienza, renderci conto che non siamo autosufficienti, che siamo bisogno non per emergenza ma strutturalmente. E tutto questo merita rispetto e attenzione.

L'errore che possiamo fare è nel trattamento della ferita: per esempio, correre ad anestetizzarla impasticcandoci di artefatto ottimismo. A non anestetizzarla, la ferita fa male, brucia più di quando la mamma ci buttava sopra l'alcol denaturato. Ma è il solo modo per non sfuggire al presente: è questo, infatti, l'unico terreno in cui gioca la partita della vita. **La domanda è come si fa a vivere nel presente della realtà**, pur pieno di guai. Aspettare il futuro dell'immaginazione, finiti i guai, per tornare a vivere, è un'illusione alienante. Aggrapparci al nulla non è una buona idea per strapparci dal nulla.

Non anestetizzare la ferita è decisivo per non ingannarci a riguardo del guaritore. Per restare aperti a riconoscerlo, quando

lo si incrocia. A mendicarlo. Ecco: la compagnia umana più desiderabile non è quella che anestetizza ma quella che condive la ferita. Come testimoniò il grande Jannacci, c'è il barbùn dell'Idroscalo che mendica e il borghese che fa finta di niente: ma chi censura la ferita difficilmente si accorge della carezza.

Sicché, dai balconi o meno, mendicanti di tutto il mondo unitevi! Voi che non riponete nelle magnifiche sorti e progressive la vostra speranza, unitevi!

<https://www.ilsussidiario.net/editoriale/2020/3/19/mascherine-e-desiderio-di-dio-litalia-puo-e-deve-cambiare/1998467/>

Mascherine e desiderio di Dio, l'Italia può (e deve) cambiare

Cosa ci sta dicendo l'emergenza coronavirus? Che la scienza non è in grado di dare le risposte, la politica è impantanata nella burocrazia. Resta la preghiera

*Pubblicazione:
19.03.2020*

**Salvatore
Abbruzzese**

L'epidemia del coronavirus, dopo averci costretto a un progressivo silenzio nelle analisi, **ci propone, di fatto, diverse riflessioni**. Prenderne atto vuol dire apprendere dalle circostanze e sfruttare ciò che questa situazione di emergenza ci permette di capire su noi stessi e sulla società nella quale abitiamo.

La prima riflessione ci proviene dal divario insostenibile tra l'emergenza sanitaria in Lombardia – dove mancano i posti letto, il personale è insufficiente e costretto a ritmi di lavoro da vera e propria “prima linea” – e i tempi dei provvedimenti governativi.

La foto dell'infermiera che sviene per la stanchezza davanti al proprio computer e quelle delle decine di volontari sfiancati da ore di lavoro senza sosta costituiscono l'immagine sconcertante di una realtà che non ha solo bisogno di “risorse”, come recita il linguaggio della politica, ma ha la necessità di vedere, materialmente, giovani medici in arrivo, macchinari per le sale di rianimazione nel piazzale dell'ospedale pronti a essere scaricati e resi operativi, spazi per attrezzare i nuovi e indispensabili posti letto. In pratica, la rapidità operativa costituisce un criterio preliminare e inaggirabile per ogni provvedimento.

Tra una decisione del Consiglio dei ministri e l'arrivo dei macchinari e di tutto ciò che è necessario passa un lasso di tempo che può avere risultati fatali. Il nostro sistema decisionale, o se si preferisce la nostra catena di responsabilità e controlli, è costellata da passaggi burocratici che, allontanando le decisioni politiche, anche le migliori, dalla loro realizzazione, apre la

strada a esiti incerti.

Quando tutta questa tragedia sarà terminata, avremo bisogno di un'Italia diversa, dove la differenza non sarà data dal colore politico di chi agisce, ma dalla sua capacità di modificare profondamente un sistema decisionale che limita l'efficacia di ogni provvedimento.

Una seconda riflessione che emerge è data dalla mancanza di "parole chiare". La scienza parla il suo linguaggio e la moltiplicazione delle interviste e dei pareri, incalzate dai ritmi dell'informazione sui media, sfocia spesso, inevitabilmente, in semplificazioni affrettate che la scatola mediatica contribuisce ad amplificare, ingenerando confusioni e fraintendimenti.

Uscendo dal palazzo della politica ed entrando in quello della scienza, telecamere e reporter usano, di fatto, lo stesso metodo, dimenticandosi come un uomo di scienza non comunichi come un politico. La scienza vive di "distinguo" che la comunicazione mediatica non tollera ed è facile constatare come l'universo scientifico, spinto all'angolo dai ritmi delle dichiarazioni televisive, finisca per manifestare differenze non superficiali.

La stessa scelta inglese di lasciare che il virus compia la sua selezione darwiniana, poi in parte rientrata ma ripresa dall'Olanda, costituisce un esempio di come si sia in presenza di scuole di pensiero diverse. Se confidiamo nella scienza, come è giusto che sia, ci dimentichiamo con troppa facilità come questa si muova dentro i tempi della ricerca e, operando nella dimensione della probabilità, non abbia risposte "chiavi in mano" come siamo abituati a ricevere, in particolare dal mercato farmaceutico che normalmente frequentiamo.

Una terza riflessione risiede invece in un'area completamente diversa, quella dell'universo religioso. È l'immagine plastica del vescovo di Milano che sale sul terrazzo del Duomo per pregare alla "Bela Madunina". È quella di Papa Francesco in preghiera, dinanzi al crocifisso della chiesa di San Marcello al Corso, portato in processione dai romani in occasione della peste del

1522, e soprattutto la sua dichiarazione di avere esplicitamente chiesto al Signore di “fermare l'epidemia”, come è stato fatto cinque secoli fa. Sono due appelli al sacro in piena consonanza con la gravità della situazione.

In questo senso anche la scelta di **lasciare le chiese aperte a Roma**, limitandosi a vietare le celebrazioni e, più in generale, le riunioni di qualsiasi genere, dà la dimensione di un'invocazione religiosa tanto più inattesa quanto più contemporanea a un universo societario che non sembra ancora aver compreso la pericolosità del contagio e gli esiti che questo può comportare.

Per chi ha piena coscienza della gravità della situazione queste chiese aperte manifestano un'indispensabilità della preghiera che non è meno impellente dei generi alimentari. Si tratta di manifestare il proprio dolore nel luogo principale dell'accoglienza, nel luogo antropologico per eccellenza dell'accoglienza: quello della casa del Padre.

Così, quando tutto questo sarà terminato e ricomincerà la festa permanente della “società euforica”, vorrei tanto che ci ricordassimo di questi insegnamenti che le circostanze ci hanno indicato: una sanità eroica da ammirare, un sistema organizzativo-decisionale da liquidare, una scienza da riconoscere, un desiderio di Dio da custodire.

<https://www.ilsussidiario.net/editoriale/2020/3/20/coronavirus-quello-che-sto-imparando/1999058/>

Coronavirus, quello che sto imparando

“Andrà tutto bene”, come slogan, funziona. Ma la compagnia umana più desiderabile non è quella che anestetizza ma quella che condivide la ferita

*Pubblicazione:
20.03.2020*

**Giorgio
Vittadini**

E poi è arrivato lo strazio di persone sempre più vicine. Anch'io sono tra coloro che hanno fatto di tutto per minimizzare la minaccia del coronavirus. “È poco più che un'influenza”, ripetevo a me stesso e agli amici. Mi pareva una follia collettiva, non potevano essere razionali delle misure che mettono in ginocchio un popolo già in difficoltà, un'economia già in recessione. Anche la peggiore influenza passa, non perdiamo la testa e continuiamo a mandare avanti le nostre vite. Come sempre.

Da statistico facevo il conto dei morti, li paragonavo al numero eccezionale dei decessi per influenza di tre anni fa e a quanti soccombono ogni anno per infezione ospedaliera. Quanto viene detto è un inganno, un'esagerazione mediatica, pensavo.

È difficile accettare di cambiare, cambiare idea e cambiare vita. Per evitare di farlo ci si può anche rifugiare nelle polemiche pretestuose, in convinzioni consolidate (magari anche grazie a una vita agiata), e si possono brandire persino i sacri principi.

Durante la clausura, all'inizio **vissuta più come una galera**, ho dovuto dedicare molto tempo alle lezioni online: ore davanti al computer a registrare senza nessuno davanti e dovendo ricominciare da capo a ogni errore.

Man mano che passavano i giorni, la realtà si faceva più netta. Le voci lasciate in lontananza si sono avvicinate. E non ho potuto fare a meno di ascoltarle con attenzione. I contagi e i decessi crescevano. La preoccupazione si ingigantiva. Saltava la contabilità delle morti guardata con un criterio costi/benefici.

Rispondere alle domande degli studenti sul forum, dialogare con loro, recarmi fisicamente in università per la discussione delle tesi, portare avanti progetti di ricerca, continuare a costruire iniziative culturali, a un certo punto hanno smesso di essere un tentativo per tener lontano paura e dolore, per cicatrizzare in fretta le ferite e hanno cominciato a essere il mio piccolissimo contributo, il modo di dire "ci sono", "sono presente". E intanto rimanevo ammirato da quello che facevano e fanno tanti medici e infermieri. Nell'essenzialità e povertà della forma ho anche rivisto la radice profonda di tante amicizie.

Poi hanno cominciato ad ammalarsi amici e parenti di qualcuno che conoscevo direttamente. L'assedio diventava più pressante. Ho ascoltato il racconto di medici e infermieri e la malattia è diventata ai miei occhi ciò che è, un'aggressione alla vita: la perdita progressiva della capacità di respirare, il senso di soffocamento, l'allontanamento dai parenti, la morte in solitudine.

Poi è arrivato lo strazio di amici che non hanno potuto accompagnare i loro cari al cimitero o che hanno potuto pregare insieme ad altri per un familiare defunto solo attraverso Skype, a migliaia di chilometri. Ed è arrivata anche la morte di un caro amico.

Nessuno ha idea di cosa ci aspetta nel futuro anche prossimo. Fare i conti con la realtà, **come don Julián Carrón** ha detto e ripetuto, per me adesso significa accettare di non sapere, di non capire, di aver bisogno di imparare da quello che accade.

Anch'io, come molti hanno iniziato a fare in questi giorni, sto cercando di fissare ciò che imparo. Ad esempio, è cambiato il suono delle parole. Di quelle che già conoscevo e di quelle che sto sentendo in questi giorni.

Parole che mi ritrovo a scrivere spesso, come "persona unica e irripetibile", oggi mi muovono dentro e mi fanno supplicare che nessun malato venga lasciato senza respiratore. E se, come mi è capitato poche sere fa, sento un medico impegnato in trincea non limitarsi a dire: "è il mio dovere", ma anche aggiungere:

“ho fatto questo lavoro perché voglio bene alle persone, i miei pazienti sono come miei fratelli”, allora capisco quanta strada ho ancora da fare.

A proposito di parole, quante polemiche appaiono pretestuose. Non perché non si debbano muovere critiche, ma perché non è più possibile fare sconti alla superficialità, alla mancanza di argomentazione, alla slealtà, allo stare senza serietà “sul pezzo”. E infatti il tono di quelli che la sanno lunga sono più fastidiosi del solito. Parole come “senso civico”, “rispetto”, “istituzioni”, in questo momento hanno improvvisamente perso il loro accento retorico. E non me lo sarei aspettato.

Come non mi sarei mai aspettato che l'isolamento potesse diventare una forma particolare di socialità; che così in tanti, obbligati a guardare in faccia se stessi, avrebbero potuto scoprire gli altri; che in molti potessero sperimentare una forma di libertà diversa da quella che conoscevano e che non è limitata dalla responsabilità. Soprattutto non mi aspettavo che così tanti oggi fossero disponibili a dare la vita, il tempo, i soldi per altri.

Tutti ci stiamo chiedendo se questa situazione ci renderà delle persone migliori. Io non so rispondere. So solo che per risollevarci dal disastro, il nostro cambiamento personale e quello nei rapporti umani è una strada obbligata.

[https://www.ilsussidiario.net/editoriale/2020/4/21/coronavirus-una-sfida-alla-
ragione/2012224/](https://www.ilsussidiario.net/editoriale/2020/4/21/coronavirus-una-sfida-alla-ragione/2012224/)

Coronavirus, una sfida alla ragione

Quanto sta accadendo in queste settimane, l'imporsi della realtà, riaccende nell'uomo la domanda sul significato delle cose

Pubblicazione:
21.04.2020

**Fernando
De Haro**

Impreparazione, non conoscenza. La ragione scientifica non ha avuto tempo di comprendere appieno come si diffonde il virus, come colpisce l'uomo. Le polemiche sull'utilità della cloroquina nella cura dei pazienti che hanno una reazione eccessiva del sistema immunitario si susseguono mentre si continua a usare il farmaco. Medicina a tentoni. "Facevamo medicina del XXI secolo e ora stiamo facendo medicina di guerra", affermano i migliori dottori del mondo.

Non conoscenza. È l'espressione che Habermas ha usato pochi giorni fa intervistato da Le Monde: "Dobbiamo agire sulla consapevolezza esplicita della nostra non conoscenza". I politici prendono decisioni dopo aver consultato i virologi privi di certezze. Anche "l'azione politica viene eseguita sommersa nell'incertezza".

Anche la ragione che affronta questioni di significato è destinata a soccombere nel naufragio del coronavirus? Questa è una delle domande cui risponde **il nuovo libro di Julián Carrón** "Il risveglio dell'umano". L'autore si era già occupato dello "stato di incertezza" causato dalla crisi del mondo illuminista sia ne "La bellezza di disarmata" (2015) che in "Dov'è Dio?" (2017).

La radice della crisi, che ora è diventata assolutamente evidente con il coronavirus, risiede nell'uomo stesso, nella sua ragione, nella sua libertà, inclusa quella di avere una ragione critica, diceva Carrón nel suo libro di cinque anni fa. Già allora era necessario chiedersi, scriveva l'autore, se la ragione su cui si regge la filosofia illuminista può legittimamente ritenere di aver raggiunto una piena consapevolezza di sé e può dire l'ultima parola sulla ragione umana.

Carrón, come tanti altri, segnalava quindi che la ragione illuminista non ha resistito alle prove della storia. In altre parole, "la cultura dominante ha messo in crisi le affermazioni antropologiche di portata universale" (Javier Prades) promosse dall'Illuminismo. In "Dov'è Dio?" lo stesso Carrón, citando De Lubac, evidenziava che tutti i tentativi di matrice illuminista conservano spesso molti valori di origine cristiana, ma dato che sono separati dalla loro fonte non sono in grado di mantenere il loro vigore.

La tremenda devastazione causata dalla pandemia e dall'isolamento ha perforato, spiega Carrón, la bolla "che ci faceva sentire sufficientemente al riparo dai colpi della vita". Si è rivelata la fragilità strutturale della ragione, accompagnata dal sensazione di vulnerabilità. E ciò può essere, secondo l'autore, il risveglio dell'umano, l'occasione per un ampliamento della ragione, che recuperi il legame con la realtà.

In che modo uno schiaffo così intenso della realtà cruda può aiutarci ad ampliare la ragione? Camion dell'esercito sfilano con bare che non possono essere sepolte, nonni che non si possono salutare e una paura che mette a nudo la nostra impotenza essenziale, una paura che a volte ci porta alla disperazione.

La ragione ha la possibilità di espandersi perché è difficile non sentire la sua "ineffabile vibrazione" e gridare: "Perché?". Carrón documenta in molte citazioni non di filosofi o professionisti del pensiero, ma di editorialisti di giornali italiani, spagnoli e francesi, normalmente impegnati nell'analisi dell'attualità, come è emersa questa domanda. Mai come negli ultimi anni questa domanda – "perché?" –, considerata necessariamente privata, emerge con tanta forza sui giornali, nelle code ai supermercati, nelle mail dei colleghi prima necessariamente formali e distanti.

La ragione intesa in modo razionalista, che aveva chiuso le porte alla dimensione della profondità e del significato, che aveva eliminato la domanda sul significato perché era interessata solo al "come" dei fenomeni e l'eventuale perché era sempre relativo (come ha scritto Carrón ne "**La bellezza disarmata**"),

ora appare con la sua vera vocazione chiedendo il significato della realtà. La non conoscenza nell'umano diventa, se possibile, più pressante della non conoscenza scientifica e politica di cui parla Habermas.

Cosa scopre la ragione legata di nuovo alla realtà e all'esperienza? Scopriamo la nostra fragilità e la nostra insignificanza (Cuartango), che implicano l'infinitezza del desiderio che ci definisce come uomini, perché non ci facciamo da noi stessi e nella profondità della nostra persona domina una dipendenza. Nel parlare della ragione che si apre, Carrón ritorna a una delle sue abituali insistenze: lo sgretolarsi delle evidenze non impedisce che il cuore dell'uomo continui a battere irriducibile. La ragione aperta non trova risposta a una desiderata e percepita positività in principi universali astratti, in un discorso rassicurante o in ricette morali, ma nell'incontrare persone in cui possiamo vedere incarnata l'esperienza di questa vittoria, di un abbraccio che permette di stare di fronte alla ferita della sofferenza del dolore, in cui si testimonia l'esistenza di un significato proporzionale alle sfide della vita.

Non è quello che abbiamo fatto istintivamente quando in questi giorni siamo tornati a guardare i medici e i volontari? La non conoscenza scientifica ci inquieta, la non conoscenza delle "viscere della realtà" ci rende intollerabili.

Carrón chiarisce che questo ampliamento della ragione nasce in lui dalla "certezza affettiva" della presenza di Cristo "che ci chiama in modo misterioso attraverso queste circostanze". Il lettore si imbatte in un'esperienza di vittoria.

<https://www.ilsussidiario.net/editoriale/2020/5/21/ottimismo-e-coraggio/2025178/>

Ottimismo e coraggio

È il momento di porre le basi per una nuova normalità. Che sarà frutto di tante scelte. Ma due sono le qualità oggi necessarie: ottimismo e coraggio

Pubblicazione:
21.05.2020

*Ultimo
aggiornamento:*
07:16

Luigi Cammi

Se la necessità è la madre dell'invenzione – e spesso lo è –, la crisi da coronavirus potrebbe sorprendentemente **sortire alcuni esiti positivi**. Certo, è assai poco probabile che possano in qualche modo risarcire il “pedaggio”, in termini di costi umani ed economici, che la pandemia sta provocando. Tuttavia, vista l'attuale carenza generale di ottimismo, può essere d'incoraggiamento prendere in considerazione alcune opportunità.

La prima ha direttamente a che fare con l'esigenza umana del comunicare. In tal senso, i tentativi di “accorciare” le distanze utilizzando le moderne tecnologie continuano a essere efficaci e positivi. Persone, comunità, aziende, gli stessi governanti, stanno tutti imparando nuove modalità di connessione: chi non può raccontare storie di nonni e nonne che il Covid ha fatalmente edotto sull'uso di piattaforme come Zoom, Skype o FaceTime?

Per le imprese, le conseguenze sono state ancor più profonde. Molti hanno imparato a operare in remoto, a livelli elevati e a velocità molto maggiori. Queste pratiche potrebbero essere mantenute, garantendo una migliore gestione e una forza lavoro più flessibile, spesso fondamentale per supportare i dipendenti nelle diverse fasi della vita: genitori con bambini piccoli, neo-mamme o gruppi di affinità come i disabili.

I leader ora hanno un'idea più chiara di ciò che può o non può essere fatto al di fuori dei processi tradizionali delle loro aziende. Molti stanno iniziando ad apprezzare la velocità con cui le loro organizzazioni possono muoversi, una volta cambiato il modo in cui si fanno le cose. Il coronavirus, cioè, sta forzando ritmo e portata dell'innovazione nei posti di lavoro: poiché le aziende sono costrette a fare di più con meno, molti hanno tro-

vato modalità migliori, più semplici, meno costose e più rapide per operare.

L'urgenza del Covid-19 ha anche indotto innovazioni nel campo della biotecnologia, dei vaccini e dei regimi regolatori che scandiscono lo sviluppo dei farmaci, così che i trattamenti possano essere approvati e testati più rapidamente. In molti Paesi, dove i sistemi sanitari sono stati difficili da riformare, questa crisi ha reso il difficile molto più facile da raggiungere. E il risultato dovrebbe essere il raggiungimento di sistemi sanitari più resilienti, reattivi ed efficaci.

Questi rivestimenti sono ancora sottili rispetto alla scala della catastrofe generata dal coronavirus. Ma alimentare la prossima normalità, migliore di quella che andremo a sostituire, sarà una prova di lungo termine per tutte le istituzioni, globali e locali, pubbliche e private. Sarà **fondamentale ricostruire per il futuro** e non più risolvere i problemi del passato.

Una possibile prossima normalità o sarà determinata dalla possibilità che le decisioni assunte durante e dopo la crisi portino a minore prosperità, a una crescita più lenta, a un ampliamento delle disuguaglianze, a burocrazie gonfie, a confini più rigidi. Oppure potrebbe essere che le decisioni prese durante questa crisi portino a un'esplosione di innovazione e di produttività: industrie più resilienti, governo più lungimiranti a tutti i livelli e un nuovo mondo riconnesso. Nessuno dei due scenari è inevitabile, anzi, molto probabilmente ci sarà un mix tra le due possibilità. Il punto è questo: stabilire dove vogliamo che il mondo atterri è una questione di scelta, è il frutto di innumerevoli decisioni che persone, società, istituzioni e governi sono chiamati a prendere.

L'esploratore britannico degli inizi del XX secolo Ernest Shackleton una volta ha osservato: "L'ottimismo è un vero coraggio morale". Ottimismo e coraggio: queste qualità sono oggi necessarie più che mai.

<https://www.ilsussidiario.net/editoriale/2020/6/30/la-riscoperta-di-un-popolo-dopo-il-coronavirus/2042065/>

La riscoperta di un popolo dopo il coronavirus

“Andrà tutto bene”, come slogan, funziona. Ma la compagnia umana più desiderabile non è quella che anestetizza ma quella che condivide la ferita

Pubblicazione:
30.06.2020

**Ultimo
aggiornamento:**
07:17

**Fernando
De Haro**

Qualche giorno fa è arrivata su Netflix la seconda stagione di *The politician*, una delle serie di successo dell'anno scorso, creata da Ryan Murphy. Sarà interessante vedere se i nuovi episodi riflettono il cambiamento imposto dal Covid-19. **Le serie** televisive, i grandi racconti di questo inizio di XXI secolo, sono il miglior test per individuare i cambiamenti culturali: in questo caso, il possibile mutamento causato dalla pandemia. Le serie sono normalmente più incisive delle riflessioni teoriche, alcune delle quali interessanti, altre semplici riciclaggi dei resti della precedente confusione. Resti con i quali si sono elaborate le “zuppe di Wuhan”, teorie e dissertazioni dove è difficile trovare qualcosa che già non si conosceva.

Nella prima stagione di *The politician* si racconta la storia di Payton, un giovane studente che vuole diventare Presidente degli Stati Uniti. Inizia la sua carriera politica nelle elezioni di istituto, poi vuole entrare ad Harvard perché è “la fabbrica” dei presidenti. La serie perde colpi, facendo le tipiche concessioni necessarie perché la storia possa essere considerata “corretta”. In ogni caso è importante che denunci una forma di far politica basata sul *fake*: i sentimenti e la ragione degli elettori sono costantemente manipolate da falsità che strumentalizzano la realtà.

Tuttavia, la cosa più interessante, almeno all'inizio, è che i personaggi sono molto attratti da ciò che non è reale: il *fake* è diventato la loro identità. Non distinguono le reazioni umane prefabbricate dagli interessi da quelle autentiche, sembrano perfino aver nostalgia di qualcosa di importante. In una delle scene più drammatiche della prima puntata si vede Payton

durante l'intervista per entrare ad Harvard. Il professore che lo sta valutando gli chiede quando è stata l'ultima volta che ha pianto. Payton risponde facendo riferimento a un'occasione in cui tutti gli statunitensi piangono e il professore gli domanda: "Hai pianto perché si suppone che tu dovessi piangere o perché eri colpito". E Payton risponde: "Ha importanza la differenza?".

Difficilmente un personaggio post-pandemia avrebbe risposto con questo cinismo o incapacità di distinguere tra il pianto sincero e il pianto derivante da un dovere o per mantenere un'apparenza. O forse sì, il tempo lo dirà. Noi, comunque, abbiamo pianto come forse non abbiamo fatto nelle ultime due o tre generazioni. Abbiamo sentito che "non potevamo respirare", abbiamo visto qualcosa di consistente muoversi dentro di noi, abbiamo distinto la realtà dai *fake*. Forse una prova di ciò è che, attualmente, certe strumentalizzazioni cercate dai radicalismi politici, sempre disposti a utilizzare a proprio favore la sensazione di vuoto, non sono cresciute in Europa.

L'ultimo lavoro di Krastev, con i sondaggi di Datapraxis e YouGov, indica che non vi è stato un incremento delle posizioni populiste e nazionaliste. Gli europei chiedono maggior collaborazione tra gli Stati dell'Unione. Gli spagnoli, di fatto, si allontanano dagli estremismi, il che coincide con altre indagini (GAD3) dove l'80% auspica un accordo.

In questo momento c'è qualcosa che sembra resistere a ciò che il sociologo spagnolo Víctor Pérez Díaz definisce la "distruzione del demos (popolo)" mediante la polarizzazione. Un meccanismo con cui il potere fa "di ognuna delle (supposte) metà dell'insieme, le sinistre e le destre, il proprio nemico (...)" verso il quale non trova spazio nessuna amicizia civile. Verso tale metà "si può solo avere diffidenza, ostilità, sospetto, disprezzo, timore, antipatia: sentimenti negativi". Il meccanismo è più efficace nella misura in cui la società è disaggregata, facendo di ognuno ciò che si usa chiamare "un imprenditore di se stesso". Si "favorisce la dispersione dei gruppi di interessi e di identità, rafforzando la tendenza di ogni segmento ad affermare se stesso in

competizione con gli altri". Si cerca di fare in modo che "ognuno si esprima con il proprio linguaggio e rifiuti il linguaggio comune, come modo di smascherare strategie di dominazione da parte degli altri".

Quanto e come possiamo resistere a ciò che Pérez Díaz chiama "le oligarchie politiche, i demagoghi, alcune élite"? Il rapporto pubblicato recentemente dalla Caritas spagnola contiene un'interessante ipotesi di risposta. La ONG della Chiesa ha fatto una rapida valutazione della risposta alla pandemia nel suo rapporto *Diritto Sociale e Diritto alla Assistenza*. I suoi responsabili si mostrano sorpresi che si sia superata quella che definiscono "la fatica della compassione". Fino allo scorso anno sembrava che le energie sociali della solidarietà si fossero esaurite. Si era chiesto un grande sforzo per molto tempo, dalla crisi del 2008, eppure, di fronte alla necessità è apparsa una nuova gratuità, in forma di donazioni di imprenditori e privati e con l'offerta del proprio tempo. È un'altra dimostrazione dell'esistenza di qualcosa di solido.

Gli autori del rapporto, però, annotano con gran realismo: "Si consolideranno le prove di solidarietà che si stanno manifestando in questo periodo? I valori comunitari acquisteranno un peso maggiore rispetto ai valori più individuali? È presto per dare una risposta a questi interrogativi".

Si consoliderà la resistenza alla distruzione del demos? Tutto dipende dal fatto che la scintilla che ha risuscitato la coscienza dell'interdipendenza rimanga viva oltre la emergenza, sia sostenuta coscientemente e comunitariamente. La Caritas sottolinea: "**La cittadinanza degli applausi e dei balconi** sta provando a fare un passo avanti nel responsabilizzarsi collettivamente per ciò che ci accade". Risponde in forma stabile chi sa distinguere se piange perché le cose lo colpiscono o perché deve piangere. Risponde, soprattutto a se stesso, chi non è solo.

<https://www.ilsussidiario.net/editoriale/2020/7/17/covid-imprevisto-e-speranza/2049394/>

Covid, imprevisto e speranza

Le reazioni all'imprevisto, se non al trauma, della pandemia, si può dire che siano state di due tipi. La differenza tra esse sta in una parola: speranza

*Pubblicazione:
17.07.2020*

**Giorgio
Vittadini**

In modo molto schematico, le reazioni all'imprevisto, se non al trauma, della pandemia, si può dire che siano state di due tipi. Nella prima parte del lockdown, quando il Covid-19 ha smesso di essere un nuovo strano morbo che minacciava una sperduta città cinese, sui balconi delle case, nei talk show televisivi, nei messaggi via internet dominava lo slogan rassicurante **"Andrà tutto bene"**. Poi si sono viste le immagini di camion militari che portavano via le bare da Bergamo, e il clima si è fatto più plumbeo. Molti non hanno retto di fronte a una realtà diventata sempre più imprevedibile ed è subentrata una paura che, in molti, dura ancora adesso, mentre in altri, è almeno in apparenza vinta da una forma di non curanza. Per il pericolo di un possibile nuovo contagio, tanti non vanno più nei bar e nei ristoranti, non viaggiano, non si incontrano, vorrebbero prolungare in modo indefinito il telelavoro.

Si è visto e si continuano a vedere reazioni, pubbliche e private, di tutti i tipi: dalla banalizzazione di problemi molto complessi, all'utilizzo della situazione per saldare alcuni conti politici e non solo. Mentre molte autorità piuttosto che comprensibilmente ammettere di non avere la soluzione in tasca fanno finta di saperla lunga promettendo miracoli che tutti sanno essere impossibili.

A questo corrisponde la pretesa di chi vorrebbe che gli interventi assistenziali, inevitabili e doverosi nel breve periodo, si trasformassero in eterni, perché ci deve essere sempre qualcuno che tiri fuori dalle situazioni difficili. Eppure, c'è stato e c'è un altro tipo di reazione di fronte all'imprevisto. Lo abbiamo constatato durante le fasi peggiori dell'emergenza sanitaria, con la creazione dei posti di terapia intensiva, 7-8 volte quelli originari, con

l'impegno professionale e umano di medici, infermieri, personale sanitario, volontari, insegnanti, solo per citare qualche categoria.

Tanta capacità di reagire all'imprevisto, rialzandosi, è oggi in mano a imprenditori e lavoratori perché rimettano in azione un Paese che è quasi fermo e appariva senza desiderio ben prima del Covid-19.

Qual è la differenza dunque tra la prima e seconda reazione? Sta in una parola pronunciata più volte da papa Francesco nei suoi interventi: speranza. La speranza è l'esperienza di un presente che rende certi di un futuro, secondo la definizione di don Luigi Giussani. Un presente che è un Dio incarnato che cammina ogni giorno con l'uomo affaticato e stanco per dargli conforto.

Speranza è anche una parola laica. E riguarda il legame vero con i propri cari, gli amici, la comunità, il gruppo sociale a cui si appartiene, il proprio popolo.

Quando si ama veramente, in modo gratuito, qualcuno o qualcosa, il cuore suggerisce misteriosamente che quel legame non verrà mai meno. Uno magari non sa perché, ma è certo che non è vano e inutile quel gesto verso un vecchio che muore solo nella corsia di un ospedale, l'impegno per istruire i propri studenti in condizioni precarie, **lo sforzo per far vivere la propria impresa** e garantire per la propria famiglia e a chi è intorno un po' di benessere, l'impegno civico anche quando non dà potere, il servizio in un'opera di carità e volontariato verso i meno fortunati, il desiderio che la propria gente non cada nel baratro della povertà. E comincia a rischiare e, secondo il verso di Eugenio Montale, l'imprevisto diviene veramente la sola speranza, l'occasione per uscire dal torpore, dal rancore, dalla mancanza di desiderio in cui eravamo sazi e disperati prima del Covid-19. L'occasione per riscoprire le risorse di un cuore più forte di ogni tragedia ci dice che le nostre azioni belle, virtuose, coraggiose, persino il nostro male e i nostri errori ammessi, hanno sempre un perché.

<https://www.ilsussidiario.net/editoriale/2021/2/5/come-non-buttare-via-il-covid/2126223/>

Come non buttare via il Covid

Abbiamo assistito allo sforzo di un personale sanitario straordinario, che si è mosso senza rivendicare, ma servendo l'altro. Potrebbe valere anche in politica

Pubblicazione:
05.02.2021

*Ultimo
aggiornamento:*
06:58

**Giorgio
Vittadini**

Sarebbe un peccato gravissimo sprecare quanto accaduto – e sta ancora accadendo – non accogliendone una provocazione per il cambiamento”. Abbiamo sentito ripetere questo auspicio tante volte nei mesi di pandemia. Imparare da quanto è accaduto (e accade) è il desiderio che Camillo Rossi, direttore sanitario degli Spedali Civili di Brescia, ha affidato alla rivista Nuova Atlantide. La sua principale riflessione però, sorprendentemente, non riguarda come migliorare il sistema, quante risorse in più servono. Altri grandi esperti (tra cui Ricciardi, Pregliasco, Sparer, Barach) lo fanno, approfondendo i passi che dal Covid vanno fatti per costruire la medicina del futuro.

La sua riflessione non contiene nemmeno rivendicazioni di superiorità morale o invettive verso chi non ha fatto. **Il suo contributo, vissuto sul campo**, riguarda invece qualcosa che sembra più aleatorio, ma non lo è: “Di fronte a pazienti con le più diverse condizioni cliniche, affetti da un quadro sconosciuto, ma con presentazione clinica inizialmente non chiara e spesso sfumata, ma sempre più grave e urgente, tutto il personale ha lavorato insieme senza più guardare alle appartenenze, alle diverse unità operative dell'Azienda e/o Universitaria o al 'grado gerarchico' collaborando, imparando gli uni dagli altri, perdendo la nozione del tempo, staccandosi per lunghi periodi dalla propria famiglia per proteggerla, diventando famiglia acquisita per i pazienti ricoverati posti in isolamento strettissimo, adottando pratiche di pietas per i defunti. Nessuno di noi è stato obbligato, nessuno di noi ha ricevuto ordini di servizio (né verbali, né scritti)”.

Gli ingranaggi di un sistema che non funziona vanno riparati, ma non bisogna rinunciare a chiedersi come potrebbero farlo persone che mettono in gioco tutto se stesse. Non vale oggi anche per la nostra classe politica a fronte delle scelte che è chiamata a fare?

<https://www.ilsussidiario.net/editoriale/2021/4/1/provati-dal-covid-non-smettiamo-di-cercare-un-senso/2151014/>

Provati dal Covid, non smettiamo di cercare un senso

La prova più dura che la pandemia ci sta mettendo di fronte consiste nel non smettere di cercare un senso a tutto quello che sta succedendo

*Pubblicazione:
01.04.2021*

Felice Achilli

La pandemia da Covid-19 ha determinato nel nostro Paese più di 108.000 morti. Nel 2020 il totale dei decessi per il complesso delle cause di morte è stato il più alto mai registrato dal secondo dopoguerra: 746.146 decessi, 100.526 in più rispetto alla media 2015-2019 (15,6% di eccesso), a indicare che il Coronavirus, altamente letale per sé, ha prodotto anche un eccesso di mortalità per patologie non Covid, attraverso lo sconvolgimento del sistema delle cure del SSN, travolto dall'intensità della pandemia.

Il vaccino costituisce **l'unica strada percorribile** per superare questa drammatica situazione. Ma dopo un anno, ci troviamo ancora per molti aspetti, al punto di partenza: scarsa conoscenza della malattia e nessuna terapia eziologica, ospedali pieni e impreparati a reggere l'ennesima ondata di malati. Con una differenza: siamo più stanchi, quasi rassegnati e divisi tra la ricerca di un "positivo" a ogni costo e la tentazione di cavarcela, alla faccia degli altri.

Nessun evento come il Covid-19 ha posto davanti a noi ciò che tutti ci ostiniamo a non voler vedere: la fragilità della condizione umana e della sua ultima precarietà. Per la prima volta le persone hanno la percezione che una malattia grave, spesso letale, può venirci incontro e sorprenderci indipendentemente dai nostri comportamenti. Possiamo trovarci a dover affrontare un carico di **sofferenze fisiche e psicologiche** (nostre o altrui) che ci appare drammaticamente senza significato. Non siamo

padroni di noi stessi, e ancor più gravemente, non troviamo in noi la capacità di resistere, una ragione, una speranza “affidabile” in grado di farci affrontare la fatica dell’oggi.

Come di recente ha detto papa Francesco aprendo la Settimana Santa, la pandemia che un anno fa ci aveva “scioccati”, oggi “ci ha provati”, cioè ha messo ognuno di noi alla prova: credente o non credente. E la prova più dura consiste nel non smettere di cercare un senso a tutto quello che sta succedendo, perché ogni giorno la realtà che incontriamo un senso lo urge, lo chiede, lo grida pena uno smarrimento che rende sempre più difficile reggere il presente.

È vero per tutti, ma molto più per chi, come medici e infermieri, ogni giorno entra in rapporto con i malati, in una condizione di isolamento e assenza di rapporti che amplifica ancora di più la sofferenza, o con i loro familiari impossibilitati a essere presenti.

È sempre più evidente che non basta il posto letto, non bastano le terapie di supporto, quello che gli occhi dei malati chiedono da dentro il casco è qualcosa di più: una speranza, la certezza che quello che stanno passando non è senza significato, e lo chiedono innanzitutto a chi li assiste, a chi è con loro oggi.

Questo compito, per alcuni aspetti dimenticato e “nuovo”, ci fa paura, eppure, quando accettato, diventa misteriosamente la strada che ci permette di ritrovare ragioni, energia, motivazione all’impegno nella cura. Occorre accettare fino in fondo di accompagnare gli uomini nella sofferenza, per sorprendere al fondo delle ferite di ognuno il mistero di una carità che rende nuovo tutto. Solo la carità vissuta, può ridestare in noi e nei nostri malati la speranza.

È una sfida resa ancor più vera dall’irrompere nel tempo della Pandemia della Pasqua cristiana, con l’annuncio della resurrezione, cioè come dice papa Francesco, “in questa situazione Dio cosa fa? Prende la croce. Si fa carico del male. E noi cosa dobbiamo fare? Come Maria prendere la nostra parte di sofferenza di buio e smarrimento. Lungo la via Crucis quotidiana

na incontriamo i volti di tanti fratelli e sorelle in difficoltà: non passiamo oltre, lasciamo che il cuore si muova a compassione ed avviciniamoci”.

Solo questa esperienza vincerà la pandemia e permetterà una nuova costruzione.

<https://www.ilsussidiario.net/news/oltre-il-covid-un-vaccino-morale-per-supera-re-lo-stato-di-emergenza/2238560/>

Oltre il Covid/ Un “vaccino morale” per superare lo Stato di emergenza

Il Covid non è più una novità e questo non giustifica il protrarsi dello stato di emergenza. Soprattutto per i rischi istituzionali che ciò sta comportando

Pubblicazione:
21.10.2021

*Ultimo
aggiornamento:*
06:50

**Maurizio
Vitali**

Dopo **mesi di terrore**, con le prime linee degli ospedali completamente sbaragliate, i medici di famiglia silenziati nella “vigile attesa”, le scuole chiuse, gli incontri vietati e il coprifuoco, la minaccia delle varianti (opportunamente pubblicizzate con il caso di Manaus in Brasile o con i nuovi focolai nel Regno Unito) il Covid fornisce all'esecutivo più di una buona ragione per prolungare lo stato d'emergenza.

Una tale scelta appare ai più come una misura rassicurante per una pandemia che, per quanto non diversa dalle precedenti, ha comunque potuto avvalersi di fragilità strutturali e scelte politiche pronte ad aprirle le porte e a facilitarne l'opera.

Ci sono diverse ragioni per temere la scelta di prolungare lo stato di emergenza oltre il 31 dicembre.

Le più importanti sono, naturalmente, di ordine istituzionale. L'aver cambiato le regole del gioco immettendone altre, segna un pericoloso punto di non ritorno per l'attuale modello societario. Una società che da oltre vent'anni ha iniziato a ragionare secondo il registro delle opportunità e le ha pragmaticamente perseguite, non vede nessuna difficoltà a prolungare uno stato di emergenza che alla sicurezza contro la pandemia sembra unire la capacità operativa di un governo del Presidente.

Tuttavia è difficile non vedere, dietro la legittima preoccupazione per una pandemia infinita, la tentazione di una svolta strutturale, un vero e proprio cambio di passo destinato ad

anestetizzare il sistema parlamentare, percepito come il luogo della costante inefficacia.

L'Italia non presenta forse da vent'anni le caratteristiche di un'emergenza permanente (occupazionale, produttiva, amministrativa, perfino scolastica) che va ben al di là della pandemia? Chi può negare una simile realtà? Come non vedere crescere il desiderio di aggirare un Parlamento da anni rissoso e improduttivo? **Cos'è il non voto alle amministrative** se non la conseguenza dell'aver percepito, magari a torto ma concretamente, un'impossibilità reale ad amministrare? Un'impossibilità tanto più grave quanto più non risiede affatto in una presunta immoralità dei singoli – come spesso è avvenuto in passato – quanto piuttosto nella logica di funzionamento dell'intero sistema? Lanciare l'avvertimento attraverso l'abbandono del proprio diritto al voto è il segnale più che esplicito di una defezione che, per ora, si è scaricata sulle periferie amministrative, ma che certamente non mancherà di scatenarsi al centro, cioè nella costituzione del prossimo Parlamento, non appena le urne verranno finalmente riaperte.

Così, dietro un'emergenza Covid costantemente reiterata, si cela anche e soprattutto un tessuto sociale oramai politicamente fragile, pronto a firmare qualsiasi delega. La paura per il Covid, insediatasi in un'Italia già gonfia di disillusioni e disincanti, può ampiamente funzionare come il cavallo di Troia per espugnare un Parlamento che non ha fatto molto per farsi amare, anche quando ad insidiarvisi, per di più in una posizione tutt'altro che marginale, erano stati proprio coloro che volevano rivoluzionarlo da cima a fondo.

Il problema di un eventuale prolungamento dello stato di emergenza richiede la necessità di soppesare, accanto ai vantaggi, i rischi che inevitabilmente comporta, chiedendosi quindi se ne vale la pena. Dal momento che ogni prolungamento dello stato di emergenza rappresenta, di fatto, un riconoscimento del Covid come novità assoluta, tale da stravolgere l'impianto legislativo vigente, vale allora la pena chiedersi non solo se ciò

corrisponda effettivamente alla verità (vi sono ottimi motivi per pensare che il Covid non rappresenti affatto una novità dal punto di vista epidemiologico), ma anche se ciò non porti effetti secondari ancora più gravi.

È bene chiedersi se vale la pena **lasciare che la paura non si imbatta in nessun segnale autorevole che la ricacci indietro**, riportando il Covid nell'alveo delle pandemie già note e, proprio per questo, aggredibili, curabili, come già sta accadendo con gli attuali 4,5 milioni di guariti e dimessi dagli ospedali. Recuperare la fiducia, riportare la pandemia là dove può essere curata, riformando i protocolli di intervento è, certamente, la prima e più radicale emergenza che adesso incombe.

Con lo stato di emergenza non si costituisce nessuna base fiduciaria per rilanciare il paese e la fiducia costituisce, oggi, un sentimento indispensabile, un vero e proprio "vaccino morale" del quale abbiamo tutti urgente bisogno, finendo così con il costituire la vera priorità.

<https://www.ilsussidiario.net/news/contro-leffetto-covid-fidarsi-della-scienza-solo-quando-risponde-ai-bisogni-umani/2236452/>

Contro l'Effetto-Covid/ Fidarsi della scienza? Solo quando risponde ai bisogni umani

Una scienza che vuole accaparrarsi la fiducia deve essere umana, cioè attenta a tutta la persona umana, perché la persona è più che la somma delle sue cellule

Pubblicazione:
21.10.2021

**Ultimo
aggiornamento:**
06:46

**Maurizio
Vitali**

Recentemente si è svolto a Padova il First International Meeting di StemNet, la federazione cui fanno capo le quattro principali associazioni di **ricercatori sulle cellule staminali**: First, Gism, Iplass e Scr-Italia.

Questo convegno, tra i primi ad essere celebrato in presenza, ha condiviso dati sulla ricerca biomedica in un campo in rapida evoluzione che riguarda, appunto, l'uso delle cellule staminali. Una speciale sessione è stata dedicata agli aspetti etici e normativi e ha criticamente affrontato il tema della comunicazione scientifica con particolare riferimento alla ricerca biomedica.

L'evento di StemNet si è aperto alla luce dell'esortazione del grande scienziato-filosofo Poincaré: "Lo scienziato deve fare ordine: la scienza si fa con i fatti così come una casa si fa con i mattoni, ma l'accumulazione dei fatti non è scienza più di quanto un mucchio di mattoni non sia una casa". Tale netta posizione sollecita riflessioni sulla ricerca scientifica e sulla fiducia che possiamo porre nei suoi confronti in questo momento difficile dal quale con fatica si cerca di uscire.

Il primo forte richiamo è che nella scienza contano i fatti, cioè i dati sperimentali e non le opinioni o le ideologie. Tuttavia questi "mattoni", essenziali per costruire, devono essere compresi e utilizzati con un criterio globale, perché siano efficaci allo scopo. Anche se il metodo sperimentale è da considerarsi potente e rigoroso, occorre ricordare che esso è anche costoso e anche

laborioso e che non restituisce verità dogmatiche. Spesso occorrono molte osservazioni per arrivare a conclusioni solide che non esprimono “opinioni personali”, ma cosiddette certezze scientifiche che tuttavia non sono esenti da un margine di errore più o meno grande. I risultati possono spesso esigere il confronto e la discussione ed essere di grande aiuto per studiosi onesti e realisti.

Il vero problema non sta quindi nel rischio di errore, ma in ciò che, ancora Poincaré, suggeriva di temere: “la scienza incompleta, quella che ci illude con vane apparenze e ci impegna a distruggere ciò che vorremmo costruire in seguito quando saremo meglio informati... esistono persone che si infatuano di una idea non perché sia giusta ma perché nuova e alla moda... sono dei terribili distruttori”.

Anche in questa situazione appare quanto mai importante una comunicazione completa e trasparente sia riguardo le modalità con cui i dati sono ottenuti e sia sulle ragioni che portano a determinate conclusioni. Niente di più deleterio un clima culturale in cui ognuno si crei e propagandi la sua propria verità scientifica senza confronto di ragionevoli supporti oggettivi basti sui fatti. Un relativismo che sfocia poi in una contraddizione: l'assolutizzare la propria verità imposta con le più diverse forme di violenza.

La fiducia in molta ricerca biomedica è stata spesso minata proprio dalla non chiara informazione sui metodi e sullo scopo, favorendo anche studi dai risvolti etici discutibili o addirittura inaccettabili.

È su questo terreno che si possono innestare vere e proprie menzogne, supportate da forme di competizione che degenerano in gare di esposizione mediatica con la forzatura di risultati che è nociva alla buona scienza e anche pericolosa. Come sottolineato e testimoniato dal convegno padovano, niente è più efficace della collaborazione scientifica che può garantire non solo controllo dei dati, ma anche sicurezza quanto mai importante per le terapie innovative.

Proprio parlando di cellule staminali, non si può infatti dimenticare che attorno a questa parola si sono costruiti aloni di magia con proposte terapeutiche quanto meno improbabili se non addirittura basate su informazioni scientificamente infondate.

Come è noto le cellule staminali, insieme ai loro prodotti biologici, sono state a lungo studiate per la loro capacità di rigenerare i tessuti e di modulare la risposta del sistema immunitario e il meeting di StemNet ha evidenziato nuovi importanti passi. In tempi più recenti la ricerca sulle cellule staminali si è avvalsa di tecniche di ingegneria genetica e sta sviluppando promettenti prospettive di cura delle patologie congenite anche basate su nuove tecnologie, come la stampa 3D, in grado di rivoluzionare le possibilità terapeutiche basate sull'ingegneria degli organi e dei tessuti. Il programma del meeting Stemnet ha evidenziato alcuni rilevanti progressi metodologici della ricerca nel settore, con una particolare attenzione posta anche ad alcune promettenti prospettive di applicazioni cliniche.

A fronte di questi risultati, appare quanto mai necessario, in questo momento, non frenare questi studi che costituiscono una possibile positiva risposta ai cosiddetti bisogni insoddisfatti dei pazienti, consapevoli che il loro sviluppo richiede ancora tempo, buona ricerca e finanziamenti adeguati. Purtroppo i troppi dibattiti sulla pandemia, spesso simili a risse oltre che ripetitivi e improduttivi sono tutti incentrati su green pass e vaccini e questo rischia di oscurare l'attenzione sul problema complessivo della gestione sanitaria.

È quindi urgente investire su approcci terapeutici adeguati al contrasto del virus e soprattutto tornare presto a una corretta ed efficace gestione di altre importanti patologie, che già sono e rischiano di essere ancor più gravemente trascurate. Per coltivare la fiducia occorre un salto qualitativo che implica una relazione chiara tra chi riceve l'informazione e chi la comunica come in tutti i veri rapporti umani.

Perciò possiamo fidarci solo di uomini liberi, la cui posizione umana sia disposta a cercare e ad amare la verità più che a

sostenere ideologie. Una scienza che vuole accaparrarsi la fiducia deve essere umana, cioè attenta a tutta la persona umana con le sue esigenze, perché la persona **è più che la somma delle sue cellule** e del suo stato sociale.

La scienza può anche fare errori, ma l'ombra che può oscurarla è un potere che non riconosca gli errori e non lavori per l'uomo. Come ha saggiamente scritto Guardini, tutti "abbiamo il dovere di ordinare il potere in modo che l'uomo, facendone uso, possa rimanere uomo".

<https://www.ilsussidiario.net/news/covid-politica-si-puo-cancellare-la-liberta-con-la-scusa-di-salvare-il-pil/2273188/>

Covid & Politica

Si può cancellare la libertà con la scusa di salvare il Pil?

Arriva un nuovo giro di vite nelle misure anti-Covid. E la situazione sembra destinata a peggiorare ulteriormente almeno fino al 24 gennaio

Pubblicazione:
06.01.2022

**Mauro
Bottarelli**

Dovrei odiare Novak Djokovic. E il perché sta tutto **in questa lettera**. E invece no, lo ringrazio. Di cuore. Perché ha mostrato a tutti quanto sia sgradevole l'abuso. Io sto vivendo da recluso, da sequestrato di Stato, senza nemmeno poter più prendere i mezzi pubblici, a causa di un cuore che guarda con sospetto il vaccino. Mentre lui vola in Australia verso la gloria. E i milioni. E fa bene. La sua postura da Marchese del Grillo è la miglior risposta a chi pensava di avere la verità in tasca, poiché totalmente prono al presunto totem della scienza. Ed eccoci qui, invece. Guardatevi attorno, cari concittadini: Milano è una città in lockdown di fatto. Morta. Nel pieno del periodo festivo. E dei saldi. E immagino che, stante il numero di contagi, anche il resto d'Italia non sia tutta un fuoco d'artificio. In compenso, stanno portando all'esasperazione cittadini e imprese. Un bel risultato, non c'è che dire. Roba da Migliori. Gente che in vista del Consiglio dei ministri di ieri accampava ragioni ridicole come la difesa del Pil che cresce per imporre a 2,5 milioni di lavoratori il super green pass, a fronte di un mondo confindustriale sdraiato ma una classe di imprenditori (quelli veri, gli stessi che – non a caso – Confindustria non vogliono vederla nemmeno col binocolo) che puntava invece a tamponi con prezzo calmierato e di più facile reperimento. Si chiama libertà. Capisco che la paura del virus stia paralizzando tutti, ma dopo due anni, forse è il caso di farsela qualche domanda sull'ap-

proccio meramente repressivo. Quantomeno, alla luce dei risultati. File nelle farmacie, ovunque. Di vaccinati. Focolai su navi da crociera dove si sale solo con doppia dose e tampone: qualche genio su Rete4 o La7 sicuramente azzarderà l'ipotesi di super-poteri dei no-vax, ora capaci di infettare anche a distanza. E con il pensiero. E, soprattutto, un forte dubbio. Davvero forte. Scrivo prima del Consiglio dei ministri, quindi all'oscuro delle decisioni che sono state prese e che comunque potrete conoscere tramite qualsiasi telegiornale guardate. Dal basso del mio corso di laurea in Giurisprudenza interrotto a metà, voi che avete studiato e magari avete sei master, mi spiegate quale sia la ratio di espellere a freddo e preventivamente dal ciclo produttivo circa 2,5 milioni di lavoratori di fatto sani per preservare il Pil? Di più, dove trae energia quasi cinetica l'intransigenza con cui il ministro Brunetta si oppone al ritorno parziale allo smart working? Se per difendere l'economia occorre bloccare i contagi arrivati a livelli esponenziali, come paiono confermare tutti, perché dire no a un'organizzazione del lavoro che opera in tal senso e che oltretutto gode già di un rodaggio consolidato dalla prima ondata?

Vi prego, aiutatemi. Perché questi premi Nobel incompresi vorrebbero che io sia indignato per Novak Djokovic, invece lo sono pesantemente con loro. Quantomeno, il tennista serbo si è guadagnato con il talento e il lavoro duro il suo status di campione, lo stesso che ha obbligato gli organizzatori ATP a garantirgli quell'esenzione medica, al fine di non far perdere appeal (leggi sponsor e copertura mediatica) al torneo. Invece chi sta imponendo a noi un regime di restrizioni totalmente inutili alla prova dei fatti, dall'alto di quale titolo lo fa? Aver salvato **l'euro**? Benissimo, peccato che sia una legacy onorifica che poco si concilia con la materia sanitaria. Il CTS, forse? Quello che ha cambiato cinque decisioni in dieci giorni sulla quarantena? Non vi sorge un dubbio relativo a una strisciante volontà di imposizione surrettizia di riforme del lavoro attraverso l'alibi del virus, magari? Siamo alla versione pandemica della Riforma Hartz, all'implementazione sanitaria della Legge Biagi?

Il dubbio è forte, mi scuserete. Così come lo sgomento di fronte a una Cgil che non più tardi di due settimane fa ha portato in piazza i lavoratori contro la Manovra e ora vede Maurizio Landini parlare come Confindustria rispetto alle regole da adottare sui luoghi di lavoro, mentre le imprese chiudono per il caro-energia, i tavoli di crisi al ministero restano tutti drammaticamente aperti e la Spoon River di morti sul lavoro aggiorna quotidianamente il computo delle croci. In Francia, il Parlamento ha ottenuto una sospensione dei lavori nella discussione sull'introduzione del green pass, nonostante Emmanuel Macron premesse per un iter a oltranza. Magari non otterranno nulla da questa pausa, ma spicca una differenza, immediata e innegabile: a un'ora di aereo da Milano, di certe materie che sconfinano con la libertà dell'individuo si discute in Parlamento. Non nelle cabine di regia. Retaggi barbari delle ghigliottine, probabilmente.

E io dovrei arrabbiarmi con Novak Djokovic, di fronte a un orizzonte simile? No, io sono sempre più arrabbiato con un Ordine dei medici della Lombardia che non mi risponde sul perché la mia dottoressa di base mi abbia scaricato da un giorno con l'altro, oltretutto con una scusa falsa. Fra un mesetto finisco l'insulina, a chi vado a chiederla? Al generale Figliuolo? A Brunetta? Me la prescriverà il ministro Speranza in persona? Mi interesserebbe saperlo, perché a oggi sono senza medico di base. A Milano, non in un paesino delle Madonie. Sindaco Sala, niente da dire? O, magari, da fare?

Capito perché ora Novak Djokovic diventerà l'incarnazione del male, il capro espiatorio dell'abuso e del privilegio? Perché il forte rischio è quello che la gente, ormai assuefatta anche alla paura e in pericolosa transizione verso lo scoramento, cominci a guardare la Luna e non più il dito che gli mostrano Governo, CTS, tele-virologi e media compiacenti. Io sono arrabbiato per il fatto che nessun medico sia saltato sulla sedia e mi abbia detto che posso vaccinarci in assoluta tranquillità, altro che prendermela con il campione serbo. Forse perché non è vero e

nessuno, bontà sua, ha voglia di avermi sulla coscienza?

Signori, qui siamo davvero ai titoli di coda. Ma sarà una schermata lunga, preparatevi. Da qui al 24 gennaio, data di prima convocazione d'Aula per il voto presidenziale, il Governo dovrà cercare un collante che lo tenga insieme. E giocherà sporchissimo. Il muro alzato in Cdm da un ministro fedele come Giancarlo Giorgetti parla chiaro: si sta esagerando. E nel verso sbagliato. E temo che più di qualcuno cominci a mettere in conto qualche incidente di percorso che porti al voto anticipato: nel qual caso, certe alzate d'ingegno si pagheranno nelle urne. Carissime.

Prepariamoci quindi a venti giorni di puro allarme a 360 gradi, a martellamento mediatico sul numero di contagi e sui no-vax pentiti, all'ossessiva presenza di medici nei programmi tv, alla DAD per far saltare i nervi ai genitori e punirli implicitamente per il clamoroso fiasco in cui si sta sostanzando la campagna vaccinale per i più piccoli (alla faccia della fiducia nella scienza). Poi, raggiunto il 24 gennaio, si potrà comincia a sperare. Perché la politica si concentrerà unicamente sulla sua lotta di potere al massimo livello. Di cui alle gente che fatica a **pagare le bollette** e fare il pieno di benzina non interessa giustamente nulla, non essendo l'Italia una Repubblica presidenziale. Come la Francia, ad esempio. Dove però di certe materie si discute in Parlamento. E non con Locatelli, Brusaferrò e soci chiusi nelle cabine di regia. E quando si sta esagerando, a Parigi si impone la sospensione dei lavori. Anche se questo fa infuriare il Re Sole di turno all'Eliseo.

E io dovrei odiare Novak Djokovic? Io che non prendo un tram da inizio dicembre, nonostante la pagliacciata dei controlli tipo Belfast negli anni dei Troubles siano durati tre giorni, giusto il tempo che sparissero le telecamere di SkyTg24 dalle fermate? Dovrei prendermela con chi risponde all'abuso con abuso? No, mi spiace. Attendo con un misto paradossale di disinteresse e impazienza l'elezione del prossimo Presidente. Poi, quando si scatenerà il Vietnam politico e finirà la pantomima del bene

comune al Governo, partirò al contrattacco. Ordine dei medici compreso, li avverto con largo anticipo. Anche i diabetici secondari e cardiopatici nel loro piccolo si incazzano. Ricordate Ezechiele 25:17 in Pulp fiction?

<https://www.ilsussidiario.net/news/sanita-post-covid-ansia-motivazioni-turnover-ce-una-crisi-di-senso-che-non-si-vuol-vedere/2397414/>

SANITÀ POST-COVID/ “Ansia, motivazioni, turnover: c'è una crisi di senso che non si vuol vedere”

Il Covid ha lasciato una situazione devastata: turni massacranti, personale che si licenzia, medici in crisi di motivazione. Cosa fare?

*Pubblicazione:
31.08.2022*

**Alberto
Reggiori**

Seguendo l'interessante incontro tenuto al Meeting di Rimini dal titolo “La sfida del Covid” con la presenza del ministro Speranza, sono emerse questioni interessanti ma, lo dico da medico ospedaliero, molto altro poteva essere menzionato e non lo è stato.

Sul Covid è ormai stato detto tutto ed a volte anche troppo, direi che l'argomento è saturo. Ma qualcosa va ancora detto per capire meglio il presente.

Abbiamo tutti ancora negli occhi e nel cuore **i giorni tumultuosi dello Tsunami sanitario**, di cui la famosa foto dell'infermiera esausta ed addormentata è il simbolo riconosciuto, assieme agli scafandri di pazienti e sanitari, e al dramma delle bare e delle morti solitarie.

O l'incredibile **dedizione di medici ed infermieri** che non si sono sottratti, di persone normali che hanno tirato fuori una forza ed una decisione insospettabili, persone su cui forse, in altri tempi, nessuno avrebbe puntato e che si sono rivelate coraggiose e generose oltre misura. Ho ancora negli occhi i racconti di chi, madre di famiglia, lavorando come infermiera o dottoressa, ha accettato settimane da separata in casa, senza poter ricevere l'abbraccio dei figli e del marito, nella solitudine di una quarantena che si era imposta per tutelare i propri cari e i pazienti. Di chi è andato volontariamente a lavorare in reparti diversi da quello

di sua competenza, seguendo con umiltà e dedizione infermiere e medici più giovani. Di chi per ore, vestito con scafandri pesanti, sudava e rimandava i pasti fino a fine turno, inventandosi modi per far comunicare i pazienti con i propri cari lontani. Di reparti scomparsi dalla sera alla mattina per trasformarsi in rianimazioni, in degenze Covid, in letti per subacuti, in riabilitazioni polmonari, in centri vaccinali con migliaia di accessi.

Da dove nasce questa grandezza? mi chiedevo in quei giorni terribili.

Ma qui siamo molto lontani dalla retorica dell'eroe, qui parliamo di persone, di vita quotidiana, di madri, di padri, di giovani infermiere neoassunte. La loro forza nasceva dal vivere a fondo la propria umanità, niente di più. Niente di eccezionale, solo l'infinita grandezza del cuore umano, a cui spesso imponiamo limiti, ma che, se lasciato libero, stupisce addirittura noi stessi. Abbiamo un tesoro che spesso teniamo nascosto.

Ora tutto questo è alle spalle. O quasi.

Il Covid è stato, ed è, un avversario coriaceo e non ha ancora sventolato bandiera bianca. Varianti, risalite, nuove ondate, vaccinazioni da completare, ancora il bollettino quotidiano dei morti che non è mai uguale a zero.

Intanto, mentre la notizia Covid ha perso parecchie posizioni nei telegiornali ed i virologi sono stati scalzati dapprima da esperti di guerra e politica internazionale poi dai soliti politici in campagna elettorale, negli ospedali la vita recupera il suo corso. I reparti sconvolti hanno ripreso le proprie tradizionali attività, apparentemente come se nulla fosse, ma nel cuore, nella mente e nella coscienza di chi ci lavora sono ancora presenti sconvolgimenti di difficile diagnosi. Chi ha passato tutto questo fa ancora fatica a dare un nome al disagio residuo, non è a suo agio con il senso delle giornate spese in corsie o nelle sale operatorie.

C'è qualcosa di non risolto che serpeggia e di cui chi governa la sanità a tutti i livelli non sembra accorgersene. Eppure, i sintomi sono evidenti e tipici: dimissioni di medici ed infermieri che rag-

giungono livelli mai visti, nuclei storici di infermieri dello stesso reparto che si sono dissolti, *turnover* velocissimi di qualche mese seguiti dalle dimissioni; sembra non esserci più l'energia per affrontare di nuovo la normalità dei turni, delle notti, dei festivi; le motivazioni alla base della professione (aiuto a chi soffre, solidarietà, cura, compassione umana, etc.) non reggono più a distanza di anni. Vengono preferite mansioni meno nobili ma più tranquille (turni di vaccinazioni, ambulatori, part-time, ufficio). Ho visto sparire decine di infermiere e di colleghi dai reparti e chi rimane sembra spesso in balia di un burn-out poco rimediabile. Professionisti che hanno speso tutte le loro energie nella trincea anti-Covid, sono ora alla perenne ricerca di ferie e riposi. Per non parlare delle malattie. Molti a fine carriera hanno raggiunto di corsa, anche con scorciatoie, la pensione, creando così un gap generazionale tra i pochi esperti rimasti ed i giovani ingaggiati con criteri di necessità (assunzioni di specializzandi anche al terzo anno) e lasciati con responsabilità più grandi di loro.

I commenti ricorrenti negli ospedali sono di sconforto e di lamento, anche perché il tema di recuperare le prestazioni perdute in tempo Covid si è fatto prepotente: le Regioni impongono target di attività superiori di almeno il 10% rispetto al 2019. Ci sono migliaia di interventi, di esami, di prestazioni rimaste insoddisfatte e lista d'attesa che si allungano. Per far fronte a questo si richiedono turni aggiuntivi a gettone, prestazioni extra, abolizione dei riposi. Il tutto con personale in costante calo. Una mia collega ha risposto alla domanda: perché ti vuoi licenziare? affermando di preferire uno stipendio della metà ma con turni meno impegnativi e assenza di reperibilità rispetto al contrario.

Inutile aggiungere che l'esplosione della sanità privata ha facilitato questo travaso. Il dialogo con molti sanitari non più motivati mi ha creato un senso di sconforto iniziale, acuito dall'aumento dell'impegno che anche a me è richiesto. Il ritmo è per tutti decisamente pesante: ferie e riposi saltati per far fronte ai turni e alla mancanza di personale.

Ma fermiamo qui la lista delle pur reali lamentazioni.

E affrontiamo per primo il piano personale: questo disagio, dopo momenti di smarrimento, mi ha posto evidenti domande, anche perché non tutti vivono così.

Subire, scappare o accettare? O altro? Lavorare per la causa dell'Azienda (così si chiamano gli ospedali adesso) o per me stesso e per i pazienti riscoprendo un senso (che è sempre presente nel nostro lavoro) che ci ridà il gusto delle attività e dei rapporti? Mi sono accorto che guardo con una certa invidia chi riesce a vivere con letizia e con entusiasmo la giornata, fosse anche l'ultimo arrivato. Perché vorrei assomigliargli.

Mi rendo conto che questa è la chiave per liberare il buono che c'è in noi: verificare nell'istante che niente è inutile e che la domanda di cura, di guarigione e di accompagnamento che il paziente incarna, magari senza dirlo, va accolta generando un bene anche per me.

Il bene che trasmetto all'altro, la sofferenza che minimamente tento di alleviare, mi tolgono la fatica del lavoro. Quanto è più pesante e insopportabile un lavoro senza senso!

In fondo perché vorrei scappare? Cosa c'è di più umano che affrontare positivamente quel pezzo di mondo che mi trovo tra le mani?

Sul piano dell'organizzazione del lavoro, invece, penso che non ci siano ricette miracolose, ma che innanzitutto chi governa il sistema sanitario debba investire in modo deciso su quella che burocraticamente si definisce risorsa umana. Sull'infermiera, sul medico, sul tecnico sanitario. Il cosiddetto calcolo dei carichi di lavoro crea situazioni degenerate se non si ascolta la base, chi lavora in corsia di giorno e di notte. È necessario assumere nuovi medici e nuovi infermieri; paradossalmente meglio un medico in più ed una Tac in meno. La situazione dei Pronto Soccorso lo dimostra.

E ascoltare; girare i reparti, parlare con tutti, pazienti compresi, abbandonare spesso i nostri Pc dai rassicuranti monitor pieni di numerini che ci confortano e ci dimostrano che abbiamo ragio-

ne per scoprire la realtà.

Questa vale per tutti, anche per i direttori e gli assessori e, perché no? anche per il ministro. Lasciando sempre aperta la porta alle sorprese di cui la risorsa umana è incredibilmente capace.

<https://www.ilsussidiario.net/news/covid-obbligo-vaccinale-vs-liberta-di-cura-e-ora-di-finire-la-guerra-civile/2436809/>

Covid/ Obbligo vaccinale vs. libertà di cura: è ora di finire la “guerra civile”

*Anche chi si è sottoposto alla terza dose ha contratto il Covid.
E la coercizione in nome della “scienza” si è dimostrata un abuso*

Pubblicazione:
09.11.2022

**Ultimo
aggiornamento:**
13:36

**Anna Maria
Bellesia**

La presidente Meloni aveva annunciato al Parlamento di non voler replicare un modello coercitivo, aveva sottolineato giustamente che la scienza non può essere una religione. Nel programma elettorale della coalizione di centrodestra è scritto chiaramente che il contrasto alla pandemia da Covid-19 deve avvenire “attraverso la promozione di comportamenti virtuosi e adeguamenti senza compressione delle libertà individuali”. Lo stesso Berlusconi, nel suo discorso al Senato, ha ribadito più volte il concetto di libertà e rimarcato che “Non abbiamo mai approvato una norma, una legge, un provvedimento, che potessero ridurre gli spazi di libertà dei cittadini”.

Ebbene perché allora non affermare *claris verbis* che si vuole fin da subito intraprendere una conseguente politica che non fa più uso della coercizione e di misure pesantemente limitative delle fondamentali libertà personali? E perché non esprimerli in modo unitario visto che quello era il patto elettorale?

E che dire di quelli del “Ce lo dice la Scienza”? Perché tanto fanatismo ideologico quando la scienza è per definizione antidogmatica e in continua evoluzione? Oggi è evidente che anche i “tridosati” si sono contagiati quasi tutti e che il vaccino proposto a inizio 2021 non è stato efficace nel prevenire il contagio e, forse, anche sulla sicurezza bisognerebbe approfondire. È accaduto molte volte che un farmaco ritenuto valido in un primo momento sia stato addirittura ritirato in seguito perché risultato nocivo. Si chiama *progresso scientifico*, ogni passo non è mai quello definitivo. Perché quelli del “Ce lo dice la Scienza” non hanno l’onestà intellettuale di ammetterlo?

E che dire infine di quelli che fanno di tutte le libertà possibili o immaginabili la propria bandiera, per poi negare il diritto alla libertà di cura già formalmente riconosciuto? Oggi in certi ambienti va di moda rivendicare tenacemente la libertà di assumere droghe, la libertà di abortire, la libertà di avere figli a qualunque costo in qualsiasi modo, la libertà **di decidere il proprio fine vita**, la libertà di svegliarsi una mattina e sentirsi donna, la libertà di svegliarsi il giorno dopo e sentirsi maschio. Poi però si nega all'individuo il diritto alla libertà di rifiutare di inocularsi un siero di cui non è convinto. Dov'è la coerenza?

Ritorniamo al rispetto dei diritti

Basta con le stucchevoli polemiche da social o da talk show e con le guerre di religione che hanno motivazioni tutte politiche. Ritorniamo a un sano pragmatismo e a un vero rispetto dei diritti fondamentali e delle libertà individuali. A cominciare da quelli già scritti e riconosciuti.

La legislazione Ue, nella Carta dei diritti fondamentali, stabilisce che "Ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica" e che "Nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati: il consenso libero e informato della persona interessata", consenso libero dunque, e non solo informato. Durante l'apice della pandemia, tutti presi dalla totale fiducia nei nuovi vaccini proposti dall'industria farmaceutica, che in quel momento parevano sicuri ed efficaci, i governi europei e quello italiano in particolare hanno scelto di comprimere le libertà per spingere sulla vaccinazione di massa fino a introdurre l'obbligo vaccinale, basandosi sul principio costituzionale che la salute è non soltanto diritto individuale ma anche interesse collettivo.

Una scelta politica, basata sulle evidenze di quel momento, pur essendo ben chiaro che era comunque una forzatura.

Infatti, lo stesso Consiglio d'Europa, all'inizio del 2021 e della campagna vaccinale di massa, pur riconoscendo agli scienziati il merito di aver predisposto in tempi record un vaccino anti-Covid considerato "un bene pubblico globale", ha ricordato però

ai governi di garantire ai cittadini il diritto di essere informati che la vaccinazione non è obbligatoria, che nessuno deve essere sottoposto “a pressioni politiche, sociali o di altro tipo per essere vaccinato, se non desidera farlo personalmente”, e che nessuno deve essere “discriminato” per non essere vaccinato. Ha ammonito anche a “istituire sistemi efficaci per il controllo dei vaccini e la loro sicurezza dopo la loro diffusione nella popolazione generale, anche per monitorarne gli effetti a lungo termine”. Ecco, adesso è il momento di puntare esattamente su questo e non di continuare con guerre ideologiche. Anche a questo dovrebbe servire una Commissione parlamentare d’inchiesta.

In attesa della Corte Costituzionale

Dalla sentenza della Corte Costituzionale, attesa per fine novembre, è logico aspettarsi che le misure coercitive, prese nel pieno dell'emergenza pandemica, saranno giudicate legittime, pur con qualche paletto, perché la Corte non potrà smentire se stessa.

Per esempio i danneggiati da vaccino dovranno essere presi in carico dallo Stato e risarciti, mentre finora anche parlarne è quasi un tabù. Su questo punto c'è una lunga e consolidata giurisprudenza.

Al tempo stesso, è certo che sarà riconosciuta la legittimità dell'obbligo vaccinale, ove l'interesse della collettività lo richieda. La Corte ammette anche le sanzioni amministrative, ma è difficile immaginare che perdere il diritto al lavoro e al sostentamento sia in qualche modo giustificabile.

Inoltre, come già scritto in sentenze precedenti, per qualificare come obbligatorio un determinato trattamento sanitario bisogna tenere conto dei dati e delle conoscenze medico-scientifiche disponibili, secondo una “*dinamica evolutiva*” che deve guidare le scelte. La discrezionalità del legislatore fra obbligo o raccomandazione “deve essere esercitata alla luce delle diverse condizioni sanitarie ed epidemiologiche, accertate dalle autorità preposte, e delle acquisizioni, sempre in evoluzione, della

ricerca medica" (Sentenza 5/2018).

In parole povere vale sempre il criterio di proporzionalità, adeguatezza e ragionevolezza. Quella ragionevolezza che certi commentatori facinorosi sembrano aver perso del tutto.

Gli autori degli articoli

Salvatore Abbruzzese,

Felice Achilli, Responsabile della Cardiologia
dell'AO San Gerardo a Monza

Antonella Amendola,

Giuseppe Arbia,

Anna Maria Bellesia,

Paolo Berta,

Paola Binetti,

Paolo Bonfanti,

Giorgio Bordin,

Mauro Bottarelli,

Luigi Cammi,

Michele Castelli, Docente di politica sanitaria e sistemi sanitari
nell'Università di Durham (Regno Unito)

Alberto Contri,

Gianluigi Da Rold,

Fernando De Haro,

Luigi Fabbris,

Giuseppe Frangi,

Enrico Gori,

Raffaella Marin,

Augusto Pessina,

Mirella Pontello,

Alberto Reggiori,

**Camillo Rossi,
Carlo Signorelli,
Maurizio Vitali,
Giorgio Vittadini,
Carlo Zocchetti,**

Quaderni de *ilSussidiario.net*

02. Dal Covid alla sanità di domani, 2020/22



ilSussidiario.net

Via Legnone 4
20158 Milano
T +39 0238236508
F +39 0238237493
www.ilsussidiario.net