



## Che cosa abbiamo imparato dalla epidemia del coronavirus?

Nicola Giannelli\*

La pandemia è indubbiamente un evento forte e duraturo. Una sua eventuale recrudescenza potrebbe radicare paure che al momento sembrano superate. Per sapere davvero quale apprendimento ne deriverà bisognerà aspettare che il tempo ci mostri quali cambiamenti nel comportamento si sono consolidati e quali invece hanno avuto breve durata. Le *routines* sono di solito la vetrina più visibile di un apprendimento. Si pensi, ad esempio, a come sono cambiati in tutto il mondo i protocolli di sicurezza dopo l'11 settembre 2001. Col passare del tempo emergono apprendimenti spesso inattesi mentre altri declinano o si trasformano. L'elenco che segue è dunque del tutto ipotetico e serve solo come riflessione aperta.

### *Apprendimento 1: Il sistema sanitario è un'assicurazione collettiva e non possiamo permetterci di non averla*

È cambiato il modo con il quale guardiamo al Sistema Sanitario Nazionale. In passato vi sono esempi di istituzioni nate per la protezione della salute collettiva, come la quarantena adottata dalla Repubblica di Venezia per scongiurare le pestilenze e di norme igieniche per la salute pubblica. Ma i sistemi sanitari odierni sono nati come condivisione dell'assicurazione dai rischi sanitari di categorie di lavoratori e dei loro familiari. Laddove questa assicurazione è stata affidata al mercato, questo ha fallito nei confronti proprio della popolazione più esposta a rischio. Negli USA, quando Johnson introdusse l'assicurazione pubblica Medicare, metà della popolazione anziana non aveva copertura. Il Sistema sanitario nazionale era invece nato nel secondo dopoguerra in Gran Bretagna come passaggio da un principio assicurativo individuale a principio di cittadinanza sociale. È come diritto si è radicato nei paesi europei. I costi della garanzia di questo diritto sono però stati però oggetto di preoccupazione per il presente e per il futuro.

La novità della Pandemia è che questi costi non devono più essere messi nel conto delle tutele individuali o dei diritti sociali, ma anche in quelli che garantiscono il funzionamento del sistema economico complessivo. Il sistema sanitario è una infrastruttura economica come la scuola, le strade, le ferrovie.

Il lockdown è stato avviato per salvaguardare il sistema sanitario prima ancora che le vite delle persone a rischio. È stato subito evidente che senza un sistema sanitario efficace tutto il sistema di organizzazione economica e sociale sarebbe stato travolto. In questa percezione ha probabilmente avuto un ruolo una sensibilità per i rischi di salute e di morte dei cittadini che nel passato e fino al tempo recente delle guerre mondiali non era mai stata così elevata. I governi democratici che hanno provato a evitare o ritardare il lockdown per ragioni economiche sono incappati proprio nella impossibilità di imporre al loro paese una strada che mettesse l'economia davanti alla salute.

### *Apprendimento 2: Se la minaccia non è percepita come concreta e devastante, la sola conoscenza non genera apprendimento*

Avevamo sperimentato in passato eventi straordinari, come incidenti, terremoti o alluvioni, di fronte ai quali i pronto soccorso ospedalieri si sono trovati in gravi difficoltà. Perciò nel 1996 furono emanate

---

\* Università di Urbino.



linee guida che obbligavano i presidi sanitari a predisporre Piani di emergenza per massiccio afflusso di feriti (P.E.MA.F.). Gli ospedali nel 2020 ne erano dotati ma si sono rivelati assolutamente inadeguati di fronte a questa nuova emergenza.

Si trattava di una emergenza non sperimentata dal sistema ma non per questo impreveduta.

Che la pandemia fosse un rischio grave lo si sapeva già prima della oggi famosa Ted Conference del 2015 nella quale Bill Gates spiegava che l'esperienza di Ebola e della Sars ci avevano insegnato che se si fossero verificate le condizioni che poi si sono verificate, avremmo avuto una pandemia mondiale. Infatti, già nel 2005 l'Organizzazione mondiale della sanità aveva avvertito i paesi membri di questo rischio e nel 2006 il governo italiano ha approvato un Piano pandemico nazionale nel quale si legge: «Una pandemia influenzale costituisce una minaccia per la sicurezza dello Stato: il coordinamento condiviso fra Stato e Regioni e la gestione coordinata costituiscono garanzia di armonizzazione delle misure con quelle che, raccomandate dall'OMS, verranno intraprese da altri Paesi»<sup>1</sup>. Le regioni hanno ricevuto il piano e ne hanno adottato uno proprio complementare. Ad esempio la Regione Lombardia lo ha fatto approvando il Piano pandemico regionale il 2 ottobre del 2006 e ha poi nominato una commissione di esperti per aggiornarlo nel 2009, cosa che è stata fatta l'anno successivo. Quindi l'emergenza era prevista, ma questo non è bastato a fare sì che si generasse apprendimento. Ci consola forse aver visto che pochi altri paesi avevano davvero preso sul serio questo rischio e tra i meno attenti c'era proprio il paese di cui è cittadino lo stesso Bill Gates.

In mancanza di un pericolo avvertito come cogente e imminente, gli avvertimenti che la natura ci aveva dato (Ebola e Sars 1) non erano stati percepiti come abbastanza dirimenti. La percezione dei cittadini-elettori sicuramente influenza le priorità dei dirigenti politici. Ma in altre situazioni sono stati i leader politici ad alimentare la percezione di pericolo della popolazione per minacce molto meno gravi al fine di ricavarne consenso. Incidentalmente faccio notare che esattamente lo stesso sta avvenendo con il riscaldamento climatico mondiale, benché singoli episodi di questa altra emergenza siano già visibili.

### *Apprendimento 3: La difficoltà di focalizzare l'attenzione sui rischi prioritari*

Il lockdown totale della città di Wuhan è stato il 23 gennaio 2020. La notizia ha fatto il giro del mondo. Appena il giorno prima l'Emergency Committee dell'Organizzazione mondiale della sanità aveva concluso che l'epidemia ancora non costituiva un Public Health Emergency of International Concern (Pheic). In quegli stessi giorni usciva però un articolo di uno scienziato cinese<sup>2</sup> che stimava con un valore molto alto il tasso di infettività (RO 2,24-3,58). Il 30 gennaio l'Oms dichiarava il suddetto Pheic ma non raccomandava la sospensione dei collegamenti aerei ed anzi affermava che i pazienti asintomatici, pur esistenti, non costituivano una via rilevante di diffusione.

Fino a questo momento sul tasso effettivo di letalità del virus in Cina le stime oscillavano. Su 22 mila casi a Wuhan la stima di letalità era del 2,8% ed era sospetta di essere sovrastimata, così come il tasso del 0,18% in altre aree della provincia di Hubei appariva frutto di una sottostima. Questa oscillazione dipendeva dall'incertezza riguardo alla effettiva diffusione del virus (numero di infettati) e dalla sottostima di pazienti con progressi gravi compromissioni respiratorie tra i pazienti cinesi<sup>3</sup>. Il 7 febbraio in

<sup>1</sup> Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie del Ministero della Salute, 2006, *Piano nazionale di risposta ad una pandemia influenzale*, Roma, p. 7.

<sup>2</sup> Shi Zhao e al., 2020, *Preliminary Estimation of the Basic Reproduction Number of Novel Coronavirus (2019-nCoV) in China, from 2019 to 2020: A Data-driven Analysis in the Early Phase of the Outbreak*, «International Journal of Infectious Diseases», n. 92, pp. 214-217.

<sup>3</sup> Battagay M. e al., 2020, *2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV): Estimating the Case Fatality Rate – A Word of Caution*, «Swiss Medical Weekly», 7 febbraio.



Italia i casi di Coronavirus riconosciuti erano 3, un italiano che era stato in Cina e una coppia di turisti cinesi che si stimava lo avesse contratto prima di arrivare in Italia.

Sull'International Journal of Antimicrobial Agents l'11 febbraio usciva un articolo dove si leggeva: «The current estimate of the mean incubation period for Covid-19 is 6.4 days, ranging from 2.1 days to 11.1 days (2.5th to 97.5th percentile), with potential asymptomatic transmission. Although the situation is evolving and further updated data are required to confirm these estimations, there is great potential for a large outbreak of COVID-19 soon»<sup>4</sup>. Quindi: c'è un rischio di trasmissione asintomatica e un grande potenziale per una vasta epidemia di Covid-19 in tempi rapidi.

Il 14 febbraio, con un numero di decessi di 1500, quasi il doppio del picco della Sars 1, l'Oms raccomandava che «tutti paesi con trasmissione sociale dovrebbero seriamente considerare di posporre o ridurre gli assembramenti che portano le persone ad avvicinarsi e hanno il potenziale di amplificare la malattia e raccomanda la pratica del distanziamento fisico». Due giorni dopo allo stadio San Siro di Milano si giocò la partita di Champions League Atalanta-Valentia in occasione della quale 40 mila tifosi bergamaschi hanno potuto festeggiare calorosamente la vittoria della loro squadra. Bergamo è poi diventata una delle città più colpite d'Italia. Il 20 febbraio venne identificato in Italia il celebre paziente 1 di Codogno.

Il 21 febbraio uscì, ad opera di un gruppo di scienziati cinesi, on line, open access, su una rivista internazionale un articolo che rimbalzò subito in giro per il mondo<sup>5</sup>. Per quanto ancora limitato a pochi casi, l'articolo considerava con attenzione i fattori di età, genere, malattie pregresse. Le conclusioni sono chiare: «In conclusione, la mortalità dei pazienti critici con malattia polmonare Sars-Cov-2 è alta. Il termine di sopravvivenza dei non sopravvissuti è di circa 1-2 settimana dopo l'ammissione alla terapia intensiva (il 71% hanno richiesto la ventilazione forzata). I pazienti con oltre 65 anni e comorbilità e Ards (Acute Respiratory Distress Sindrom) sono a rischio crescente di morte. La gravità del virus mette sotto forte pressione le strutture ospedaliere, specialmente se non sono adeguatamente dotate di risorse e personale».

Contemporaneamente sulla rivista scientifica Viruses usciva un articolo che lanciava l'allarme sia sulla pericolosità degli asintomatici<sup>6</sup> che sulla evidenza che le categorie a rischio fossero le persone anziane e quelle con patologie polmonari pregresse (oltre che, ovviamente, gli immunodepressi).

Di fronte a questo scenario in Italia si è tardato inutilmente a fare la cosa più importante: mettere al sicuro le persone appartenenti alle categorie a rischio. Il 21 febbraio furono tempestivamente chiuse le cosiddette zone rosse. L'8 marzo state chiuse le scuole di ogni ordine e grado e le università nelle regioni dove si riscontravano più casi. Il 21 marzo il lockdown si estese a tutta Italia. Ad avviso di chi scrive la focalizzazione del dibattito pubblico sulla chiusura delle regioni e delle attività economiche ha distolto l'attenzione dalle altre due fondamentali cose da fare: isolare le persone a rischio e tracciare i casi come già si faceva in Cina e in Corea. Lasciando intendere che l'unica strategia efficace era bloccare il più possibile le persone, si sono esposti a rischio gli anziani e le persone con immunodeficienza. I bambini invece di andare a scuola erano affidati ai nonni. Parenti e operatori andavano nelle case di cura per anziani senza le dovute precauzioni. In alcune di queste case cura si diceva agli operatori che «non dovevano spaventare i degenti».

---

<sup>4</sup> Castellani G.L., Portas M., Giannini G. e Di Mauro L., *Il Covid 19: storia e sviluppo della prima epidemia da Coronavirus*, Simla-web.it 13/05/2020.

<sup>5</sup> Xiaobo Yang e al., 2020, *Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study*, «Lancet Respir Med», published online, Doi: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30079-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30079-5).

<sup>6</sup> Lisa E. Gralinski e Vineet D. Menachery, 2020, *Return of the Coronavirus: 2019-nCoV*, «Viruses», vol. 12, n. 2, p. 135.



Nei primi giorni i malati Covid arrivavano negli ospedali senza pre-triage e senza isolare adeguatamente gli altri malati e neppure gli operatori sanitari. Perfino medici generici e farmacisti sono stati esposti a rischio.

Il ruolo degli asintomatici nella diffusione del virus è stato sottovalutato, tranne in alcuni casi nei quali i dirigenti sanitari hanno capito il pericolo nonostante i protocolli non lo prevedessero, come è stato il caso del dott. Crisanti in Veneto.

La cosa che sembra oggi più incredibile è che questi errori siano stati commessi anche da paesi che avevano potuto assistere alla evoluzione della situazione prima cinese e poi italiana. La Germania rappresenta una eccezione positiva non solo perché aveva già molti posti di terapia intensiva ma soprattutto perché ha subito attivato percorsi di tracciamento e isolamento.

Accanto alla difficoltà di identificare la gravità di un pericolo finché non lo si sperimenta, c'è dunque la difficoltà cognitiva di adeguare le strategie alle priorità generate sulla base delle conoscenze scientifiche. L'emergenza ambientale ce lo aveva già dimostrato.

#### *Appendimento 4: La presa in carico sul territorio è fondamentale*

Le difficoltà nella gestione della pandemia hanno ricalcato i problemi principali della organizzazione delle cure sanitarie. Già durante il periodo più critico è emerso come modello di maggior successo l'approccio della Regione Veneto perché, tra le regioni del nord più colpite dal virus, è apparsa avere una strategia di intervento preventivo e contenimento, anziché limitarsi ad inseguire l'emergenza cercando di adeguare l'offerta ospedaliera alla domanda crescente. Non c'è lo spazio per una analisi più approfondita, ma la maggior parte dei commentatori esperti si sono trovati d'accordo nel dire che il modello cura tutto incentrato sugli ospedali è stato in questo caso insufficiente, anzi pericoloso. Raccomandando le persone di stare in casa e segnalare «sintomi sospetti» ai propri medici curanti, che non avevano terapie efficaci da proporre, e inducendole a non andare in ospedale finché i sintomi non fossero davvero gravi si è lasciato crescere la gravità dei pazienti senza alcuna cura, senza che fossero fatti tamponi per capire se il paziente andava isolato anche dai familiari, tracciando tutte le persone cui era venuto in contatto, per poi accogliere in ospedale pazienti con carica virale elevatissima, altamente contagiosi in ambienti non adeguatamente schermati. Strategia pericolosa soprattutto in quei contesti territoriali nei quali non insistono grandi presidi ospedalieri in grado di specializzare l'accoglienza e separare i settori.

Così si è aperta oggi la discussione sui programmi di prima cura e di assistenza domiciliare. Discussione importantissima anche a pandemia esaurita perché avendo l'Italia una popolazione per il 23% ultra sessantacinquenni, la metà di questi afflitti di malattie croniche, in condizioni normali l'ospedalizzazione nelle fasi acute non corrisponde ad una strategia continuativa di presa in carico, ma ad una funzione impropria di tappa-buchi del settore ospedaliero che è insostenibile per i costi, inappropriata e inefficace rispetto alle esigenze di questa fascia di popolazione che assorbe il 70% delle risorse sanitarie. Il ruolo dei medici di famiglia deve essere rivisto in modo che assicuri la continuità della presa in carico e prestazioni di base, anche infermieristiche. I servizi sociali devono essere messe in condizione di mantenere i contatti con le popolazioni a rischio sanitario. Gli ospedali devono diventare un luogo di cura per limitati periodi specifici, ad alto contenuto diagnostico, tecnologico, terapeutico in collegamento permanente con la cura di base.



### *Apprendimento 5: La sanità digitale ha una grande potenzialità sul territorio*

Da molti anni ormai le nuove tecnologie offrono la possibilità della diagnosi da remoto, della messa in rete delle competenze, della presa in carico a distanza, della gestione di una cartella sanitaria digitale che raccolga tutte le informazioni utili al percorso di cura. Le potenzialità possono espandersi fino alla chirurgia a distanza e anche oltre. Fino ad oggi coloro che avrebbero maggiormente beneficiato di queste possibilità, vale a dire i cittadini di quelle aree nelle quali non c'è un bacino di utenza tale da poter offrire una grande varietà di presidi sanitari, ad alta specializzazione e con équipe mediche consolidate, hanno spesso visto con diffidenza la telemedicina come fosse una medicina serie B destinata a cittadini di serie B. Ma non sarà rimpiangendo i piccoli ospedali costruiti quaranta o cinquanta anni fa che otterranno in piccolo centro urbano il livello di cura che oggi si trova nell'Ospedale Niguarda a Milano.

Forse l'esperienza del lockdown, con la necessità di imparare a comunicare, a studiare e a lavorare on line, potrebbe aver spinto molte persone ad abbandonare questo pregiudizio e a chiedere, invece, che vengano adottati protocolli seri e sicuri tra i cittadini, gli ambulatori territoriali e le grandi reti ospedaliere.