

Si chiude (con riserva) un periodo che non dimenticheremo, ma servirà accertare errori e deficit

scritto da Scenari Internazionali | 5 Maggio 2020



di Andrea Fais
[Direttore Responsabile]

Dopo ben 53 giorni, dalla mezzanotte di ieri, in Italia si è ufficialmente concluso il cosiddetto *lockdown*, ovvero il “confinamento”, sancendo l’ingresso nella Fase 2. Inizialmente (Fase 2A) saranno previste solo alcune concessioni alla libertà di movimento, in attesa dello sblocco ulteriore, che dovrebbe avviare un secondo periodo (Fase 2B) a partire dal prossimo 18 maggio, a condizione che i buoni risultati sin qui raggiunti in termini di riduzione del contagio siano tendenzialmente confermati.

Il nostro Paese resta per ora l’unico caso al mondo di chiusura completa delle attività – fatti salvi i comparti e i servizi ritenuti indispensabili – e confinamento della popolazione nelle rispettive

abitazioni sull'intero territorio nazionale per un periodo di tempo così lungo. Soltanto la provincia dello Hubei (60 giorni) e la città di Wuhan (76 giorni), primo focolaio mondiale dell'epidemia, hanno applicato restrizioni simili per un periodo più lungo, ma il resto della Cina era già gradualmente tornato alla (relativa) normalità in poco più o poco meno di un mese, a seconda della situazione specifica di ciascuna provincia e delle suddivisioni amministrative particolari di livello provinciale (le quattro municipalità, le cinque regioni autonome e le due regioni amministrative speciali).

Occorrerà capire a fondo perché il governo si è visto costretto ad assumere provvedimenti così drastici, dannosi non solo per la nostra economia ma anche per la salute mentale dei cittadini, sottoposti a durissima prova in questa drammatica ed estenuante Fase 1. Stando ai numeri forniti dalle autorità di polizia, al netto di alcune migliaia di denunce su oltre 16 milioni di controlli, la stragrande maggioranza degli italiani ha rispettato le regole, accettando la situazione e comportandosi correttamente per evitare l'ulteriore propagazione del Covid-19 nel Paese.

Ne è riprova l'andamento della curva epidemica al Centro e al Sud della Penisola, dove l'atteso *boom* di casi positivi fortunatamente non si è verificato, nonostante gli sciagurati rientri dalla Lombardia, specie nel Mezzogiorno, di studenti o lavoratori fuori sede, prima che l'intera Italia fosse dichiarata "zona protetta", lo scorso 11 marzo.

Mortalità altissima

In Italia, il virus – che dal mese di dicembre sta attraversando il mondo da Est ad Ovest – si è particolarmente concentrato nell'area della Pianura Padana, tra Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna e Veneto, ad oggi le prime quattro regioni per numero di casi, trovando evidentemente in quelle zone un terreno più "fertile" per la sua malevola propagazione.

Alcuni ricercatori, non solo in Italia, hanno avanzato l'ipotesi che il tasso di inquinamento possa aver favorito, almeno indirettamente, il contagio. L'elevata concentrazione di PM10 presente in Pianura Padana, tra le più alte d'Europa, costituisce indubbiamente un fattore pregresso estremamente critico. Se non altro, infatti, chi vive in questa vasta area geografica ad alta industrializzazione del nostro Paese è maggiormente soggetto allo sviluppo di malattie croniche che indeboliscono o compromettono l'apparato respiratorio.

Un recente studio congiunto dell'Università di Siena e dell'Università di Aarhus (Danimarca) ha evidenziato che «in quell'area vivono tantissime persone con malattie pregresse, anche respiratorie, dovute all'inquinamento» [1]. Dal momento che i decessi legati al Covid-19 sono per lo più causati dall'insorgere di sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS), a sua volta generata da una risposta immunitaria in eccesso scatenata da citochine, chemochine ed interleuchine, una polmonite interstiziale bilaterale, quella provocata dal Covid-19 nei casi più gravi, può – secondo lo studio – risultare letale in un paziente con apparato respiratorio già compromesso.

La tesi di fondo dei tre esperti, tutti italiani, insomma, è piuttosto chiara e lineare: «Un sistema immunitario squilibrato e debole, compromesso dall'esposizione cronica all'inquinamento atmosferico può portare all'insorgere di ARDS ed eventualmente alla morte, specie in caso di gravi comorbilità respiratorie e cardiovascolari». Inoltre, recita lo studio, «dal momento che una prolungata esposizione all'inquinamento atmosferico potrebbe indurre consistenti modificazioni del sistema immunitario (Tsai et al., 2019), cambiamenti a breve termine della qualità dell'aria potrebbero non essere sufficienti ad interrompere questo circolo vizioso. Tutto ciò potrebbe essere confermato dall'alto tasso di mortalità, nonostante la drastica riduzione dei livelli di inquinamento atmosferico in Lombardia dall'inizio dell'epidemia» [2].

Stando ai dati forniti dal Ministero della Salute al 4 maggio 2020, con decessi, la Lombardia è la regione più colpita del Paese, sia in termini assoluti che rispetto alla popolazione contagiata (), con un tasso di mortalità pari al 18,3%. Il Piemonte, che ha vissuto un andamento epidemico più attardato rispetto al vicino, ha ormai raggiunto quota casi e vittime, per un tasso di mortalità pari all'11,53%. In Emilia-Romagna si registrano invece casi e vittime, per un tasso di mortalità pari al 14%. Infine, il Veneto – la regione che secondo il giudizio unanime di esperti e osservatori ha risposto meglio e più tempestivamente all'emergenza sanitaria – è riuscito ad arrestare in poche settimane una situazione molto pericolosa, apparentemente simile a quella lombarda, attestandosi a casi, di cui deceduti, per un tasso di mortalità dell'8,3%.

Lo studio congiunto italo-danese precisa in ogni caso che non possono in alcun modo essere trascurati altri «importanti fattori» con «un ruolo, presumibilmente più preminente rispetto all'inquinamento atmosferico, nella diffusione del SARS-CoV-2». Quali sono questi fattori? La struttura per età della popolazione contagiata, le profonde differenze tra i sistemi sanitari regionali italiani, la quantità di unità di terapia intensiva nelle regioni e le politiche di prevenzione adottate dal governo. Quando poi, il virus è entrato nelle RSA, soprattutto in Lombardia e in Emilia-Romagna, dove sono in corso inchieste della Magistratura a riguardo, molti poveri connazionali anziani non hanno avuto scampo.

Piuttosto alti, infatti, sono i tassi di mortalità anche in molte altre regioni, sebbene meno colpite in termini assoluti per numero di contagiati e decessi, come le Marche (14,64%), la Liguria (14,51%), la Valle d'Aosta (12,16%), l'Abruzzo (11,06%), il Trentino-Alto Adige (10,5%), la Puglia (10,32%), il Friuli-Venezia Giulia (9,72%), la Toscana (9,17%), la Sardegna (9,03%), la Campania (8,13%), la Calabria (7,87%), il Lazio (7,65%) e la Sicilia (7,49%). Al momento, l'unica regione italiana al di sotto della "linea Wuhan" (mortalità al 5,8% [3]), è l'Umbria, ferma al 5,02% con 70 deceduti su casi di contagio. Nella piccola regione del Centro Italia, la medicina territoriale, avvalendosi di un dettagliato protocollo pandemico regionale risalente al 2007 [4], ha fin'ora svolto un'efficace azione preventiva nel

contenimento del contagio, riconosciuta anche da uno studio della Fondazione Gimbe [5].

Risposta tardiva

Tre dei fattori al di fuori dell'inquinamento individuati dallo studio italo-danese citato in precedenza, chiamano direttamente in causa l'azione politica, sia nazionale che locale, rispetto all'emergenza sanitaria. Una risposta che – numeri alla mano – può definitivamente considerarsi gravemente insufficiente, ampiamente deficitaria e palesemente carente sotto molti punti di vista. Secondo uno studio redatto dalla Regione Lombardia lo scorso 28 aprile, è infatti «altamente probabile» che il 26 gennaio scorso ci fossero già 543 casi di Covid-19 nell'intero territorio regionale, di cui 46 nella sola Milano [6]. La ricostruzione a ritroso, realizzata sulla base della statistica del contagio e dei racconti dei primi pazienti, ci consegna un quadro che molti sospettavano da tempo e che getta ombre estremamente preoccupanti sulle effettive capacità di prevenzione e di reazione del nostro sistema sanitario nazionale, in generale, e del sistema sanitario regionale lombardo, in particolare.

Mentre la stampa italiana concentrava la sua attenzione sulla vicenda dei due turisti cinesi ricoverati all'Istituto Spallanzani di Roma e sugli italiani rimpatriati da Wuhan dopo il blocco militare imposto dal governo cinese, il virus era quasi certamente già arrivato nel nostro Paese, cominciando ad agire "sotto traccia" libero e indisturbato. Non può essere ignorato il fatto che a complicare il quadro è stata – ed è tutt'ora – la folta presenza di contagiati asintomatici, ignari ed inconsapevoli vettori della malattia. Ad oggi, infatti, non si ha nemmeno la certezza assoluta – e forse non si avrà mai – che il salto di specie tra animale e uomo (*spillover*), accreditato quale origine del SARS-CoV-2 da tutta la comunità scientifica mondiale [7][8], sia avvenuto a Wuhan o nella stessa Cina.

Tuttavia, al netto delle oggettive difficoltà che l'Italia e la Lombardia si sono trovate ad affrontare, permane una certezza inquietante. Esiste infatti una *timeline*, pubblicamente reperibile, delle comunicazioni tra la Cina, l'OMS e gli altri Paesi. Il 31 dicembre, giorno dell'allarme lanciato dalle autorità di Wuhan in merito a 27 primi casi di «polmoniti anomale» [9], i telegiornali di tutto il mondo – Italia inclusa – informavano per la prima volta i telespettatori della comparsa di una malattia respiratoria ancora ignota emersa nella città cinese, presumibilmente collegata ad un mercato ittico nel distretto di Jiangnan. Una settimana più tardi, dopo aver definitivamente escluso la presenza nei pazienti di tutti i patogeni respiratori già conosciuti, gli scienziati cinesi isolano il nuovo coronavirus. Il 10 gennaio tracciano le sequenze genomiche del virus: prima le sottopongono all'attenzione dell'OMS, due giorni dopo le pubblicano rendendole note al resto del mondo.

Dal 12 gennaio, tutti i sistemi sanitari nazionali erano dunque in grado di preparare i kit diagnostici per l'individuazione dei positivi. Se ancora il 13 gennaio l'OMS non confermava con certezza scientifica la

trasmissibilità uomo-uomo della malattia, entro pochissimi giorni la comparsa di nuovi contagiati anche al di fuori del focolaio del mercato ittico di Huanan avrebbe definitivamente fugato gli ultimi dubbi residuali.

Dalla metà di gennaio, il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità e le nostre sanità regionali avevano a disposizione un quadro piuttosto chiaro della situazione. Sono rimaste ancora per diversi giorni sconosciute le effettive capacità degli asintomatici di trasmettere il virus ma erano noti gli elevatissimi fattori di rischio della malattia, specie in pazienti fragili (anziani ed immunodepressi). Quando tra il 23 gennaio e l'8 febbraio, il governo cinese ha prima blindato militarmente la città di Wuhan e poi costruito in tempi record due ospedali provvisori – Huoshenshan e Leishenshan, rispettivamente da e posti letto – era ormai impossibile ignorare la potenziale pericolosità di questo virus.

Il 5 febbraio, infine, ben quindici giorni prima della scoperta del cosiddetto "paziente 1" in Italia, l'OMS, pubblicando il suo Piano Strategico per la Risposta e la Preparazione (SPRP), aveva già precisato che «l'epidemia presenta un rischio molto alto in Cina ed un rischio alto a livello regionale [Asia-Pacifico, *ndt*] e globale», sottolineando che «la valutazione del rischio è basata su fattori quali la probabilità di ulteriore diffusione, l'impatto potenziale sulla salute umana e i diversi livelli di efficacia nelle misure di risposta e nella preparazione a livello nazionale» [10].

Confronto impietoso

Ammettere il rischio, informare i cittadini ed arginare il contagio ad ogni seppur minimo focolaio prima che potesse irrimediabilmente propagarsi sono state le armi vincenti di tutti quei Paesi che, anche al di fuori dell'Asia Orientale, hanno saputo rispondere meglio all'epidemia. Prendendo spunto da un'esperienza di studio condotta tra il 14 gennaio e il 12 febbraio scorsi dai medici di Shenzhen, capitale *hi-tech* della Cina, nella provincia del Guangdong, un articolo pubblicato dall'autorevole rivista scientifica britannica *The Lancet* lo scorso 27 aprile [11] evidenzia che «mentre guardiamo alle strategie del dopo-lockdown dovremmo esaminare i modelli che hanno permesso di controllare con successo la trasmissione del SARS-CoV-2 o che comunque hanno consentito di registrare un basso indice di mortalità, quali Cina, Singapore, Taiwan, Corea del Sud, Germania e Islanda».

Queste strategie includono «test e tracciamento dei contatti su larga scala, coadiuvati da moderate forme di distanziamento sociale». In pratica, il contrario di quello che si è fatto in Italia o in altri Paesi, come Stati Uniti e Gran Bretagna, che stanno pagando il prezzo di un'evidente impreparazione e/o di un'estrema sottovalutazione iniziale dell'epidemia. In questi casi, infatti, il lavoro di tracciamento è stato inizialmente molto scarso e limitato. In questo modo, i focolai di contagio si sono estesi rapidamente, costringendo poi i governi nazionali o locali ad introdurre necessarie ma tardive forme estreme di distanziamento sociale, logicamente mal digerite o rifiutate dalla

popolazione, come in diversi Stati americani, dove è più radicata la tradizione *libertarian* di una certa destra statunitense.

Nel nostro Paese, il primo caso noto di Covid-19 è stato diagnosticato soltanto il 20 febbraio a Codogno, ad una settimana dalla comparsa dei primi sintomi. Tornato in Pronto Soccorso una seconda volta in condizioni gravissime, il cosiddetto "paziente 1", poche ore prima di finire intubato ed incosciente in un letto di Rianimazione al San Matteo di Pavia, aveva ottenuto il tampone per puro caso, dopo la decisione autonoma di un medico di sottoporlo a test nonostante l'assenza dei requisiti stabiliti dal Ministero della Salute. Per una settimana, infatti, quel paziente si è sentito ripetere dai sanitari le due domande standard previste dal protocollo sanitario nazionale: *Proviene dalle aree a rischio della Cina? È stato a contatto con persone provenienti da queste aree?* Un protocollo palesemente insufficiente, che ha ostacolato per settimane il tracciamento dei pazienti nonostante l'anomalo numero di polmoniti documentato in alcuni ospedali della Lombardia e del Piacentino addirittura già a partire dalla fine di dicembre [12].

Mentre la comunità scientifica internazionale, impegnata notte e giorno sullo studio del virus, cercava di fornire risposte coerenti e tempestive, in Italia ha inoltre prevalso la logica dello scontro politico tra il governo PD-M5S e alcune regioni di centrodestra, egualmente responsabili, a vari livelli, del controllo sanitario.

Per settimane, l'informazione *mainstream*, non di rado caotica ed impreparata, alla ricerca spasmodica del *click* sul telecomando o sul mouse del PC, ha contribuito a divulgare anche notizie confuse, quando non vere e proprie *fake news*, mettendo continuamente in dubbio i dati provenienti dal resto del mondo, in particolare dalla Cina. A complicare il quadro, gli interventi di alcuni medici, scienziati od opinionisti nei *talk-show* televisivi hanno prodotto un'autentica *infodemia*, un incessante rigurgito di notizie, indiscrezioni e narrazioni, a volte persino in contrasto tra loro.

Alle tantissime persone costrette in casa, mentalmente più fragili, sono state trasmesse innumerevoli insinuazioni, spesso prive di reale fondamento, che hanno portato l'ascoltatore/lettore ad individuare, di volta in volta, un nemico esterno – la Cina, l'OMS, la Germania, la Francia e così via – per attribuirgli l'etichetta di "untore", "criminale" o "complice", col risultato di alzare una cortina fumogena sulle reali dinamiche di quanto di grave era accaduto e stava accadendo nel nostro Paese.

I numeri forniti dal portale Covid-19 dell'Università Johns Hopkins, tuttavia, parlano chiaro. A Singapore, città-Stato asiatica iper-connessa ed iper-collegata, dove non c'è mai stato un vero e proprio *lockdown*, il tasso di mortalità da Covid-19 è ancora fermo allo 0,095%, con 18 decessi su positivi. In Corea del Sud, dove la situazione era letteralmente esplosiva alla fine di febbraio a causa del grande focolaio di Daegu, la mortalità si attesta al 2,33% (252 decessi su casi). In Giappone, dove il governo di Shinzo Abe era stato inizialmente criticato per la gestione della situazione creatasi a bordo della nave da crociera Diamond Princess, ancorata al Porto Internazionale di

Yokohama, attualmente la mortalità è al 3,27% (487 decessi su casi). In Germania, dove i contagi sono stati monitorati sin dal primo caso apparso in Baviera a Gennaio, la mortalità al momento è ferma al 4,15% (deceduti su casi).

In Italia, invece, con decessi su casi, il dato è incredibilmente al 13,72%. Si tratta del terzo più alto al mondo, dopo quelli registrati da Belgio e Francia. Una differenza troppo marcata per essere banalmente associata alla struttura per età della popolazione dal momento che, come mostra un recente rapporto del Population Reference Bureau di Washington, anche Giappone e Germania risentono di un analogo processo di invecchiamento, registrando una quota di *over-65* sulla popolazione totale rispettivamente pari al 28,2% e al 21,4%, con l'Italia ferma al 22,8% [13].

Tornare alla normalità

Senza minimamente scalfire l'indiscusso sacrificio professionale di migliaia tra medici, infermieri e operatori sanitari negli ospedali del nostro Paese in questi due mesi e mezzo di atroce emergenza, il nostro sistema sanitario nazionale era globalmente impreparato in termini di risorse e organizzazione.

Le probabili cause di questa situazione possono essere tante, anche intrecciate l'una con l'altra: i tagli alla sanità e alla ricerca degli ultimi vent'anni; la conseguente considerevole riduzione del personale sanitario, dei posti di terapia intensiva e dei dispositivi di protezione individuale; la fuga di tanti giovani medici e ricercatori verso gli ospedali e i laboratori di Gran Bretagna, Svizzera, Germania o Stati Uniti, dove il loro lavoro viene meglio retribuito e apprezzato; la pratica ormai consolidata in diverse regioni italiane di convogliare fondi pubblici verso la sanità privata con l'obiettivo, palesemente fallito, di ridurre costi e tempi d'attesa aumentando la qualità del servizio; la caotica riforma del 2001 del Titolo V della Costituzione in materia di riparto delle competenze tra Stato ed enti locali; la massiccia delocalizzazione verso l'estero delle linee di produzione del comparto biomedicale ed altre ancora.

Oggi, in tempi di ipocrisia generale, va di moda mettere la globalizzazione – ieri unanimemente accettata quale incontrovertibile tendenza dei tempi – sul banco degli imputati quando, in realtà, gran parte di ciò che non funziona in Italia è principalmente il frutto delle politiche adottate dai nostri governi a partire dal 1992, in modo del tutto spregiudicato, senza tener conto dei rischi e delle conseguenze economiche e sociali che certe scelte di scriteriata e generalizzata *deregulation* avrebbero comportato.

Osserviamo così quotidianamente tantissimi esponenti politici, di maggioranza e di opposizione, cadere in una rete infinita di contraddizioni politiche e storiche, incapaci di immaginare una concreta visione strategica, una programmazione – almeno ventennale – in grado di restituire a questo Paese la capacità di riformare il sistema istituzionale, di fornire una rete efficiente di servizi pubblici al cittadino, di ricostruire il tessuto produttivo e di recitare un ruolo

ben più autorevole nel quadro delle relazioni internazionali. Nell'incertezza del quadro politico-economico europeo, il futuro dell'Italia sembra appeso ad un filo, esposto al pericolo che il rapporto debito-PIL schizzi entro l'anno oltre un punto di non-ritorno. Per adesso possiamo soltanto affidarci alla speranza che l'Unione Europea compia, in questa crisi senza precedenti, un salto di qualità sul piano politico, evitando un destino catastrofico ai Paesi più in difficoltà, fin'ora stretti tra il rigore passivo di Bruxelles e le interessate pressioni di Washington, finalizzate ad incrinare l'Eurozona per colpire l'economia tedesca, vero obiettivo di Donald Trump al di là della guerra commerciale con Pechino.

Minuscoli politicamente, possiamo tuttavia ancora mettere ben più di qualcosa sul piatto della bilancia. Nonostante dodici anni di crisi ininterrotta siamo ancora l'ottava economia mondiale e la terza in Europa. Le nostre forniture sono ancora fondamentali per molti settori industriali della Germania e di altri Paesi avanzati. Il *Made in Italy* è ancora percepito nel mondo, dall'America all'Asia, come un marchio di alta qualità in molti settori, dall'agroalimentare alla moda, dall'auto alla meccanica industriale, dall'arredamento al lusso.

Sarà insomma opportuno non lasciarsi la testa prima di averla rotta, ma anche non perdere ulteriore tempo inseguendo le chiacchiere di un confronto politico sterile e farsesco, perché mai come in questa occasione abbiamo potuto comprendere quanto quella del benessere sia una definizione organica, che include senza distinzioni la sfera della salute e quella dell'economia.

© Riproduzione vietata

[1] E. Conticini et al., *Can atmospheric pollution be considered a co-factor in extremely high level of SARS-CoV-2 lethality in Northern Italy?*, Environmental Pollution, Science Direct, 4/4/2020.

[2] *Ibidem*.

[3] Questo tasso di mortalità è indicato nel Rapporto della Missione Congiunta OMS-Cina del 20 febbraio scorso, a circa un mese dall'introduzione del lockdown nel capoluogo dello Hubei.

[4] Iv. Por., *Dai primi casi, all'isolamento ai contatti tracciati: l'Umbria ha un Piano pandemico fin dal 2007*, Umbria24, 23/3/2020.

[5] Corriere dell'Umbria, *Coronavirus, lo studio: "Umbria unica regione titolata a ripartire prima"*, 20/4/2020.

[6] G. Santucci, *Coronavirus, a Milano i contagi già a gennaio: lombardi positivi prima del «Paziente 1»*, Corriere della Sera, 29/4/2020.

[7] K. Andersen et al., *The proximal origin of SARS-CoV-2*, Nature Medicine, 17/3/2020.

[8] *SARS-CoV-2: quali sono le origini della pandemia del nuovo coronavirus?*, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri – IRCCS, 17/4/2020.

[9] ECDC, *Cluster of pneumonia cases caused by a novel coronavirus*,

Wuhan, China, Rapid risk assessment, 17/1/2020, p. 2.

[10] OMS, *US\$675 million needed for new coronavirus preparedness and response global plan, 5/2/2020.*

[11] K. Sun et C. Viboud, *Impact of contact tracing on SARS-CoV-2 transmission, The Lancet – Infectious Diseases, 27/4/2020.*

[12] Cfr. F. Suman, *CoVid-19: il virus era presente in Lombardia già il 1° gennaio 2020, Il Bo Live, Università di Padova, 26/3/2020.*

[13] PRB, *Countries With the Oldest Populations in the World, 23/3/2020.*