

Riflessioni a lato dei fatti epidemici: l'isteresi dei processi decisionali*

Cesare Cislaghi**

Giustamente tutta l'attenzione in questi giorni è attorno all'evoluzione dell'epidemia da Covid-19 ed alle misure per il suo contenimento. È opportuno, però, senza negare la giusta attenzione alla cronaca quotidiana, ragionare su alcuni aspetti a lato di ciò che è accaduto e sta accadendo, su cui penso si debba riflettere anche per acquisire maggiore consapevolezza.

Nell'attività della prevenzione sanitaria uno degli elementi più rilevanti è certamente la anticipazione diagnostica; tutti gli screening infatti non “curano” la malattia bensì, attraverso la precocità diagnostica, ne arrestano sul nascere il progresso riuscendo per lo più addirittura a ottenere la guarigione. I fattori che ostacolano la corretta adesione alle campagne di screening sono ben noti e riguardano aspetti relativi alla consapevolezza dei rischi ed alla resistenza psicologica a considerarli, nonché alla semplice trascuratezza o indolenza. Anche a livello della salute delle collettività l'intervento precoce è per lo più essenziale soprattutto quando lo sviluppo della patologia ha una dinamica di tipo esponenziale. Nelle epidemie dovute ad agenti infettivi, la velocità di espansione dipende dal numero di soggetti che un infetto arriva a contagiare; se tale numero si riesce a mantenerlo al di sotto dell'unità, l'epidemia tende ad esaurirsi anche senza ulteriori misure.

Nelle epidemie le soluzioni per evitare i contagi sono essenzialmente tre: quella di ridurre i suscettibili al contagio, quella di eliminare i contagiati o quella di ridurre la possibilità di contagio tra un infetto ed un suscettibile. La soppressione dei soggetti è la soluzione solitamente più efficace, ed anche economicamente più conveniente, nelle specie animali o vegetali, come abbiamo visto fare per le epidemie negli allevamenti di polli o anche ad esempio per l'epidemia delle piante di ulivo causata dalla *Xylella fastidiosa*. Ovviamente non è la soluzione eticamente praticabile per una popolazione umana, seppur talvolta

* Contributo referato dalla Direzione della Rivista.

** Economista sanitario; cesare.cislaghi@icloud.com.

nella storia l'abbandono dei malati in lazzaretti senza cure non si configurasse del tutto diversamente dalla loro soppressione.

La riduzione dei soggetti suscettibili è stata, grazie a Montagu, Pasteur, Jenner e più recentemente Salk e Sabin, ottenuta con le pratiche vaccinali che hanno come capacità di togliere ai soggetti la loro caratteristica di suscettibilità all'infezione, caratteristica che in alcuni casi già preesiste grazie alla memoria storica della specie, ma che nel caso di un nuovo agente infettivo, come l'attuale virus, è del tutto assente nella popolazione. Purtroppo, ahimè, per scoprire, sperimentare, produrre e somministrare un nuovo vaccino passa molto tempo e nel frattempo l'epidemia avanza.

L'unica soluzione allora è quella di allontanare gli infetti dai suscettibili in modo da evitare i contagi e l'allontanamento deve avere come "metrica" quella inversa del contagio stesso: nel colera i contagi sono orofecali e si trasmettevano soprattutto attraverso l'inquinamento degli acquedotti con le condutture fognarie o con la contaminazione dei cibi. Nell'Aids la trasmissione avviene principalmente per via genitale o ematica e quindi la soluzione è consistita nell'astensione dai rapporti sessuali o nella loro protezione. Nel caso delle infezioni simil influenzali la metrica del contagio è quella del respiro: il virus si diffonde per via aerea e ci si contagia assorbendolo dalle proprie mucose facciali, bocca, naso, occhi. L'unica forma quindi per arrestare o rallentare l'epidemia è allora il maggior possibile allontanamento delle persone tra di loro.

Questo distanziamento è opportuno in tutte le epidemie influenzali ed infatti spesso in inverno cerchiamo di non frequentare amici o colleghi che mostrano delle sintomatologie e li invitiamo ad esempio a non far gli "eroi pericolosi" venendo in ufficio anche con la febbre. Ma nelle epidemie influenzali, innanzitutto, c'è già solitamente una conoscenza del virus da parte del nostro sistema immunitario, poi, c'è la vaccinazione seppur diffusa in misura inferiore al necessario, e, principalmente, sono relativamente basse la letalità e la necessità di assistenza ospedaliera. Per la letalità delle influenze si può stimare un valore dell'uno per mille infetti e, per i ricoveri, gli ospedali risultano per lo più sufficientemente dimensionati, nonostante in alcuni inverni abbiano rasentato il collasso.

Per l'epidemia da Covid-19, invece, la letalità è molto più elevata e si parla almeno del venticinque per mille dei soggetti contagiati e del cento per mille dei soggetti ricoverati. E poi la necessità di assistenza in ospedale, e soprattutto nei reparti di terapia intensiva, è molto molto più elevata di quella che si registra in una normale epidemia influenzale. Tutto ciò rende evidente che le prime misure da adottare con la maggiore tempestività possibile sono il rallentamento della dinamica epidemica attraverso efficaci misure di distanziamento.

Ma chi deve adottare queste misure? Non può certo esser sufficiente lasciarle alla prudenza di ciascuno come accade nelle normali influenze; deve essere deciso ed imposto dalle autorità pubbliche con la maggiore tempestività possibile. Ma è stata proprio questa tempestività che è venuta meno ovunque. In Cina sembra che per un mese si sia ignorata la situazione arrivando addirittura a sanzionare un medico che lanciava degli allarmi. In Italia molti hanno criticato le prime misure adottate come l'interruzione dei voli dalla Cina ed

hanno nei primi giorni accusato il governo di rovinare l'economia e l'immagine dell'Italia all'estero così da portare alla crisi il settore del turismo.

Nei giorni in cui già era chiaro che l'epidemia stava esplodendo non si sono fermate molte delle attività ad elevato rischio come ad esempio le partite di football; si dice che i bergamaschi arrivati a Milano per la partita Inter-Atalanta fossero quarantamila e molti anche gli spagnoli venuti per la partita di Champion league Atalanta-Valencia e non appare quindi improbabile che a questi fatti sia dovuta buona parte dei focolai della bergamasca e del *pais valenciano*. A Milano, dopo i primi provvedimenti, ci si è preoccupati delle attività che si stavano fermando e tutti abbiamo visionato il video diffuso su Whatsapp su "Milano riparte".

Non è che all'estero si sia fatto meglio! E ciò nonostante si vedesse quello che stava succedendo in Italia. In Francia Macron non prendeva alcuna misura, lasciava organizzare eventi sportivi, tra cui ad esempio la corsa ciclistica Paris-Nice, non rinviava neppure le votazioni amministrative. In Gran Bretagna Boris Johnson dichiarava che era sufficiente rassegnarsi a che morissero un po' di anziani e Trump affermava che il virus non avrebbe invaso gli USA per poi tutti ricredersi e adottare, in colpevole ritardo, misure simili a quelle prese in Italia.

Ed allora perché questa mancanza di tempestività nell'adottare le necessarie misure possibili di contrasto o per lo meno di contenimento dell'epidemia che avrebbero di sicuro ridotto, o per lo meno rallentato, la drammatica situazione a cui stiamo assistendo? Non credo sia dovuta all'ignoranza dei decisori che erano stati informati sulla natura del virus e sulla sua pericolosità. È pur vero che sono state pubblicate affermazioni pericolosamente rassicuranti che dicevano che si trattava di una semplice influenza, ma la stragrande maggioranza degli esperti sapeva e diceva di cosa si trattava: una epidemia estremamente contagiosa, con un bisogno di risposte assistenziali maggiori di quelle ragionevolmente attuabili, e di una letalità contenuta in proporzione ma non sopportabile in valore assoluto. Cosa determina allora questa "isteresi" del procedimento decisionale che ha rallentato la risposta necessaria ad una emergenza chiara ed evidente? Credo si debba approfondirne le ragioni per cercare in futuro di limitare i danni che può provocare; avanzo di seguito solo alcune possibili ipotesi.

La prima riflessione riguarda il rapporto tra tecnici e politici nelle decisioni di sanità pubblica. L'allegato C della legge di riunificazione amministrativa del 20 marzo 1865 dava praticamente ai soli sindaci tutto il potere di polizia sanitaria seguendo l'orientamento istituzionale piemontese, più vicino alla cultura amministrativa francese che a quella austriaca del vicino Lombardo Veneto. È emblematico l'intervento di un Ministro all'Assemblea Nazionale francese che commentando l'insistenza dei medici presenti, che chiedevano maggiori misure protettive contro la dilagante epidemia di vaiolo in atto, pronunciò la frase: "*sont bien envahissants ces médecins!*". L'esigenza di un ruolo maggiore dei tecnici nelle decisioni di sanità pubblica venne accolta nel 1888 dalla riforma Crispi che introdusse la figura dell'ufficiale sanitario e del medico provinciale. Successivamente la corporazione sanitaria portò man mano l'attenzione alla salute più come problema di relazione individuale tra medico e paziente che di visione globale della società. Importante fu allora l'in-

roduzione nel 1978 della legge 833 di riforma sanitaria che ridava alla politica il governo della sanità. Forse da allora però l'elemento tecnico venne messo troppo nell'angolo e la mia esperienza personale di lavoro come dirigente di Agenzie regionali e nazionale mi ha fatto constatare come fosse difficile, da tecnici, condizionare le decisioni politiche.

Un'altra spia di questo problema è la pressoché totale subordinazione che il Ministero della Sanità (poi Salute) ha subito da parte del Ministero dell'Economia e Finanze. E ancora si consideri il decrescente ruolo via via riconosciuto al Consiglio Superiore di Sanità o addirittura alla incorporazione del Ministero della Salute, nel 2008 durante il Governo Berlusconi IV, all'interno del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (fino allo scorporo e alla nuova istituzione di un autonomo dicastero nell'anno successivo). Forse, oggi, sarebbe opportuna una riflessione su come cercare di riequilibrare il ruolo decisionale dell'elemento tecnico troppo subordinato rispetto al ruolo dell'elemento politico.

Una seconda riflessione riguarda il modo con cui si è ragionato in termini di valutazione costi-benefici. Credo che la mancanza di chiarezza, e forse anche la prevalenza degli interessi economici ed industriali, abbia portato a sovrastimare i costi e a sottovalutare i benefici considerando solo quelli del breve periodo. Quanto l'economia stesse perdendo a conseguenza delle prime misure di contenimento era evidente ma non tanto quanto potesse essere il beneficio che se ne poteva ricavare evitando la più grave crisi poi sviluppata. Commentavo in una mia nota "meglio rinunciare ad un uovo oggi che ad una gallina domani", ma l'ambiente politico economico non la vedeva così! Nei primi giorni ci si è più preoccupati dell'impatto delle misure di mitigazione sul consenso politico che non sulla loro indispensabilità. Peraltro una minoranza che oggi chiede la "chiusura totale" allora criticava le prime "chiusure parziali". E così sul piatto della bilancia dei costi si è messo, consciamente o no, il costo del pericolo di perdita di consenso, ma non di consenso alle misure stesse bensì di consenso nei riguardi dei partiti al governo. Insomma, governare dando troppa importanza al consenso può portare a rendere ancora più rigida l'isteresi del sistema nel reagire agli eventi con dei provvedimenti appropriati.

Un'altra riflessione credo dobbiamo farla sul valore che attribuiamo alla vita delle persone. Dire che un decesso di un anziano valga meno di un decesso di un giovane non mi pare accettabile. Il problema drammatico si pone di fronte alla necessità di scegliere a chi assegnare un posto letto in terapia intensiva quando ci siano più bisognosi che disponibilità. Le scelte sono drammatiche e credo nessuno vorrebbe prenderle. Ma, come non sarebbe giusto dire che ha più diritto il primo che arriva come accade nei posteggi d'auto, così credo sia discutibile usare automaticamente il solo criterio dell'età. Una visione di maggior beneficio collettivo credo dovrebbe utilizzare come criterio di scelta l'assegnare la maggior disponibilità alle cure a chi potrebbe aver maggiori probabilità di ottenerne vantaggio. È un argomento drammatico, che però sarebbe bene poter mantenere sotto controllo per evitare che si condannino persone che si potrebbero salvare per assistere invece persone "meglio introdotte".

Ciò che sta succedendo forse ci insegna anche che oltre ad obbligare a non uscire di casa sarebbe importante obbligare giornali e televisioni a non uscire con informazioni che non riportino solo quelle di fonte istituzionale. Non è certo per limitare la indispensabile

libertà di stampa, bensì per chiedere ai media di collaborare a dare informazioni chiare, puntuali, autorevoli e nei tempi e nei modi opportuni. E poi sarà necessario controllare le troppe *fake news* cercando di farle cancellare sul loro nascere in modo che non si diffondano sui *social network*.

Infine, dobbiamo già sin d'ora ragionare sul futuro dell'impatto dell'epidemia sulla società, sull'economia, sulla sanità. Che ne sarà ad esempio di tutte le persone che adesso stanno rinviando la consultazione dei loro medici di medicina generale o degli specialisti e quindi anche l'effettuazione di analisi e di terapie? Che ne sarà di tutte le strutture oggi riconvertite alle esigenze dell'epidemia e che domani probabilmente ingombreranno ed impediranno di dar spazio ad altre emergenze? Che ne sarà di tutto quel personale che oggi abbiamo ingaggiato dopo anni di blocco delle assunzioni? Che ne sarà di una organizzazione sanitaria che stava per privilegiare il privato e che si accorge oggi del valore di avere una impostazione universalistica? Che ne sarà del numero chiuso delle facoltà di medicina, della scarsa importanza nella formazione data all'epidemiologia, alla prevenzione, alle patologie su base infettive? Insomma, che ne sarà?

Pensiamo con tutte le energie a risolvere il presente, ma non dimentichiamo di preoccuparci di risolvere almeno in parte, già da adesso, il futuro.