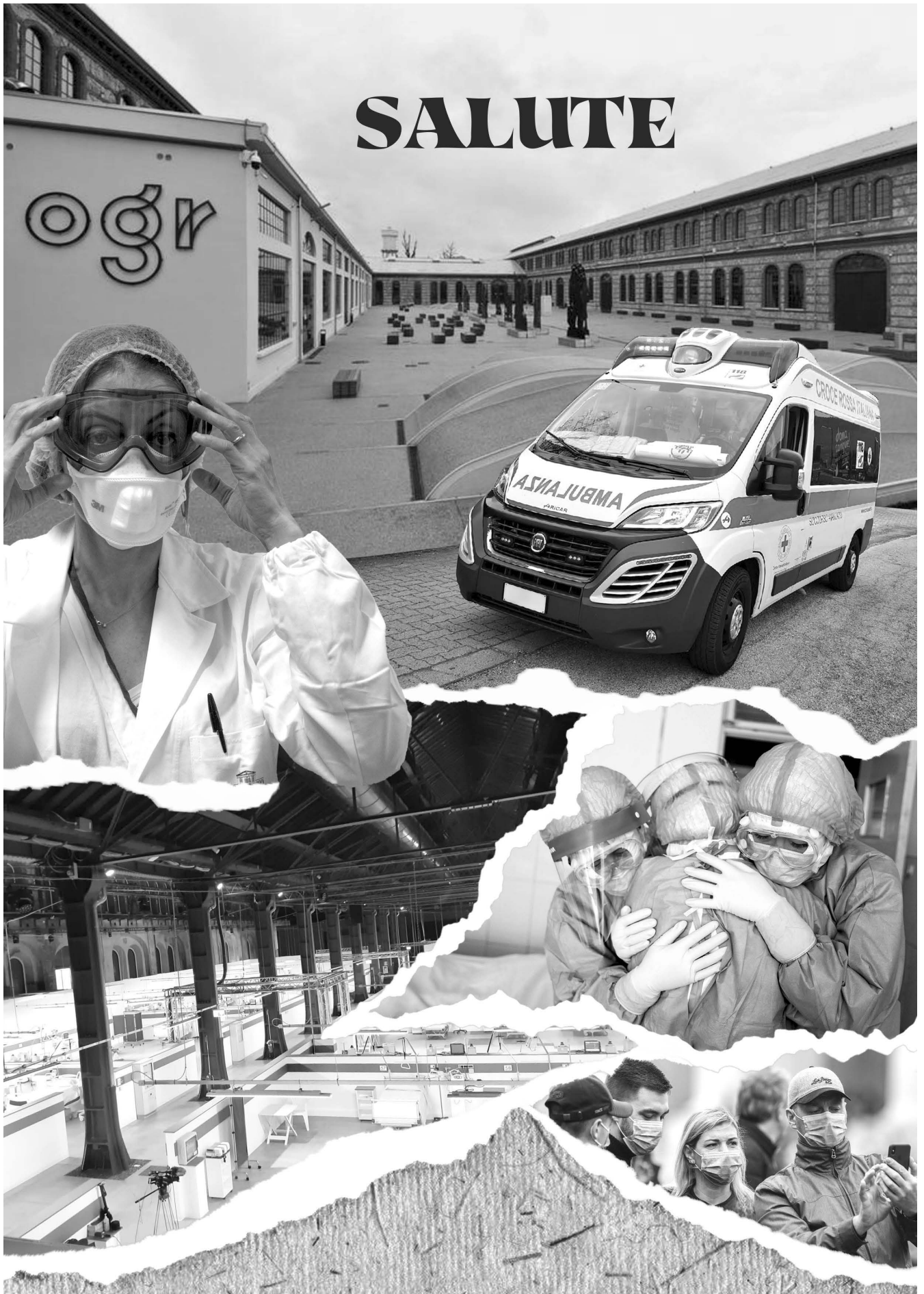


SALUTE



5. SALUTE

5.1. CORONAVIRUS: UNO SPIAZZAMENTO COLLETTIVO

Come insegna la storiografia, è estremamente difficile ragionare «in corsa» su un evento, tanto più se questo ha un alto impatto psicologico individuale e collettivo e un potenziale di trasformazione radicale dei modelli sociali ed economici¹. Solo il tempo, infatti, permette di raccogliere tutte le informazioni necessarie, di ordinarle, distinguendo quelle più utili dal «rumore» di fondo. Questo capitolo, dunque, vuole solo essere un primo (provvisorio) tentativo di mettere un po' d'ordine nel diluvio di informazioni sulla pandemia Covid-19 che da mesi ha sommerso il mondo; e, nella tradizione del Rapporto Rota, prova a farlo a valle di una sistematica raccolta di dati e riscontri statistici (per altro, inevitabilmente, spesso ancora provvisori/scarsi), di interviste a esperti qualificati, di un ricco materiale documentario, fortemente interdisciplinare, raccolto in questi mesi (cui spesso verranno fatti rimandi nelle pagine seguenti, per ulteriori approfondimenti).

Una delle poche certezze è che, all'incirca un anno fa, nessuno, o quasi, si aspettava l'esplosione di una pandemia planetaria: «Il Covid-19 ci ha preso di sorpresa e, almeno nella prima fase, ci ha gettato nell'angosciosa situazione di non avere né il conforto delle narrazioni tradizionali né le rassicurazioni immediate delle scienze. [...] Abbiamo quindi cominciato a schiacciare bottoni a caso in cerca di soluzioni» (Ferrera, 2020, p.68-69)².

¹ Per la pandemia Covid, non a caso, è stato rievocato un concetto classico dell'antropologia, quello coniato da Marcel Mauss di «fatto sociale totale», ossia un evento in grado di produrre effetti profondi, a 360 gradi, in ogni sfera dell'esistenza pubblica e privata (Grimaldi, 2020).

² Lo spiazzamento iniziale ha contagiato buona parte dello stesso mondo scientifico, se è vero che, ancora a fine gennaio (con Wuhan già in quarantena), Walter Ricciardi, che di lì a poco sarebbe diventato consulente del Ministro della salute per l'emergenza pandemica, a seguito del primo caso di Covid importato nel nostro Paese (una coppia tornata dalla Cina), dichiarava in un'intervista al quotidiano padovano *La difesa del Popolo*: «C'è da aspettarsi che qualche ulteriore caso (*sic*) si manifesti anche nel nostro Paese, ma il virus non ha un alto tasso di letalità e il nostro Paese è ben attrezzato per fronteggiare l'emergenza» (28 gennaio). Tre giorni dopo, uno studio della prestigiosa ISI Foundation (2020) sul rischio di importare dalla Cina il Coronavirus, basandosi sulla distanza geografica dall'epicentro cinese, classificava a rischio elevato solo Thailandia, Giappone e Corea, a basso

Ci sarà tempo e modo per ragionare con più calma anche sulle ragioni di questo essere «presi alla sprovvista» (che, tra l'altro, ha prodotto la ritardata reazione delle politiche pubbliche di contenimento dell'epidemia); l'impressione è che, per buona parte, tale spiazzamento possa dipendere dalla convinzione – ampiamente condivisa, quanto meno nel mondo occidentale – di vivere in un'era dominata da «una medicina con i superpoteri, in grado di curare un numero incredibile di patologie» (Capua, 2020, p.18). In particolare, nel caso delle malattie infettive, le stesse evidenze dei trend statistici hanno contribuito a seppellire nella memoria condivisa l'idea stessa di un'epidemia o, meglio, nel considerarla un «residuo» del passato, ormai confinato a problema tipico da Terzo mondo. In Italia, ad esempio, tra fine Ottocento e metà Novecento, i progressi igienici, sanitari e alimentari hanno permesso non solo di ridurre drasticamente il tasso di mortalità generale (dai 2.799 morti per 100.000 abitanti nel 1887, primo anno disponibile delle serie di dati Istat, al minimo storico di 901 nel 1959), ma soprattutto di quasi azzerare le malattie infettive: dopo la tragica parentesi dell'epidemia di influenza spagnola³ del 1918-19 (figura 5.1 e, oltre, scheda 5.1), il calo è stato drastico, fino a una sostanziale estinzione delle malattie infettive negli anni '70⁴ del Novecento, almeno nei Paesi sviluppati del pianeta.

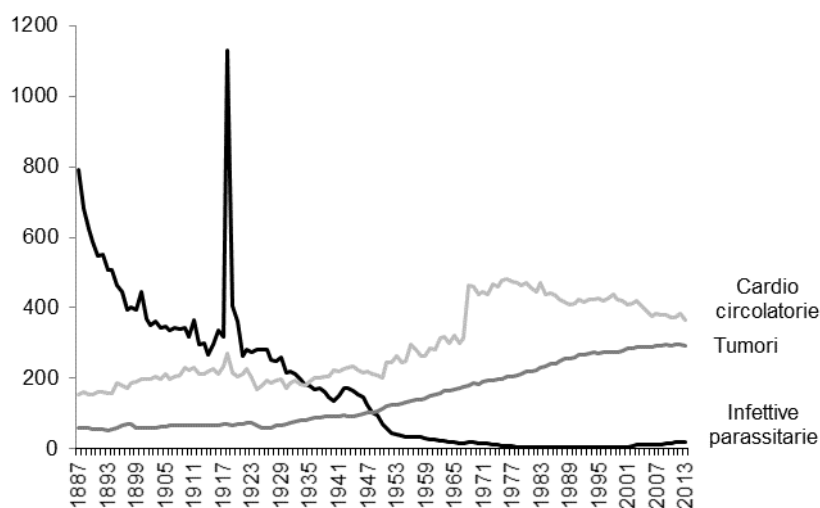
Negli ultimi decenni, ben altri sono stati i problemi su cui si sono concentrate le preoccupazioni pubbliche e le politiche sanitarie, in particolare le malattie cardiovascolari e i tumori, in forte aumento nel XX secolo prima per il diffondersi del tabagismo (in Italia, tra gli uomini a partire dalla Prima guerra mondiale, tra le donne da metà 900), quindi dagli anni '50, a seguito del boom economico e delle diete iperproteiche, con eccessivo consumo di carni e salumi e poca frutta e verdura (McMichael, 2001, p.252).

rischio Italia, Francia e Spagna e a rischio nullo diversi stati latinoamericani (poi duramente colpiti).

³ Si stima che in Italia l'influenza spagnola abbia causato circa mezzo milione di vittime, ossia circa due terzi dei soldati morti negli stessi anni sul fronte della Prima guerra mondiale (giustamente ricordata da molti storici come una «carneficina»).

⁴ Proprio in quel decennio, a testimonianza dell'ottimismo diffuso circa i progressi garantiti da vaccini, antibiotici e altre profilassi, il direttore del Dipartimento della sanità degli Stati Uniti dichiarò che era giunto il momento in cui si sarebbe «chiuso definitivamente il capitolo storico delle malattie infettive» (McMichael, 2001, p.109).

Figura 5.1. Italia: tassi di mortalità per principali gruppi di cause
Tassi grezzi per 100.000 abitanti; elaborazioni su dati Istat - Serie storiche



In realtà, come si nota nel grafico precedente, anche nel nostro Paese, già dagli ultimi anni del Novecento si erano notati i primi segni di una tendenza globale, quella verso una sensibile ripresa delle epidemie e delle malattie infettive in tutto il pianeta. In particolare, dall’inizio del XXI secolo risultano in crescita rilevante le epidemie di origine animale (le cosiddette zoonosi⁵), da cui dipende il 70% delle malattie infettive che colpiscono gli esseri umani (Capua, 2020, pp.34-35): prima la Sars nel 2002 – a causa di un virus «saltato» dai pipistrelli agli umani – dall’anno successivo l’influenza aviaria, una decina di anni dopo l’Ebola (per ora confinata fortunatamente in un’area relativamente ristretta del pianeta, anche grazie al suo basso indice di trasmissibilità), nel 2012 la Mers (in Nord Africa, per un probabile passaggio dai dromedari agli umani), nel 2016 la Zika in Brasile (forse a causa delle scimmie) e la Sads in Cina (attraverso una catena di contagio pipistrelli-suini-umani).

⁵ «Le zoonosi conosciute sono molto numerose – oltre 200 secondo l’OMS – [tra cui] la rabbia, la leptospirosi, l’antrace, la Sars, la Mers, la Febbre gialla, la Dengue, l’HIV, Ebola, Chikungunya e i Coronavirus, ma anche la più diffusa influenza, solo per citarne alcune. [...] Per la nostra specie sono più pericolose quelle zoonosi che si adattano consentendo che la malattia si diffonda tra uomo e uomo» (Pratesi, a cura di, 2020, p.12).

Scheda 5.1. Epidemie nella storia umana

Fonti: McMichael, 2001; Capua, 2020; Corbellini, 2020 b; LePan, 2020; Pané, 2020

Gli storici della salute concordano nel ritenere il primo caso storico accreditato di grave e diffusa epidemia la cosiddetta «Peste Antonina» (presumibilmente si trattava di vaiolo o di morbillo) scoppiata nel 168 d.C. e che durò, con ondate successive, per quasi 30 anni, provocando la morte di decine di milioni di persone, tra cui l'imperatore Lucio Vero (al cui patronimico – Antoninus – si deve il nome dell'epidemia). Circa quattro secoli dopo, nel 541, si sviluppò la prima epidemia di peste (cosiddetta «di Giustiniano») di cui si abbia testimonianza storica, con 40 milioni di morti, che flagellò in particolare Costantinopoli (uccidendo, si stima, il 40% della popolazione) e innescando – secondo un parere diffuso tra gli storici – l'inizio della fine dell'impero bizantino. La peste si ripresenterà in modo massiccio quasi un millennio più tardi, cogliendo di sorpresa l'Europa, dove la si riteneva una patologia estinta da tempo: tra il 1346 e il 1353 la «Peste nera» falciò circa il 60% della popolazione europea, provocando 200 milioni di morti (la più grave ecatombe epidemica della storia). Un'altra epidemia di peste si avrà – con effetti meno devastanti: un milione di morti – nel '600, colpendo gran parte d'Europa e d'Italia; è quella di cui narra Manzoni nei *Promessi sposi*.

Nell'età moderna – tra il XVI e il XVIII secolo – il vaiolo colpì a ondate le nazioni europee, ma fece i danni maggiori nelle Americhe, dove si stima che abbia ucciso quasi 60 milioni di persone, specie tra le popolazioni autoctone senza difese immunitarie sufficienti a fronteggiare questa e altre malattie importate dagli Europei. L'avvento del vaccino antivaioloso – ideato da Jenner nel 1798 – consentirà nei secoli successivi di sconfiggere (secondo gli epidemiologi definitivamente) questa malattia: l'ultimo caso fu registrato nel 1977. La storia dell'Ottocento fu contrassegnata da ricorrenti epidemie di colera, «morbo nuovo» anche per la sua capacità di rapida diffusione geografica, agevolata dalla crescente mobilità territoriale delle persone (specie con treni e piroscafi). Non a caso, diverse nazioni – in Italia, ad esempio, i Regni di Sardegna e delle Due Sicilie – istituirono limiti alla libera circolazione, quarantena per chi entrava dai confini nazionali e, una volta scoperta l'origine dell'epidemia (trasmissione oro-fecale favorita da scarsa igiene), piani di risanamento urbano, radendo al suolo i quartieri più densi e malsani (a Torino, ad esempio, il borgo del Moschino, dove sorgono gli attuali Murazzi sul Po, Borgo Dora, Vanchiglia, Borgo Po), ricostruendo edifici distanziati e aerati, acquedotti e fognature (ancora nel 1885, solo il 20% circa dei comuni italiani ne era dotato).

La storia del XX secolo è segnata da epidemie influenzali, talvolta dagli effetti drammatici: il picco di mortalità si registrò con l'influenza spagnola del biennio 1918-19, il cui nome si deve al fatto che la Spagna (tra i pochi Paesi neutrali della Prima guerra mondiale) fu la prima nazione a denunciare l'epidemia; nelle nazioni belligeranti vigeva, anche su questo problema, la più rigida censura. Si ritiene che il tasso di mortalità (attorno al 20% degli infetti, con le fasce di età giovanili particolarmente colpite) abbia ucciso tra 20 e 50 milioni di persone nel mondo (tali stime hanno un'ampia variabilità, appunto perché i dati ufficiali furono in gran parte censurati). Più di recente, dagli anni '80 del Novecento, l'HIV-Aids ha provocato finora qualcosa come oltre 30 milioni di morti a livello mondiale.

Da un lato, questo breve excursus può servire a mettere in luce come le pandemie abbiano rappresentato – e, probabilmente, rappresenteranno – una presenza costante (se pur con

andamenti a ondate) nella storia umana; non c'è dubbio che si debbano sviluppare strategie di contrasto e di riduzione del danno, ma il rischio epidemico non potrà probabilmente mai estinguersi, proprio perché connaturato alla «naturalità» umana: il pianeta è regolato dalla notte dei tempi da cicli naturali di continui adattamenti, in cui le varie specie (erbivori, carnivori, insetti e parassiti) sono in perenne lotta per appropriarsi, direttamente o indirettamente dei prodotti della fotosintesi delle piante (McMichael, 2001, p.94). Dall'altro, ammoniscono gli epidemiologi, è bene non estrapolare meccanicamente dalla storia indicazioni sul come affrontare le epidemie attuali: «Stante che di molte epidemie/pandemie del passato sappiamo poco o niente per quanto riguarda la biologia del parassita, ogni pandemia è unica, sia perché è filogeneticamente unico l'agente infettivo sia perché il contesto tecno-scientifico, socio-demografico, economico, ecologico, ecc. dell'ospite umano cambia in continuazione. [...] Se non parlano delle diverse biologie ed epidemiologie che caratterizzano fenomeni ecologicamente sempre diversi, spiegandone le dinamiche causali, questi racconti non contribuiscono a farci capire in quale guaio ci troviamo. Anzi, possono ingannarci» (Corbellini, 2020 b).

5.2. ANDAMENTI DELLA PANDEMIA

In parallelo alla rapida crescita dell'epidemia Covid, si è assistito a un'esplosione della comunicazione pubblica al riguardo – tema su cui si tornerà nel paragrafo 5.4 – e, con essa, a una tempesta di cifre che ha «inondato» la vita quotidiana, generando spesso un disorientamento generalizzato da inflazione comunicativa (Costa, 2020). Anche i dati statistici ufficiali – come ad esempio quelli sciorinati quotidianamente in Italia dalla Protezione civile – risultano spesso fuorvianti: un esempio tipico è dato dal numero di contagi⁶, il cui andamento dipende in realtà anche dalla quantità di accertamenti effettuati con tamponi e test, i quali in assenza di linee guida comuni, vengono effettuati in nazioni e regioni diverse con criteri molto variabili (Capua, 2020, p.77).

Gli unici dati relativamente affidabili, dunque, paiono essere

⁶ Anche la voce dei «guariti» diffusa quotidianamente dai bollettini ufficiali, ha creato non poca confusione e apprensione, specie nei primi tempi dell'epidemia. Nelle intenzioni dovrebbe essere una voce «tranquillizzante», con cui bilanciare il dato sull'aumento dei morti, ma (trattandosi di dati ancora molto parziali, tra casi Covid in corso e tempi lunghi delle diverse tornate di tamponi di controllo) l'effetto comunicativo risulta opposto: ancora ai primi di aprile, infatti, su 100 esiti della malattia, venivano ufficialmente dichiarati, rispettivamente, guarito il 35% dei casi e morto l'altro 65%; solo da fine maggio la quota degli esiti fausti risultava cresciuta a un più rassicurante 87%, valore poi stabilizzatosi nei mesi successivi (fonte: Ministero della salute).

quelli relativi ai decessi⁷, anche se gli stessi criteri di contabilizzazione dei morti sono meno ovvi e condivisi di quanto si possa immaginare: «Alcuni Paesi hanno ricondotto la morte di ogni paziente positivo al tampone della malattia Covid-19, mentre altri hanno deciso di indicare [...] solo quelli che non avevano comorbidità» (Capua, 2020, p.77). D'altronde, «la morte è un processo biologico complesso, multifattoriale, difficilmente imputabile a una singola causa, soprattutto nelle fasi avanzate della vita» e, nel caso specifico del Covid, «i morti hanno un'età mediana di 80 anni e un'elevatissima presenza di comorbidità» (Satolli et al., 2020).

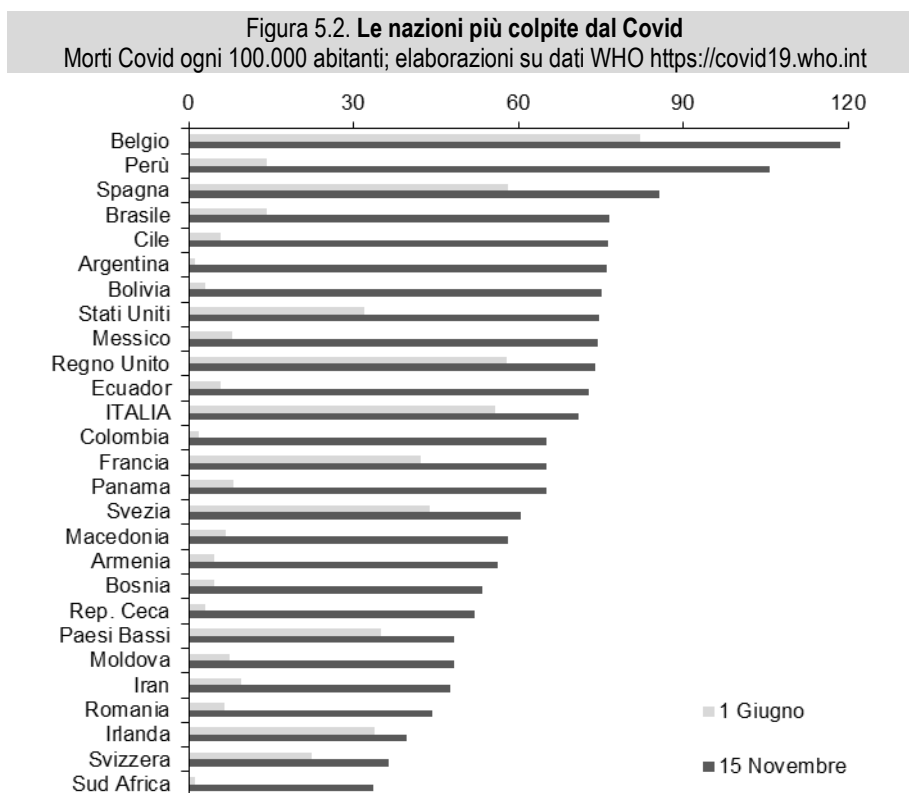
Pur con tali limiti interpretativi⁸, specie nella fase attuale i dati sulla mortalità da Covid permettono di cogliere, ad esempio, come vi siano stati finora sia Paesi più e meno colpiti sia fasi diverse di diffusione della pandemia nel mondo⁹. A fine marzo 2020, ad esempio, l'Italia risultava il Paese più colpito del pianeta (con 24,5 morti da Covid ogni 100.000 abitanti, precedendo la Spagna: 22,2); a fine maggio tale tasso era salito nel nostro Paese a 55,6, ma nel Regno Unito e in Spagna risultava superiore (rispettivamente a 57,6 e a 58,1); a luglio l'Italia era scesa al 6° posto, superata in peggio – oltre che dalle sopra citate nazioni – anche da Stati Uniti e, soprattutto, Brasile e Perù. A metà novembre 2020, con 71 morti ogni 100.000 abitanti, l'Italia è scesa al 12° posto al mondo per tasso di mortalità da Covid, 4° in Europa (preceduta da Regno Unito con 74, Spagna con 86 e Belgio con addirittura 119, il valore più alto al mondo), oltre che dagli Stati Uniti e da 7 Paesi dell'America Latina, continente in cui l'epidemia sta dilagando negli ultimi mesi (figura 5.2)¹⁰.

⁷ «La mortalità è il più solido degli indicatori epidemiologici e si presta bene a confronti geografici e temporali» (fonte: www.epicentro.iss); «la mortalità per abitante è l'unico dato relativamente comparabile fra Paesi» (Fondazione Hume, 2020).

⁸ Nel campo delle epidemie, «armonizzare i dati per renderli comparabili è un lavoro che richiede anni [...], è impensabile riuscire a svolgere questo lavoro in pochi mesi»; dunque, oggi «un'eccessiva attenzione a numeri puramente indicativi può risultare controproducente» (Capua, 2020, p.79).

⁹ In termini assoluti, il maggior numero di morti a causa del Covid si è finora contato negli Stati Uniti (247.458; dati al 15 novembre 2020, fonte WHO), quindi in Brasile (163.406), India (128.204), Messico (96.430), Regno Unito (50.365), Italia (42.953), Francia (42.535), Iran (40.121), Spagna (40.105), Perù (35.031).

¹⁰ Nel quadro globale, va tenuto conto che per Asia e Africa i dati sui decessi sono poco affidabili: infatti, quasi tutte le nazioni dei due continenti (con l'eccezione di India, Sud Africa, Mozambico e Sierra Leone) sono prive di un sistema capillare di registrazione dei decessi, anche perché molti avvengono a domicilio e non giungono



In Italia la pandemia ha falciato vittime, come noto, soprattutto tra gli anziani¹¹ e, almeno finora, in Lombardia. In primavera, gli effetti più drammatici in termini di mortalità si sono registrati nelle

all'attenzione medica (Ascione, La Vecchia, 2020).

¹¹ Il Covid è stato letale soprattutto per gli anziani: in Italia, il 59,5% delle vittime ha più di 80 anni, il 36% tra 60 e 80 anni e solo il 4,5% meno di 60 anni (dati al 15 novembre 2020); viceversa, gli asintomatici sono solo il 37% tra gli ottantenni, contro il 52% tra i cinquantenni, il 63% tra i ventenni e il 76% tra i bimbi con meno di 7 anni (dati ottobre 2020; fonte: ISS). L'Italia è stata dunque così duramente colpita dal Covid anche per il fatto di essere oggi il secondo Paese più anziano al mondo, dopo il Giappone. Se si calcola dunque la mortalità da Covid sulla sola popolazione anziana, il nostro Paese (con 248 morti ogni 100.000 anziani) risulta solo al 33° posto al mondo per letalità, superato anche da 6 nazioni europee (Belgio con 441, Moldova con 415, Spagna con 335, Regno Unito con 328, Svezia con 270, Macedonia con 250) e soprattutto a enorme distanza dai Paesi – tutti latinoamericani – in cui l'incidenza della mortalità rapportata agli anziani è nettamente più elevata: Messico 830, Ecuador 872, Bolivia 921, Perù 1.148 (dati al 31 ottobre 2020, fonte: WHO).

province di Bergamo, Cremona e Lodi, nei mesi successivi in quelle da Milano verso Nord (tabella 5.1). Torino è al 17° posto tra le province più colpite, terza tra le città metropolitane, dopo Milano e Genova¹².

Tabella 5.1. Mortalità da Covid nelle province italiane nel periodo gennaio-maggio 2020
Morti per 100.000 abit.; elaborazioni su dati al 15.11.2020 Ministero della salute

Provincia	Tasso	Provincia	Tasso	Provincia	Tasso	Provincia	Tasso
Monza B.	219	Novara	98	Massa C.	48	NAPOLI	19
MILANO	216	Biella	93	VENEZIA	46	Nuoro	18
Varese	196	Bolzano	90	Pescara	44	CATANIA	18
Como	189	Forlì C.	86	Lucca	42	Enna	18
Cremona	189	Savona	85	Gorizia	40	Campobasso	17
Lodi	186	Verbanò C.O.	80	Udine	38	Taranto	17
Piacenza	184	Belluno	79	Livorno	38	Brindisi	17
Aosta	184	Ascoli P.	74	Viterbo	36	Oristano	16
Pavia	169	Fermo	73	Foggia	36	Trapani	15
Lecco	152	Ravenna	72	Chieti	32	CAGLIARI	14
GENOVA	146	Macerata	71	Rovigo	31	Sud Sardegna	14
Sondrio	145	Trento	69	Pordenone	30	Siracusa	14
Reggio E.	140	Ferrara	69	BARI	30	Matera	13
Brescia	138	Ancona	69	Frosinone	30	Caltanissetta	13
Mantova	128	L'Aquila	67	Siena	28	REGGIO C.	12
Bergamo	122	Pesaro U.	63	Isernia	27	MESSINA	12
TORINO	121	TRIESTE	62	ROMA	26	Potenza	12
La Spezia	119	Treviso	61	Barletta A.T.	26	Avellino	11
Modena	115	Prato	58	Sassari	25	Salerno	9
Rimini	112	Pisa	58	Perugia	25	Lecce	9
Cuneo	107	Verona	55	Grosseto	25	Agrigento	9
Vercelli	107	Padova	55	Ragusa	24	Catanzaro	7
Asti	106	Teramo	55	Rieti	23	Cosenza	7
BOLOGNA	103	Vicenza	54	Terni	23	Crotone	6
Alessandria	100	FIRENZE	51	Latina	20	Benevento	5
Imperia	99	Arezzo	49	PALERMO	19	Vibo Valentia	4
Parma	99	Pistoia	49	Caserta	19		

Per il primo semestre di quest'anno è stato anche possibile calcolare per ogni provincia l'eccesso di mortalità anomalo (rispetto alla media dello stesso periodo negli anni precedenti). A marzo 2020,

¹² Per maggiori dettagli sulla geografia provinciale dell'epidemia in Italia e sulle possibili spiegazioni delle differenze riscontrate, si veda Musolino, Rizzi, 2020.

ad esempio, in provincia di Bergamo si è registrato un eccesso di mortalità di +574% rispetto allo stesso mese del 2019, in provincia di Cremona +403%, in quella di Lodi +376%; ad aprile l'anomalo aumento della mortalità risultava sempre molto consistente, sebbene inferiore al mese precedente, con le variazioni più elevate nelle province di Cremona (+162% rispetto ad aprile 2019), Brescia (+142%) e Pavia (+138%). Anche nella città metropolitana di Torino la crescita della mortalità è stata consistente, sebbene su livelli decisamente inferiori rispetto a quelli delle province lombarde più colpite: +42% a marzo e +68% ad aprile (nel capoluogo piemontese leggermente superiori: +49% e +73%).

Analisi approfondite sugli aumenti anomali di mortalità verificatisi nella primavera 2020 sono tuttora in corso. Pare accertato, tuttavia, che su di essi l'epidemia Covid abbia giocato un ruolo decisivo¹³, non sufficientemente contro bilanciato dalla riduzione della mortalità per altre cause: dal 10 marzo al 7 aprile 2020, ad esempio, a causa del lockdown, i morti per incidenti stradali si sono ridotti dell'83,5%, rispetto allo stesso periodo del 2019 (fonte: Dipartimento della pubblica sicurezza)¹⁴.

A maggio 2020 si è registrato un incremento minimo di mortalità, e in alcune province addirittura un calo – sempre rispetto allo stesso mese dell'anno precedente – fenomeno che dal mese di giugno ha interessato quasi tutte le zone più colpite. Anche rispetto a questa inversione di tendenza sono in corso verifiche, ma le ipotesi più accreditate sono che le cure in ospedale, dopo lo spiazzamento iniziale, siano diventate più efficaci, che nei primi mesi dell'anno altri fattori di stress fisico (influenza, inquinamento¹⁵) si

¹³ Su questo tema si vedano anche Bucci et al., 2020; Ricolfi, 2020 a; Epidemiologia Piemonte, 2020; Istat, 2020 a.

¹⁴ Circa il temuto aumento di mortalità per patologie trascurate (dai pazienti e/o dai sistemi sanitari) durante l'emergenza Covid è ancora presto per avere dati credibili. Un primo studio ha evidenziato che a marzo 2020, durante la prima ondata Covid, non solo negli ospedali non si sono ridotti gli interventi più urgenti (oncologici, ortopedici, per malattie ischemiche, del cuore o cerebrovascolari), ma addirittura l'efficienza del sistema ne ha probabilmente guadagnato (ad esempio con un -60% di accessi al pronto soccorso, in gran parte di casi non urgenti); l'unico sicuro effetto negativo è stato l'allungamento delle liste di attesa per interventi chirurgici meno urgenti o per accertamenti clinici (Spadea et al., 2020).

¹⁵ In generale, il rapporto tra criticità ambientali e diffusione della pandemia Covid è controverso ed è stato in questi mesi frequente oggetto di indagine e di confronto scientifico; sul tema, si vedano, ad esempio: Ascolani, Dominici, 2020; Case-rini et al., 2020; Mengarelli, 2020; Pelosini, 2020; Pratesi, a cura di, 2020; UN Environment programme, 2020. In ogni caso, che vi siano effetti ambientali aggravanti la pandemia parrebbe suggerirlo anche la geografia delle aree più colpite negli

siano sommati agli effetti nefasti del virus, che le misure sociali di contenimento abbiano contribuito a ridurre la dose infettante media, infine che durante la prima ondata molte delle vittime fossero soggetti spesso fisicamente già molto compromessi da patologie varie e che sarebbero probabilmente deceduti comunque qualche mese dopo.

Considerando le altre principali cause di morte in Italia, emerge chiaramente (tabella 5.2) la gravità dell'impatto sociale prodotto dalla pandemia Covid, che si colloca ai primi posti tra i fattori di mortalità¹⁶, con una rilevanza stimata in circa tre volte superiore rispetto al numero medio di decessi causati negli ultimi anni dalle influenze stagionali. Ciò, tra l'altro, sgombra il campo dall'equivoco, a lungo alimentato nelle prime fasi dell'epidemia, per cui il Covid sarebbe solo «poco più di una banale influenza¹⁷».

5.3. SISTEMI SANITARI IN EMERGENZA

Praticamente alla vigilia dell'esplodere della pandemia (ottobre 2019), uno studio della Johns Hopkins Bloomberg School (2019)

anni scorsi da eccessi di mortalità per polmonite, molto simile a quella relativa all'epidemia in atto, con i valori più alti nelle province settentrionali più inquinate di Lombardia, Piemonte, Veneto ed Emilia e, viceversa, valori molto bassi al Sud (Petrilli, Frova, 2019).

¹⁶ Guardando al mondo intero, la gravità della pandemia Covid risulta – almeno finora – meno rilevante: compare infatti solo al 18° posto nella graduatoria delle cause di mortalità, con un numero di decessi (pari a 1,17 milioni al 1° novembre 2020), inferiore a quelli causati da diverse patologie – molto diffuse nei Paesi in via di sviluppo, africani in primis – come malattie diarroiche (2,88), tubercolosi (2,11), complicazioni del parto (1,98), HIV/Aids (1,79), malaria (1,25) (dati per 10 mesi del 2018; fonte WHO). Alcune di queste patologie hanno tassi di letalità – decessi sul totale dei contagi – decisamente elevati (nel caso dell'Aids, ad esempio pari all'85%, della tubercolosi al 43%) e superiori a quelli attualmente registrati, ad esempio, per il cancro (30%); quanto al Covid, il tasso di letalità – sulla base delle cifre ufficiali – è stimato a fine ottobre 2020 attorno al 2,9%, tuttavia a epidemia in corso sono frequenti errori di stima: nel caso della Sars, ad esempio, l'OMS aveva calcolato una letalità pari al 2,5% dei contagiati all'inizio dell'epidemia (marzo 2003), al 17% tre mesi dopo, pervenendo alla fine a una stima consolidata dell'11% (fonte: ISS).

¹⁷ Nel merito di quest'ultima espressione, per altro, c'è da osservare che «l'espressione banale influenza è un ossimoro; nessuna influenza è banale; [...] nonostante esista un vaccino, continua a provocare ogni anno migliaia di morti, nell'indifferenza generale» (Capua, 2020, pp.39-40). Sul tema dell'eccesso di mortalità dovuto al Covid e all'influenza si veda anche Villa (2020).

Tabella 5.2. **Italia: principali fattori di mortalità per malattie e altre cause (in corsivo)**
 Numero di decessi in 10 mesi¹⁸; elaborazioni su dati WHO, Ministero della salute, Istat

Cardiovascolari	194.160	Influenza	12.800	Malattie sangue	2.727
Tumori	150.071	Polmoniti	11.263	Epatite virale	2.017
<i>Dieta squilibrata</i>	81.667	Reni e genitourinarie	10.014	<i>Terremoti alluv.</i>	831
<i>Fumo</i>	74.167	<i>Incidenti (no auto/cadute)</i>	9.829	<i>Avvelenamento</i>	391
Covid-19	37.905	Cirrosi e malattie fegato	4.917	Aids	388
Parkinson mal.nervi	25.560	<i>Cadute accidentali</i>	3.414	<i>Annegamento</i>	346
Basse vie respirat.	21.574	<i>Suicidi e autolesionismo</i>	3.283	<i>Omicidi</i>	279
Diabete	18.701	<i>Incidenti stradali</i>	3.158	Tubercolosi	248
Inquinamento aria	18.000	Artrite e osteomuscolari	3.043	<i>Droghe</i>	111

ha analizzato – su un set di oltre 80 indicatori¹⁹ – le capacità dei vari sistemi nazionali di prevenire e fronteggiare le «minacce biologiche». La conclusione del rapporto è ben poco confortante: «Nessuna nazione è del tutto pronta per un'epidemia o pandemia. Collettivamente, la preparazione internazionale è debole. Molti Stati non evidenziano le capacità necessarie a prevenire, tracciare e rispondere allo scoppio di una rilevante patologia infettiva» (p.9, traduzione nostra). L'Italia si colloca al 25° posto per efficienza tra le 117 nazioni analizzate, con buone capacità per le fasi di rilevazione e tracciamento, meno brillanti in fase di prevenzione e di risposta rapida a un'emergenza sanitaria.

Tale valutazione preventiva sull'Italia formulata da questo studio corrisponde quasi perfettamente a quanto si è poi potuto empiricamente constatare durante la gestione dell'epidemia, in questi mesi. Il nostro Paese è al 21° posto al mondo (13° in Europa) per capacità di tracciamento attraverso test e tamponi: 297 ogni 100.000 abitanti, valore molto distante dai 415 effettuati in Spagna, dai 424 in Lituania, dai 457 in Russia, dai 462 in Belgio, dai

¹⁸ I dati si riferiscono tutti a tale arco temporale per renderli confrontabili con il periodo di durata fino a oggi dell'epidemia Covid, sono relativi per ogni causa di morte agli ultimi anni disponibili (tutti successivi al 2016). Per alcune cause si tratta di dati empiricamente rilevati, per altre invece di stime epidemiologiche (consolidate e accreditate, per quanto probabilistiche), come nel caso dei decessi causati dall'alimentazione o dal tabagismo, fattori che, inoltre, si sovrappongono parzialmente ad altre voci (ad esempio una quota di tumori è causata dal fumo o da una scorretta alimentazione).

¹⁹ Gli indicatori spaziano dalle capacità preventive (vaccini, controllo su zoonosi, ecc.) all'identificazione e tracciamento di agenti patogeni, dal funzionamento dei sistemi sanitari alla gestione efficiente dei rischi, dalla comunicazione su di essi alla rispondenza alle norme internazionali di sicurezza sulle minacce biologiche.

546 nel Regno Unito e, soprattutto, dai 1.050 in Danimarca (dati al 15 novembre 2020, fonte Worldometer su dati WHO). Tra le regioni italiane, sin dalla prima fase dell'emergenza, hanno brillato per capacità di testare la popolazione il Veneto e l'Emilia, oltre alle altre regioni del Triveneto e alla Val d'Aosta, tutte costantemente ai primi posti della graduatoria nazionale, da marzo a ottobre. Il Piemonte ha avviato il sistema di rilevamento con notevole ritardo (ad aprile era solo al 12° posto tra le regioni italiane per numero di tamponi effettuati in rapporto alla popolazione residente)²⁰, poi ha intensificato gli sforzi e recuperato terreno (3° a fine maggio), per scivolare quindi di nuovo in basso: 9° a luglio, 10° a settembre, 14° ai primi di novembre, precedendo solo regioni del Mezzogiorno (fonti: Ministero della salute, Altems).

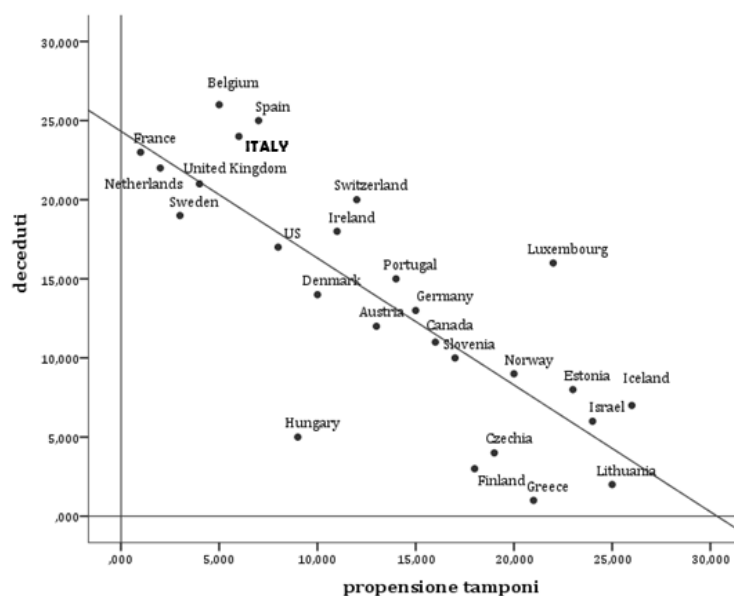
I dati empirici raccolti a livello internazionale rivelano come vi sia una corrispondenza quasi perfetta tra un'elevata capacità di effettuare tamponi/test e una bassa mortalità da Covid (figura 5.3). Su questa base, non a caso, gli esperti hanno più volte ribadito la necessità di contrastare l'epidemia soprattutto «rafforzando le attività di identificazione dei casi, il loro isolamento extradomiciliare²¹, l'identificazione tempestiva dei contatti²²» (Associazione

²⁰ Due indagini tra gli operatori del sistema sanitario piemontese evidenziano le numerose criticità dei primi mesi dell'epidemia: il 41% non ha potuto farsi fare un tampone, tra chi lo ha effettuato ed è risultato positivo nel 55% dei casi non è stato seguito da alcun controllo medico; solo il 33% degli operatori ha ricevuto sufficienti e adeguati dispositivi di prevenzione; nella maggioranza dei servizi sanitari (59%) non sono stati organizzati percorsi separati «pulito/sporco» (Anao Assomed, Nursind, 2020); quasi il 10% degli operatori si è infettato (Garzaro et al., 2020).

²¹ È fondamentale «allestire strutture alberghiere Covid per isolamento/quarantena dei casi confermati asintomatici e strutture a bassa intensità per l'isolamento dei casi pauci-sintomatici» (Associazione italiana di epidemiologia, maggio 2020). Dopo l'utilizzo temporaneo di alberghi a questo scopo in alcune regioni durante la fase dell'emergenza primaverile, nell'estate 2020 sono stati emanati bandi – anche in Piemonte – per individuare alberghi disponibili: a quello dell'ASL Città di Torino (agosto 2020) ha risposto un solo albergo, il bando della Regione (in autunno) ha raccolto la disponibilità di 15 hotel della città metropolitana torinese, per un totale di 1.644 stanze.

²² Sul fronte del tracciamento dei contatti, per mesi si sono moltiplicate le aspettative sull'uso di app, tant'è che oltre 50 nazioni hanno avviato strumenti del genere, solo in qualche caso (come in India o in Qatar) rendendone obbligatoria l'installazione sui cellulari di tutti gli abitanti. L'operazione nel suo complesso, però, è stata finora ben poco efficace a causa di basse quote di diffusione: fino ad agosto 2020, solo in Qatar è stato superato il 60% di adozioni, la soglia ritenuta dagli esperti quella minima perché un sistema del genere si riveli efficace. In Italia a marzo 2020 il Governo ha avviato un complesso percorso, istituendo un comitato di 60 esperti per analizzare 319 diversi progetti per app di tracciamento, che a fine

Figura 5.3. Diffusione dei tamponi e tasso di mortalità Covid
Elaborazioni Fondazione Hume su dati Worldometers e Johns Hopkins University



italiana di epidemiologia, maggio 2020).

Un altro fondamentale fronte delle politiche preventive è quello

aprile hanno selezionato il progetto denominato *Immuni*; è emersa da subito, tuttavia, la precarietà delle chance di successo di questa app, visto che si stima che il 30% degli italiani, anche volendo, non può installarla (poiché non possiede il tipo di cellulare necessario) e che a maggio solo il 19% dichiarava che certamente lo avrebbe fatto (fonte: sondaggio Ipsos); la quota effettiva di scaricamento di *Immuni* è stata poi ancora più bassa, pari a luglio al 7,2%, salita a fine ottobre all'15%. Ha certamente influito sui bassi livelli di adesione raggiunti finora da questa app un dibattito pubblico caratterizzato prima da frequenti richiami preoccupati a presunte minacce alla privacy dei cittadini (per altro, il 66% degli italiani risulta «poco» o «per niente» preoccupato in proposito; fonte: sondaggio Oscrin-Università di Sassari, maggio 2020, in Mazzette et al.), poi da strumentalizzazioni politiche e da problemi di governance: molte Regioni italiane si sono sottratte alla promozione di *Immuni*, spesso screditandola in dichiarazioni pubbliche e sperimentando proprie app di tracciamento: uno studio dell'Università Cattolica ai primi di maggio 2020 ne ha censite più di 90, sviluppate da tutte le Regioni (tranne Friuli, Molise e Calabria). Infine, le stesse procedure di gestione della app risultano oggi talmente macchinose che dei soggetti positivi in Italia al 20 ottobre solo lo 0,6% risultava segnalato su *Immuni*.

delle vaccinazioni. Nell'attesa di quella anti Covid²³, diversi studi internazionali rivelano come l'anti-influenzale possa contribuire positivamente, riducendo non solo la pressione sul sistema sanitario, ma forse anche mitigando nei malati gli effetti del Covid, in virtù della sua funzione immunostimolante (Romano, 2020). In un Paese come l'Italia che, in generale, non brilla per coperture vaccinali²⁴, il Piemonte ha occupato finora posizioni di retrovia per diffusione dell'anti-influenzale: nel 2019 – col 18% di vaccinati – era agli ultimi posti tra le regioni metropolitane (precedendo Calabria, Sicilia, Lombardia e Sardegna) e migliorando di poco rispetto a dieci anni prima (+17% rispetto al 2009), specie per confronto con Veneto (+28%), Liguria (+34%) ed Emilia (+37%). Quanto alla fascia più a rischio – quella degli ultra 65enni – va ancora peggio: con il 60,5% di anziani vaccinati nel 2019, il Piemonte è al penultimo posto (precedendo la sola Sardegna, era terzultimo dieci anni prima), ben distante dall'obiettivo minimo indicato dall'OMS: 75%.

Pur tenendo conto dell'attenuante di essere stata tra le prime nazioni al mondo a essere colpita dall'epidemia Covid, i ritardi dell'Italia – e del Piemonte in particolare²⁵ – vengono attribuiti da

²³ Nel mondo in questi mesi si è prodotta una collettiva «attesa messianica» (Saracci, 2020) del vaccino anti Covid, rispetto al quale tuttavia vi sono al momento pochissime certezze, in termini di tempi, livelli di efficacia e modalità di distribuzione. Si vedano: Barducci, 2020; Latino, 2020.

²⁴ In particolare, rispetto ai vaccini classificati come «strategici» dall'OMS (quelli anti difterite, tetano, pertosse, morbillo, pneumococco e papilloma) l'Italia è solo al 34° posto al mondo (15° in Europa) per livello di copertura della popolazione (in Italia pari al 79%), peggio anche di diversi Paesi in via di sviluppo, americani (Argentina, Cile, Ecuador, Paraguay, Uruguay, Honduras) e africani (Ruanda, Mauritius, Botswana). In dettaglio, in nostro Paese ha tassi superiori alla media europea nel caso del vaccino anti pneumococco (92%, contro una media continentale del 78%), del trivalente difterite tetano pertosse (95% contro 94%), del vaccino anti papilloma (40% contro 21%); risulta leggermente inferiore la copertura anti morbillo (89% contro 91%). A livello mondiale i tassi medi di copertura sono tutti più bassi, rispettivamente pari al 47%, all'86%, al 12% e al 69% (dati 2020, fonte WHO).

²⁵ «In Piemonte la macchina dell'emergenza si è sviluppata in modo abbastanza caotico. L'unità di crisi è stata creata, riformata, commissariata [...]. Nelle varie fasi sono stati creati nuovi organi, assegnate nuove competenze, integrati nuovi membri (con ruoli talvolta sovrapposti) ed effettuati veri e propri cambi al vertice» (Openpolis, 2020 b). Le opinioni critiche sulla gestione dell'epidemia in Piemonte sono condivise anche dai cittadini: in un sondaggio in sei regioni italiane (23 aprile 2020), i massimi livelli di soddisfazione per la gestione dell'emergenza sanitaria si riscontrano in Veneto (86% di soddisfatti), in Campania (80%) e in Emilia (63%); nelle altre tre regioni la quota di soddisfatti è minoritaria: in Lombardia pari al 46%, in Toscana al 45%, in Piemonte appena al 27% (sondaggio Winpoll); circa il ruolo dei Presidenti di tutte le Regioni italiane nella gestione della crisi, si confermano maggiori livelli di apprezzamento in Veneto (91%) e in Campania (89%), quindi in

diversi osservatori indipendenti a carenze strutturali e di governance dei sistemi sanitari, in primo luogo all'aver concentrato attenzioni e risorse negli ultimi anni sugli ospedali, a discapito dell'assistenza sanitaria diffusa sul territorio e (a causa della forte crescita di anziani) sulle patologie croniche, finendo per abituare buona parte dei servizi a lavorare su tempi lunghi e «lenti», rivelandosi così in difficoltà nel reagire a un'emergenza (Bena, 2020)²⁶. La sanità piemontese, in particolare, viene da anni di tagli – dovuti a «piani di rientro» dal deficit – che hanno depauperato il sistema, la sua efficienza e competitività, specie per rapporto alle altre regioni italiane, in particolare settentrionali. Nel 2018, ad esempio, il Piemonte era all'8° posto tra le 13 regioni metropolitane italiane (ultimo tra quelle del Nord) per tasso di copertura dell'assistenza domiciliare integrata²⁷ e – con specifico riferimento ai settori chiave per l'emergenza Covid – all'ultimo posto per posti

Umbria (86%) e in Emilia (85%); il Piemonte è penultimo (con il 53% di cittadini soddisfatti), precedendo il solo Lazio (37%) (sondaggio Dispc Lasp, maggio 2020).

²⁶ «Il coronavirus ha portato alla luce la distorsione di questi anni: lo spostamento del baricentro dalla medicina territoriale all'ospedale. Ma nessuna pandemia si può contrastare solo con gli ospedali. L'esigenza di privilegiare l'efficienza del sistema ha portato la sanità a investire sui centri di eccellenza, sulle competenze più sofisticate, sulle specializzazioni più avanzate, depauperando la medicina di prossimità, impoverendo quindi quella rete costituita da medici di famiglia, dipartimenti di prevenzione, assistenza domiciliare» (Olivetti Manoukian, 2020, p.101). In Piemonte – secondo l'Ires – «il sistema sanità, nella fase iniziale, ha risposto in modo parziale e disordinato alla pandemia [...]: i Distretti, come snodo organizzativo delle ASL, sono stati bypassati, i Dipartimenti di Prevenzione, da sempre con organici all'osso, travolti dallo tsunami inaspettato, hanno faticato a mantenere le opportune interazioni con il personale dei Distretti [...]. È mancata la comunicazione tra i diversi snodi organizzativi delle ASL per concertare azioni che consentissero di sviluppare, con l'urgenza necessaria, i percorsi più appropriati per i pazienti» (Perino, Viberti, 2020).

²⁷ In Piemonte, oltre a strutture ambulatoriali e medici di base, nel 2017 sono state introdotte le «Case della salute» come «punti di riferimento al di fuori degli ospedali per malati cronici e pazienti non gravi, che non necessitano di accesso al Pronto soccorso». Fino al 2019 ne sono state attivate 64 in tutta la regione, 25 delle quali nella città metropolitana e 4 nel capoluogo regionale. Secondo la Regione «la Rete delle Case della Salute funziona» (<http://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/organizzazione-strutture-sanitarie>), secondo l'Ires invece c'è stato finora «uno sviluppo solo parziale della rete territoriale» e «un ritardo nei tempi di attuazione» (Maggi, 2020). Il *Decreto rilancio* varato dal Governo nazionale dovrebbe contribuire a potenziare la rete dell'assistenza domiciliare – istituendo tra l'altro la figura dell'«infermiere di famiglia/comunità» (Caristia, 2020) – riservando a questo scopo il 40% dei nuovi finanziamenti erogati al sistema sanitario (Gori, 2020).

letto in terapia intensiva²⁸ (in rapporto alla popolazione residente), al quartultimo per dotazione di ventilatori polmonari (stavano peggio solo Puglia, Campania e Calabria). Quanto a Torino, rispetto alle città metropolitane italiane, è al 7° posto per rapporto posti letto / abitanti, al 9° posto per tasso di utilizzo degli stessi, quindi all'8°, al 10° e al 14° posto per dotazioni, rispettivamente, di infermieri, di medici e di pediatri (fonte: Health for all).

Un comparto particolarmente colpito dalla pandemia è, come noto, quello delle Residenze sanitarie assistenziali (RSA). Da uno studio internazionale in 26 nazioni è emerso come quote molto elevate di vittime del Covid si contino proprio tra gli anziani in esse ospitati, pari in Austria o in Spagna al 30% circa di tutti i decessi causa Covid, in Germania e Portogallo al 40%, in Svezia e Regno Unito al 50%, in Belgio al 60%, in Slovenia all'80%. In Italia non si sa, in quanto «mancano dati credibili» (Paci, 2020 b): l'unica indagine, promossa dall'Istituto superiore di sanità a maggio 2020, è sostanzialmente fallita a causa dell'altissimo tasso di mancate risposte (59%), specie da parte di quelle RSA che dalle cronache dei media parevano le più colpite dal Covid²⁹.

²⁸ A maggio 2020 il Governo ha lanciato un piano straordinario di potenziamento dei reparti di terapia intensiva, che, nei primi quattro mesi di attuazione, ha permesso di aumentare a livello nazionale del 25% i posti letto in tali reparti; in Piemonte l'incremento è stato minimo: +3%. L'obiettivo è quello di aumentare del +63% a livello nazionale, con interventi differenziati tra le regioni, in modo da allinearle a un livello di copertura pari a 14,4 posti letto ogni 100.000; per il Piemonte – che partiva da uno dei livelli più bassi – il piano prevede quasi di raddoppiare i letti, da 317 a 626; al 31 ottobre 2020 sono solo 327, secondo il quadro fornito dal Ministero della salute. La Regione Piemonte non ha fornito dati chiari in proposito, citando in comunicati ufficiali cifre diverse di posti letto in rianimazione («attivabili» in caso di necessità), quel che certo è che, in ogni caso, manca il personale necessario a renderli operativi: a metà novembre 2020 l'Unità di crisi della Regione stima tale carenza di operatori sanitari tra 500 e 1.000 unità. Quanto alla saturazione dei posti letto in terapia intensiva (il Ministero ha indicato nel 30% la soglia di sicurezza da non superare), già al 20 ottobre il Piemonte era al 33% (peggior valore tra le regioni metropolitane), al 15 novembre è salito al 48%, superato in peggio dalla Lombardia: 50% (fonte: Agenass).

²⁹ Per quanto riguarda la città metropolitana di Torino, qualche indizio sull'andamento dell'epidemia Covid nelle RSA si può ricavare indirettamente dai dati relativi all'incremento anomalo di mortalità riscontrato in singoli comuni: dei 30 che nel periodo marzo-giugno 2020 hanno registrato i maggiori incrementi, 13 sono compresi anche tra i 30 comuni della provincia con più posti letto in RSA. Ad esempio, a San Gillio (dove opera un RSA da 60 posti) la mortalità tra gli anziani è cresciuta del +241% (valore simile a quelli registrati in comuni della provincia di Bergamo, la più colpita dal Covid); a Corio (che ha un RSA da 120 posti) +159%, a Cavour (98 posti) +92%, ad Alpignano (120 posti) +86% (fonti: Regione Piemonte e Istat).

Per fortuna, in Italia la quota di anziani ospitati in RSA è relativamente bassa – pari all'11,5% degli ultra 65enni – rispetto ad altre nazioni europee: 45% in Spagna, 47% nel Regno Unito, 52% in Francia, 56% in Germania, 72% in Svezia, 75% in Olanda (dati marzo 2020, fonte Oecd health statistics); il Piemonte è al quinto posto tra le regioni metropolitane per tasso di ricovero degli anziani in RSA, dopo Lombardia, Friuli, Veneto e Liguria. Le RSA italiane negli ultimi anni hanno risentito di diverse problematiche convergenti: «progressiva sanitarizzazione, [con] sembianze sempre più simili a quelle di ospedali», «fragilizzazione della platea dei ricoverati, sempre più composta da persone molto anziane», «condizioni finanziarie molto precarie, sicuramente co-determinate da un mancato investimento politico e amministrativo in queste strutture», «standard sanitari e assistenziali bassi e in fase di ulteriore deterioramento. Tutto ciò impone un ripensamento radicale di questo sistema» (Arlotti, Ranci, 2020, pp.6, 9, 10).

5.4. POLITICHE, COMUNICAZIONE, RISCHI

È davvero troppo presto, lo ribadiamo, per fare un bilancio ragionato di come il mondo – e i singoli governi nazionali e locali – hanno reagito al Covid: le informazioni sono ancora troppo frammentate e, soprattutto, siamo ben lungi dall'intravedere la fine della pandemia. Per queste ragioni, in quest'ultimo paragrafo, si proverà a ricostruire poco più che una sorta di indice ragionato delle varie questioni sul tappeto, inserendo – quando possibile – qualche elemento «oggettivo» per provare a fare un po' di chiarezza, per il resto rimandando per approfondimenti ad articoli scientifici e recenti ricerche (di varia natura e disciplina).

Come già accennato nel precedente paragrafo, virologi ed epidemiologi concordano nel ritenere che le più efficaci politiche di contrasto alla pandemia siano quelle messe in atto, da un lato, per diffondere pratiche di disinfezione e dispositivi di protezione (mascherine, ecc.), dall'altro per individuare i casi positivi, tracciarne le relazioni, curarli (se necessario) e, soprattutto, isolarli. Almeno finora pochissimi Paesi al mondo sono riusciti a muoversi efficacemente con interventi selettivi del genere (Musso, 2020). Quasi ovunque, pertanto, ci si è orientati piuttosto verso provvedimenti – più o meno generalizzati ed estesi nel tempo – di chiusure di scuo-

le, edifici pubblici, luoghi di eventi e raduni³⁰, esercizi commerciali, luoghi di lavoro³¹, mezzi di trasporto (specie collettivi), fino all'estremo di rinchiudere le persone a casa propria. Un monitoraggio permanente dell'Università di Oxford sulle politiche messe in atto nelle 175 maggiori nazioni durante il 2020 rivela come, ad esempio, la chiusura delle scuole o la cancellazione di eventi siano provvedimenti adottati in quasi tutto il pianeta, mentre il blocco totale dei trasporti sia stato deliberato da quasi tutti i Paesi latino americani, da un buon numero di quelli africani, ma da ben poche nazioni europee. Tale studio ha anche calcolato un indice sintetico relativo al complesso delle politiche messe in atto da marzo a ottobre: i Paesi nel complesso più restrittivi risultano alcuni latino americani e mediorientali; per rigidità delle misure adottate, a maggio l'Italia era appena al 123° posto (22° in Europa), a metà ottobre al 115° posto, 16° tra le nazioni europee (Oxford University, 2020)³².

³⁰ Si insiste spesso sulla necessità di evitare assembramenti e, più in generale, di mantenere adeguate distanze fisiche tra le persone (1, 2 o più metri, a seconda dei contesti, ma anche dei punti di vista di esperti e decisori pubblici), un obiettivo quanto mai arduo da raggiungere. La stessa sistematica osservazione sugli spazi pubblici torinesi, condotta nei mesi scorsi per questo *Rapporto*, ha fatto emergere come le norme sul distanziamento fisico negli spazi pubblici siano state piuttosto rispettate in presenza di estranei, ma ben di rado con interlocutori più familiari. Non c'è da stupirsi: le analisi di Edward Hall sulla prossemica hanno dimostrato come quella superiore a 1 metro sia una distanza «sociale», che nelle culture occidentali tutti adottano spontaneamente «quando si discute con persone con cui si ha un rapporto formale, ad esempio in colloqui di lavoro, mentre per i rapporti con amici, conoscenti o colleghi la distanza abituale e ideale per tutti è considerata quella da 45 centimetri a 1 metro» (Edward Hall, *La dimensione nascosta. Il significato delle distanze tra i soggetti umani*, Bompiani, Milano, 1968, p.77).

³¹ Per effetto della chiusura della gran parte del sistema produttivo durante il lockdown primaverile, in Italia a fine aprile il 23% dei lavoratori dichiarava di aver smesso di lavorare, inoltre il 26% aveva visto ridursi drasticamente (o azzerarsi) il proprio reddito (sondaggio Winpoll per il Sole 24 Ore); a ottobre il 20% degli italiani segnala un reddito familiare molto più basso nel 2020 rispetto all'anno precedente (sondaggio Osservatorio Findomestic). Tra chi ha lavorato a distanza, per il 70% era la prima volta nella vita; l'84% reputa il cosiddetto «smart working» più produttivo del tradizionale lavoro in ufficio e più soddisfacente (72%), ma anche più stressante (65%) e alienante (64%); tra gli aspetti critici più segnalati, vi sono l'aumento di ore di lavoro non retribuite (43%), l'inefficacia delle riunioni a distanza (42%), il minore coordinamento coi colleghi (26%); a conti fatti, in ogni caso, più della metà (60%) vorrebbe proseguire a lavorare in remoto (Cgil, Fondazione Di Vittorio, 2020; Centro Studi Incontra, 2020).

³² A dispetto di una narrazione collettiva – alimentata dai media e spesso corredata di fotografie con metafisiche «città fantasma» – in Italia «nel momento di teorica 'chiusura totale', [...] lavoravano (e di conseguenza circolavano) legalmente ben 9,4 milioni di persone [...] Eppure, il governo, vedendo che i contagi non ne volevano sapere di calare, se la prendeva (con la scandalosa complicità dei mass

Se sul piano quantitativo questi dati rivelano che, contrariamente a una diffusa percezione, il nostro Paese è stato molto meno rigido di tanti altri, su un piano qualitativo le politiche anti Covid messe in atto in Italia appaiono caratterizzate – stando alle analisi di diversi osservatori – da un elevato livello di confusione, mancando spesso sia linee di comando chiare sia coordinamento e accuratezza comunicativa. A proposito del primo aspetto, un elemento evidente – e costante, dall’inizio del 2020 all’autunno – è quello di una gestione disordinata, con un proliferare di norme e una scarsa governance specie tra Governo centrale e Regioni³³. Solo a livello centrale, tra gennaio e luglio 2020 sono stati emanati 320 provvedimenti relativi al contrasto della pandemia, tra circolari (33%), ordinanze (23%), decreti (22%), Dpcm (7%) e altre tipologie; hanno emanato tali provvedimenti 11 diverse istituzioni, in primo luogo il Ministero della salute (31% del totale) e Protezione civile (20%), quindi Ministero dei trasporti (9%), dell’Interno (8%), Presidenza del consiglio (8%) (fonte: Openpolis, 2020 a).

La dimensione comunicativa risulta ancor più disorientante, per il sovrapporsi di almeno tre distinti problemi:

- messaggi istituzionali che ben di rado hanno avuto i requisiti che gli esperti di comunicazione del rischio ritengono fondamentali (Bena, Penasso, 2020), ovvero chiarezza, coerenza³⁴ e tra-

media) sempre e solo con quelle poche migliaia di persone che non rispettavano le regole (il cui comportamento, per quanto censurabile, aveva un’incidenza pratica pressoché nulla) anziché con le regole palesemente sbagliate e inefficaci che aveva imposto. Era del tutto ovvio che fare le cose a metà avrebbe ottenuto l’unico risultato di devastare l’economia senza eliminare il virus, come è purtroppo puntualmente accaduto» (Musso, 2020).

³³ In molti hanno sottolineato come l’emergenza pandemica abbia evidenziato un problema strutturale di governance Stato-Regioni, da tempo incancrenito nel sistema politico italiano, rendendo sempre più urgente un ripensamento del modello pseudo-federale che regola in Italia settori chiave della sicurezza nazionale, come la salute (Arfaras, 2020; Gallo, 2020; Poggi, 2020). Durante la crisi Covid, anche l’opinione pubblica si è divisa tra sostenitori del governo centrale e delle Regioni, con un 45% di italiani che reputa più efficace il Governo centrale nel gestire la crisi Covid e un 55% le Regioni (sondaggio Corriere della Sera, 12 aprile); il 56% pensa che errori di gestione che hanno contribuito a diffondere l’epidemia siano stati commessi dal Governo, il 44% dalle Regioni; sulla gestione della sanità, il 37% ritiene che alle Regioni debbano essere attribuiti più poteri, il 43% che gliene debbano essere tolti per ridarli allo Stato centrale (sondaggio Winpoll, maggio 2020).

³⁴ Per citare un solo esempio, circa l’utilità e i modi d’uso delle mascherine, in questi mesi si sono moltiplicati messaggi ufficiali contraddittori sui reali livelli di protezione in diversi contesti e/o dei vari modelli; il tema è di per sé complesso (e scientificamente controverso; si vedano, ad esempio: Caserini, Forastiere, 2020; Fondazione Gimbe, 2020), ma certo non ha aiutato i cittadini a chiarirsi le idee assi-

sparenza³⁵;

- mass media che, come spesso avviene nella comunicazione dei rischi, «costruiscono la notizia, spettacolarizzando gli eventi³⁶, piuttosto che far circolare informazioni, consentendo al lettore di impadronirsi degli elementi utili per formarsi una opinione personale» (Mela, 2000, p.252);
- comunicazione scientifica che, da un lato, si è spesso assuefatta alle pratiche mediatiche (con virologi che sostengono tesi opposte o si accapigliano nei «salotti» televisivi), dall'altro ha divulgato in tempi troppo brevi una mole crescente di articoli scientifici, di dubbia credibilità³⁷.

stere per mesi a dichiarazioni e comportamenti contraddittori da parte di tante diverse pubbliche autorità. A proposito dei messaggi ufficiali sul Covid, un recente studio di linguisti ed esperti di comunicazione sottolinea come in Italia sia prevalsa «una deliberata intenzione di non aiutare [i cittadini] a capire, di non dargli elementi in base a cui regolarsi, [con] una strategia comunicativa costante e applicata con consapevole coerenza, fondata sulla convinzione che i cittadini siano o troppo stupidi per capire, o troppo indisciplinati per adottare i comportamenti più responsabili [...]»; può essere che questa volta trattare gli italiani da stupidi fosse il male minore, perché c'era un'emergenza, ma bisogna stare attenti a non perpetuare questo modo di procedere, perché non è giusto, perché alla lunga logora la fiducia dei cittadini (soprattutto di quelli intelligenti) nello Stato e anche proprio perché produce dei cittadini stupidi, che è il male peggiore di tutti e foriero di infiniti altri mali» (Lombardi Vallauri et al., 2020, pp.192-194).

³⁵ «In materia di trasparenza e di informazione, la conduzione di questa crisi è stata disdicevole, [ad esempio] i verbali del Comitato tecnico-scientifico sono sempre rimasti secretati [...]; le richieste del mondo scientifico di accedere ai dati dell'epidemia (a partire da quel che succede nei singoli comuni) non sono mai state prese nella benché minima considerazione» (Ricolfi, 2020 b). Su questo tema si veda anche Salmaso, Forestiere (2020).

³⁶ La spettacolarizzazione delle notizie è un aspetto della più generale propensione, in questi mesi, a sollecitare soprattutto l'emotività, spesso a discapito della razionalità. Fa parte di tale tendenza anche il frequente richiamo – non solo in Italia – a metafore belliche (la «guerra» contro il Covid, «i nostri eroi al fronte», ecc.), funzionale soprattutto a tenere sotto controllo il «fronte interno», cittadini «docili e ubbidienti» e mettendo fuori gioco le voci dissenzienti (Cassandro, 2020), in generale stimolando un crescente nazionalismo a diversi livelli: dalle bandiere tricolori e dall'inno nazionale cantato dai balconi, al diffuso sentimento di conflittualità nei confronti dell'Unione europea (specie degli Stati percepiti come «ostili» al nostro Paese in materia di aiuti economici), all'autocelebrazione di un presunto «modello italiano» di lotta al Covid «riconosciuto nel mondo» (ancora a ottobre 2020, il 71% degli italiani si dice convinto che il nostro Paese gestisca l'emergenza pandemica meglio del resto d'Europa; sondaggio Osservatorio Findomestic).

³⁷ Durante la pandemia Covid è aumentata rapidamente la quantità sia di articoli scientifici – cui spesso hanno dato risalto i media generalisti – pubblicati ben prima delle consuete verifiche di affidabilità a cura della comunità scientifica (Di Chiara, 2020), sia di quelli che non citano alcun dato di ricerca a supporto delle proprie

Nel complesso, tale diffuso «rumore di fondo» (Boniolo, 2020) contribuisce a disincentivare gli atteggiamenti più responsabili, inducendo disorientamento, ansia³⁸, talvolta reazioni rabbiose (specie dopo tanti mesi di crisi), «fughe» verso il mondo delle fake news³⁹.

Alle soglie dell'estate 2020 si è assistito a un progressivo allentamento della tensione collettiva – per certi versi comprensibile, sia per il calo dei contagi gravi, sia per un diffuso desiderio di superare l'angoscia dei mesi del lockdown primaverile – che ha finito rapidamente per «sdoganare» anche abitudini relativamente consolidate nei mesi precedenti, come il rispetto di distanze minime in pubblico. In tal senso, alcuni passaggi decisivi (anche simbolicamente) paiono essere stati, ad esempio, la riapertura di bar e locali pubblici (con un distanziamento fisico progressivamente sempre meno rigido), la ripartenza del campionato di calcio (senza spettatori, ma anche praticamente senza mascherine e con abbracci dopo ogni goal), la celebrazione, dopo mesi di divieti, di eventi pubblici di grande richiamo (come le esibizioni delle Frecce tricolori ai primi di giugno sopra le piazze affollate di diverse città).

Coi primi caldi, anche la gran parte dei controlli sui comportamenti in pubblico – con le relative sanzioni⁴⁰ – si è andata progres-

tesi: questi ultimi, da meno della metà degli articoli scientifici pubblicati negli anni precedenti, sono saliti fino al 70% di quelli usciti tra marzo e aprile 2020 (Bianchi, Greco, 2020). Questa tendenza non riguarda solo il campo delle scienze mediche; di recente, ad esempio, è uscito un volume dell'Associazione italiana di sociologia dedicato agli effetti del Covid sui diversi territori (Nuvolati, Spanu, a cura di, 2020): contiene ben 36 saggi, ma quasi nessun dato a riscontro delle tesi e opinioni espresse. Per un dibattito critico sul ruolo delle scienze nell'era Covid, si vedano anche, ad esempio: Bianchi, Cori, Pellizzoni, 2020; Corbellini, 2020 a; Di Benedetto, 2020; Tyler, Cooper, 2020.

³⁸ Gli esiti dettagliati di uno studio sulla diffusione in Italia di stati di ansia, depressione e disturbi del sonno, a seguito della pandemia Covid e del lockdown primaverile, sono riportati in Gualano (2020). Il tema del supporto psicologico agli operatori del sistema sanitario e i volontari «in prima linea» contro il Covid è stato invece sviluppato – nell'ambito di un progetto di ricerca-azione a Torino – nel testo Psicologi per i popoli (2020).

³⁹ A marzo 2020, oltre il 30% degli utenti web italiani ha consultato siti classificati ufficialmente come «di disinformazione», in quasi metà dei casi cercando notizie sul Coronavirus; si tratta di un valore in crescita (+19%) rispetto allo stesso mese dell'anno precedente (fonte: Audiweb). Sul sito dell'Istituto superiore di sanità viene continuamente aggiornato l'elenco delle fake sul Covid più frequenti in rete. Sono oltre 70 quelle censite fino a fine settembre, tra cui una nutrita lista di «rimedi» per prevenire il contagio: da mangiare aglio a bere acqua salata, oppure alcolici, dal fare un bagno caldo fino al – noto, poiché ripreso anche da Donald Trump – fare gargarismi con la candeggina o iniettarsela.

⁴⁰ In Piemonte il picco di controlli e sanzioni sul rispetto delle norme anti conta-

sivamente estinguendo, i cittadini hanno dato segni sempre più evidenti di percepire il pericolo Covid come ormai alle spalle⁴¹ (ad esempio abbandonando in numero crescente l'abitudine di indossare mascherine negli spazi pubblici; figura 5.4), mentre gli stessi media hanno dedicato sempre meno rilevanza alla pandemia (figura 5.5). Quella che dunque pare essersi verificata nell'estate 2020 è stata una sorta di progressiva rimozione collettiva, alimentata dal desiderio condiviso di «prendersi una pausa», in attesa di un ritorno dell'epidemia in autunno (paventato dagli esperti, talvolta dai media e dalla maggioranza dei cittadini⁴², poi puntualmente verificatosi da fine settembre). Il fatto stesso che l'estate sia da tempo vissuta in Occidente come la stagione della «spensieratezza» (e, dunque, anche di comportamenti sopra le righe) ha contribuito a far tornare la gran parte delle persone a modalità di interazione pre-crisi⁴³, con periodiche polemiche pubbliche, ad esempio per il sovraffollamento di spiagge, discoteche, treni, zone della movida. Il risveglio dell'epidemia in autunno ha indotto gradualmente a rispolverare norme e comportamenti un po' più prudenti.

gio si è registrato a metà aprile, poi ha cominciato a declinare sempre più rapidamente, per azzerarsi praticamente ai primi di giugno, salvo nei giorni del ponte per la festa della Repubblica (fonte: Ires).

⁴¹ In un sondaggio del Centro studi TCI tra i turisti italiani, il 66% riferisce di aver osservato, durante le vacanze estive, una frequente inosservanza del distanziamento sociale e dell'uso delle mascherine, il 64% ha lamentato gli scarsi controlli da parte delle forze dell'ordine sui comportamenti di residenti e turisti.

⁴² A fine maggio, solo il 30% degli italiani pensava che l'epidemia sarebbe finita entro l'autunno, il 28% era convinto che ci sarebbe voluto ancora un anno per uscirne, il 42% più di un anno (sondaggio Doxa).

⁴³ Anche per questa ragione, molte previsioni della primavera circa presunte radicali trasformazioni della vita – specie negli spazi cittadini – erano probabilmente premature. In particolare, urbanisti e architetti hanno a lungo disquisito sul fatto che la pandemia avrebbe prodotto, ad esempio, un abbandono delle aree urbane dense, del pendolarismo per lavoro, degli spazi condivisi negli uffici (open space, coworking) e di come questa avrebbe costretto a riprogettare spazi pubblici, aree verdi, servizi di prossimità, norme di sicurezza, servizi di mobilità, reti telematiche, spazi abitativi, itinerari turistici, tempi urbani. In realtà, la «tregua» epidemica estiva ha rivelato con evidenza un forte e diffuso desiderio di tornare «come prima»; dunque la radicalità degli esiti sociali della pandemia presumibilmente dipenderà dalla sua durata e gravità: per ora «il quadro è radicalmente incerto, tutto potrebbe cambiare o tutto potrebbe restare com'è» (Granata, de Lettera, 2020). Circa il ricco dibattito sulle possibili trasformazioni delle città a seguito dell'epidemia Covid, si vedano, ad esempio: Balducci, 2020; Caruso, Pede, 2020; Favero, 2020; Montanari, 2020; Soave, 2020; Spada, 2020; Vianello, 2020.

Figura 5.4. Torino: utilizzo delle mascherine negli spazi pubblici
In nero giorni con obbligo anche negli spazi pubblici; indagine Rapporto Rota⁴⁴

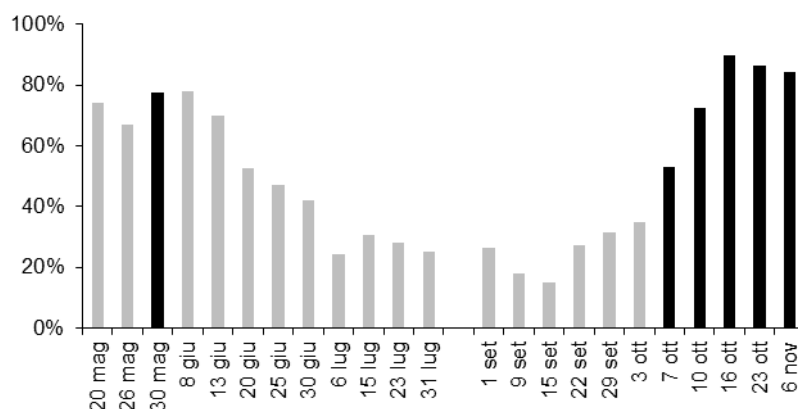
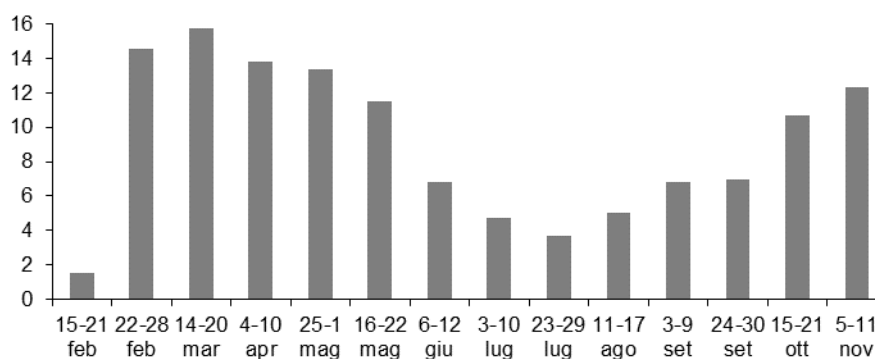


Figura 5.5. Corriere della Sera: pagine dedicate all'epidemia Covid - 2020
Numero medio settimanale di pagine; indagine Rapporto Rota



⁴⁴ L'indagine è stata condotta tramite osservazioni sul campo, lungo diversi percorsi attraverso spazi pubblici (strade, piazze, giardini, ecc.) della città di Torino, a partire da mercoledì 20 maggio (terzo giorno successivo alle prime riaperture, ad esempio dei negozi), contabilizzando chi indossava o meno la mascherina (senza considerare le persone autorizzate a non indossarla, come ad esempio avventori ai tavolini dei bar, ciclisti o corridori), per un totale di 10.902 persone. L'andamento complessivo, come si nota, risulta relativamente costante, partendo da livelli molto elevati di adozione delle mascherine – anche nei giorni in cui non era obbligatoria – e quindi declinando in modo più o meno costante (con un picco valore molto basso il 20 luglio, primo giorno con temperature decisamente oltre i 30°, in cui la mascherina produceva particolare fastidio) e una ripresa solo dopo metà settembre, incentivata poi dall'obbligo reintrodotta a livello nazionale all'inizio di ottobre.

Il tema della prudenza rinvia, ovviamente, a quello della dicotomia rischio/sicurezza, sempre molto complesso da trattare a livello sociale, specie per le mutevoli percezioni pubbliche: basti pensare a come in Italia il dibattito e i provvedimenti pubblici in tema di «sicurezza» tra il 2019 e il 2020 siano passati, in pochi mesi, da una focalizzazione quasi totale sulla microcriminalità (e, spesso, sulla sua presunta correlazione con l'immigrazione clandestina) a una analoga sui soli rischi per la salute.

Nel caso del Covid, in particolare, come avviene per ogni rischio «invisibile», le percezioni (e, quindi, i comportamenti collettivi) finiscono facilmente per subire distorsioni: così, ad esempio, la gran parte delle persone tende ad associare tale minaccia agli sconosciuti e agli spazi meno familiari⁴⁵, dimostrandosi più propensa ad «abbassare la guardia» in presenza di amici, colleghi, parenti⁴⁶.

La principale sfida dei mesi scorsi – ma anche dei prossimi – oltre che l'epidemia in sé, è probabilmente proprio quella di come gestire socialmente il rapporto collettivo col rischio Covid, che – come evidenziato nella tabella 5.2 – se pur molto rilevante, è uno tra i tanti con cui le società umane devono riuscire a convivere. Stabilire tali forme di convivenza non è (e non sarà) affatto semplice, tanto più perché veniamo da anni impregnati dall'influenza crescente di diverse varianti della retorica della «massima sicurezza», che pretenderebbero di riuscire a eliminare ogni rischio da

⁴⁵ La propensione a percepire rischi crescenti mano a mano che ci si allontana dalla propria abitazione (il che ha probabilmente un'origine ancestrale, legata alla percezione di massima sicurezza nella propria caverna da parte dei nostri remoti progenitori) è confermata da molte ricerche sulle percezioni: tra le tante, si possono citare un sondaggio condotto in 24 nazioni da cui risulta come ovunque i cittadini ritengano più sicura la propria città rispetto al resto della nazione e, tanto più, rispetto al resto del mondo, oppure un'indagine condotta a Torino in cui, in ogni quartiere, risulta sempre largamente maggioritaria la quota (tra il 70-75% dei residenti) che percepisce la propria zona come più sicura del resto della città (Davico, Mela, Staricco, 2009).

⁴⁶ Tale percezione si rivela particolarmente fallace alla prova dei risultati empirici sui contagi Covid: a giugno 2020, le analisi dell'Istituto superiore di sanità sui luoghi di contagio in Italia hanno evidenziato come principale ambito le RSA (con quasi la metà dei contagi totali), quindi le famiglie (24,5%), mentre decisamente più rari sono risultati i contagi in ospedale (8%) o sul posto di lavoro (3,5%). L'ambito familiare si è rivelato un luogo tutt'altro che sicuro anche per altri motivi, specie durante i lockdown: le chiamate al numero antiviolenza 1522 sono infatti cresciute del +134% nel periodo marzo-giugno 2020 (rispetto allo stesso quadrimestre del 2019), con aumenti sostanzialmente omogenei nelle regioni italiane (fonte: Istat). I contagi sul lavoro (denunciati all'Inail) si sono verificati nel 70% dei casi nel settore sanità/assistenza e per il 42% in Lombardia, 9,7% in Emilia, 9,4% in Piemonte.

attività e relazioni umane. In questo senso, uno dei lasciti positivi di questa drammatica esperienza collettiva potrebbe essere proprio quello di far riacquisire all'umanità consapevolezza delle proprie fragilità (Capua, 2020) e, dunque, anche di far emergere come sostanzialmente irrealistica la pretesa di esercitare un «controllo totale» sui diversi rischi: «Possiamo provare a ridurre il rischio, anzi dobbiamo farlo, ma il rischio zero è un'astrazione, non esiste. È cinico? È crudele? Sì. Ma, mi spiace, è così» (Lo Russo, 2020). Sul piano delle politiche pubbliche, in particolare, una delle principali sfide è (e sarà) quella di imparare a «convivere con l'incertezza» e a creare una «consapevolezza delle co-responsabilità della politica, della comunicazione scientifica, dei mass media e dei cittadini. Per fare questo occorre lavorare su una conoscenza condivisa del concetto di rischio, sulla fiducia reciproca tra le parti e sul senso di solidarietà della comunità» (Pede, 2020, pp.4-5). In particolare, sarà soprattutto «nel campo di gioco [di cosa sia più] 'necessario'⁴⁷ che si gioca la partita. La cosa più razionale e meno emotiva, soprattutto se questa situazione, come sembra, durerà per molto tempo⁴⁸, è quella di pensare individualmente e collettivamente a come sforzarci al fine di ridurre sì il più possibile la propria e l'altrui

⁴⁷ Decenni di studi hanno evidenziato come nella valutazione dei rischi molto spesso entri in gioco un «fattore di utilità» che induce ad esporsi a certi rischi per ottenere un tornaconto (economico, di gratificazione psicologica, ecc.), facendo – spesso inconsciamente – una sorta di calcolo costi-benefici. Ciò spiega, ad esempio, perché molti continuino a fumare o a bere alcolici, pur essendo piuttosto noti gli altissimi tassi di rischio connessi a tali abitudini; con riferimento a comportamenti collettivi, come mai i giovani siano spesso mediamente meno prudenti di fronte al Covid (il rischio per loro più basso, almeno finora, di ammalarsi gravemente non controbilancia la gratificazione derivante dal frequentare amici e locali nel tempo libero) oppure, viceversa, gli anziani siano i meno sensibili sul fronte ambientale e del cambiamento climatico (la preoccupazione per impatti e conseguenze in un futuro più o meno remoto, in cui molti di loro saranno presumibilmente defunti, è insufficiente a indurre in molti anziani comportamenti più responsabili e sostenibili nel presente).

⁴⁸ Dopo mesi di analisi, ipotesi e scenari «futurologici» (più o meno fondati) formulati da molti esperti (o presunti tali), a oggi tra i pochi punti di riferimento che paiono credibili vi sono, da un lato, un'assenza di certezze circa la durata della crisi («Su come evolverà il virus possiamo fare qualche ipotesi, meno possiamo formularne su come evolverà la pandemia»; Capua, 2020, p.53), dall'altro un possibile andamento quale delineato in uno dei primi scenari costruiti (Carra et al., marzo 2020): dopo il primo picco epidemico della primavera, una sequenza di diversi altri (forse più bassi) a 4-5 mesi di distanza l'uno dall'altro, alternati ad altrettanti periodi di blocchi (più o meno rigidi ed estesi) delle attività, per almeno un paio di anni. Il trend della veemente ripresa di contagi in questo autunno pare avvalorare proprio la fondatezza di questo tipo di scenari.

esposizione e vulnerabilità nelle varie condizioni di vita, ma di farlo consentendo che la vita possa gradualmente riprendere» (Lo Russo, 2020)⁴⁹.

A questo scopo, sarebbe fondamentale – aspetto su cui da mesi insiste gran parte della comunità scientifica nazionale – poter disporre di dati e informazioni precise, in particolare su modalità e luoghi di contagio⁵⁰: «Dobbiamo prepararci a un lungo inverno evitando un disastro sanitario, cercando di danneggiare il meno possibile la vita delle persone. La scienza ci può aiutare, ma dobbiamo metterla in grado di farlo» (Parisi, 2020)⁵¹; altrimenti, «in assenza di trasparenza, ogni conclusione diviene contestabile sul piano scientifico e, quindi, anche sul piano politico» (Accademia Nazionale dei Lincei, 2020, p.2), con autorità che finiscono inevitabilmente per «agire alla cieca»⁵².

⁴⁹ Questo dilemma si è proposto con evidenza in occasione di quasi ogni provvedimento preso nei mesi scorsi per tutelare la salute collettiva, generando ogni volta un confronto dialettico – spesso dai toni accesi – tra sostenitori della salute pubblica e delle istanze del mondo produttivo. Echi di questo dibattito divisivo, tra l'altro, si registrano anche tra i cittadini: ad esempio, il 56% degli italiani ritiene prioritaria la «tutela della salute anche a costo di fermare l'economia», contro il 44% che pensa che vada piuttosto «tutelata l'economia, anche a costo di rischi per la salute» (sondaggio Windpoll, maggio 2020). Ciò non deve stupire poiché lavoro-reddito e salute sono dello stesso livello gerarchico nella «scala» dei bisogni umani, subito al di sopra del livello dei bisogni fisiologici primari di sopravvivenza (Maslow A., *Motivation and personality*, Harper & Brothers, New York 1954).

⁵⁰ In Germania, ad esempio, il database del Koch Institute mette a disposizione in modalità «aperta» una gran mole di dati. In Italia, invece, «assistiamo da oltre sei mesi alla vergogna che i dati elaborati dall'ISS siano solo messi nei grafici e non siano a disposizione degli studiosi i dati usati per fare i grafici» (Parisi, 2020).

⁵¹ Ai primi di giugno la commissione Covid-19 dell'Accademia dei Lincei (2020) sottolineava come «superata la fase acuta dell'epidemia, sia giunto il momento, per le istituzioni sanitarie regionali, l'ISS e la Protezione civile di pianificare una condivisione dei dati concertata con la comunità scientifica» (p.2).

⁵² Uno studio condotto in Giappone nei mesi scorsi ha dimostrato che le situazioni e i luoghi più rischiosi per la trasmissione del virus sono quelli chiusi (mediamente, 20 volte più pericolosi di quelli aperti), in particolare dove molte persone conversano o, peggio, urlano o cantano: dunque, in primo luogo, feste (per matrimoni, compleanni, ecc.), celebrazioni religiose, gare di sport al coperto, incontri di lavoro a distanza ravvicinata, sale di ristoranti (specie con aria condizionata); invece, molto meno rischiosi sono quei luoghi – come cinema, teatri, treni e autobus – in cui le persone sono circondate da estranei, stanno prevalentemente ferme e zitte o parlano a bassa voce (Pagliani, 2020).