

Premessa

Covid-19, crisi della sanità e disagio sociale. Storia pregressa e prospettive

DOMENICO RIBATTI

Tutto è ufficialmente cominciato il 31 dicembre 2019, quando le autorità cinesi diffusero la comunicazione di un focolaio di polmonite di origini sconosciute a Wuhan. Il 29 gennaio 2020, in Italia vennero ricoverati all'ospedale Spallanzani di Roma due turisti cinesi positivi al SARS-Co-V2 e già in gravi condizioni. Il picco dell'emergenza è stato raggiunto all'inizio del 2021 quando in un solo mese si sono registrati a livello mondiale 400 mila decessi.

Il 2020 verrà ricordato per l'arrivo dei vaccini con l'approvazione dapprima da parte della FDA (*Food and Drug Administration*) statunitense e subito dopo da parte dell'EMA (*European Medicines Agency*) a livello europeo. La vaccinazione ha segnato una svolta nel controllo della malattia, senza alcuna ombra di dubbio, nonostante le resistenze dei cosiddetti *no vax*. Purtroppo, le raccomandazioni dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) tese a favorire le vaccinazioni dei gruppi a rischio nei Paesi poveri prima di avviare i richiami con terze e quarte dosi sono largamente cadute nel vuoto. Interi continenti come l'Africa sono rimasti a lungo sprovvisti di vaccini favorendo la nascita di varianti che hanno prolungato l'emergenza.

La crisi connessa alla diffusione della pandemia di Covid-19 ha rappresentato un evento epocale destinato a generare forti ripercussioni economiche e sociali. In Italia, quando è scoppiata la pandemia, il Sud non si era ancora ripreso dalle conseguenze della crisi finanziaria del 2008 e alla fine del 2018 il suo PIL era più di 10 punti percentuali al di sotto del livello pre-crisi finanziaria, mentre il PIL delle regioni settentrionali e centrali era il 2,4% al di sotto del livello pre-2008.

L'impatto che il Covid-19 ha avuto sulla nostra società e sull'economia ha riportato il tema della salute pubblica al centro dell'agenda politica. La

mortalità conseguente alla pandemia riflette un gradiente sociale, una evidenza ulteriore dell'assoluta importanza dei determinanti sociali della salute.

Il virus ha colpito in modo sproporzionato le persone anziane e quelle affette da patologie pregresse. Il rischio di contrarre l'infezione è risultato più alto nei soggetti con patologie croniche quali il diabete o le malattie cardiovascolari, con una probabilità 2,5-4 volte maggiore di essere infettate; in questi soggetti, anziani e con multi-morbilità (ipertensione, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie croniche, malattie renali croniche e diabete), l'infezione ha generalmente comportato esiti peggiori e un tasso di mortalità più elevato rispetto alla popolazione 'sana'. In quasi tutti i Paesi, almeno il 90% dei decessi per Covid-19 si è verificato tra le persone di età pari o superiore a 60 anni. In molte nazioni, circa la metà o più dei decessi per Covid-19 si sono registrati tra le persone domiciliate nelle residenze sanitarie assistenziali.

L'impatto del Covid è stato sproporzionato anche sulle persone povere, le persone che vivono in zone disagiate e le minoranze etniche. Questo dato evidenzia la necessità di una forte attenzione alle politiche volte ad affrontare i determinanti sociali della salute, comprese le politiche sociali ed economiche inclusive e gli interventi al di fuori del sistema sanitario che affrontano le cause alla radice delle disuguaglianze.

Abbiamo assistito ad un processo di impoverimento che ha toccato non solo le famiglie che già prima della crisi sanitaria erano in condizioni di grave deprivazione, ma anche molte altre famiglie cadute improvvisamente in povertà a causa della chiusura delle attività produttive e dei servizi. La povertà tende ad incidere maggiormente sui minorenni, sui quali ha anche un effetto più duraturo, compromettendo le possibilità future di emancipazione dalla condizione socio-economica della famiglia di origine.

La pandemia ha sottoposto, peraltro, il sistema sanitario nazionale a una pressione senza precedenti, facendo emergere debolezze strutturali e la necessità di incrementare la preparazione in risposta agli eventi di crisi. La risposta dei Sistemi sanitari regionali alla crisi si è basata principalmente su una mobilitazione straordinaria, in particolare del personale sanitario e dei servizi sociali locali, che ha compensato i limiti dell'infrastruttura fisica, del numero di operatori sanitari e degli investimenti degli anni passati volti a migliorare le strutture e i servizi. Tuttavia, le regioni non hanno avuto le stesse performance e, di conseguenza, i cittadini non hanno potuto avere le stesse garanzie di tutela e di cura. Il livello territoriale dell'assistenza si è rivelato in molti casi inefficace e le strategie per il monitoraggio della crisi e dei contagi sono state molto disomogenee.

Nel corso della pandemia la medicina ospedaliera ha subito una pressione enorme che ha costretto a riconvertire interi reparti e intere strutture assistenziali. Anche la medicina generale nel territorio ha dovuto affrontare situazioni completamente nuove e in condizioni spesso critiche. Le regioni italiane con un sistema sanitario territoriale più efficiente e organizzativamente consolidato hanno affrontato con migliori risultati l'emergenza Covid. Dai dati epidemiologici si evince come ci siano stati un maggiore controllo dell'epidemia e una migliore gestione della medicina 'ordinaria' in regioni dove la medicina territoriale è più consolidata e soprattutto dove si è riorganizzata realizzando quanto proposto dalle recenti riforme, come in Toscana e Veneto. Sono stati posticipati gli interventi, ridotti i ricoveri, rimodulate le sessioni di terapia, annullati i controlli di *follow-up* in presenza. Gli *screening* hanno subito un arresto pressoché completo nei mesi del *lockdown* e sono solo parzialmente ripresi dopo la sua fine. Ciò ha portato a una riduzione delle diagnosi precoci.

Uno squilibrio mai sperimentato prima tra aumento della domanda di assistenza dovuto alla pandemia e disponibilità di risorse sanitarie in risposta ha colpito molti Paesi ad alto reddito. In questo contesto, numerosi soggetti hanno finito per avere uno stesso interesse per la stessa scarsa risorsa. Ne è conseguito che un potenziale beneficio disponibile in quantità limitata è stato negato a qualcuno ed erogato a qualcun altro in base ai criteri adottati per il razionamento. Gli ospedali si sono rapidamente saturati non solo per l'incremento di casi gravissimi, bisognosi di presidi di rianimazione, ma anche perché casi non gravi non si sono potuti gestire a casa o in strutture meno medicalizzate di un ospedale, caratterizzate da una forte componente assistenziale sociale non medica.

Le misure intraprese per bloccare l'espansione della pandemia, la chiusura delle attività economiche, sociali e culturali, ed in particolare della scuola, hanno avuto un grave impatto sulla vita dei bambini, degli adolescenti e delle loro famiglie, con il rischio di aumentare in modo esponenziale la povertà economica e educativa.

La pandemia ha cambiato drasticamente le interazioni sociali che tutti noi avevamo quotidianamente. Da un rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità che ha analizzato le famiglie italiane con figli minori di 18 anni, pubblicato nel giugno 2020, è emerso che nel 71% dei bambini maggiori di 6 anni sono insorte problematiche comportamentali e sintomi di regressione; negli adolescenti, invece, i disturbi più frequenti sono somatoformi (come la sensazione di mancanza d'aria), quelli d'ansia e quelli relativi al sonno (difficoltà ad addormentarsi o nel risveglio). Il 18%

dei genitori ha riferito una condizione di isolamento dei figli, percentuale che si attesta al 25% in presenza di figli preadolescenti. Il 35% dei genitori è preoccupato rispetto alla perdita di occasioni di socializzazione per i figli con i compagni e gli amici, elemento ancora più pregnante per coloro che hanno figli nella fascia tra i 3 e i 5 anni (42%).

Il 5 maggio 2022 l'OMS ha dichiarato conclusa l'emergenza sanitaria internazionale provocata dal Covid-19, che secondo i dati ha causato 20 milioni di decessi in tutto il mondo, anche se si ritiene che questi numeri siano largamente sottostimati. Per l'OMS, «I membri del comitato hanno sottolineato il trend discendente dei decessi, delle ospedalizzazioni e dei ricoveri in terapia intensiva causati dal Covid-19 e l'alto livello di immunità nella popolazione».

La fine dell'emergenza non significa affatto l'eradicazione del virus, ma l'inizio di una fase post-pandemica in cui ogni sforzo dovrà essere fatto a livello istituzionale per gestire meglio la prevenzione (attraverso la elaborazione di piani pandemici aggiornati), continuare il monitoraggio, studiare e seguire i casi di *long-Covid*, una sindrome clinica che interessa una buona parte di coloro che hanno avuto l'infezione e che dopo più di quattro settimane da un'infezione acuta da vede la persistenza o l'insorgenza di segni e sintomi legati all'infezione.

Il Covid-19 dovrà essere gestito insieme ad altre malattie infettive, pur rimanendo alto il rischio che possano emergere nuove varianti che potrebbero causare nuovi picchi di casi e di decessi. L'OMS ha aggiornato il Piano strategico globale per il 2023-2025, fondandolo su sorveglianza collaborativa, protezione della comunità, cure sicure e flessibili, accesso alle contromisure e maggiore coordinamento in caso di emergenza.

Nel 2023, tra gennaio e giugno, la variante XBB di Omicron, diventata prevalente in Cina, ha causato 65 milioni di casi a settimana. I numeri sono stati forniti dal professore Zhong Nanshan, l'esperto del governo cinese più rispettato nel campo delle malattie respiratorie. Secondo il Centro cinese per il controllo e la prevenzione delle malattie, il tasso di infezione della variante XBB è passato dallo 0,2% di metà febbraio al 74,4% di fine aprile e poi all'83,6% di inizio maggio. Per fare fronte ad una possibile nuova emergenza l'industria farmaceutica cinese ha messo a punto due nuovi vaccini che dovrebbero agire contro la nuova variante, e che sono stati commercializzati alla fine del 2023.

Per questo l'OMS raccomanda di mantenere attiva la sorveglianza virologica e i sequenziamenti, di inserire la vaccinazione contro Covid-19 nel calendario vaccinale, di proseguire la ricerca verso vaccini e terapie

sempre più efficaci. Resta la necessità di mettere a punto e realizzare strategie di gestione di un'infezione che probabilmente accompagnerà l'umanità per molti anni, forse per sempre.

La pandemia impone un aggiornamento continuo e costante dei dati epidemiologici in continua evoluzione, e ha avuto conseguenze su tutte le componenti della dinamica demografica: dal quasi dimezzamento dei matrimoni celebrati, all'ulteriore calo delle nascite, alla contrazione dei movimenti migratori. Sono cambiate le abitudini della popolazione, gli stili di vita, le relazioni parentali e amicali, la fruizione del tempo libero. Riflessi importanti si sono osservati anche sul mercato del lavoro, da un punto di vista sia quantitativo sia qualitativo, con l'esacerbarsi delle diseguaglianze a sfavore di segmenti della popolazione già in condizioni di vulnerabilità.

Questo evento epocale ha rappresentato uno spartiacque importante per la società moderna. Le caratteristiche uniche di questo evento sono la sua origine nell'interfaccia ambiente-animale-uomo e la sua rapida esplosione a seguito dei livelli senza precedenti di mobilità e interconnessione delle popolazioni e del commercio globale.

Molti assetti organizzativi sono stati stravolti: gli ospedali, le residenze sociosanitarie, il sistema scolastico, il tema della malattia e della morte, la gestione degli affetti e le relazioni interpersonali hanno subito profonde trasformazioni. La società impreparata si è organizzata e si è dimostrata flessibile, pronta a proporre nuovi interventi e strategie efficaci per andare incontro alle difficoltà e ai bisogni della comunità. È stata in grado di utilizzare in modo proficuo energie, risorse, idee, tempo e buona volontà per conseguire buoni risultati in campo medico, sociale, psicologico ed economico.

Il continuo protrarsi dell'emergenza sanitaria e delle restrizioni alla socialità, al lavoro, alla possibilità di pianificazione di progetti futuri e, in generale, alla nostra quotidianità, hanno alimentato sentimenti di frustrazione, esaurimento, stanchezza e rabbia. Suscita grande preoccupazione la crescita del disagio psichico generato dalla crisi economica che ha comportato, a livello internazionale, 400 milioni di disoccupati.

Il processo di invecchiamento dell'individuo e della collettività si è accompagnato in questi anni ad un aumento molto forte della condizione di solitudine della persona anziana: crisi della famiglia come luogo di compensazione e di equilibrio tra i componenti, problematiche demografiche, realtà abitative caratterizzate da una progressiva riduzione degli spazi, allentamento dei legami di amicizia e di vicinato, diffusione della comunicazione per via elettronica come illusione di adeguati rapporti

interpersonali. Nei soggetti anziani la solitudine si associa frequentemente a una riduzione significativa della qualità, oltre che dell'aspettativa di vita. Infatti, gli anziani con i più alti livelli di solitudine sono quasi due volte più esposti alla probabilità di morire prematuramente di quelli con i livelli più bassi.

Le strutture ospedaliere sono chiamate ad una riprogrammazione delle attività e degli spazi interni in modo da essere in grado di rispondere ai picchi di richiesta 'emergenziale' con trattamenti ad alta intensità di cura. Per garantire la tenuta del sistema si rende necessaria la sospensione dell'attività ordinaria procrastinabile diagnostica e di ricovero ospedaliero; la riconversione di molte unità operative e sale operatorie in reparti Covid, in modo da aumentare il numero di posti letto dedicati; il divieto per chiunque non sia autorizzato ad accedere alle strutture.

Di fatto tutta la rete ospedaliera deve essere rimodulata: accanto alla destinazione di strutture dedicate al trattamento esclusivo dei pazienti Covid-19, si devono prevedere anche riconversioni parziali di alcune strutture in modo da garantire la prosecuzione dell'assistenza della rete dell'emergenza, con separazione di percorsi, pazienti Covid / pazienti non Covid; garantire il presidio e l'attività chirurgica per le patologie tempo dipendenti; incrementare il numero di unità di degenza Covid-19 a media e alta intensità di cura, con terapie intensive e semi intensive, anche attraverso la riattivazione di spazi dismessi o l'allestimento di ospedali da campo e unità mobili. La pandemia ha costretto le strutture da una parte a rimodulare le attività cliniche, dall'altra a contrarre tutte quelle attività di riabilitazione e attivazione psicosociale che prevedono contatto e movimento, con conseguente peggioramento/regressione della condizione di molti pazienti.

Presentando sintomi più leggeri e meno preoccupanti, è facile che il Covid venga confuso con un semplice raffreddore o malessere. Per essere certi sia Covid è necessario fare un tampone, che rimane a propria discrezione. Le regole sono molto cambiate: non vige nemmeno più l'obbligo di isolamento per i positivi. L'unico indicatore valido che abbiamo sulla popolazione italiana che ci permette di comparare la situazione di oggi con quella degli anni passati è il numero di ospedalizzati positivi (chiaramente si tratta di persone che possono essere ospedalizzate per altri motivi e che risultano 'per caso' positive al tampone).

La vaccinazione, ad oggi, rimane la terapia maggiormente efficace nel contrasto ai virus. La scoperta di un vaccino efficace e duraturo rappresenta, senza dubbio, il metodo più utile anche sotto il profilo costo/efficacia.

Piuttosto che affidarsi alla speranza che la pandemia sia finita, abbassando la guardia e pensando che il problema sia da qualche altra parte, occorre che tutti restino vigili; incoraggiare la massima trasparenza nella segnalazione di casi, ricoveri ospedalieri e decessi; accelerare la sorveglianza collaborativa dei test delle varianti e delle vaccinazioni. La pandemia è tutt'altro che finita.

Bibliografia essenziale

- BERLINGUER G., *Una riforma per la salute. Iter e obiettivi del Servizio sanitario nazionale*, De Donato, Bari 1979.
- ID., *Storia della salute. Da privilegio a diritto*, Giunti, Firenze 2011.
- BERLINGUER G., DELOGU S., *La medicina è malata*, Laterza, Bari 1959.
- BUCCI R., MUTTI A., PEDRINI D., *Salute e territorio. Nuove strutture di assistenza primaria*, Carocci, Roma 2022.
- CALAMO-SPECCHIA F., *Manuale critico di sanità pubblica*, Maggioli Editore, Rimini 2015.
- COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*, Laterza, Roma- Bari 1994.
- ID., *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Laterza, Roma-Bari 1997.
- ID., *Il mestiere di medico. Storia di una professione*, Raffaello Cortina, Milano 2000.
- ID., *La scomparsa del dottore. Storia e cronaca di un'estinzione*, Raffaello Cortina, Milano 2013.
- DEMIER F., *Lo stato sociale. Ricerca del consenso nell'Europa contemporanea*, Giunti, Firenze 1989.
- DIRINDIN N., RIVOIRO C., DE FIORE L., *Conflitti di interesse e salute*, il Mulino, Bologna 2018.
- GOOD B.J., *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Edizioni di Comunità, Torino 1999.
- LUZZI S., *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, Donzelli Editore, Roma 2004.
- MACCACARO G.A., *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976*, Feltrinelli, Milano 1979.
- RIBATTI D., *La buona medicina. Per un nuovo umanesimo della cura*, La Nave di Teseo, Milano 2020.

- ID., *Diseguaglianze e malattie. La sfida aperta della sanità mondiale*, La Nave di Teseo, Milano 2021.
- ID., *Giulio A. Maccacaro, Scienziato militante*, Carocci, Roma 2021.
- ID., *Il medico nel nuovo millennio. Un modello che cambia*, Carocci, Roma 2023.
- TOGNONI G., *La nostra salute. Promemoria controcorrente per il dopo pandemia*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 2022.
- TOTH F., *Le politiche sanitarie. Modelli a confronto*, Laterza, Roma-Bari 2009.
- ID., *Professione medico*, il Mulino, Bologna 2012.
- ID., *La sanità in Italia*, il Mulino, Bologna 2014.
- VINEIS P., SAVARINO L., *Ambiente, società, pandemie*, Feltrinelli, Milano 2021.