

Un grande progetto per l'Italia: diventare un Paese *abbastanza* sicuro

L'epidemia da coronavirus ha trovato un'Italia vulnerabile e poco consapevole dei rischi, un sistema sanitario sguarnito di presidi territoriali per la prevenzione e una filiera decisionale sovente disallineata e conflittuale, sia internamente che nei rapporti centro-periferia.

L'attuale emergenza epidemica ha una volta in più mostrato la debolezza del nostro Paese in termini di fragilità rispetto ai rischi naturali. Una vulnerabilità che nel recente passato ha esposto severi bilanci di danni e vittime a fenomeni, connaturati alla fisiologia del nostro territorio, rispetto a cui risuliamo patologicamente disarmati: dai rischi sismici e vulcanici, a quelli idrogeologici e climatici, all'inquinamento atmosferico. L'Italia sistematicamente subisce maggiori perdite e danni rispetto ad altri Paesi, a parità di intensità degli eventi catastrofici.

Questa volta è toccato ad una epidemia causata da un agente infettivo che i biologi ancora non conoscevano, ma aspettavano, esattamente nei modi in cui si è manifestato. Una zoonosi per la quale, su indicazioni OMS, il Ministero della Salute aveva predisposto un piano nazionale di risposta alle pandemie, all'indomani dell'epidemia SARS del 2003, aggiornandolo nel 2016: in questo piano erano scritte molte indicazioni – prima fra tutte, la necessità di proteggere il personale sanitario e le strutture ospedaliere – puntualmente disattese nel momento in cui avrebbero dovuto essere applicate.

Rilevanti sono le responsabilità del decisore politico e delle tecnostrutture, ministeriali e regionali, nei ritardi iniziali sulla comunicazione circa la gravità dei rischi e l'urgenza delle misure e dei comportamenti da adottare: tra figure competenti e decisori politici è mancata la necessaria trasmissione di informazioni chiave per la gestione della fase iniziale dell'epidemia, momento cruciale per incidere sul successivo decorso. Il pubblico è stato disorientato da messaggi contraddittori di singoli esponenti di una parte della comunità scientifica che non ha saputo caratterizzarsi per rigore di approccio, quanto per fughe in avanti in cerca di esposizione mediatica, spesso con polemiche non utili o addirittura dannose. Ciò ha pesato, negativamente, anche su qualità ed efficacia di un percorso decisionale che richiede un ordinato apporto di competenze, sia ai livelli apicali, che nella trasmissione ai livelli regionali e territoriali, per raggiungere gli operatori sanitari, le imprese e i cittadini con la necessaria tempestività. E richiede anche che sia chiaro, nelle tecnostrutture, quali sono i livelli di competenza da interpellare per assistere le decisioni.

Di fronte ad un fenomeno epidemico agito da un nuovo patogeno, il profilo e l'autorevolezza delle figure competenti sono risorse essenziali da mettere in campo: la ricerca pubblica italiana, che riesce a produrre eccellenza in un regime di risorse più scarse che in qualunque altro Paese con analoghi indicatori di sviluppo, richiede una considerazione e una narrazione meno scomposta di quella resa all'esordio di questa crisi.

Un'organizzazione della struttura sanitaria inappropriata – con notevoli eccezioni – anche in regioni con reputazione di 'eccellenza' nelle cure e nell'assistenza, ha pesato in modo inaccettabile su propagazione e letalità dell'infezione.

La governance del sistema sanitario ha assunto in questa crisi una dimensione rilevante e comportato drammatici impatti. La regionalizzazione sanitaria ha dimostrato aspetti di disfunzionalità, anche in regioni che rivendicano livelli eccellenti. Ma ha saputo anche dimostrare elevate prestazioni in una regione sede dei primi focolai infettivi, il Veneto, in cui il sistema sanitario è stato nella condizione di mantenere la necessaria prontezza di reazione. Dimostrando nei fatti che il problema è la qualità e il controllo del processo di regionalizzazione, affinché assicurati standard prestazionali, in capo al servizio pubblico, per le funzioni cruciali, sia nella gestione degli 'stati di eccezione' che richiedono centralizzazione delle decisioni, sia in condizioni ordinarie, quanto a prevenzione e sorveglianza sanitaria: funzioni che richiedono una organizzazione fondata su presidi territoriali e tenuta della rete della medicina di base. Si tratta di esigenze che possono trovare risposte altrettanto adeguate in sistemi con responsabilità centrali o regionalizzate, come ha dimostrato, nella gestione della crisi epidemica, il sistema sanitario della Germania, una nazione dal forte impianto federale. Resta fondamentale, quale che sia la governance, assicurare una regia unica e coordinata, e un'adeguata efficienza nell'allocazione delle risorse economiche, sempre troppo scarse per essere disperse da carenti programmazioni o non definizione di obiettivi e priorità, evitando anche che la competizione tra sistemi regionali per le funzioni di eccellenza dreni risorse dai servizi territoriali, come accaduto, vistosamente, in Lombardia, regione in cui autorevoli esponenti politici sono giunti a teorizzare l'inutilità della figura del medico di base.

Ad un livello complessivo, il capitolo della prevenzione e della vigilanza sanitaria, in passato molto praticato dal sistema sanitario sorto con la ricostruzione post bellica, e impostato dalla legge di riforma, la n. 833 del 1978, ha conosciuto una fase di lunga eclissi, a partire dagli anni '90 del secolo scorso, da cui è urgente uscire.

Il sistema sanitario è (anche) una infrastruttura di sviluppo, e deve essere oggetto della ricostruzione post-crisi epidemica.

L'epidemia di Covid-19 sta causando, oltre a sofferenze e morti, danni estremi al sistema economico, a moltissime imprese e famiglie, mentre è molto probabile che gli impatti saranno particolarmente severi per le componenti sociali più fragili ed emarginate. In tutto il mondo si assiste ad un aumento delle povertà e delle disuguaglianze, che riguarda molto da vicino anche il nostro Paese, molto caratterizzato da squilibri nella distribuzione della ricchezza e nell'accesso al welfare. La dura lezione di questa epidemia richiama a una verità che è stata sistematicamente negata negli ultimi decenni: il sistema sanitario, pubblico e universale, non è solo una conquista sociale da difendere, è anche una infrastruttura sottostante e necessaria per lo sviluppo, e lo è in particolare nella componente che si occupa di prevenzione e vigilanza sanitaria nelle comunità. Nell'ansia di prestazione economica – peraltro negativa in termini di efficienza di spesa - **troppi sistemi sanitari regionali hanno anteposto l'eccellenza dell'intervento terapeutico all'approccio che consente di evitarlo.** Ora è arrivato, in unica soluzione, il conto da pagare.

I danni economici dell'epidemia sono quantificabili, per il nostro Paese, nell'ordine delle centinaia di miliardi di euro, e a livello globale in trilioni di dollari. E' evidente che questi danni avrebbero potuto essere fortemente limitati da un'adeguata vigilanza e una forte azione di contenimento del contagio.

In queste cifre è scolpito l'imperativo di un drastico cambio di modello, da tener presente nel momento in cui, con l'uscita dalla crisi, partirà l'assalto alla diligenza delle risorse per la 'ricostruzione': non usciamo da una guerra, non ci sono strade distrutte, ferrovie e porti bombardati. La distruzione è quella che ha a lungo investito l'infrastruttura della prevenzione, fatta di centri di ricerca, laboratori e strumentazioni, di percorsi differenziati di assistenza e ricovero, e soprattutto di una articolata e capillare rete di presidi sanitari territoriali, che occorrerà ri-costruire e aggiornare. Non sarà facile e servirà tempo per vedere i risultati, poiché bisognerà anche investire sulle persone, sui percorsi formativi e di aggiornamento, a partire dai medici di famiglia. Per questo non è possibile perdere tempo, occorre la consapevolezza che questa infrastruttura, con i suoi strumenti e le competenze coinvolte entro una organizzazione coordinata e radicata nelle comunità territoriali, è oggi più imprescindibile di quanto lo sia mai stata.

La prevenzione sanitaria migliora il benessere delle comunità e la solidità dell'edificio socio-economico, previene rischi epidemici così come le patologie non trasmissibili, e ne fanno parte, a pieno titolo, la lotta agli inquinamenti e agli effetti dei cambiamenti climatici, così come le scelte che presidiano gli stili di vita, di mobilità e di consumo delle persone. Si tratta non solo di aumentare l'aspettativa di durata della vita, ma anche quella di anni di vita 'in buona salute'.

Prevenzione sanitaria e sostenibilità climatico-ambientale presentano numerosi punti di contatto, occorre uno sforzo di sintesi per valorizzarne le sinergie e metterle al servizio di un progetto di benessere durevole. Si pensi agli effetti sulla salute della riduzione dell'inquinamento, in termini sia di morti che di stati patologici evitati, o al miglioramento dello stato di salute che può conseguire all'individuo da un diverso comportamento di mobilità, meno dipendente dall'uso dell'automobile e più 'attivo', o da stili di consumo che privilegino alimenti privi di residui agrochimici, con rispetto della stagionalità e riduzione di apporti dietetici di fonte animale.

Patogeni emergenti e biodiversità selvatica e allevata, malattie non trasmissibili e inquinamenti, prevenzione dei disastri naturali e effetti del cambiamento climatico, orientamenti agricoli e sicurezza alimentare: in breve, *One Health*

L'epidemia determinata dal virus SARS-CoV-2 deve aprire gli occhi su un fenomeno non nuovo ma molto sottovalutato nella sua specificità. Sebbene sia noto che $\frac{3}{4}$ delle malattie infettive emergenti siano sostenute da agenti infettivi zoonotici (ossia ospiti di altre specie animali ma trasmissibili all'uomo anche a seguito di mutazioni spontanee), ora occorre fare i conti con rischi in inedita crescita. La comunità scientifica è largamente concorde nel considerare alla base dell'aumento di rischio diverse concause: la crescita della popolazione umana, delle sue concentrazioni urbane e degli scambi commerciali, l'aumento della pressione sui suoli, la ancor maggiore crescita del numero dei capi allevati, con la sua pervasiva impronta sulle superfici coltivate, la conseguente aggressione agli ecosistemi naturali superstiti, l'effetto amplificatore del cambiamento climatico che determina variazione di habitat e delocalizzazione di specie selvatiche.

Rinforzare la struttura della vigilanza e prevenzione sanitaria è necessario, ma non sufficiente: per quanto importante, si tratta pur sempre della seconda linea di difesa, non ancora del fronte da cui partono attacchi e minacce a salute e benessere. Non possiamo più permetterci di ragionare di

Priorità per la ripresa dall'emergenza coronavirus: una infrastruttura nazionale per la prevenzione
Position paper del Comitato scientifico di Legambiente

prevenzione attestandoci ai patrii confini, e nemmeno di farlo entro gli steccati della disciplina medica e dei silos delle sue specialità.

L'approccio deve essere differente e inclusivo di salute umana, salute degli animali, stato dell'ambiente. Si tratta dell'espressione, ormai riconosciuta a livello internazionale, 'One Health' che tiene insieme le competenze della medicina umana, della medicina veterinaria e dell'ecologia. L'Italia deve applicare questo approccio e tradurlo in infrastrutture sanitarie, personale qualificato, ricerca e formazione, ma anche attivare programmi agricoli e alimentari sostenibili, migliorando il benessere animale e riducendo l'impiego della chimica di sintesi in agricoltura, sviluppare strumenti economici per mobilitare e orientare comportamenti e acquisti di famiglie e imprese in settori come mobilità, produzione e consumo di energia, riqualificazione edilizia, praticare politiche di regolazione degli usi del suolo e di conservazione della natura.

La specificità e l'origine della propagazione del virus SARS-CoV-2 ci richiamano ad un mondo fortemente connesso in cui l'estremo battito d'ali di un pipistrello in Cina può scatenare una paralisi economica che non risparmia le maggiori piazze finanziarie mondiali.

La lezione è che eventi simili, pur sempre possibili in natura ma rari - a causa dell'esistenza sia di barriere genetiche che vincolano il rapporto tra patogeno e ospite specifico, sia di barriere naturali che confinano entro circoscritte nicchie ecologiche, etologiche e geografiche i processi infettivi e selezionano le possibilità di contatti tra specie animali differenti – rischiano di diventare più frequenti ed invasivi, a causa sia della aumentata circolazione di persone e merci, sia delle interferenze che la nostra specie esercita su ecosistemi e specie animali: è questa la **prima linea del fronte della prevenzione**. Dobbiamo metterci nella condizione di non dover combattere una successione imprevedibile di eventi epidemici legati all'intero campionario di microrganismi – non solo dal vastissimo regno dei virus – che hanno come serbatoio naturale, o come ospite intermedio, l'intera diversità del regno animale: dalla malaria all'AIDS, dalle influenze stagionali all'avaiaria. Per di più con la previsione che alcuni strumenti terapeutici divengano inefficaci, come attesta l'allarmante crescita dell'antibiotico-resistenza nei batteri potenzialmente patogeni, su cui l'Italia ancora una volta esibisce il peggior conto delle vittime tra i Paesi europei – oltre 11.000 morti all'anno per infezioni da antibiotico resistenti – a causa dell'abuso di farmaci, non solo umani ma anche veterinari, in particolare nei grandi allevamenti intensivi.

Dobbiamo sviluppare una nuova cultura della prevenzione, che recuperi esperienze e concetti applicati dalla medicina di territorio per riposizionarle nella categoria più estesa della resilienza, così da allontanarci (singolarmente e come comunità) dai comportamenti a rischio, che poi sono in gran parte coincidenti, e non per caso, con quelli che ingigantiscono la nostra impronta ecologica sulle risorse del pianeta.