

## ***La pandemia da Coronavirus motivo di “collasso” (burnout) dei professionisti della Sanità pubblica.***

### ***The Coronavirus pandemic causes a "collapse" (burnout) of public health workers.***

La pandemia da Coronavirus SARS-CoV-2 dei primi mesi dell'anno in corso (ufficialmente a partire dall'11 marzo 2020) ha suscitato un tale clamore mediatico che nessuno, e tanto meno i professionisti di Sanità pubblica, può ignorare quanto avvenuto, anche perché gran parte di loro sono stati colpiti direttamente dalle misure di confinamento (lockdown) messe in atto non solo in Italia ma in tutti i paesi del mondo. Una circostanza che consente, per ottenere tutte le informazioni e conoscenze eziologiche, virologiche, epidemiologiche, cliniche e organizzative, di rinviare alle fonti di informazione sia di cronaca e sia di letteratura specializzata che certamente non si sono mostrate avaro di notizie, approfondimenti, e suggerimenti. Eppure l'argomento “pandemie” doveva essere il più noto e ordinario della preparazione dei professionisti di Sanità pubblica sia storicamente, per la plurisecolare conoscenza del fenomeno, e sia praticamente, per l'esperienza necessariamente maturata. In particolare per quanto riguarda gli agenti patogeni aerotrasmessi, nelle annuali epidemie influenzali. Si può infatti affermare con sicurezza che la Sanità pubblica trovi la sua origine e la sua ragion d'essere proprio nei fenomeni epidemici a rapida insorgenza. Le prime manifestazioni di Sanità pubblica sono nate quando è intervenuto il potere pubblico nella difesa contro un nemico sconosciuto ma letale (come le patologie infettivo-contagiose) da trattare alla stregua di invasori nemici. La storia della Medicina è piena di misure protettive antiche ma ancora usate come la quarantena, i lazzaretti, il confinamento (lockdown), il distanziamento fisico e anche sociale (dagli appestati), la tracciabilità elettronica (moderna versione della campanella dei lebbrosi), le protezioni individuali, la pulizia personale (come precetto religioso), la sanificazione col fuoco (inceneritori) o altre sostanze ritenute disinfettanti). Le prime istituzioni di Sanità pubblica sono state quindi quelle di “Polizia sanitaria”, sorte soprattutto in Europa nella seconda metà del 18° secolo, volte a tutelare la salute ma anche a controllare i comportamenti della popolazione. La Sanità pubblica moderna è emersa come azione sociale per controllare le malattie trasmissibili durante la nascente industrializzazione. A seconda dell'orientamento politico dei governi queste misure hanno assunto ai due estremi una connotazione paternalistico-repressiva o una liberistico-persuasiva, ma più spesso un punto di equilibrio tra potere dello stato e responsabilità degli individui. Questo dilemma si pone in tutte le emergenze sanitarie che richiedono risposte rapide, razionali, efficaci e soprattutto proporzionate. Una risposta minimalista potrebbe non riuscire a prevenire o mitigare la minaccia per la salute, mentre una massimalista e sproporzionata potrebbe avere effetti negativi di lunga durata sullo stato di salute della comunità, sui servizi pubblici, sull'ordine sociale e sull'economia.

Per quanto riguarda l'esperienza maturata si osserva che, dato il loro carattere ricorrente le epidemie/pandemie da virus (simil)influenzali da molti anni sono oggetto di costante sorveglianza e da tempo se ne conosce l'abituale andamento epidemiologico . Ogni anno queste patologie determinano un eccesso di mortalità: la mortalità totale (cioè per tutte le cause) in un periodo annuale ha un andamento sinusoidale con dei picchi in corrispondenza dei mesi invernali e degli avvallamenti nei periodi estivi (i picchi si osservano soprattutto tra le persone anziane perché la vita, anche se si tende a dimenticarlo, è un evento sicuramente fatale). L'eccesso di mortalità attribuibile all'endemia influenzale è stato stimato, usando l'indice di Goldstein, in 7.027, 20.259, 15.801 e 24.981 casi rispettivamente negli anni epidemici 2013/14, 2014/15, 2015/16 e 2016/17 .

A mò di esempio già in occasione della pandemia da virus influenzale A (H1N1), dichiarata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in data 11 giugno 2009, «l'allarme è stato ampiamente diffuso dai mezzi di comunicazione di massa ma in modo confuso, contraddittorio e sicuramente poco utile per i cittadini» e «la vicenda dovrebbe richiamare l'attenzione di tutti i professionisti di Sanità pubblica su almeno tre punti - l'arte della comunicazione di massa, la scienza delle previsioni, il ricorso ad un principio cautelativo - che sono stati chiamati in causa in questa circostanza». «Inoltre per l'occasione è stato pubblicato il “Piano Nazionale di Preparazione e Risposta ad una Pandemia Influenzale” cui sono allegate le Linee Guida Nazionali per la stesura dei Piani Pandemici Regionali». Queste frasi virgolettate sono contenute nell'Editoriale “Insegnamenti della pandemia influenzale” Ig. Sanità Pubbl. 2010; 66: 3-7, che dimostra la tenacità dell'aforisma “non c'è niente di nuovo sotto il sole” in quanto l'articolo si concludeva con la necessità di eliminare quanto prima «le carenze di conoscenze scientifiche sui tre punti chiamati in causa in questa circostanza (l'arte della comunicazione di massa, la scienza delle previsioni, il ricorso ad un principio cautelativo)». L'occasione di dieci anni fa stimolò comunque una massa di pubblicazioni nazionali e internazionali per sanare queste carenze le quali, una volta declinate per via naturale l'episodio epidemico, sono diventate materiale di risulta lungi dall'essere conosciute e applicate al momento opportuno. Una colpa da scontare nel proseguo del tempo e che può spiegare come, pur in presenza di tutte le conoscenze storiche e pratiche necessarie per affrontare una pandemia, si sia potuto verificare per il Coronavirus una situazione che non è temerario definire di “collasso” (burnout) dei professionisti della Sanità pubblica. Per questi ultimi le pandemie sono state sempre un momento di grande popolarità ma anche di grande imbarazzo: popolarità perché si esce dalla usuale anonimità per fare appello alle loro conoscenze (notorietà degli “esperti” ) al fine di ottenere con metodi scientifici (senza aiuto divino o soprannaturale ) la fine dell'evento; imbarazzo perché è un segnale di fallimento sia in termini previsionali e sia in termini preventivi del fenomeno epidemico. Fallimento riguardante ambedue le aree della Sanità pubblica: tutela della salute (diffusione dei contagi) e sistema di servizi sanitari (approntamento delle risorse assistenziali).

Non è irrealistico pensare che invece di una risposta tardiva e per molti aspetti sproporzionata, se si fossero attuate regolarmente e integralmente le misure di prevenzione per l'usuale endemia influenzale, e tenuto attivo il sistema di Sanità pubblica preparata per le maxiemergenze, l'attuale pandemia avrebbe avuto esiti diversi e forse sarebbe stato possibile adottare misure meno drastiche e invasive. Ha contribuito al fallimento la nota riduzione in termini quantitativi e qualitativi del personale e dei servizi di sanità pubblica territoriali, anche perché distratto da compiti impropri per una moderna sanità pubblica.

Come per tutti i disagi psichici, compreso il burnout, sono numerosi i motivi che concorrono a determinarli, in parte legati alla personalità degli individui ed in parte provocati da fattori esterni riconducibili alle condizioni di vita e di lavoro (come nel caso dell'attuale pandemia).

Un primo motivo può essere ricondotto alla equiparazione di un fenomeno infettivo-contagioso ad eziologia nota (patologia simil-influenzale provocata da un nuovo coronavirus SARS-CoV-2) ad una "calamità naturale, catastrofe ed evento calamitoso" con perdita della connotazione sanitaria per assumere quella magica (catastrofe per avversità degli astri) punitiva (disgrazia per perdita della Grazia) che ha sempre affascinato il genere umano. Ne sono derivate alcune conseguenze quali un forte spostamento dei poteri decisionali dalle autorità sanitarie a quelle della protezione civile, dagli Organi del Ministero della Salute a quelli del Ministero dell'Interno, dalle istituzioni periferiche a quelle centrali dei due Ministeri. Non meraviglia quindi che le decisioni scaturite abbiano assunto forme "primordiali" di Polizia sanitaria che finora nel nostro paese non si conoscevano se non nella memoria storica. Compongono questo quadro il ricorso alle Forze di Polizia e financo alle Forze armate per la "guerra" messa in atto contro il nemico invisibile.

Un secondo motivo riguarda la comunicazione sociale che con messaggi fortemente ansiogeni o addirittura terrorizzanti (giornaliero bollettino di guerra dei "caduti" senza distinzione di contesto e circostanze, incapacità di garantire un'adeguata assistenza ai cittadini) ha fatto pendere decisamente la bilancia dalla componente razionale a quella emotiva nella fisiologica reazione al pericolo (la paura). L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dovuto creare un neologismo, una nuova parola, "Infodemia" per descrivere il nuovo fenomeno ovvero "un'abbondanza di informazioni, alcune accurate e altre no, che rendono difficile per le persone trovare fonti e indicazioni affidabili quando ne hanno bisogno". Molti parlano di un'epidemia globale di disinformazione, diffusa rapidamente attraverso piattaforme di social media e altre svariate fonti informative che disorientano e paralizzano le abilità cognitive delle persone che assumono atteggiamenti coatti, similitistici (indossare come talismani guanti e mascherina camminando da soli in ambiente aperto e soleggiato o chiuso nella propria auto).

Un terzo motivo è paragonabile al fatto che, per risolvere un difficile caso clinico, (come molte situazioni clinico epidemiologiche) vengono interpellati tutti gli specialisti rinomati e disponibili, ognuno con la propria visione circoscritta anche se approfondita della propria materia che esprime di norma più opinioni che fatti scientifici; una situazione tendenzialmente peggiorativa nel caso di un consulto di più specialisti. Occorreva maggior ricorso ad una diffusa “mentalità” di Sanità pubblica, in grado di ricomporre tutte le nozioni acquisite tenendo ben presente quanto meno: a) la natura tridimensionale della salute (fisica, mentale e sociale) per cui non può venire tutelata una dimensione a scapito delle altre; b) il bilanciamento dei danni alla salute tra persone colpite (letalità) e persone sane (morbosità) a breve, medio e lungo termine; c) la ponderazione dei rischi ovvero la probabilità di morte per infezione da coronavirus comparata alla probabilità di morte per tutte le cause letali, non potendo rincorrere un irraggiungibile rischio zero. Ha lasciato quindi molto a desiderare la mancanza di quella “mentalità” definita con la parola intramontabile di Platone ed Aristotele di “phronesis”, tradotta con saggezza, sagacia, ma meglio buonsenso, ossia quella forma di conoscenza che, con l’ausilio di nozioni scientifiche (che in questo contesto significano semplicemente razionali e riproducibili), è capace di indirizzare le decisioni a fronte di scelte difficili e complesse.

Il prevedibile esaurimento della pandemia, per opera dell’uomo e/o della natura, si spera non porti all’oblio (come si è già verificato in passato) dei propositi di rilancio e rafforzamento della Sanità pubblica sostenuti durante la fase acuta in tutti i paesi colpiti. Sarebbe limitativo e irragionevole restringere i progetti di sanare solo le insufficienze strutturali e organizzative messe in evidenza dalla pandemia in quanto per questo fenomeno sono stati chiamati in causa le antropozoonosi, i cambiamenti climatici, le modificazioni degli ecosistemi, la velocità dei trasferimenti umani, le condizioni socioeconomiche dei colpiti, la globalizzazione e il neoliberalismo, ecc. ecc. il meglio della disciplina igienistica. Sembra giunta l’occasione tanto attesa di realizzare, senza dover affaticarsi a trovare nuove soluzioni, il Progetto della “Salute in tutte le politiche, STP” (Health in All Policies, HiAP), fortemente sostenuto dall’Ufficio regionale europeo dell’Organizzazione mondiale della sanità e dalla Commissione europea (tenuto anche conto dei promessi finanziamenti da parte dell’Unione Europea). Si apre quindi una opportunità per la comunità dei professionisti di Sanità pubblica di superare il burnout, di far sentire la propria voce e far valere la propria professionalità. Occorre migliorare le modalità di comunicazione in modo che l’opinione pubblica riesca a comprendere il consenso scientifico sulle cause e le soluzioni dei rischi per la salute di qualsiasi natura perché tutte collegate tra loro. Ed inoltre bisogna impegnarsi in dibattiti con i responsabili politici dei diversi settori a tutti i livelli di governo in quanto la STP non è solo impresa tecnocratica ma un processo profondamente politico che produce conflitti sulla distribuzione delle risorse e ipotesi ideologiche sull’importanza relativa dello stato e del mercato nel raggiungimento degli obiettivi socio-sanitari.

Armando Muzzi – Augusto Panà