

Impegno della Sanità pubblica per la tutela della salute al tempo di pandemia.

Public Health commitment to the protection of health at the time of the pandemic.

*Felix qui potuit rerum cognoscere causas!*¹
Virgilio, Georgiche 2, 490

Non è il caso di ricordare che la Sanità pubblica è nata e si è sviluppata per tutelare la salute “come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività”. Certamente l’attuale “*Ab occulta coeli influenza*”² da Coronavirus SARS-CoV-2 o COVID-19 ha messo a dura prova la tutela della salute da parte della struttura e organizzazione della Sanità pubblica.³

In tutto il mondo una miriade di ricercatori delle più varie discipline sta instancabilmente lavorando per cercare di comprendere meglio le caratteristiche epidemiologiche del virus in modo da ostacolarlo e/o eliminarlo e, con minore successo, trattare la malattia e i suoi effetti che alle volte conseguono all’infezione. Per spiegare alcune insolite manifestazioni dell’infezione che si discostano dai ben conosciuti modelli epidemiologici delle malattie infettive, in particolare delle precedenti pandemie influenzali⁴, si fa strada l’ipotesi che si tratti di una sindemia. Si potrebbe considerare una verifica di quanto riferito in un precedente Editoriale di un anno fa (Editoriale. La Sindemia: una moderna tendenza della Sanità pubblica. Ig. Sanità pubblica 2019; 75: 177-180).

L’Editoriale così iniziava: «Col proposito di tenere sempre aggiornata questa rubrica – gli editoriali con questo scopo hanno accompagnato gli ultimi 25 anni della Rivista – sembra opportuno riprendere il tema della “Sindemia”, un concetto e una prassi che sta profondamente modificando teoria e pratica della Sanità pubblica. Questo strumento concettuale, se recepito, ha infatti il potenziale di aiutare i responsabili delle politiche e gli esecutori dei programmi sanitari nei loro sforzi per migliorare la salute della popolazione».

È stato ormai chiaramente dimostrato che a causare morbosità e mortalità, i due indicatori più usati per la dimostrazione dei fenomeni epidemici, concorrono in simbiosi l’infezione virale e le varie patologie cronico-degenerative (le malattie non trasmissibili, non-communicable disease, che costituiscono la vera grande pandemia del XXI secolo).⁵ Si tratta non solo di un aumento dei casi di multi-morbosità e co-morbosità⁶ ma di patologie di complessa causalità non ancora chiarita e condizionata dall’ambiente naturale, sociale, economico e politico in cui una popolazione vive e lavora. «Gli studi epidemiologici sulla SARS-CoV-2 hanno fatto emergere, sin dalle prime settimane, la stretta correlazione fra rischio elevato di contagio e comorbidità. Si è riscontrato che, in Italia (tra i Paesi con i tassi di longevità più elevati) un’altissima percentuale di deceduti per COVID-19 presentava, al momento del ricovero, una o più patologie croniche che hanno contribuito in modo decisivo alla degenerazione clinica della malattia».⁷

La presenza di una sindemia associa il modello epidemiologico delle malattie infettivo-contagiose – scolasticamente tratteggiato da monofattorialità, modelli semplici di causalità, insorgenza improvvisa, possibilità di restitutio ad integrum, prospettiva di malattia limitata nel tempo, sospensione temporanea degli impegni quotidiani, risultati terapeutici evidenziabili – a quello delle malattie cronico-degenerative – caratterizzato da multifattorialità delle patologie e multipotenzialità dei determinanti, modelli complessi di causalità, incidenza relativamente bassa e prevalenza elevata, insorgenza insidiosa, frequente evolutività della malattia, inattività graduale con iniziale mantenimento degli impegni quotidiani, risultati terapeutici non sempre evidenti. Ne risulta un quadro epidemiologico complesso, poco decifrabile, talvolta incomprensibile riguardo alla ferrea concatenazione delle cause e degli effetti, che può però spiegare molte delle caratteristiche della situazione verificatasi in Italia e creata dal COVID 19.

Gli esempi possono essere molti: la dimostrazione della circolazione del virus nella popolazione mesi prima della sua manifesta esplosione epidemica, la localizzazione zonale (da un massimo del 5,4% di positivi in Lombardia a un minimo dell'1.3% in Campania)⁸, la distribuzione per età della morbosità e della mortalità (secondo il documento "Dati cumulativi della Sorveglianza integrata dell'Istituto Superiore di Sanità" la letalità passa dallo 0,19% nel gruppo di età 40-49 anni... al 19,03% nella fascia di età 80-89 anni), l'andamento stagionale e a ondate successive, la scarsa efficacia delle pur severe misure di contenimento e l'ampio ricorso a strumenti hightech e biotech (secondo i dati del Johns Hopkins Coronavirus resources center l'Italia è il Paese con la più alta mortalità in tutto il mondo – 111,23 decessi ogni 100mila abitanti – ed è il paese europeo a più elevata letalità – pari a 3,5 ogni 100 persone positive al Covid-19), la discordanza dei pareri tecnici (e di conseguenza delle derivate misure normative). Un quadro epidemiologico non conforme con l'ipotesi di una certa omogeneità del rischio, utilizzata dagli usuali modelli matematici delle malattie infettive acute, ma caratterizzato invece da una eterogeneità del rischio di acquisizione e di propagazione del virus, dei sintomi clinici e gravità della malattia, e dal grado di aggressione a seconda dei gruppi di popolazione (densità, agglomerati umani), della natura degli ambienti (inquinamento atmosferico, trasporti pubblici in comune, presenza di animali) e nel corso del tempo (condizioni climatiche e meteorologiche). Uno scenario che, presente ovunque si sia manifestata la patologia, conferma la sua natura sindemica, e descritto da alcuni come una "tempesta perfetta", un ipotetico uragano che colpendo esattamente l'area più vulnerabile di una regione, provoca il massimo danno possibile.

All'inizio della pandemia, in mancanza di dati specifici sulla malattia ed utilizzando le poche osservazioni disponibili, si sono costruiti, elaborando semplici previsioni, modelli meccanicistici per simulare scenari, dal più pessimistico al più ottimistico. I primi modelli hanno fornito nozioni fondamentali come, ad esempio, la rapidità di trasmissione della infezione e la necessità di altrettanto rapidi interventi per arginare la trasmissione. Successivamente, sono stati utilizzati modelli che precisavano le tendenze regionali in termini di numero di positivi ai test di screening, di ricoveri ospedalieri e di decessi. Solo più tardi sono stati presi in considerazione alcuni fattori che hanno condizionato le modalità di trasmissione, in particolare lo stato socioeconomico e l'elevata densità di casi in determinati ambienti di vita, di lavoro e di svago, nonché nelle strutture socio-sanitarie e di assistenza a lungo termine (RSA). Pur avendo gli aspetti microbiologici oscurato temporaneamente la nozione olistica e biopsicosociale della malattia, si è infine messa in evidenza la duplice componente della salute collettiva.

Queste analisi hanno inoltre messo in evidenza le disuguaglianze in termini di maggior rischio di infezione, di rapidità di diffusione e di gravità della malattia ma anche quelle di assistenza sanitaria dovuta a carenze strutturali (numeriche), organizzative e a volte qualitative già da tempo presenti nel Servizio sanitario nazionale e regionale (carenze che hanno alimentato discussioni e polemiche, anche tra i professionisti di Sanità pubblica, sulle soluzioni per la loro eliminazione).

Ad inquinare il quadro delle disuguaglianze hanno contribuito tutte le vite perse in maniera indiretta, per patologie non curate in tempo o nel modo più appropriato per sottrazione di risorse organizzative, finanziarie e umane dirottate preminentemente alle cure dei malati di COVID.

Se si concorda sulla presenza di una sindemia, per la tutela della salute si deve tener conto quanto meno della possibile parziale efficacia della campagna vaccinale e della assoluta necessità di rilancio della prevenzione delle malattie cronico-degenerative. Si alimentano molte speranze sulla efficacia di vaccini specifici che resi disponibili dovrebbero limitare – senza tener conto delle numerose difficoltà e tempestività di una vaccinazione di massa – l'epidemia virale ma non certo sufficiente a ridurre gli effetti della sindemia. Si rende quindi altresì necessario applicare le migliori pratiche per la prevenzione delle malattie non trasmissibili, eventualmente quelle raccomandate dalla Comunità Europea (<https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/>). Ma tutto ciò potrebbe non bastare in quanto devono essere riparati i danni psicologici, culturali, morali, etici, spirituali, economico-finanziari e politici che accompagnano normalmente le sindemie. Gli esperti sono quindi chiamati a compilare un capitolo completamente nuovo della profilassi/prevenzione delle malattie nei Testi/Trattati di Sanità pubblica.

Armando Muzzi – Augusto Panà

¹ Primo verso di una celebre strofa delle Georgiche: “felice chi ha potuto penetrare le cause segrete delle cose, e chi, mettendosi sotto i piedi tutte le paure, rimprovera l'inesorabile destino e le minacce dell'avarò Acheronte”. Ovvero è felice il saggio che, elevato dalla conoscenza della verità al di sopra delle superstizioni del volgo, non teme la morte, vedendone una legge conforme, come tante altre, all'ordine eterno ed invariabile della Natura.

² Il termine “influenza” è stato creato proprio in Italia quando, essendo ignota la eziologia della malattia, veniva attribuita ad “un occulto influsso dei cieli”; termine adottato scientificamente, a livello internazionale, ad opera di studiosi inglesi dopo l'epidemia di influenza del 1743.

³ All'argomento sono stati dedicati tre precedenti editoriali: Editoriale. La pandemia da Coronavirus motivo di “collasso” (burnout) dei professionisti della Sanità pubblica. IgSanPubl. n 3/2020; Editoriale. Considerazioni post-pandemiche: Rinascita e/o Rifondazione della Sanità pubblica. IgSanPubl n 4/2020; Editoriale. La normazione, lo strumento cardine di Sanità pubblica. IgSanPubl n 5/2020.

⁴ «Mentre l'epidemia di COVID-19 continua ad evolversi, sono stati eseguiti confronti con l'Influenza. Entrambe causano malattie respiratorie (con varie manifestazioni da forme asintomatiche o lievi a gravi fino alla morte) ma ci sono importanti differenze tra i due virus e il modo in cui si diffondono. Ciò ha importanti implicazioni per le misure di sanità pubblica che devono essere attuate per contrastare ciascun virus». WHO Coronavirus disease (COVID-19): Similarities and differences with influenza. March 2020.

⁵ La WHO ha fornito i dati di mortalità e disabilità a livello mondiale dal 2000 al 2019 incluso (Global Health Estimates, GHE) rilevando che 7 delle 10 principali cause di morte erano le malattie non trasmissibili. Queste sette cause hanno riguardato il 44% di tutti i decessi, e l'80% delle prime 10 cause; tutte le malattie non trasmissibili insieme hanno rappresentato il 74% dei decessi a livello globale nel 2019.

⁶ Il Ministero della salute, nella Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009-2010, definisce la multi-morbidità: “l'intercorrenza di due o più malattie o condizioni mediche nello stesso individuo” e la co-morbidità “la presenza di ogni altra patologia distinta preesistente o coesistente rispetto alla malattia ‘indice’, ovvero alla malattia che determina un peggioramento dello stato di salute in un individuo, e/o l'evento acuto o la malattia che ne condiziona maggiormente la prognosi. La definizione della malattia indice è a sua volta fortemente influenzata dal punto di vista dell'operatore sanitario che si trova a gestire tale patologia.

⁷ «A ottobre 2020, meno del 4% dei 4.400 pazienti deceduti dei quali è stato possibile analizzare le cartelle cliniche aveva una sola patologia, a fronte del 63% che ne aveva 3 o più. Tra le patologie croniche più frequenti si elencano: ipertensione arteriosa (65,8%) e diabete (29,5%), mentre tra quelle meno frequenti la BPCO (17,1%) e il cancro (16,8%)» XV Rapporto Meridiano Sanità. The European House Ambrosetti, novembre 2020 (<https://www.ambrosetti.eu/ricerche-e-presentazioni/xv-rapporto-meridiano-sanita/>).

⁸ La mortalità da Covid-19 si manifesta con estrema variabilità nelle Regioni italiane, con una media del 3,5% a livello nazionale. Un risultato che dovrebbe essere validato verificando la uniformità della certificazione delle cause di mortalità. Inoltre ponendo l'attenzione sul rapporto tra decessi e contagiati (letalità), anche le analisi a livello europeo registrano una elevata variabilità e il confronto con la popolazione anziana (ultra 65 anni) evidenzia una correlazione non significativa; in altre parole l'eccesso di mortalità dei contagiati non dipende, o dipende in minima parte, dalla struttura anziana della popolazione (Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane; Università Cattolica di Roma).

⁹ Bisogna sempre essere prudenti nel fare previsioni sui futuri frutti della ricerca sanitaria: l'immunologo Sir Frank Macfarlane Burnet, vincitore nel 1960 del premio Nobel, era convinto che "il xx secolo sarà testimone dell'eliminazione virtuale delle malattie infettive come fattore significativo nella vita sociale" (Burnet FM. *Natural History of Infectious Disease*. Cambridge: Cambridge University Press; 1962). La rapida e innovativa creazione dei vaccini anti Sars-Cov-2, a base di virus inattivati, di acidi nucleici, di vettori virali o di proteine, è una prova della potenza della moderna ricerca sanitaria.