

Ancora sulla pandemia da COVID 19: apologia della Sanità pubblica.

More on the COVID 19 pandemic: Public health Apology.

Errare humanum est, perseverare autem diabolicum
[commettere errori è umano, ma perseverare nell'errore è diabolico]¹

La pandemia da COVID 19 sembra somigliare sempre più ad un “buco nero galattico” in cui vengono inghiottite tutte le energie e tutti i pensieri dell'intera comunità nazionale. Quest'ultima, al pari di un drogato, sembra attendere ansiosamente la quotidiana “dose” di notizie, in una condizione, cioè, di trovarsi gradualmente a non poter controllare il desiderio di assumere una certa sostanza nonostante il danno fisico, psicologico, affettivo, emotivo o sociale che può conseguire a tale assunzione.

Malgrado in ben cinque precedenti Editoriali siano stati toccati molti aspetti della pandemia, in particolare quelli che più potevano appassionare coloro che per ragioni professionali o per proprio interesse, si sentivano coinvolti nei temi della Salute e della Sanità, si avverte il bisogno di prolungare l'argomento cercando di rispondere a due fondamentali quesiti: cosa ha insegnato una così protratta pandemia al fine di non ripetere gli errori commessi, e cosa fare per ripristinare e possibilmente migliorare le condizioni di salute alterate dalla pandemia stessa? (tra l'altro in presenza di un Piano nazionale di ripresa e resilienza, PNRR).

Il primo argomento “apprendere dai propri errori” non è certo una novità. L'Editoriale del n° 6 del 2007 di questa Rivista² così iniziava: «Non ci sono dubbi che in questa Rivista, tra le prime in Italia, è stato affrontato e posto in evidenza l'argomento degli “errori in sanità”(AA vari. Atti Seminario sul tema: L'epidemiologia degli errori in Sanità. IgSanPubl 2003; 59: 7-50) ..., dimostrando come siano problemi di Sanità pubblica e quindi meritevoli di attenzione da parte degli operatori del settore».

Lo ‘stress test’ della pandemia da COVID 19, oltre a rivelare carenze nella infrastruttura sanitaria, riguardanti evidenti disparità territoriali nell'erogazione dei servizi e nella tempestività delle risposte, ha messo in evidenza una catena di errori commessi da esperti e da governi, non esclusa l'Organizzazione Mondiale della Sanità, che avevano il dovere di prevenire o quanto meno ridurre la trasmissione e le conseguenze del contagio (Fabrizio Gatti. L'infinito errore. La storia segreta di una pandemia che si doveva evitare. La nave di Teseo ed. 2021). Non è possibile però in questa sede elencare e vagliare tutti gli errori riferiti di omissione e di commissione, veri o presunti, anche limitando l'analisi a quelli verificatisi in Italia.³

Comunque si deve prendere atto che la pandemia ha avuto, accanto alle gravi e preminenti conseguenze svantaggiose per la salute umana, il merito di aver fatto “riscoprire” la sanità pubblica mobilitando il mondo scientifico che la compone. Mai prima d’ora era stata investita una tale quantità di risorse umane e materiali per la ricerca e la somministrazione di vaccini, farmaci antivirali, test diagnostici, attrezzature e strutture sanitarie a finalità preventive e terapeutiche.⁴ Ne è derivato un impulso ad innovazioni delle tecnologie sanitarie, intese come sviluppo e applicazione di idee e tecnologie che migliorano beni e servizi oppure ne rendono più efficiente la produzione. I risultati di questo impegno, sapendoli ben utilizzare, potranno/dovranno avere in futuro favorevoli ricadute sulla tutela della salute della popolazione nelle sue tre attività di promozione, conservazione e recupero della salute stessa. Anche se non sembra che si sia fatto tesoro delle precedenti esperienze – proprio nei riguardi delle pandemie influenzali⁵ – tuttavia è stata data prova della mobilitazione pubblica per difendere le istituzioni sanitarie in termini di solidarietà, di coesione sociale malgrado le “pesanti” misure preventive (uso delle mascherine e distanziamento), e di tutela della salute e vita dei soggetti più fragili (tutte chiare manifestazioni dello “spirito” della Sanità pubblica).

L’ampia richiesta popolare di sottoporsi alla vaccinazione anti-COVID 19 gratuita e volontaria⁶ (esiste un obbligo solo per gli esercenti le professioni sanitarie) può essere considerata un segnale di risveglio della coscienza sanitaria: primo obiettivo del SSN è infatti “la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un’adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità”. La tutela della salute, propria e degli altri, viene riguardata come un dovere e non più solo come un diritto.⁷ Un antichissimo precetto che risale alla Medicina greca del V-IV secolo a.c. (ad es. nel *Corpus Hippocraticum*) diventato poi ancor più noto con il “*Flos Medicinae Salerni*” ovvero Regola sanitaria salernitana del XII-XIII secolo che contiene il perentorio invito a seguire un salutare stile di vita e ad evitare rischi per la salute.

Anche il secondo argomento – il desiderio, accompagnato o meno dalla volontà, di modificare e migliorare le situazioni sanitarie – non è certo molto originale. Ne fa fede il gran numero di progetti/programmi – tutti di Sanità pubblica – periodicamente proposti e mai perfettamente raggiunti (rimanendo a quelli sovranazionali più noti, “Dichiarazione di Alma-Ata” del 1978, “Carta di Ottawa” del 1986, “Salute in tutte le politiche” del 2006, “Health 2020” del 2012). Attualmente è una preoccupazione di tutti i governi dei paesi colpiti dalla pandemia, occasione opportunistica, di restaurare e ammodernare il loro sistema sanitario; da qui un fiorire di progetti/programmi nazionali, a misura cioè del proprio sistema sanitario (in Italia “Nuovo Patto per la Salute” in fase di definizione). Ne può essere considerato un riepilogo il quarto programma dell’Unione Europea dedicato alla salute, in vigore per il periodo 2021-2027 (EU4Health). Il programma punta a integrare le politiche degli Stati membri al fine di migliorare la salute umana garantendone la protezione in tutte le politiche e attività dell’Unione, in linea con la visione di “una sola salute (One Health)”.⁸

Per superare la consueta e costante difficoltà di realizzazione dei progetti/programmi sanitari, “Salute 2020” (Health 2020) (Health 2020 - European Public Health) che delinea il quadro della politica sanitaria dell’Organizzazione mondiale della sanità per la regione europea, punto di partenza dell’EU4Health e recepito quasi integralmente dal PNRR, espressamente dichiara che il progetto/programma «è stato redatto per supportare i governi e le società nello sforzo di migliorare la salute e il benessere delle popolazioni, rafforzare la sanità pubblica, ridurre le disuguaglianze sanitarie e realizzare sistemi sanitari sostenibili, equi, universali e di alta qualità».

Aggiunge poi che, per conseguire questi risultati «sono richiesti nuovi modi di pensare e di agire ... che si devono accompagnare ad importanti cambiamenti sociali, economici, ambientali e demografici». Il Piano inoltre «riconosce l'importanza della coesione sociale, del rispetto delle diversità, della sicurezza, dell'equilibrio tra lavoro e vita privata, del valore di una buona salute e di un'istruzione di qualità. In tempi di crisi economica, "Salute 2020" sottolinea anche l'importanza di uno schema comune che aiuti gli Stati membri a imparare gli uni dagli altri e a scambiare buone pratiche» (come è avvenuto in occasione della corrente pandemia).

L'approvazione nel giugno 2021 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)⁹ che «vuole favorire la formazione, la divulgazione, e più in generale lo sviluppo di una cultura dell'ambiente che permei tutti i comportamenti della popolazione» apre uno scenario quanto mai favorevole per la realizzazione dei progetti/programmi sanitari ed in particolare, per il tema che si vuole ora trattare, lo sviluppo della cultura di Sanità pubblica.¹⁰ In verità il PNRR, oltre alla specifica Missione 6: Salute – che si articola in due componenti – comprende un insieme di riforme e investimenti di grandezza storica (modernizzare la pubblica amministrazione, rafforzare il sistema produttivo, intensificare gli sforzi nel contrasto alla povertà, all'esclusione sociale e alle disuguaglianze, aggiornare le strategie nazionali in tema di sviluppo e mobilità sostenibile, rafforzare la capacità di risposta a shock economici, sociali e ambientali, ecc.) che dovrebbe condurre a una radicale trasformazione dell'intera infrastruttura del nostro paese ammodernandolo.

L'ampiezza e complessità del PNRR richiederà un prolungato sforzo di analisi e di sintesi per estrarne i contenuti riconducibili ad una cultura di sanità pubblica ma non c'è alcun dubbio che si riconoscono le radici della disciplina allorquando si esprime «in termini di benessere, inclusione sociale e benefici economici»; quando «prevede una serie di azioni su larga scala per migliorare la qualità della vita e il benessere dei cittadini»; quando giudica che «la concorrenza non risponde solo alla logica del mercato, ma può anche contribuire ad una maggiore giustizia sociale»; che condivide la necessità della «promozione e tutela dei diritti umani»; che esorta a «conseguire una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale»; che «invita a che «invita a promuovere approcci integrati e partecipativi al fine di generare benefici nei quattro pilastri dello sviluppo sostenibile: l'economia, la diversità culturale, la società e l'ambiente» e così via.

Premesso che il PNRR – ovviamente¹¹ – si affida per raggiungere i suoi obiettivi a cambiamenti culturali («sulle persone si gioca il successo non solo del PNRR, ma di qualsiasi politica pubblica indirizzata a cittadini e imprese ... ed è determinante ai fini della formazione, della crescita e della valorizzazione del capitale umano»), non meraviglia l'attenzione prestata alla formazione (richiamata più di 100 volte nel testo) come mezzo per la «realizzazione dei progetti del PNRR per cui possono essere conclusi accordi con Università, centri di alta formazione e ordini professionali per favorire la selezione e l'assunzione rapida dei migliori profili specialistici, come sta già avvenendo nel settore sanitario per far fronte alla pandemia».

In questa situazione si può facilmente immaginare il carico di lavoro e di responsabilità che investe, per quanto riguarda la nostra disciplina, le 34 Scuole di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva delle Università italiane ed i loro componenti (Odone A, Privitera G, Signorelli C. Post-graduate medical education in public health: the case of Italy and a call for action. *Public Health Reviews*. 2017; 38: 24) in termini di urgenza di formazione in primis dei docenti, di adeguamento dei programmi didattici, di perfezionamento delle modalità di apprendimento, di modulazione dell'istruzione in base alle categorie professionali ecc. (tenuto conto che «l'apprendimento di nuove competenze (reskilling) e il miglioramento di quelle esistenti per accedere a mansioni più avanzate (upskilling) sono fondamentali per sostenere le transizioni verde e digitale»).

Le 34 Scuole dovrebbero collegialmente rappresentare le fondamenta e diventare il motore per «sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici (Obiettivo generale M6C2: innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale)».

È il momento giusto per non perseverare negli errori commessi (la pandemia ha chiaramente mostrato carenze culturali sia nei professionisti di ogni settore che lavorano nella e per la Sanità pubblica e sia nella popolazione aperta in generale), per recuperare il tempo perduto (forte impegno nella realizzazione di progetti/programmi sanitari già esistenti e ben noti), e per non perdere l'occasione offerta dal PNRR (che altri professionisti stanno già rivolgendo a loro vantaggio).¹²

Non è quindi fare Apologia affermare che è il momento per la diffusione e la trasmissione quanto più possibile capillare della cultura di Sanità pubblica: si tratta di un pensiero fisso, al limite del morboso, espresso nella politica editoriale di questa Rivista sul quale non è necessario ulteriormente dilungarsi (Editoriale. *Costruire una Cultura della salute e la Sanità pubblica*. Ig. Sanità Pubbl. 2016; 72: 401-406;¹³ *La cultura di Sanità pubblica*. Ig. Sanità Pubbl. 2017; 73: 101-106).

Armando Muzzi – Augusto Panà

¹ Postulato filosofico già noto ai tempi di Cicerone [106-43 a.C.] («Cuiusvis est errare: nullius nisi insipientis, in errore perseverare», è cosa comune l'errare; è solo dell'ignorante perseverare nell'errore), con cui si fornisce un'esimente alla colpa o all'errore. L'assioma fu ripreso da sant'Agostino [354-430] che nei Sermones affermò: «Humanum fuit errare, diabolicum est per animositatem in errore manere», errare è condizione propria dell'essere umano, ma insistere nella colpa per superbia è diabolico.

² Editoriale. *La Sanità pubblica: pensare in grande (per cambiare il mondo... sanitario)*. IgSanPubl 2007; 63: 611-615. Nel testo veniva asserito che «Per non venire completamente estromessi, gli operatori di sanità pubblica devono continuare a svolgere i loro compiti tradizionali accentuando due fondamentali caratteristiche. La prima "sapienziale", ovvero la conoscenza di quali interventi è provato siano efficaci e quali di questi potrebbero funzionare all'atto di applicazione in un contesto locale. La seconda "coordinatrice", ovvero la capacità di dare un senso alla complessità, riunendo ed equilibrando una moltitudine di interessi ed indirizzando tutte queste energie verso la promozione della salute collettiva». Una affermazione che trova conferma ed è quanto mai attuale nel momento odierno.

³ Nel rapporto "Italy's Covid-19 Death Toll Surpasses 100,000 as Cases Continue to Rise", pubblicato sul Wall Street Journal del 9 marzo 2021, Marcus Walker e Stacy Meichtry hanno rilevato che uno dei più alti numeri e tassi di morte pro-capite in Occidente a causa del Covid-19 si è avuto in Italia in quanto, secondo lo stesso governo italiano, per molte settimane, l'Italia è stata lenta a vaccinare gli anziani. «Alcuni aspetti di questa crisi, a partire dalla sua tempistica, possono senza dubbio essere attribuiti a pura e semplice "sfortuna" che chiaramente non era sotto il pieno controllo dei politici. Altri aspetti, tuttavia, sono emblematici degli infiniti ostacoli che in Italia i responsabili hanno dovuto affrontare nel riconoscere l'entità della minaccia rappresentata dal Covid-19, nell'organizzare una risposta sistematica ad essa e nell'apprendere dai primi successi e, soprattutto, dai fallimenti della risposta» (Pisano GP, Sadun R, Zanini M: *Lessons from Italy's response to coronavirus*. Harvard Business Review, March 27, 2020)

⁴ I ricercatori, con l'ausilio di strumenti di Intelligenza Artificiale, sono riusciti in pochi mesi a individuare i frammenti virali che potevano suscitare una risposta anticorpale ed a commercializzare vari vaccini testati ed approvati. Accanto a

questo strumento principe della prevenzione sono stati messi in opera nuovi mezzi di disinfezione ambientale con raggi ultravioletti o aerosol disinfettanti. Sono stati altresì utilizzati nuovi strumenti di sorveglianza sanitaria per testare eventuali portatori del virus e tracciare i contatti (test rapidi sono stati introdotti per immediate risposte di infettività accompagnati da prove di tracciamento automatico con smartphone capaci di geo-localizzazione). I nuovi strumenti informatici hanno in parte sostituito i tradizionali sistemi di sondaggi ad personam fatti da operatori anche se esistono ancora remore di natura giuridica alla loro diffusione in quanto utilizzabili solo su base volontaria. Sperimentalmente l'uso di robot per l'assistenza diretta ai malati o il prelievo di tamponi apre la strada a future applicazioni.

⁵ Si è dovuto aggiornare e sostituire con un nuovo Piano i precedenti Piani pandemici Influenzali perché non sufficientemente realizzati (La Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 25 gennaio 2021 ha sancito l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sul Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023).

⁶ Secondo l'Indagine Agenas/Sant'Anna il 65,2% degli italiani è assolutamente favorevole alla vaccinazione, una quota che salirebbe al 75,7% se ci fossero più informazioni sulla sicurezza e l'efficacia dei vaccini. Non sembra invece intenzionato a vaccinarsi circa il 18% della popolazione ("Il vaccino e la vaccinazione contro il COVID-19: La propensione della popolazione italiana ad aderire alla campagna vaccinale" a cura del Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e dell'Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali (AGENAS). Febbraio 2021).

⁷ Sarebbe troppo dispersivo aprire un dibattito parlando dello "scontro di civiltà" ovvero del dilemma esistente tra i due sistemi morali rappresentati dall'autocrazia e dalla democrazia: il primo che prevede una cieca obbedienza alle autorità e che antepone i doveri prima dei diritti (modello cinese, mentalità confuciana), il secondo basato su una concezione liberale che antepone i diritti ai doveri (modello euro-americano) (Alon H, Farrell M, Li S. Regime type and COVID-19 response. FIIB Business Review 2020; 9: 152–160). In Italia vige un sistema morale di convivenza delle due teorie che si esprime in tutte le politiche, una doppia morale che genera una continua dialettica e che si potrebbe definire un "individualismo statalista" (Giancristiano Desiderio. L'individualismo statalista. La vera religione degli italiani. Editore: Liberilibri, 2017).

⁸ Il nuovo programma europeo EU4Health, entrato in vigore il 1 gennaio 2021 proprio a seguito della pandemia, frutto di un ampio dibattito politico, e ritenuto "una visione per l'Unione Europea più sana" prevede di perseguire 4 obiettivi generali: 1. migliorare e promuovere lo stato di salute dei cittadini dell'UE; 2. accrescere la preparazione contro minacce sanitarie transfrontaliere; 3. rendere disponibili e convenienti medicinali, dispositivi medici e prodotti sanitari; 4. rafforzare i sistemi sanitari, la loro resilienza ed efficienza, ed i relativi e conseguenti 10 obiettivi specifici. La visione olistica di "un'unica salute" (One Health), che allarga ancor più la dimensione ecologico-ambientale, immagina un modello teso a raggiungere una salute eco-sistemica e basato sull'integrazione di diverse discipline (medicina, veterinaria, ambientalismo, economia, sociologia etc.), riconosce che la salute umana, la salute animale e la salute dell'ecosistema sono legate indissolubilmente tra di loro.

⁹ L'Unione Europea ha risposto alla crisi pandemica con il Next Generation EU (NGEU), un programma di portata e ambizione inedite, che prevede investimenti e riforme per accelerare la transizione ecologica e digitale; migliorare la formazione delle lavoratrici e dei lavoratori; e conseguire una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale. Per l'Italia il NGEU rappresenta un'opportunità imperdibile di sviluppo, investimenti e riforme tradotto nel Piano

Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che si articola in 6 Missioni (digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo; rivoluzione verde e transizione ecologica; infrastrutture per una mobilità sostenibile; istruzione e ricerca; inclusione e coesione; salute) e 16 Componenti articolati in tali e tanti progetti da ricordare "un libro dei desideri".

¹⁰ Evitando di analizzare il complesso costruito del termine "cultura", si potrebbe semplificare la cultura di Sanità pubblica nel possesso di un bagaglio di conoscenze tecniche di tutela della salute, continuamente arricchito nel tempo, accompagnato dalla convinzione della validità ed utilità dei suoi contenuti e dal desiderio di attuarlo.

¹¹ È antropologicamente provata la rilevanza strategica della cultura – intesa non solo come livello di istruzione individuale ma anche come espressione del modo di essere, di vivere, di pensare di gruppi umani e di intere civiltà – in quanto "motore" di crescita e di progresso non soltanto economico e tecnologico, ma sociale e intellettuale.

¹² Ivan Cavicchi con chiarezza e brutalità ha evidenziato come «ora che, con il Recovery plan, il profumo del business si è fatto forte, la razionalità aziendale si rifà viva, e uscendo dall'ombra della pandemia, ci ripropone la sua brava ideologia, la sua immancabile retorica, le sue ricette ma soprattutto il suo indiscutibile amore per la gestione del potere» ("Il ritorno, non richiesto, degli aziendalisti in sanità", *Quotidianosanita.it* del 31 maggio 2021, *Quotidiano on line di informazione sanitaria*).

¹³ «Viene resa esplicita la parola chiave del titolo: "Cultura della salute". Questa si rivela allorché l'elevato valore della salute permea ed è condiviso da tutti i settori della società, e quando gli individui e le organizzazioni hanno la volontà e la capacità di: promuovere il benessere individuale e collettivo ... creare un ambiente fisico e sociale favorevole

alla promozione della salute; favorire le opportunità per aderire a stili di vita sani e per fornire assistenza sanitaria di elevata qualità a tutti».

¹⁴ «I programmi escogitati dalle Autorità sanitarie (per la tutela della salute) non potevano che puntare a cambiamenti dello status quo. Ovvero cambiamenti a) dei programmi, intesi anche quali norme, regolamenti, istruzioni, ecc.; b) delle strutture: organizzazione, organi e persone; e c) della cultura, cioè dei modelli cognitivi e comportamentali degli individui o dei gruppi. Quest'ultima ovvero la modifica nei valori, nelle attitudini, nelle aspettative, nelle opinioni, nelle capacità e nei comportamenti della gente, in ultima analisi nel loro modo di pensare, è la più efficace ma è stata sempre la più difficile da ottenere».