

 politically (in) correct 

Bollettino ADAPT 23 marzo 2020, n. 12

Come durante la crisi del 2008-2009 la cassa integrazione in deroga consentirà di dare una copertura a tutto il mondo del lavoro, anche di quei settori che sono rimasti esclusi dall'estensioni del diritto introdotte dalla legge n.92/2012 e dal jobs act. Peraltro sarebbe il caso che il Governo riattivasse quegli accorgimenti, apparentemente di carattere amministrativo (Circolare Inps n.58 del 2009), ma che produssero effetti sostanziali per l'uso della cig: la possibilità di mettere in linea di continuità le varie tipologie di cig, allo scopo di poterne sommare i periodi di erogazione, a prescindere dalle diverse motivazioni previste dalla legge per la cigo e la cigs. Ma anche al "primum vivere" c'è un limite. Non si può passare ad un RdC generalizzato e perenne, trasformando il senso della lettera "C" dell'acronimo: invece che 'Cittadinanza', "Contagio". L'altra formidabile protezione per i lavoratori riguarda il blocco delle procedure per i licenziamenti collettivi e di quelli individuali per motivi oggettivi (economici). Fino a quando sarà consentito paralizzare il Paese e le aziende, proprio in nome del primum vivere? Abbiamo inventato il "patriottismo del divano": la Patria, l'interesse pubblico si difendono stando a casa. I nemici del popolo sono i nostri vicini che pretendono di portare, troppe volte, il cane a soddisfare i suoi bisogni fisiologici, mentre sarebbe necessario metterne in quarantena anche la vescica. Poi c'è l'ossessione dei "furbetti" che, nell'odio collettivo, stanno prendendo il posto che fu degli appartenenti alla Casta, dei privilegiati, dei parlamentari e dei pensionati d'oro; per non parlare ovviamente di quanti venivano a cercare "la pacchia". La vera pandemia non è quella portata dal Covid-19, ma quella di una psicosi ormai divenuta planetaria, fomentata da opinioni pubbliche in balia di un'informazione distorta dei media. Incamminarsi lungo questo percorso è insidioso perché si rischia di apparire cinici fino al disprezzo della via umana. Ma non si può andare avanti così, con provvedimenti che limitano la libertà personale dei cittadini e con un crescente blocco delle attività produttive. Si deve pretendere un'informazione più equilibrata e corretta su almeno alcuni punti che, ad avviso di chi scrive, non sono affatto risolti con le quarantene generalizzate: 1) il coronavirus non si sconfigge perché è entrato come tanti altri virus, prima di lui, nella nostra quotidianità; il problema da risolvere - come ha spiegato Ilaria Capua - è quello di imparare a convivere con questo nuovo virus come con i tanti suoi predecessori, certo rafforzando, nel tempo, i nostri strumenti di difesa (vaccinazioni e terapie). Tanto più se ne potrà venire a capo mediante la chiusura pressoché totale per un paio di settimane,

che finirà per essere prolungata (quante volte?) trascorso il termine fissato, una misura che sta facendo saltare tutti i programmi produttivi, anche minimi, già predisposti. 2) La serrata “rafforzata”, poi, aprirà numerose contraddizioni anche nel garantire i prodotti necessari perché è impossibile individuare, in una economia interconnessa, filiere omogenee. Se si spezzano le filiere di carattere trasversale, vedremo le persone che non stanno più distanziati, in fila davanti ai supermarket, ma che li saccheggiano. E chi erogherà i c.d. servizi essenziali che non si possono organizzare via Skype se gli uffici pubblici chiudono i battenti? 3) L’aspetto più inquietante di questa crisi - e in tale caso è grave la responsabilità della comunicazione - è lo smarrimento di ogni ragionevole relazione tra gli esseri umani con la malattia. Qui sta la vera pandemia della psicosi.

Senza togliere nulla alla gravità del virus “venuto dal freddo”, agli effetti del contagio sul Servizio Sanitario Nazionale, all’eroismo degli operatori nonostante le grandi condizioni di difficoltà e di rischio personale (a proposito: quanti sono stati mandati in pensione grazie a quota 100?), al dolore per le vittime e le loro famiglie, sarebbe più onesta una comunicazione dei media (quella istituzionale dell’ISS e della Protezione civile è corretta: basterebbe solo diffonderla) capace di trasmettere all’opinione pubblica il senso delle proporzioni e della misura. Non si muore soltanto di Coronavirus. In Italia, in totale, vi sono stati 647mila decessi nel 2017, 636mila nel 2018, 647mila nel 2019 (di cui 302mila al Nord così ripartiti: Nord Ovest, 179mila, Nord Est, 123mila). Poi c’è l’influenza c.d. stagionale che non è un “giro di valzer”. Secondo l’Istituto Superiore della Sanità (si veda il Portale dove viene pubblicato il relativo monitoraggio), dall’inizio della sorveglianza (fissata al 14 ottobre 2019), fino alla settima settimana del 2020, sono stati stimati circa 5.632.000 casi di sindrome simil-influenzale in tutto il Paese. Al termine della stagione influenzale 2018-2019, i casi erano stati **8.104.000**, tra il 2017 e il 2018, **8.677.000** e tra il 2016 e il 2017, **5.441.000**. I morti per l’influenza “di famiglia” sono, mediamente, in Italia, 8mila all’anno. L’82% dei casi gravi e il 97% dei decessi presentano almeno una patologia cronica preesistente. Non si deve dimenticare poi che la principale causa di morte in assoluto sono le malattie del sistema cardiocircolatorio: 638 persone in media ogni giorno. Il sovrappeso e l’obesità sono i principali fattori di rischio per le patologie non trasmissibili, quali le malattie ischemiche del cuore, l’ictus, l’ipertensione arteriosa, il diabete tipo 2, le osteoartriti ed alcuni tipi di cancro. La loro diffusione, sempre più in crescita, ha un grosso impatto sui sistemi sanitari nazionali. Siamo arrivati al punto, tuttavia, di considerare chi fa una corsetta intorno a casa (il runner) un pericoloso “untore” passibile di denuncia all’autorità giudiziaria (vi sono, in proposito, delle Circolari delle amministrazioni pubbliche che fanno accapponare la pelle). Se poi, passeggiando, si incontrano degli amici e si scambia con loro, a debita distanza, qualche convenevole, si corre il rischio di essere accusati di “concorso esterno in associazione a scopo di contagio”.

Eppure basta sfogliare il Rapporto dell'Osservatorio sulla salute degli italiani (2018) per leggervi: "L'evidenza scientifica parla chiaro: svolgere una regolare attività fisica, ossia qualsiasi attività muscolo-scheletrica che comporti un dispendio energetico, per circa 30 minuti al giorno, per almeno cinque volte a settimana, favorisce uno stile di vita sano, con notevoli benefici per la persona. L'attività fisica, infatti, concorre a migliorare la qualità della vita: aumenta il benessere psicologico attraverso lo sviluppo dei rapporti sociali ed il rafforzamento di valori importanti come lo spirito di gruppo, la solidarietà e la correttezza, ed è associata positivamente allo stato di salute". In particolare, oltre a quanto ricordato prima, l'attività fisica è di ausilio nel caso di alcuni tipi di cancro (soprattutto tumore del colon-retto e della mammella), prevenendo la morte prematura (sic!). C'è poi il problema del concorso di patologie. L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha provveduto a pubblicare (tab.1) la casistica delle patologie preesistenti da cui risulta che i decessi riguardano persone che ne erano sofferenti (e si tratta di patologie di per sé mortali).

3. Patologie pre-esistenti

La *tabella 1* presenta le più comuni patologie croniche pre-esistenti (diagnosticate prima di contrarre l'infezione) nei pazienti deceduti. Questo dato è stato ottenuto in 355/2003 deceduti (17,7% del campione complessivo). Il numero medio di patologie osservate in questa popolazione è di 2.7 (mediana 2, Deviazione Standard 1.6). Complessivamente, 3 pazienti (0,8% del campione) presentavano 0 patologie, 89 (25,1%) presentavano 1 patologia, 91 presentavano 2 patologie (25.6%) e 172 (48,5%) presentavano 3 o più patologie.

Tabella 1. Patologie più comuni osservate nei pazienti deceduti a seguito di infezione da COVID-2019

Patologie	N	%
<i>Cardiopatía ischemica</i>	117	33.0
<i>Fibrillazione atriale</i>	87	24.5
<i>Ictus</i>	34	9.6
<i>Ipertensione arteriosa</i>	270	76.1
<i>Diabete mellito</i>	126	35.5
<i>Demenza</i>	24	6.8
<i>BPCO</i>	47	13.2
<i>Cancro attivo negli ultimi 5 anni</i>	72	20.3
<i>Epatopatía cronica</i>	11	3.1
<i>Insufficienza renale cronica</i>	64	18.0
Numero di patologie		
<i>0 patologie</i>	3	0.8
<i>1 patologie</i>	89	25.1
<i>2 patologie</i>	91	25.6
<i>3 o più patologie</i>	172	48.5

Come sottolinea il già citato Rapporto dell'Osservatorio sulla salute degli italiani l'utilizzo di un indicatore che considera tutte le condizioni morbose riportate sul certificato di morte (cause multiple) permette di ridurre l'eventuale sottostima della mortalità che si potrebbe verificare per una determinata causa conteggiandone i decessi soltanto in base alla causa iniziale. Tale indicatore consente di sfruttare tutte le informazioni riportate sul certificato di morte, risultando particolarmente utile in presenza di un quadro patologico complesso come quello dei decessi riguardanti la popolazione anziana. L'età media dei pazienti deceduti e positivi a COVID-19 è 79.5 anni. Le donne sono 601 (30.0%). L'età mediana dei pazienti deceduti positivi a COVID-19 è più alta

di oltre 15 anni rispetto a quella dei pazienti che hanno contratto l'infezione (età mediana: pazienti deceduti 80.5 anni - pazienti con infezione 63 anni). Le donne decedute dopo aver contratto infezione da COVID-19 hanno un'età più alta rispetto agli uomini (età mediana: donne 83.7 - uomini 79.5).

Un altro aspetto che desta non poche perplessità è la denuncia della mancanza di farmaci dedicati al coronavirus. Se così fosse non si capirebbe come potrebbero guarire tanti contagiati. Infine, una considerazione di Ilaria Capua, in occasione di un dibattito televisivo, ha rafforzato un dubbio che chi scrive aveva avuto fin dall'inizio della epidemia, sia pur da profano. Capua ha affermato che, a suo parere, se in Italia ci fosse stata una copertura antinfluenzale più vasta (il vaccino esiste da decenni e ha tipologie con un livello di copertura più profonda nei casi più a rischio) probabilmente gli effetti del coronavirus sarebbero stati meno gravi. Da qui nasce una domanda: esistono dati statistici utili ad accertare quanti dei contagiati si erano sottoposti (oppure no) alla vaccinazione contro l'influenza di stagione? D'accordo, il Covid-19 è tutta un'altra cosa. Ma la legge dei grandi numeri assume un'importanza particolare in medicina. È evidente che non essendo in possesso dei dati non siamo in grado di trarre delle conclusioni quanto meno statistiche. Ma, ammesso e non concesso che la grande maggioranza dei contagiati e dei deceduti fosse risultata non sottoposta alla vaccinazione ordinaria, non sarebbe stata utile l'indicazione di uscire di casa per provvedere? Tutto sommato, una misura di prevenzione siffatta è un po' più "scientifica" di quella di lavarsi le mani. Anche generazioni di nonne lo dicono da sempre a generazioni di nipoti.

Giuliano Cazzola

Membro del Comitato scientifico ADAPT