volerelaluna LA POLITICA PUNTOACAPO

Poche, importanti certezze sul Coronavirus

Autore: Gianni Tognoni

Pur nel permanere di un'informazione insufficiente e spesso fonte di confusione sull'evolversi della emergenza Coronavirus, due dati sono fuori discussione: l'efficacia delle misure prese e attuate, fino ai limiti di sostenibilità, da parte delle persone e nelle strutture che si sono fatte carico degli interventi per i casi più gravi ricoverati in terapia intensiva; e, poi, la concentrazione della mortalità in una popolazione anziana e con patologie concomitanti nella quale l'attribuzione di causalità al Coronavirus sembra spesso sconfinare in una con-causa (come si verifica anche nel caso della più classica influenza).

Altrettanto certa, sul versante degli interventi necessari e obbligatori, è l'importanza decisiva di strategie preventive, sia per ridurre le occasioni di contagio che per evitare la progressione da situazioni sintomatiche a condizioni cliniche candidate a interventi di terapia intensiva. A questo livello, peraltro, si confermano purtroppo domande senza risposte che costituiscono il rischio più grave e con più implicazioni di salute pubblica.

Ci si domanda, in particolare, perché, al di là dei bollettini che comunicano numeri e percentuali dei nuovi casi, dei deceduti, dei guariti, non si sia ancora attivato e garantito un servizio pubblico epidemiologicamente impostato, assicurato come fonte ufficiale, con un linguaggio e con modalità comprensibili per l'opinione pubblica. I numeri e le percentuali generali non bastano, tanto più perché questi dati diventano, nei media e sui social, oggetto di discussioni che riproducono la logica dei *talk show*, nei quali dati più o meno allarmanti sono collegati a opinioni, previsioni, attribuzioni di cause che dipendono dal punto di vista dell'esperto o del giornalista di turno.

Qual è l'evoluzione reale dei nuovi casi, in termini di età, di condizioni accertate di contagio, di progressione da sintomi a patologia conclamata, a guarigione, a mortalità? Le statistiche generali, mescolate spesso nei media con dati e mappe che aggregano arbitrariamente per regioni o province, sono a rischio di trasformarsi in "bollettini di guerra" generalizzati, che creano un'ansia non gestibile e non permettono di orientarsi.

Non è pensabile una comunicazione ufficiale commentata in modo comprensibile, emanante da un'unica fonte, due volte al giorno, che eviti stime inappropriate soprattutto di allarme o di dubbi? Dove ci sono, e con che andamento nel tempo (al di là della, non spiegata, generalizzazione delle zone arancione-rosse), i focolai più a rischio? E le situazioni che invece suggeriscono casualità? Da chi sono composti e con che criteri lavorano i gruppi epidemiologici che effettivamente gestiscono i dati? A chi rispondono , e con che grado di accordo, i diversi esperti che fanno capo ai due distinti poli della "protezione civile" e della "sanità"? Con che criteri? Per confrontarsi con indagini dirette sul campo, e non semplicemente, come spesso sembra, con attese (più o meno disattese) che fanno riferimento ad algoritmi di cui è inevitabile l'inadeguatezza rispetto a numeri e

frequenze territoriali o di contesti che sono tanto differenti? Quali sono i confronti veramente affidabili e utili con le statistiche provenienti da altri Paesi?

Come sottolineato anche in un recentissimo editoriale della rivista scientificamente più autorevole in campo medico, il *New England Journal of Medicine*, una gestione non amministrativo-burocratica, ma in termini di ricerca permanente e trasparente di dati epidemiologici reali, è lo strumento imprescindibile per una comprensione di situazioni che sono allo stesso tempo gravi e dense di incertezze conoscitive e (perciò) decisionali. Il rapporto degli esperti OMS dalla Cina ha messo molto bene in evidenza la complementarietà tra le misure di "contenzione" e di isolamento e l'intensità/completezza con cui si sono documentate, con visite e contatti personalizzati, le situazioni più a rischio. L'intensità e il lavoro eroico, a livello di organizzazione e di assistenza, delle terapie intensive dovrebbero avere un corrispettivo di analoga intensità e organizzazione nella epidemiologia comunitaria e nella comunicazione che genera più informazione e orienta, spiega, esplicita e distingue l'incerto da ciò che è certo e obbligatorio.

Il rispetto del diritto a un'informazione comprensibile e certificata ai cittadini è la premessa indispensabile per un'obbedienza attiva, fatta non di paura ma di fiducia, a tutte le misure che si propongono, che non sono sempre chiare e che devono essere reiterate con un *plus* di informazione e non di minaccia. L'etica e l'obbligo del "consenso informato" di cui tanto si discute (anche in questo caso purtroppo con accentuazioni burocratiche e con moduli informativi che prescindono dall'attenzione alle persone) per le sperimentazioni cliniche dovrebbero essere applicate anche dagli attori e dai responsabili della sanità pubblica. L'informazione è valida solo se arriva in modo e con tempi adeguati in questa sperimentazione generalizzata di cui siamo tutti soggetti, capaci di condividere, e non destinatari generici di misure che, a volte, obbediscono a logiche di sicurezza e di contenzione più che di ricerca collettiva di risposte.