

## Salute , Assistenza e Profitto

Per parlare dell'emergenza sanitaria in atto è necessario fare la distinzione tra il virus Sars-CoV-2 e il Covid-19 ricordando alcune date dei momenti importanti che hanno segnato l'evolversi dell'infezione. Con il termine Sars-CoV-2 si identifica il coronavirus che ha cominciato a manifestarsi causando “malattie polmonari anomale” alla fine dell'anno 2019, coinvolgendo maggiormente nelle prime settimane di gennaio la città, più popolata della parte orientale dello stato cinese e perno per il commercio e gli scambi, Wuhan.

Il 7 gennaio viene isolato il virus (2019-nCoV), tre giorni dopo viene sequenziato geneticamente e la Cina ne condivide la scoperta con la comunità scientifica internazionale. Il numero dei contagiati, non numeroso, era circoscritto alla zona di Wuhan. Il 21 gennaio, le autorità locali cinesi e l'OMS (l'Organizzazione Mondiale della Sanità) annunciano che il nuovo coronavirus, dopo aver fatto un “salto di specie” (dall'animale all'uomo), ora si trasmette da uomo a uomo. Nel frattempo viene isolata la città di Wuhan e si interrompono i festeggiamenti del capodanno cinese. In Italia si comincia a parlare di contagio perché il 29 gennaio due turisti cinesi (originari di Wuhan) vengono ricoverati allo Spallanzani di Roma, ospedale con specifiche competenze sulle malattie infettive. Il 30 gennaio l'OMS eleva il pericolo dell'epidemia da moderato ad alto, senza però allertare gli stati ad adottare provvedimenti. L'11 febbraio viene dato un nome alla malattia: l'OMS sceglie Covid-19, dove *Co* e *vi* ne identificano l'appartenenza alla “famiglia” dei coronavirus, *d* per indicare una malattia (*disease*) e con 19 si sottolinea l'anno della scoperta. Intanto è cambiato anche il nome del virus in Sars-CoV-2 perché il patogeno è parente del coronavirus responsabile della SARS. Per la vicenda italiana la data centrale è il 21 febbraio, quando emergono diversi casi nel lodigiano che coinvolgono persone che non provengono dalla Cina portando le autorità a chiudere alcune località della Lombardia e del Veneto (le prime zone protette). Nei giorni seguenti i numeri dei contagiati cresce in Italia, in Iran e nella Corea del Sud, ma questo non porta ancora l'OMS a dichiarare una situazione di pandemia. Nelle prime settimane di marzo si registra, in Italia, un aumento preoccupante del numero di contagi e decessi che induce il governo italiano ad estendere misure restrittive a tutto il territorio nazionale. I provvedimenti sono aumentati gradatamente fino al “lockdown” del 25 di marzo. Il direttore dell'OMS l'11 marzo, da Ginevra, aveva dichiarato la pandemia.

Si può riconoscere, in queste rapide note, come sia veloce il grado di contagio e come ci sia stato un alto grado di impreparazione. La scoperta dell'esistenza dei coronavirus è datata 1960 e negli ultimi decenni si sono manifestate epidemie, anche gravi, che avevano prodotto linee guida indicando su cosa investire e come prepararsi: terapie intensive (nei posti letto e nelle attrezzature necessarie) e stoccaggio di dispositivi protettivi. All'apparire dell'epidemia in Europa, l'unico stato che aveva una discreta preparazione era la Germania. La mancanza di investimenti nella prevenzione è la conseguenza di politiche europee che hanno destinato fondi in base all' “efficienza economica” nazionale, a cui si sono aggiunte scelte specifiche adottate da ogni singolo stato che sono: l'efficacia del sistema nazionale, lo sbilanciamento a favore della sanità privata, la competenza e la correttezza di chi ha il compito di gestire la spesa sanitaria, etc.

Gli stati che hanno ora un numero di casi controllabili, ci sono riusciti per mezzo della chiusura dei confini e delle limitazioni di tutte le attività lavorative. Chi invece ha numeri elevati, sconta la mancanza di strumenti, mezzi e personale che sommata

all'impreparazione ha portato a concentrare malati nelle strutture esistenti (i pronto soccorso, gli ospedali pubblici o privati e le rsa) elevando così il contagio tra degenti, operatori sanitari ed assistenziali. Non va dimenticato che persone esposte al pericolo di contagio sono i medici di base, il personale sanitario carcerario, in quanto prima risposta alle richieste di cura; ed i lavoratori impegnati a trattare i decessi (servizi necroscopici, autoptici e pompe funebri).

In questo periodo siamo stati "informati" attraverso la comunicazione di continui dati che riguardavano i numeri di contagiati in terapia, deceduti e dimessi. Ma in una condizione di impreparazione anche le statistiche prese in considerazione sono falsate dalla mancanza di valutazioni complete sui decessi da Covid-19, che avrebbero dovuto prevedere test a tampone su malati domiciliari, in case di riposo, in hospice, ecc. L'elaborazione dei dati fatte dalle AUSL di competenza sono verosimilmente incomplete; mancano le comunicazioni alle procure dei referti di morte; l'INAIL non ha reso noto i numeri riguardanti infortuni, decessi e assenze per malattie professionali.

In piena emergenza, con i casi che man mano lievitavano, le misure adottate sono state: l'obbligo di restare chiusi in casa (contando che tutti ne siano provvisti), rimanere distanziati tra individui (trascurando l'impraticabilità nelle carceri e nei centri permanenti per il rimpatrio); uscire solo per necessità; chiusura dei cicli produttivi non indispensabili. Una ulteriore nota dolente riguarda i DPI (dispositivi di protezione individuale) che sono subito risultati insufficienti anche nei luoghi lavorativi più esposti. La loro produzione ha mostrato un'aspetto della globalizzazione, fabbricati in pochi stati per ridurre i costi e adesso il loro prezzo è lievitato e si acquistano solo con pagamento diretto. L'attuazione delle misure emergenziali ha rivelato una continua prova di forza tra l'autorità statale e quella regionale, diatriba già in atto prima dell'emergenza e che lascia poche possibilità ad auspicabili progetti di federalismo solidale tra le regioni. Per sopperire alla mancanza di personale e rafforzare il controllo sociale viene messo in campo anche l'esercito (si vuole così giustificare le spropositate spese militari?), al tempo stesso non si investe in un possibile progetto che dia alla protezione civile una presenza di cittadini preparati ed autonomi ad intervenire nei casi di necessità.

Questa emergenza porta con sé non poche problematiche, sia di tipo sanitario, che economico e sociale. Al sistema sanitario si chiede di conoscere in tempi rapidi contagio e contagiati. Queste conoscenze vengono associate alla tecnologia digitale per permettere di tracciare spostamenti e contatti degli "infetti". Così viene implementata la società del controllo (già in piena crescita) che sarà sempre più difficile mettere in discussione. Sempre associata alla questione sanitaria, si è aperta la ricerca di un vaccino che vede laboratori privati e pubblici coinvolti su due piani di interesse: uno più umanista e correlato alla ricerca, l'altro puramente economico visto l'introito monetario di ritorno che porterà la scoperta. Il Consiglio europeo per la ricerca (Cer) ha finanziato la sperimentazione di un vaccino con l'azienda tedesca Cure-Vac; ha dato compiti di coordinamento all'azienda biofarmaceutica francese Dompè del progetto Exscalate 4Cov per individuare farmaci specifici per contrastare l'infezione da coronavirus. In questo progetto partecipano istituzioni e centri di ricerca, tra cui il Cineca di Bologna ed ENI che presta il sistema di calcolo (HPC5) più potente al mondo e le competenze di modellazione cellulare.

Il sistema economico è messo a dura prova dal rallentamento produttivo e dalle misure di contenimento preoccupandosi della perdita di profitto e minimizzando le proprie

responsabilità nella difficile situazione attuale. La veloce proliferazione del virus Sars-CoV-2 è dovuta a due fattori: la continua fagocitazione degli habitat da parte dell'industria agro-alimentare (alla continua ricerca di produttività), l'aumento di abitanti negli agglomerati urbani e la loro velocità di spostamento congiuntamente alle merci sul pianeta terra.

Si rende da subito necessario ragionare sulle trasformazioni che questa inedita situazione porterà nella società, che non dovrà ricadere solo sulla parte più debole della società. Anche se gli strumenti che conosciamo, assemblee, coordinamenti e manifestazioni, verranno vietati e ostacolati siamo chiamati a ragionare, praticare opposizione e sperimentare esperienze che vadano verso lo scambio dei saperi, il mutuo appoggio e l'autogestione. Un pericolo che può insinuarsi nella società viene dall'inasprimento delle pratiche autoritarie e repressive. Bisognerà confrontarsi e vigilare sulle modalità di controllo sociale (modello asiatico?) che sta avanzando. Come soggetti che svolgono i più svariati lavori, dobbiamo partecipare attivamente nella valutazione e nell'attuazione di tutte le misure per la nostra sicurezza e proponendo cambiamenti nei cicli di produzione. Lottare per strumenti che vadano dal reddito alla salute che siano di integrazione sociale e non di esclusione. Per quanto riguarda la salute, estendere il concetto di gratuità di cura (fuori da logiche stato/privato) e lavorare per organismi scientifici autonomi non ricattabili dagli interessi d'azienda. Possiamo cambiare modi e stili di vita ma non possiamo annullare l'umanità. Possiamo avere paura ma non vivere nel terrore. Non desideriamo tornare alla normalità, perché nella normalità è insito il problema; la scelta saggia è cambiare strada.

#### **Assemblea delle Anarchiche e degli Anarchici Imolesi**

Fonti per lo scritto:

<https://www.wired.it/scienza/medicina/2020/03/21/storia-coronavirus-tutte-tappe-contagio-cina-covid19/>

<https://www.cattaneo.org/2020/04/01/gli-effetti-del-covid-19-sulla-mortalita/>

<https://coronavirus.gimbe.org/>

<https://www.econopoly.ilsole24ore.com/2020/04/04/sanita-tagli-italia/>

Corriere della sera venerdì 10 aprile 2020