

E se la bassa Val Seriana fosse stata dichiarata zona rossa il 3 marzo 2020?

Abstract

Pier Paolo Lunelli

Una sventurata catena di eventi ha portato la provincia di Bergamo a subire, secondo l'ISTAT, un tasso di mortalità di circa 5600 decessi per milione di abitanti, tra vittime dirette ed indirette. Numeri inaccettabili, per un paese economicamente sviluppato come l'Italia.

Scopo di questo paper è investigare sulle cause di questa strage, che l'ISTAT definisce una terza guerra mondiale, ponendoci la seguente domanda: Cosa sarebbe cambiato se la bassa val Seriana fosse stata dichiarata zona rossa entro il 3 marzo 2020, come le due già in atto nel Lodigiano e a Vò Euganeo? Dall'analisi emergono due elementi salienti. Innanzitutto la carente preparazione del Ministero della salute. In secondo luogo, la contesa tra il mondo scientifico, che aveva intravisto il grave pericolo, e il mondo economico.

Partendo da quest'ultimo, possiamo notare che il pubblico è stato preso in ostaggio da una campagna di informazione tesa a sdrammatizzare la situazione con hastag tipo #milanononsiferma #bergamononsiferma. La politica, pur avendo dichiarato che «le nostre decisioni poggiano sempre sulle valutazioni del comitato tecnico-scientifico», ha subito abiurato, ha deciso di non decidere, ha creduto che i guai si sarebbero risolti da soli puntando su ciò che si rivelerà una colpevole procrastinazione. Si è lasciata prendere in ostaggio dal mondo economico rinviando una decisione assolutamente necessaria nell'interesse della vita delle persone, creando così le premesse per la trasformazione del focolaio della bassa Val Seriana, rilevato nella terza decade di febbraio, in una pandemia che ha poi coinvolto tutta la provincia di Bergamo e l'intera Italia settentrionale. In altre parole, la mancata adesione alle motivate proposte dell'Istituto Superiore di Sanità e del Comitato Tecnico Scientifico, entrambi miranti a stabilire una zona rossa nella bassa Val Seriana all'inizio di marzo 2020, ha verosimilmente contribuito alla formazione di una massa critica di natura epidemica, poi degenerata in una pandemia nel nostro Paese e non solo. «Dalla data del primo caso autoctono», ha acutamente affermato il Prof. Crisanti in TV «avremmo dovuto chiudere interamente tutti i comuni di Veneto e Lombardia, immediatamente». «Ma chi doveva decidere non ha realmente compreso l'entità del problema». ¹ «Il 27 febbraio sapevamo tutti che il 3% della popolazione a Vò era infettata, sapevamo qual era la capacità di riproduzione del virus (R0 da 2 a 4) ma nessuno, obiettivamente, ha saputo leggere questi dati». Avremmo dovuto disporre subito un lockdown "alla Wuhan," ma abbiamo esitato.

Anche il Ministero della salute ha pesantissime responsabilità nel campo della preparazione all'emergenza. A partire dal 2006 nulla ha fatto sui versanti della preparedness, come indicato nel Regolamento sanitario internazionale, e dell'aggiornamento dei piani. Il peccato originale, a parere dell'autore, è stata la mancata designazione del Comitato interministeriale per la pandemia e relativo Presidente, i quali avrebbero avuto lo scopo di preparare l'intero Paese a quest'emergenza che non è soltanto sanitaria, ma costituisce anche una grave minaccia alla sicurezza nazionale. E' di natura politica la responsabilità di questa designazione, espressamente richiesta dal Regolamento sanitario internazionale (RSI) approvato dal nostro Ministro della salute nel maggio del 2005 e purtroppo non ancora pubblicato sulla Gazzetta ufficiale per sostituire quello obsoleto del 1982. Agli articoli 5, 13 e Annesso 1 del RSI è richiesto lo sviluppo delle capacità fondamentali (core capacities), capacità assolutamente necessarie per affrontare e gestire una pandemia. E la prima azione è, guarda caso, la costituzione di un Comitato interministeriale per la pandemia.

¹ [«Scovare i positivi casa per casa: così abbiamo sconfitto il virus a Vo'». Il virologo Crisanti racconta il modello veneto](#)

1. I Precedenti

Il 5 gennaio 2020 l'OMS lancia un preavviso di allarme per un focolaio di polmonite ad eziologia sconosciuta. Il 10 la Cina condivide la sequenza genetica del virus. Il 14 gennaio, nel frattempo, viene firmato l'accordo con l'Italia per triplicare i collegamenti aerei con questo Paese. Il 16, nuovi casi di questo virus vengono segnalati in altri Stati. Nello stesso giorno i ricercatori tedeschi sviluppano un nuovo test di laboratorio per rilevare il nuovo coronavirus.

Il 21 gennaio, qualche giorno dopo l'accordo dell'aumento dei voli con la Cina, il Capo Dipartimento della Protezione Civile informa per iscritto il Premier di quanto segue: a) E' previsto un massiccio flusso di turisti cinesi in arrivo in occasione del Capodanno Cinese; b) Il nuovo virus provoca gravi patologie respiratorie, analoghe alla SARS del 2002-2003; c) Una particolare attenzione va diretta ai passeggeri provenienti dalle aree a rischio che fanno scalo negli hub europei prima di entrare in Italia; d) Non esistono sul mercato né terapie né vaccini; e) La protezione civile sta studiando un piano di emergenza al di là di quanto sta facendo il Ministero della Salute.²

Il nostro Ministro della Salute, che è anche per legge Presidente del Comitato Strategico del Centro di Controllo delle Malattie e quindi titolare della gestione di un'eventuale emergenza sanitaria, ha informato il Premier dei possibili pericoli sul versante sanitario?

Il 23 gennaio vediamo realizzare in Cina ospedali con 1000 posti in circa 10 giorni e mettere in quarantena stretta dall'oggi al domani Wuhan, una città con più di 11 milioni di abitanti, tanti quanti la Lombardia. Tutti prigionieri in casa senza possibilità di uscire, la consegna degli alimentari viene effettuata a domicilio. In Italia, nel corso delle riunioni della Task Force Ministeriale attivata il 22 gennaio, nessuno dei partecipanti intorno al tavolo pone sul tavolo la domanda chiave: E se dovesse capitare a noi?

Con le circolari n. 1997 del 22 gennaio 2020 e n. 2302 del 27 gennaio 2020³ vengono definiti i protocolli per la gestione dei casi e l'esecuzione dei tamponi. Mentre nella prima delle due come caso poteva essere inteso una polmonite ad eziologia sconosciuta anche se non legata a contatti con la Cina, nella seconda era richiesto una connessione con la Repubblica del Dragone.

Due turisti cinesi, sbarcati in Lombardia il 23 gennaio, si spostano in pullman a Roma, dove si ammalano gravemente e vengono ricoverati allo Spallanzani. Il Prof. Crisanti, un mese dopo, formulerà l'ipotesi che il virus sia giunto in Italia attraverso gli asintomatici, che orientativamente sono circa il 40% dei contagiati ma che a loro volta sono in grado di infettare.

Il 31 gennaio, a seguito della dichiarazione dell'OMS di un'emergenza sanitaria ad impatto internazionale,⁴ il Governo dichiara lo stato di emergenza nazionale.

Tutto scorre lento fino al 3 Febbraio quando, durante una riunione della Task Force Ministeriale, il Prof. Miozzo avverte che "la seconda città in quarantena, oltre a Wuhan è Wenzhou, 9 milioni di abitanti, dalla quale proviene il 90% degli immigrati cinesi in Italia." Una settimana prima si era svolto il capodanno cinese ed erano aumentati i transiti dalla Cina verso i Paesi europei. Nessuno si muove. Tutti sono convinti che il nostro sistema di sorveglianza sia uno dei migliori del mondo (alle autovalutazioni annuali inviate all'OMS ci siamo sempre auto-assegnati il massimo punteggio 100 punti su 100). Tutti sono sommamente certi che l'Italia sia pronta, anzi «prontissima».

Mercoledì 19 febbraio si svolge a Milano la partita Valencia-Atlanta, considerata a posteriori un incubatore del contagio. Nel piano pandemico del 2006 è espressamente richiesto di prestare

² Fabrizio Gatti, L'infinito errore, 2021, La Nave di Teseo, 2021, pp. 519-520

³ La prima delle due circolari si riferisce alle linee guida provvisorie dell'OMS del 15 gennaio diramata 7 giorni prima. La seconda, non si sa bene perché, sembra anticipare le linee guida dell'OMS del 31 gennaio

⁴ Emergenza sanitaria pubblica di impatto internazionale (Public Health Emergency of International Concern- PHEIC)

attenzione al pericolo di contagio connesso a questo tipo di manifestazioni, specie a stato di emergenza già dichiarato 20 giorni prima. «Il fatto di concentrare decine di migliaia di persone della stessa zona nello stesso luogo può essere stato un importante fattore di diffusione,» sosterrà poi il Prof. Massimo Galli.

È il 21 febbraio quando il primo caso di Codogno irrompe nella scena e infrange la quiete. I sanitari cassano il protocollo restrittivo del 27 gennaio e si sentono liberi di richiedere esami di laboratorio per il COVID-19. La crescita dei contagiati diventa esponenziale e i tre laboratori lombardi designati (Milano, Pavia, Brescia) vanno rapidamente in sovraccarico e poco dopo in over flow con lunghi tempi di risposta.

Il 23 febbraio abbiamo già 59 casi in tre regioni diverse (totale 79) e nei giorni successivi la progressione dei positivi è geometrica. Nella bergamasca, il 1° marzo si riscontrano 531 nuovi positivi, di cui il 10% sanitari, 235 ricoverati e 85 in terapia intensiva.

«L'obiettivo da perseguire è l'isolamento dei casi e il contenimento dei focolai. La Cina ci ha fornito l'esempio, ha messo in atto misure senza precedenti blindando una regione di quasi 60 milioni di abitanti,» sostiene il 22 febbraio il prof. Pierluigi Lopalco. La prima azione è la creazione di un affidabile test di laboratorio (vedi box) per rilevare la presenza del virus e fare scorta di reagenti. La seconda è stoppare il contagio con misure draconiane quanto più vicino possibile alla tipologia di risposta cinese.

La corsa alla ricerca di un affidabile test di laboratorio

Già prima che l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) certificasse la trasmissione da uomo-uomo di questo virus, i ricercatori tedeschi avevano creato il 16 gennaio un test che si era rivelato uno dei primi strumenti affidabili per rilevare il virus. A partire da febbraio 2020 i laboratori tedeschi sono stati coinvolti nel programma di tamponi rapidi fino al punto che è stato sviluppato uno schema di test ad alta intensità. Il 4 marzo erano disponibili in Germania 262 laboratori mentre il nostro Paese ne aveva 31. La Lombardia ne aveva tre i quali, anche lavorando 24 ore al giorno, dalla fine di marzo non sono riusciti a stare dietro alle richieste. Si pensi che la Svizzera, che conta due milioni di abitanti in meno della Lombardia, ne aveva 19. Anche l'ospedale dell'Università di Padova aveva realizzato il 4 febbraio un test rapido in grado di individuare facilmente il Coronavirus. Gli interrogativi che ci poniamo a questo punto sono: I nostri laboratori erano attrezzati per uno screening di massa? Abbiamo fatto scorta di reagenti quando erano ancora disponibili sul mercato? I fatti ci dicono di no.

L'idea del team guidato dal Dott. Crisanti, uno dei pochissimi con le idee chiare sin dall'inizio, era di estendere i controlli alle persone tornate dalla Cina anche se asintomatiche, cioè senza né febbre né altri sintomi, ipotizzando che vi potessero essere dei "portatori sani". Tuttavia, il Direttore generale della ASL Veneto ne ha bloccato l'utilizzo poiché era necessario un avallo da parte del Ministero della Salute in quanto le spese connesse non erano previste nel budget regionale. Ma con lo

sviluppo di un focolaio Vò Euganeo, che avrà poi risonanza internazionale, la politica regionale si sgancia da quella nazionale.

2. I focolai di Vò Euganeo e nel Lodigiano.

A Vò Euganeo, il 21 febbraio, vengono rilevati due casi di COVID-19, oltre ai 16 del Lodigiano. Con il DPCM 23 febbraio 2020, n. 6, che entra in vigore il 24 febbraio, si dispone di adottare ogni misura di contenimento tra cui: a) divieto di allontanamento dal comune o dall'area interessata da parte di tutti gli individui comunque presenti nel comune o nell'area; b) divieto di accesso al comune o all'area interessata. Il Prefetto deve assicurare l'esecuzione delle misure avvalendosi delle Forze di polizia. I sindaci dei comuni interessati firmano le ordinanze per prevenire la diffusione del contagio: chiusura delle scuole, degli esercizi commerciali, esclusi alimentari e farmacie, divieto di spostamento anche per chi lavora al di fuori del comune, interruzione della fermata dei mezzi

pubblici. Gli accessi agli 11 comuni, per un totale di circa 50mila abitanti, vengono blindati e parte la ricerca dei contatti. Sono centinaia le persone che hanno avuto incontri diretti o indiretti con i contagiati. Le misure per provare a frenare l'avanzata del Covid-19 nelle aree poste in isolamento forzato sono severe, anche se non così draconiane come quelle di Wuhan.

Frattanto, nel giro di 48 ore dal primo caso, vengono effettuati tamponi a tappeto su quasi tutta la popolazione di Vò Euganeo, circa 3.300 persone. Per il Prof. Crisanti, il virus circolava nella cittadina almeno dalla fine di gennaio, se non prima. **«Dalla data del primo caso autoctono»** - afferma a SkyTG24- **«avremmo dovuto chiudere interamente i comuni di Veneto e Lombardia, immediatamente»**. **«Ma chi doveva decidere non ha realmente compreso l'entità del problema»**.

⁵ **«Il 27 febbraio sapevamo tutti che il 3% della popolazione a Vò era infettata, sapevamo qual era la capacità di riproduzione**

Risultati del test a tappeto su Vò Euganeo e il ruolo degli asintomatici

Il 27 febbraio la Regione Veneto pubblica sul suo sito i risultati del campionamento: **il 3% della popolazione è stato contagiato e il 40% è asintomatico** ma positivo al test e quindi in grado di contagiare altri. Quando Crisanti darà il via al secondo giro di test a tappeto, il 7 marzo, si riscontra l'avvenuto contenimento dell'epidemia. I risultati sono resi noti al Ministero della salute. **Sono la prova evidente che la combinazione di quarantena e screening di massa costituiscono premessa essenziale per riuscire a spegnere focolai epidemici prima che diventino pandemici.** Il 40% di asintomatici sembrava essere un affare di poco conto, ma era forse l'origine del problema: **«Gli asintomatici sono stati inizialmente ignorati, diciamo fino a tutto marzo, e poi marginalizzati come oggetti da ricercare e recitare»**, ricorda Crisanti. Sappiamo che, in un verbale del CTS dell'ultima settimana di febbraio, «si raccomanda di non effettuare test per cercare contatti asintomatici perché in questo modo si crea confusione e allarmismo».

del virus (R0 da 2 a 4) ma nessuno, obiettivamente, ha saputo leggere questi dati» Poi aggiunge: **«A Vò si è dimostrato che testando tutte quante le persone rapidamente e circoscrivendo il focolaio era possibile abbattere la trasmissione completamente.**

Ricordiamoci che a Vo, dopo 28 febbraio, non c'è stato nessun nuovo caso».⁶ E prosegue: «Un esempio

analogo al caso di Vo' è la nave *Diamond Prince*. Hanno fatto il contrario di quello che abbiamo fatto a Vo'. Via via che le persone manifestavano sintomi, le testavano, se risultavano positive le portavano fuori. Così hanno trasformato la nave in un incubatore dell'epidemia. Quello che bisognava fare era testare tutti il primo giorno, testare ancora tutti tre giorni dopo ed eliminare i positivi dalla nave.»

Abbiamo già detto che il DPCM entrato in vigore il 24 febbraio ha interessato le prefetture di Padova e Lodi.

Sarebbe stato logico aggiungere all'elenco anche la bassa Val Seriana e Orzinuovi, che erano sotto pressione soltanto due giorni dopo il caso di Vò . Per nuove disposizioni, invece, bisogna aspettare il 1 marzo, quando viene diramato un DPCM con ulteriori disposizioni soltanto per gli 11 comuni della "zona rossa:" E' confermato un pesante lockdown con divieto di entrata ed uscita dal territorio comunale per i predetti comuni. Nient'altro. Ulteriori misure, ma molto morbide, si applicano per Emilia Romagna, Lombardia, Veneto, Province di Pesaro, Urbino e Savona. La Bergamo industriale e commerciale, il lavoro nelle fabbriche, il cuore economico, non vengono intaccati. Come aveva preannunciato il Prof. Crisanti, si stava preparando il terreno per l'ecatombe.

⁵ [«Scovare i positivi casa per casa: così abbiamo sconfitto il virus a Vo'». Il virologo Crisanti racconta il modello veneto](#)

⁶ <https://tg24.sky.it/cronaca/2021/02/20/andrea-crisanti-intervista-covid>

3. Nella bassa Val Seriana, intanto, si apparecchia l'ecatombe

I maggiori centri e i relativi abitanti della bassa val Seriana, da sud verso nord, sono: Seriate (circa 24.700 abitanti) adiacente all'aeroporto, Pedrengo (ca. 6.000), Gorle (ca. 5.600) Scanzorosciate (ca. 10.000), Ranica (ca. 5.900), Villa di Serio (ca. 6.600), Alzano Lombardo (ca. 13.300), Nembro (ca. 11.600), Pradalunga (ca. 4.500), Albino (ca. 17.500). In totale circa 100mila abitanti. Non c'è soluzione di continuità tra i comuni di Seriate e Albino, al punto che dal satellite appaiono come un unico agglomerato (vedi fig. 1). Forte è il pendolarismo scolastico (almeno 4.500 studenti). La Val Seriana, incuneata tra le colline, appare come un prolungamento verso Nord-Est della città di Bergamo. Dall'imboccatura della valle fino al comune di Albino, dieci chilometri più in su, abitazioni e capannoni industriali si susseguono senza soluzione di continuità. Questa valle è il cuore produttivo della provincia di Bergamo, un luogo di scambi commerciali, di pendolarismo lavorativo e scolastico con il capoluogo e gli altri centri vicini. La consistenza di questi flussi è dovuta alla numerosità delle aziende presenti, che contano un elevato numero di addetti.

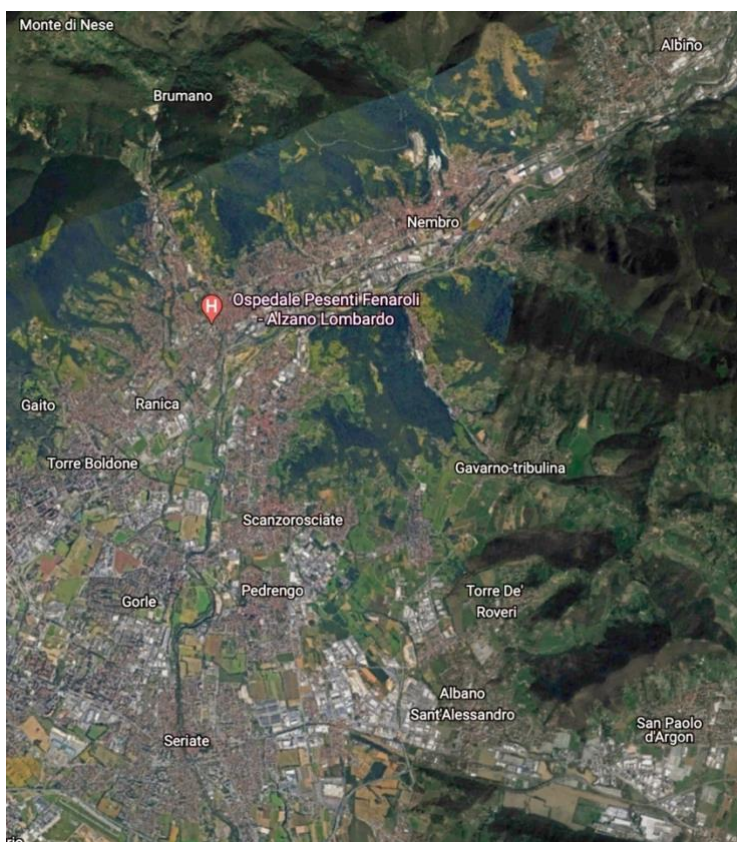


Figura 1: La bassa Val Seriana: Seriate, Pedrengo, Alzano, Nembro e Albino.

Soltanto ad Alzano e Nembro, a metà strada tra Seriate e Albino, si contano poco meno di 400 aziende. Elevato è il numero di anziani e di Residenze socio assistenziali (14 in tutta la bassa valle).

I comuni che si affacciano sul fiume Serio fanno riferimento all'Ospedale Fenaroli di Alzano, mentre l'Ospedale Bognini di Seriate copre l'area a est di Bergamo. Entrambi gli ospedali sono gestiti dall'ASST Bergamo est. Ambedue le strutture sono provviste di pronto soccorso, ma soltanto quella di Seriate dispone di capacità di cure intensive. L'ospedale di riferimento designato dal Ministero per l'emergenza COVID è invece il Papa Giovanni XXIII situato ad Ovest di Bergamo.

Domenica 23 febbraio si riscontrano un caso positivo al pronto soccorso di Alzano Lombardo ed uno a quello di Seriate, seguiti nei tre giorni successivi da molti altri. Entrambi gli ospedali

vengono isolati dopo i casi individuati ed i pazienti trasferiti al Papa Giovanni di Bergamo con l'Unità attrezzata per il bio-contenimento della Croce Verde. Numerosi testimoni raccontano che la struttura di Alzano non è stata sottoposta a nessuna particolare misura di sanificazione, né erano state messe in atto procedure particolari per selezionare i pazienti in arrivo e isolare i casi sospetti.⁷ Viene anche interdetta la casa di riposo di Alzano, con il divieto d'ingresso a tutti i visitatori fino a nuova indicazione.

Oltre alla bassa Val Seriana (BG), anche a Orzinuovi (BS) si manifesta un altro focolaio. La ragionevolezza fino ad allora seguita avrebbe portato ad estendere il DPCM esistente imponendo a

⁷ [Il Disastro della Val Seriana di Davide Maria De Luca](#)

questi comuni le restrizioni già adottate altrove. Tuttavia, nel corso dell'ultima settimana di febbraio, politici e amministratori locali e nazionali cominciano a remare contro sottovalutando la portata dell'emergenza. Sarebbe stato logico adottare il principio di precauzione ma il messaggio rivolto al pubblico era esattamente l'opposto: l'hashtag #bergamononsiferma della Camera di commercio e Confindustria e un video⁸ invitano i cittadini a non avere paura del coronavirus. Sono 35 secondi per dire: «A Bergamo qui non molla nessuno. Viviamo la nostra città senza alcuna paura». «Non si deve avere timore, questo virus è meno mortale di quello dell'influenza stagionale.»

Il premier annuncia di fidarsi delle misure messe in atto dal governo e afferma: «Le nostre decisioni poggiano sempre sulle valutazioni del comitato tecnico-scientifico».

La crisi che stava montando esplose il 2 marzo, con l'arrivo dei risultati di un grosso numero di test realizzati nei giorni precedenti ed inviati anche ad altri laboratori (quello di Pavia era da qualche giorno in over-flow). La provincia di Bergamo balza a 508 casi certificati di contagio, cosa che allarma l'Istituto Superiore di sanità al punto da raccomandare al Comitato Tecnico Scientifico (CTS) la chiusura dei comuni della bassa Val Seriana e quello di Orzinuovi. Il 3 marzo il CTS propone al Premier di estendere la zona rossa ai suddetti comuni. La bozza del provvedimento per il confinamento della bassa Val Seriana, già convalidata dal Ministro della salute, è pronta per la firma del Primo Ministro, il quale inspiegabilmente non approva. La prefettura, che si è mossa in anticipo, fa in modo che tra il 4 e 5 marzo giungano nella provincia- secondo l'**Eco di Bergamo** - 300 tra poliziotti, carabinieri e uomini della Guardia di Finanza pronti a blindare i Comuni della Val Seriana. Non entreranno mai in azione poiché la decisione ha trovato forte opposizione. Il 5 marzo, il sindaco di Alzano si schiera contro la decisione. Anche il primo cittadino di Bergamo dichiara su Facebook «*Il paradosso è che la città rischia di pagare un prezzo molto più elevato del reale (...) questa situazione ci sta danneggiando più del necessario*». Il 6 marzo Confindustria invia ai giornali locali l'elenco delle aziende che rischiano di fallire in caso di approvazione delle misure restrittive.

Il 4 marzo il Corriere-Bergamo comunica che a Seriate due reparti ospedalieri sono occupati dai contagiati e risultano positivi 50 operatori sanitari che sono stati messi in quarantena e sostituiti.

La mancata decisione di chiudere la bassa Val Seriana consentirà al contagio di raggiungere la massa critica e trasformarsi in pandemia. Il 5 marzo il Prof. Crisanti torna alla carica e dichiara alla stampa:⁹ **«le decisioni di contenimento che sono state adottate sono inadeguate e confuse. Bisogna cinturare le regioni libere dal Coronavirus, limitare la libertà di circolazione per tutti. Bisogna agire subito. Se l'epidemia da Coronavirus non sarà contenuta con misure drastiche, si collassa. Serve una politica nazionale coraggiosa, decisa da chi sa come si contiene un'epidemia.»**

Non c'è peggior sordo di chi non vuol sentire. Da allora Crisanti sarà la *Vox Clamantis in Deserto* (la voce d'uno che grida nel deserto ma rimane inascoltato), in altre parole un rompiscatole. A quel tempo erano meno delle dita di una mano, in Italia, il numero di quelli che possedevano una visione così lungimirante.

Nella provincia di Bergamo, in tutta la prima settimana di marzo i contagi salgono in forma esponenziale, portando il sistema sanitario del territorio al collasso, come vedremo più avanti.

I comuni della bassa Val Seriana diventeranno zona rossa soltanto con il DPCM entrato in vigore il 23 marzo, esattamente 1 mese dopo il primo decesso. Solo allora sarebbero state sospese tutte le attività lavorative, eccetto quelle essenziali, e proibito il movimento tra i comuni, limitandolo a 200 metri dalla propria abitazione. Soltanto a partire da questa data il valore di Rt (numero di riproduzione del virus nel tempo) comincerà lentamente a cambiare direzione, lasciando però dietro di sé uno strascico di distruzione e morte. In questo lungo intervallo, pari ad un mese rispetto al

⁸ [I cugini tattici nucleari, Bergamo non si ferma, 27 feb. 2020](#)

⁹ <https://www.sivempveneto.it/misure-drastiche-o-collassiamo-andrea-crisanti-le-decisioni-di-contenimento-che-sono-state-adottate-sono-inadeguate-e-confuse/>

E se la bassa Val Seriana fosse stata dichiarata zona rossa il 3 marzo 2020?

primo decesso per COVID il 23 febbraio, il contagio ha avuto una splendida opportunità di espandersi nella bergamasca, di essere libero di diffondere il virus con un tasso di riproduzione probabilmente pari o forse superiore a 3, almeno fino al 9 marzo.

Proviamo ora riepilogare gli eventi principali della prima ondata, sintetizzati in figura 2. Il 5 gennaio l'OMS emana un preavviso di allarme per una polmonite ad eziologia sconosciuta in Cina. Il 23 gennaio una circolare del Ministero della salute stabilisce il protocollo per la "definizione di caso COVID-19,"¹⁰ il quale non prevede espressamente una connessione con la Cina (traduzione documento OMS di 8 giorni prima). Questo protocollo viene modificato il 27 gennaio, imponendo una connessione con la Repubblica del Dragone. In questo modo, il sistema di sorveglianza perde notevolmente in fatto a sensibilità.

Il 31 gennaio viene dichiarato lo stato di emergenza, mentre il 7 febbraio il CTS si riunisce per la prima volta. Il caso di Codogno, del 21 febbraio, da origine al DPCM 23 febbraio (in vigore il giorno successivo) che stabilisce una zona rossa nel Lodigiano (in figura diramazione blu sopra) e Vò Euganeo (diramazione marrone sotto). Dal 24 al 27 febbraio vengono testati tutti gli abitanti di Vò riscontrando che il 3% della popolazione è positivo al tampone con il 40% di asintomatici. Il successivo 7 marzo questo focolaio è ritenuto sotto pieno controllo.

I primi casi nella bassa val Seriana (linea centrale) vengono riscontrati negli ospedali di Seriate e di Alzano (quest'ultimo viene isolato ma poco dopo riaperto). L'Istituto superiore di sanità (ISS) propone la zona rossa. Il CTS avalla la proposta. La prefettura predispone le forze di polizia. Il decreto è sottoscritto dal Ministro della salute ma non se ne fa nulla a causa di pressioni della comunità industriale. Eppure i sanitari erano stati invitati dal Premier a seguire i consigli della comunità scientifica, «altrimenti finiremo col drammatizzare» l'emergenza.

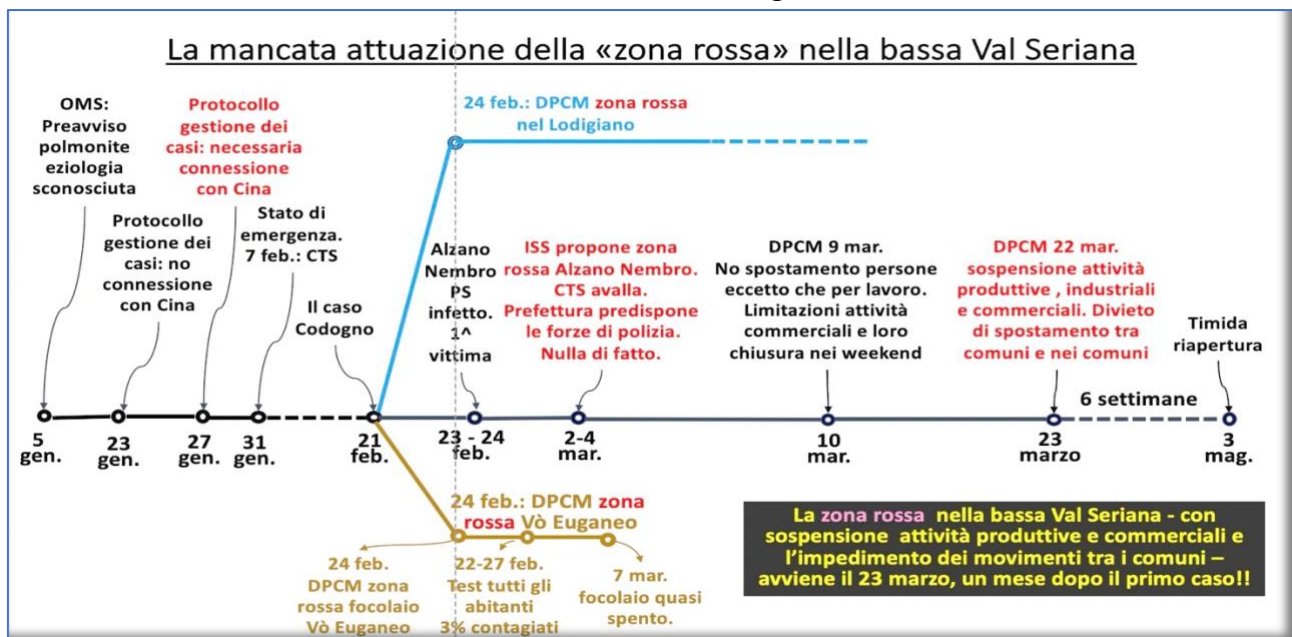


Figura 2: Cronologia dei principali avvenimenti inerenti la mancata attuazione della zona rossa nella Val Seriana

Con il DPCM del 4 marzo il governo annuncia misure valide sull'intero territorio nazionale: la sospensione delle attività didattiche in tutte le scuole di ogni grado e università fino al 15 marzo, la chiusura degli stadi e regole per l'accesso di parenti e visitatori alle strutture sanitarie e alle carceri. Quali effetti sul contenimento dell'epidemia nella bassa Val Seriana? Soltanto bruscolini. Per ottenere qualche risultato bisognava fare molto di più.

¹⁰ [Ministero della salute, Definizione di caso](#)

E se la bassa Val Seriana fosse stata dichiarata zona rossa il 3 marzo 2020?

Con DPCM 9 marzo, diffuso con l'hashtag #IoRestoACasa entrato in vigore il giorno successivo, si impone una prima stretta. Prevede la limitazione agli spostamenti delle persone eccetto che per lavoro, la restrizione delle attività commerciali al dettaglio esclusi gli alimentari, delle attività didattiche, dei servizi di ristorazione.

Il governo ha però scelto di attuare una strategia differente, allargando l'area arancione, caratterizzata da un regime di quarantena più blando, a tutta la regione. Così facendo, il focolaio di Alzano-Seriate è rimasto attivo. Le persone hanno continuato a spostarsi lungo la valle e in città, e gli operai hanno continuato a recarsi al lavoro. Solo a metà marzo, quando il picco dei contagi era evidente, le principali manifatture dell'area hanno accettato spontaneamente di chiudere.»¹¹

Nello stesso giorno si raggiunge il fatidico numero di 1000 decessi da COVID (in realtà, come vedremo, con le vittime indirette i deceduti effettivi saranno più del doppio).

I nuovi casi accertati sono migliaia, il Segretario di un Partito politico risulta positivo al tampone, dopo aver partecipato il 27 febbraio all'aperitivo solidale sui Navigli di Milano. Lo stato di allarme è massimo. La comunicazione al pubblico vira di 180 gradi, la paura e l'angoscia prendono il sopravvento. I media si mettono in riga ma vengono alla luce gravi difficoltà. I pochi laboratori e la carenza di reagenti non riescono a rispondere a un elevatissimo numero di richieste di esami, ritardando di giorni le risposte. Si scopre che mancano i dispositivi di protezione individuale (si dice che le scorte della Regione Lombardia siano state concentrate tutte nel Lodigiano dove è apparso il primo focolaio). Il tracciamento dei contatti diventa un'impresa titanica, sia per il numero di contagiati, sia perché si basa su metodi arcaici, sia in quanto manca personale dedicato. Le mascherine di protezione per gli ospedali e per il pubblico non si trovano o si pagano a peso d'oro.

A Bergamo non c'è più posto nei cimiteri, i feretri si accatastano ovunque anche nelle chiese ormai deserte dei vari comuni. Al cimitero monumentale da 100 esequie al mese si passa a quasi 900, un funerale ogni 30 minuti, dall'alba al crepuscolo. La notte tra il 18 e il 19 marzo un convoglio dell'Esercito attraversa di notte la città di Bergamo: sono le salme dirette verso l'Emilia per essere cremate. Sono ore di angoscia nelle case e negli ospedali ormai allo stremo. Altri convogli seguiranno incessantemente. Il bollettino di guerra del 18 marzo a Bergamo conta 93 morti in un giorno. Non c'è famiglia che non abbia un malato per cui stare in ansia, a casa con la febbre ma senza ossigeno, oppure in ospedale con il respiratore ma senza l'assistenza dei famigliari. I malati hanno fame d'aria. La Siad, l'azienda cittadina che carica bombole d'ossigeno, ha visto aumentare la domanda del mille per cento soltanto negli ultimi giorni. Chiamano tutti: ospedali, cliniche, croci verdi, bianche e blu. Anche molti malati che non hanno trovato posto in ospedale sono tra la vita e la morte.

Soltanto il 22 marzo 2020 il Premier annuncia l'attuazione di misure più stringenti, che sarebbero entrate in vigore il giorno successivo. Il Decreto #CuraItalia, con una manovra da 25 miliardi, prevede la chiusura di tutte quelle attività della filiera produttiva italiana non ritenute assolutamente necessarie. In particolare, a partire dal 23 marzo, è stata adottata, congiuntamente dal ministro della Salute e dal ministro dell'Interno, una nuova ordinanza che vieta a tutte le persone fisiche di trasferirsi o spostarsi con mezzi di trasporto pubblici o privati in un comune diverso da quello in cui si trovano, salvo che per comprovate esigenze lavorative, di assoluta urgenza o per motivi di salute. I treni viaggiatori e merci, i mezzi pubblici si fermano. Le piazze e le strade sono deserte. L'Italia si fermerà per sei settimane, fino al 3 maggio. A questa data il valore di Rt è ampiamente al di sotto di 1. Torna la speranza, ma lo stesso errore inevitabilmente si ripeterà nella seconda e terza ondata.¹²

Torniamo alle dichiarazioni del Prof. Crisanti indicate al primo paragrafo. Cosa intendeva, quando affermava che chi doveva decidere non aveva compreso la reale portata dell'emergenza sanitaria?

¹¹ [Il Disastro della Val Seriana di Davide Maria De Luca](#)

¹² Luca Ricolfi, La notte delle ninfee. Come si malgoverna un'epidemia, La Nave di Teseo, 2020, pp. 111 e segg.

4. La gravità dell'emergenza sanitaria illustrata con un semplice scenario basato sui dati di Vò Euganeo

E' presumibile che il Prof. Crisanti abbia intuito che i dati disponibili in quel momento - e soprattutto l'incidenza del contagio pari al 3% della popolazione di Vò Euganeo e un valore di R_0 tra 3 e 4 - (vedi box a fianco) configuravano una situazione più che drammatica, se riprodotta su altri focolai in quel momento attivi. In altre parole, queste informazioni consentivano il 27 febbraio di formulare proiezioni sulla consistenza e pericolosità di altri focolai, come quello della bassa Val Seriana e di Orzinuovi. Certo, si sarebbe trattato di proiezioni non proprio precise sotto il profilo statistico, ma comunque utili anche soltanto per stimare l'ordine di grandezza di un possibile scenario utilizzando semplici calcoli da scuola media superiore.

Cosa si sapeva il 27 febbraio, dopo i risultati del test a tappeto del Prof. Crisanti su Vò Euganeo?

- che il 3% del comune focolaio era infettato e il 40% dei testati erano asintomatici ma positivi, in grado cioè di diffondere il virus.
- che il numero di riproduzione di base R_0 poteva essere tra 3 e 4, il che significava anche che il virus in Italia era arrivato almeno un mese prima.
- che la popolazione più a rischio comprendeva gli over 65, la cui letalità stimata era pari al 25% dei contagiati (1 decesso ogni 4 positivi).
- che il 2% dei sintomatici avrebbero richiesto trattamenti ospedalieri o para-ospedalieri e che il 15% di questi di cure intensive (dati UE e Lancet).
- che la durata dell'incubazione si poteva stimare mediamente pari a 5 giorni.

Ipotizziamo quindi di proiettare questi dati sui 10 comuni della bassa Val Seriana che assommano, in totale, circa 100mila abitanti. Il principio di precauzione ci obbligherebbe di pensare allo scenario peggiore, quello con un valore di $R_0=4$. (per il significato di R_0 e R_t vedi Allegato A). Un valore alto di R_0 sarebbe avvalorato dall'alta densità abitativa, dall'incubatore del contagio nella partita Atalanta-Valencia di una settimana prima, dalla presenza ad Orio al Serio di un aeroporto di grandi dimensioni, dai legami commerciali con la repubblica del Dragone, dalla consistente presenza di cittadini cinesi rientrati dal Capodanno (circa 68mila presenze in Lombardia).

Ma non vogliamo essere catastrofisti. Supponiamo quindi che R_0 sia circa 3 (ogni contagiato mediamente contagia altre tre persone), che il tempo di incubazione della malattia prima di diventare positivi sia mediamente pari a 5 giorni e la durata della positività abbia la stessa durata (i contagiati guariscono nel momento in cui la successiva generazione diventa positiva). Questo significa che dopo ogni ciclo di 5 giorni i nuovi contagiati trasmettono la malattia ad altre tre persone. In altre parole, ogni 5 giorni il numero di contagiati triplica se non vengono imposte un mix di misure non farmaceutiche. Le misure non farmaceutiche (MNF) costituiscono un insieme di contromisure pandemiche prontamente disponibili e attivabili in pochissimo tempo (es. distanza interpersonale, quarantena, lockdown ecc.). I loro scopi sono: a) ritardare la diffusione di un virus pandemico nella popolazione; b) spostare più avanti l'altezza e il picco dell'epidemia, qualora abbia preso piede; c) ridurre la trasmissione del virus mediante misure di protezione personale o ambientale; d) limitare il numero totale di contagi e quindi il numero totale di casi gravi e i connessi decessi.

In caso di stretto lockdown, come adottato a Vò Euganeo e negli altri comuni del Lodigiano, il numero di riproduzione R_t va sotto 1, si riduce al punto che la situazione può arrivare a congelarsi e la trasmissione ad esaurirsi a mano a mano che i contagiati guariscono.

E se la bassa Val Seriana fosse stata dichiarata zona rossa il 3 marzo 2020?

Proviamo a mettere questi dati su un foglio di Excel che riporta la proiezione dei dati di contagio di Vo Euganeo (3% già contagiati il 27 feb., 40% di asintomatici) sui comuni della bassa Val Seriana. L'obiettivo è stimare soltanto l'ordine di grandezza della possibile evoluzione del focolaio epidemico in una pandemia. Questa proiezione, sebbene non statisticamente precisa, riesce a definire un chiaro trend.

SCENARIO: POSSIBILE EVOLUZIONE DEL CONTAGIO 27 FEBBRAIO-18 MARZO NELLA BASSA VAL SERIANA IN ASSENZA DI MISURE NON FARMACEUTICHE¹³

1		27-feb	03-mar	08-mar	13-mar	18-mar	Tot. 18/03
2	Valore di R0, numero medio di contagi per ciascun positivo	R0=3	R0=3	R0=3	R0=3	R0=3	
3	Totale positivi: proiezione il 27 feb. dei dati di Vò Euganeo sulla bassa Val Seriana e sviluppi nel mese di marzo in base a R0=3	3.000	9.000	27.000	81.000	243.000	363.000
4	di cui asintomatici (circa il 40%)	1.200	3.600	10.800	32.400	97.200	145.200
5	Di cui sintomatici (circa il 60 %)	1.800	5.400	16.200	48.600	145.800	217.800
6	Numero di positivi con sintomi over 65 generati (il 13,6% dei residenti in Lombardia)	245	734	2.203	6.610	19.829	49.368
7	Possibili decessi over 65 dopo 10-30 giorni (almeno il 25 % dei positivi over 65 con sintomi)	61	184	551	1.652	4.957	7.405
8	Possibili nuovi ricoveri in ospedale (Scenario UE-Svizzera: 2% dei sintomatici)	36	108	324	972	2.916	4356
9	Possibili nuovi bisognevoli di cure intensive (Scenario UE-Svizzera: il 15% dei ricoverati)	5	16	49	146	437	653

Fotografia del 27 febbraio (sfondo azzurro)

Proiettando i dati di Vò Euganeo nei 10 comuni (totale circa 100mila abitanti) la fotografia del 27 febbraio presuppone 3.000 contagiati (il 3% di 100mila), di cui 1800 sintomatici e 1.200 asintomatici (righe 3, 4, 5). Il numero medio di contagi per ciascun positivo nella generazione successiva si suppone pari a 3 (R0=3), in assenza di misure non farmaceutiche.

¹³ Le misure non farmaceutiche (MNF) costituiscono un insieme di contromisure pandemiche prontamente disponibili e attivabili in pochissimo tempo (es. distanza interpersonale, quarantena, lockdown ecc.). I loro scopi sono: a) ritardare la diffusione di un virus pandemico nella popolazione; b) spostare più avanti l'altezza e il picco dell'epidemia, qualora abbia preso piede; c) ridurre la trasmissione del virus mediante misure di protezione personale o ambientale; d) ridurre il numero totale di contagi e quindi il numero totale di casi gravi e i connessi decessi.

E se la bassa Val Seriana fosse stata dichiarata zona rossa il 3 marzo 2020?

Gli over 65, secondo i dati statistici del 2019, sono il 13,6% della popolazione lombarda. Per questo possiamo ipotizzare, alla riga 6, la popolazione di positivi con sintomi tra gli over-65 (il 13,6% dei sintomatici). Si tratta di 245 possibili positivi tra gli over-65 alla data del 27 febbraio.

Statistiche ante 2020 ci dicono che questi ultimi, se colpiti da una sindrome respiratoria acuta e grave, vanno incontro a una letalità del 25% (uno su 4 non sopravvive).¹⁴ In riga 7 riportiamo quindi il numero di possibili decessi tra questa popolazione over-65. Si tratta di nuovi 61 decessi che non accadono subito, ma 10 - 30 giorni dopo il contagio, (mediana 15- 20 giorni).

Per i possibili ricoveri in ospedale generati dal focolaio, che hanno luogo qualche giorno dopo il contagio, ci riferiamo ai dati dell'UE (il 2% dei sintomatici). Con 1.800 sintomatici si prevedono quindi 36 ricoveri (riga 8) e, di questi, almeno 5 avranno bisogno di cure intensive.

Con una zona rossa già attuata a partire dal 27 febbraio nella bassa Val Seriana la pressione sugli ospedali era sicuramente ancora gestibile. Come potrebbe cambiare la situazione il 3 marzo, 5 giorni dopo?

Fotografia della proiezione al 3 marzo 2020 (sfondo giallo in tabella)

Questo scenario ci dice che ogni 5 giorni il numero dei nuovi contagiati triplica (riga 3: 9.000 più i 3.000 precedenti). I positivi over 65 sono quasi 1000 (riga 6: 734 più i 245 precedenti). I possibili nuovi decessi tra questa popolazione saranno 184 entro 10-30 giorni. Notiamo che la pressione sugli ospedali del territorio supera il livello di saturazione poiché vede almeno 108 nuovi ricoveri (riga 8) di cui ulteriori 16 avranno bisogno di cure intensive. I due ospedali possiedono queste capacità? Probabilmente no, a meno di una rapida e drastica riconfigurazione che non si può attuare dall'oggi al domani. La presenza di numerosi malati, inoltre, mette in crisi i servizi di emergenza del 118. Le circolari del ministero della salute che dispongono la riconfigurazione degli ospedali sono del 29 febbraio¹⁵ e 1° marzo,¹⁶ ma richiedono diversi giorni o settimane per essere attuati. Si tratta infatti di dimettere pazienti, creare percorsi di sicurezza, rimandare interventi chirurgici ecc. I piani di aumento e di riconfigurazione delle capacità ospedaliere, secondo l'UE, dovevano far parte della preparazione alla pandemia, secondo la legge europea 1082/2013. Di fatto, sono inesistenti.

Fotografia della proiezione all'8 marzo 2020 (DPCM Io resto a casa) (sfondo verde in tabella)

I positivi nel focolaio sono ora 27mila, di cui 16.200 sintomatici. Di questi, 2.203 sono over-65 con una previsione di 551 nuovi decessi. 324 potrebbero essere i nuovi ricoveri in ospedale e 49 i nuovi ingressi in terapia intensiva. Il sistema sanitario territoriale entra in collasso e non è in grado di ricevere ulteriori ammalati. I servizi 118 non riescono a consegnare i pazienti e il numero verde è perennemente occupato. Il focolaio via via si espande ed sborda a macchia d'olio al di fuori della bassa val Seriana, si connette con altri focolai trasformandosi in una pandemia. I decessi non sono immediatamente osservabili, poiché hanno luogo mediamente dopo 10-30 giorni dal contagio. In altre parole, gli effetti della pandemia sui decessi si manifestano con un ritardo rispetto alla causa che li ha generati. Andando avanti con la tabella possiamo anche vedere cosa sarebbe successo procedendo fino al 18 marzo senza restrizioni. Sono numeri che per un solo focolaio avrebbero fatto tremare i polsi, ai quale andavano aggiunti anche gli altri che stavano emergendo.

¹⁴ [Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 \(COVID-19\) Outbreak in China, 24 Feb. 2020](#)

¹⁵ [Trasmissione linee di indirizzo assistenziali pazienti COVID-19](#), del 29 febbraio 2020

¹⁶ [Incremento disponibilità di posti letto e ulteriori indicazioni...](#) del 1 marzo 2020

Il Prof. Luca Ricolfi scriveva il 4 marzo, su Italia oggi: «**Se ci intestardiamo a far ripartire l'economia potrebbe essere la catastrofe. Solo congelando il più possibile il contagio potremmo uscire con una semplice recessione**»^{17 18} Il rischio più grosso è la saturazione degli ospedali, dei servizi 118 e delle terapie intensive. Soltanto con un severo e precoce lockdown entro il 3 marzo sarebbe stato possibile ritardare efficacemente il picco pandemico. **La situazione era chiara e, come dice Crisanti, bastava leggere i dati. Ma il lockdown duro è arrivato soltanto il 23 marzo.**

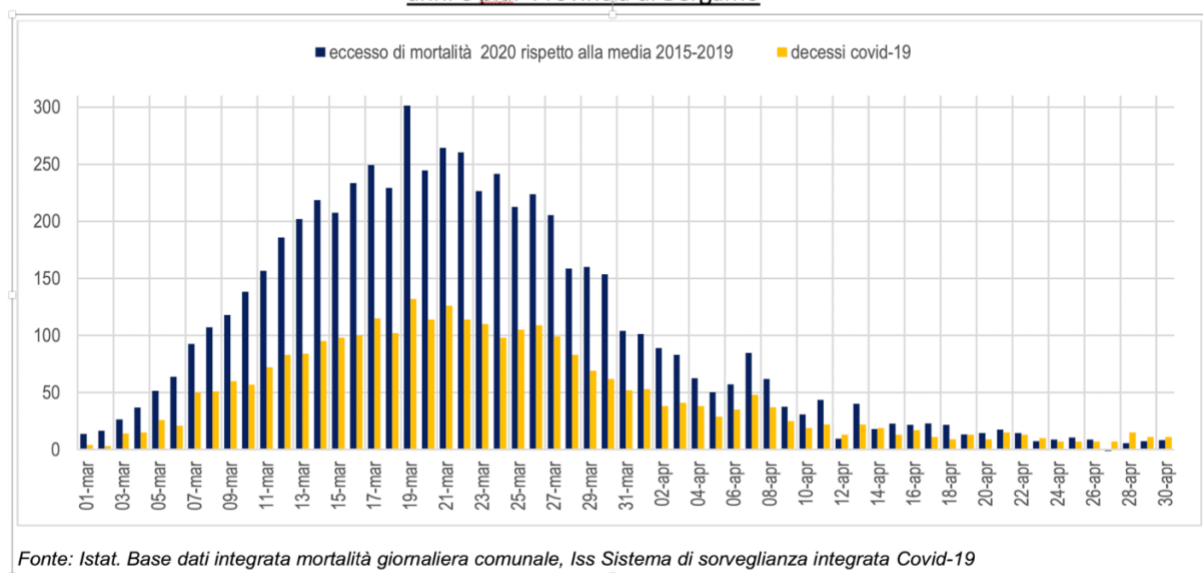
5. La misura del collasso del sistema sanitario

Nel periodo marzo-maggio 2020 l'eccesso di mortalità nella provincia di Bergamo è di 6208 decessi in più rispetto alla media dei cinque anni precedenti. Di questi, la metà (3110) sono registrati come COVID-19 e l'altra metà (3.098) sono inevitabilmente vittime indirette dell'emergenza. Nel mese di marzo l'eccesso di mortalità totale è quasi sei volte superiore (+574%) alla media del periodo nei 5 anni precedenti; nel mese di aprile è più del 150%, per poi entrare nella normalità a maggio.

La misura del collasso a cui è andato incontro il sistema sanitario bergamasco è evidente in un grafico, pubblicato dall'ISTAT il 4 giugno. Si tratta del calcolo dell'eccesso di mortalità per gli over-50 nel periodo marzo-aprile 2020 in provincia di Bergamo, un eccesso di vittime quantificato rispetto alla media dello stesso periodo nei cinque anni precedenti.

Sull'asse orizzontale sono segnati i giorni e su quello verticale il numero di vittime over-50. Per ciascun giorno, la barra nera indica il numero di morti in più rispetto alla norma registrati dagli uffici anagrafe dei comuni (dato non manipolabile) e la barra arancione il numero di decessi certificati COVID forniti dal sistema di sorveglianza del Ministero della salute.

Andamento giornaliero nel periodo marzo-aprile dell'eccesso di mortalità registrato nel 2020 rispetto alla media degli anni 2015-2019 e dei decessi Covid-19. Valori assoluti dei decessi di persone in età 50 anni e più. Provincia di Bergamo



Fonte: Istat. Base dati integrata mortalità giornaliera comunale, Iss Sistema di sorveglianza integrata Covid-19

Fonte: ISTAT. Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente primo quadrimestre 2020, 4 giugno 2020, pag. 20

Già dal primo marzo il numero di decessi in più rispetto alla media degli altri anni è più del doppio rispetto a quello certificato per COVID-19. Il 19 marzo, ad esempio riscontriamo circa 300 decessi di over 50, mentre il numero di quelli certificati COVID sono meno della metà, circa 130. Quale significato possiamo trarre a posteriori da questi dati?

¹⁷ Luca Ricolfi, Italia Oggi, 4 marzo.

¹⁸ Luca Ricolfi, La notte delle ninfee. Come si malgoverna un'epidemia, La Nave di Teseo, 2020, pp. 111 e segg.

Intanto parliamo di un eccesso rispetto alla media degli anni precedenti. Poiché l'unico evento catastrofico del 2020 nella bergamasca è il COVID-19, l'eccesso di mortalità ha un evidente rapporto di causa effetto.

Quasi sicuramente i decessi COVID-19 sono transitati per gli ospedali. E gli altri, ovvero le cosiddette vittime indirette? Le risposte sono molteplici.

In primo luogo la paura e l'angoscia hanno preso il sopravvento e si sono trasformati in panico e questo ha generato un affollamento del pronto soccorso. Lo stato di allarme ha creato ansia nelle persone e in alcuni con gravi effetti collaterali.

In secondo luogo, col collasso del sistema sanitario gli ospedali non sono stati più in grado di ricevere ulteriori malati o il loro trattamento è stato ritardato. Ciò si è riflesso sul servizio di emergenza 118 che non era in grado di consegnare rapidamente i malati al Pronto Soccorso (le file delle ambulanze in attesa) o in altri ospedali più lontani. Con le ambulanze bloccate, il numero di emergenza 118 è probabilmente andato in tilt.

In terzo luogo, molti medici condotti si sono ammalati mettendo in crisi l'assistenza sul territorio. In quarto luogo parecchi pazienti che non hanno trovato posto in ospedale sono rimasti tra la vita e la morte in casa, affamati di ossigeno ma almeno con l'assistenza dei famigliari. Alcuni avevano altre patologie e non hanno trovato un pronto aiuto. Altri dovevano subire interventi chirurgici, che però sono stati posticipati di mesi. A Bergamo non c'era più posto nei cimiteri, i feretri si accatastavano ovunque anche nelle chiese ormai deserte dei vari comuni. Al cimitero monumentale da 100 esequie al mese si è passati a quasi 900.

Nei 10 comuni bergamaschi che abbiamo considerato, l'eccesso di mortalità nel mese di marzo 2020 rispetto alla media dei cinque anni precedenti è il seguente: **Seriate da 16 a 134 decessi, Pedrengo da 2 a 40, Gorle da 3 a 37, Scanzorosciate da 11 a 81, Ranica da 4 a 26, Villa al Serio da 4 a 43, Alzano da 10 a 109, Nembro da 12 a 151, Pradalunga da 5 a 45, Villa al Serio da 5 a 43, Zogno da 8 a 88, Albino da 14 a 146, Bergamo, più a ovest, da 128 a 670.**

Per l'intera Lombardia, nel periodo marzo-maggio 2020, l'eccesso di mortalità è pari a 2.700 decessi per milione di abitanti. Per la provincia di Bergamo è di 5.560 vittime per milione di abitanti. Giusto per richiamare un paragone, 5.600 decessi per milione di abitanti è il tasso di mortalità della pandemia "spagnola" in Svizzera per tutto l'anno 1918, più di 100 anni fa con un sistema sanitario imparagonabile a quello attuale. E' come se Bergamo avesse rivissuto la "spagnola" di 100 anni prima.

6. Conclusioni

La procrastinazione, il rinvio delle decisioni, la tergiversazione sono state le cause principali di questa emergenza che si è rivelata una catastrofe. Il malvezzo del rinviare è una caratteristica della politica e degli apparati burocratici che preferiscono non decidere o, se possibile, passare il cerino acceso a qualcun altro.

Machiavelli, in proposito, scrive: «Così succede nelle questioni che riguardano lo Stato: se si conoscono da lontano (il che non è dato se non a un uomo prudente), i mali che sorgono si guariscono presto. Invece, quando non si sono intravisti e si lasciano crescere finché ognuno li può riconoscere, non vi è più rimedio.»¹⁹

¹⁹ Machiavelli, Il Principe, Cap. 5

«If you fail to plan you are planning to fail», diceva B. Franklin. Se decidi di non prepararti stai preparando la tua rovina.

In questa prospettiva, sono stati commessi una serie di errori e omissioni prima e dopo la dichiarazione dello stato di emergenza.

6.1. Omissioni commesse prima della dichiarazione dello stato di emergenza (ante 31 gennaio 2020)

Prima della dichiarazione dello stato di emergenza non sono state sviluppate le capacità fondamentali richieste dal regolamento sanitario internazionale (RSI) del 2005. Nonostante siano trascorsi 16 anni non è ancora stato pubblicato in Gazzetta ufficiale per sostituire il precedente ratificato nel 1982.²⁰ **Le capacità fondamentali (core capacities) secondo l'OMS costituiscono la principale linea di difesa collettiva contro la minaccia delle epidemie.** Agli articoli 5, 13, Annesso 1 e Annesso 2 è richiesto lo sviluppo di queste capacità assolutamente necessarie per affrontare e gestire una pandemia. Solamente nella recente versione del piano pandemico influenzale 2021-2023²¹ pubblicato nel gennaio 2020 si tratta l'argomento delle core capacities anche se in forma ancora incompleta. Va anche detto che molte delle azioni da portare avanti ora erano già scritte nel vecchio piano pandemico del 2006, sebbene non fosse prontamente eseguibile in quanto mancante di numerosi elementi chiave.

Ad esempio, il nostro Paese era sprovvisto sia di un sistema di sorveglianza tipo il SIGNALE/DEMIS tedesco, sia di procedure standardizzate per comunicare i dati al punto che ciascuna Regione parlava una lingua diversa. Lo stesso Ministero della salute scrive che soltanto «dal 30 di aprile 2020, con l'implementazione di un sistema di monitoraggio basato sul rischio correlato a misure di risposta raccomandate che trae informazioni da tutti i flussi rilevanti disponibili, è stato possibile contribuire ad aggiornare i decisori non solo sull'andamento epidemiologico dell'epidemia ma sull'impatto della stessa sui servizi sanitari.»²² Ci vorranno tre anni per realizzare un simile sistema.

In una relazione del 25 gennaio 2015, il Direttore Generale dell'OMS Margaret Chan²³ dichiarava che «Il mondo non raggiungerà mai la vera sicurezza sanitaria finché tutti i Paesi non avranno messo in atto e completate le capacità fondamentali» (*core capacities*).

Due sono i concetti correlati in questa dichiarazione. In primo luogo, l'obbligo degli Stati di proteggere i propri cittadini dalle epidemie sviluppando le capacità fondamentali definite nell'RSI. La seconda è intesa come la sovranità responsabile di ciascuno Stato nei confronti degli altri Stati, in altre parole, se io mi preparo lo devi fare anche tu. Due legittimazioni, una nazionale e l'altra internazionale.

Le norme indicate all'Art. 4 della Legge europea 1082/2013 sulle malattie trasmissibili a carattere transfrontaliero,²⁴ pubblicata in tutte le lingue europee, partono dal presupposto che queste capacità fossero già state completate entro il 2012. Aggiungono inoltre disposizioni in materia di

²⁰ [LEGGE 9 febbraio 1982, n. 106](#) Il Regolamento sanitario internazionale del 2005 non necessita di ratifica parlamentare in quanto approvato all'unanimità dai Ministri della salute nel corso dell'Assemblea Generale nel maggio 2005. Avrebbe comunque dovuto essere pubblicato in GU.

²¹ Piano pandemico influenzale 2021-2023: [Presentazione](#) [Piano strategico-operativo 2021-2013](#)

²² [Piano strategico-operativo 2021-2013](#) p. 127

²³ [Report by the Director-General to the Special Session of the Executive Board on Ebola Geneva, Switzerland, 25 January 2015](#)

²⁴ [Decisione n. 1082/2013/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 22 ottobre 2013, relativa alle gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero e che abroga la decisione n. 2119/98/CE Testo rilevante ai fini del SEE](#)

strutture di coordinamento per incidenti transettoriali, centri operativi di emergenza, piani di continuità operativa e di aumento delle capacità, tutte attività quasi completamente disattese.

Nelle autovalutazioni sia dell'OMS sia dell'Unione europea abbiamo dichiarato che eravamo in possesso delle capacità fondamentali richieste sebbene ciò non rispondesse alla realtà delle cose. Abbiamo mentito al popolo italiano e anche agli altri Paesi, anche se non siamo i soli.

Il mancato sviluppo di tutte queste capacità ha fatto sì che, alla dichiarazione dello stato di emergenza, la nostra cassetta degli attrezzi (*toolkit*) era pressoché vuota.

6.2 Omissioni commesse dopo la dichiarazione dello stato di emergenza (post 31 gennaio 2020)

Nemmeno il 21 gennaio, quando il Capo della Protezione Civile ha avvertito il Capo del Governo che la minaccia era presente e non era da prendere sotto gamba, ci siamo resi conto che avevamo un solo strumento risolutivo per fermare evitare che un'epidemia si trasformasse in pandemia: un duro lockdown simile a quello adottato a Wuhan.

A fine febbraio, mentre l'ondata epidemica stava montando, **il pubblico è stato preso prigioniero di una campagna di informazione tesa a sdrammatizzare il pericolo** con gli hastag #milanononsiferma #bergamononsiferma. La politica, pur avendo dichiarato che «le nostre decisioni poggiano sempre sulle valutazioni del comitato tecnico-scientifico», si è lasciata prendere in ostaggio e ha deciso di non decidere, ha puntato su una colpevole procrastinazione, ha creduto che i guai si sarebbero risolti da soli.

Come avevano suggerito il Prof. Crisanti, il Prof. Ricolfi ed altri sulla base del test condotto a Vò Euganeo a fine febbraio, era essenziale un immediato lockdown in quasi tutti i comuni lombardi e veneti. Rinviando di tre settimane questa decisione assolutamente necessaria nell'interesse della vita delle persone, si sono create le premesse per la trasformazione del focolaio della bassa Val Seriana e in altre aree in una pandemia che ha coinvolto l'intera Italia settentrionale. In altre parole, la mancata adesione alle motivate proposte dell'Istituto Superiore di Sanità e del Comitato Tecnico Scientifico, miranti a stabilire una zona rossa nella bassa Val Seriana (e non solo) all'inizio di marzo 2020, ha verosimilmente contribuito allo sviluppo della pandemia in Italia e forse anche in altri Paesi. Si può individuare un'origine a tutto questo?

6.3. Il peccato originale

Il peccato originale, se vogliamo chiamarlo tale, ovvero l'origine del problema è stata la mancata designazione del Comitato interministeriale per la pandemia, del Presidente con un mandato preciso. Questo team avrebbe avuto lo scopo di preparare il Paese a quest'emergenza che non è soltanto sanitaria, ma costituisce anche una grave minaccia alla sicurezza nazionale.

La responsabilità di questa designazione è di natura politica, ma è compito dei funzionari del Ministero formulare proposte in base a quanto dispone l'Annesso 1, paragrafo 6 lettera (g) del Regolamento sanitario internazionale (RSI).²⁵

In Svizzera questo comitato è nominato dal Consiglio confederale come organo extraparlamentare, in Germania il compito è affidato dal Governo federale al Robert Koch Institute - una struttura analoga al nostro Istituto Superiore di Sanità - il cui Presidente è anche punto focale nazionale per la preparazione alla pandemia.

Con l'investitura ufficiale di questo Comitato sarebbe stato costituito un gruppo di veri esperti affiatati che nel tempo avrebbero acquisito il bagaglio di conoscenze necessario non soltanto per

²⁵ International Health Regulations (2005) Third Edition, 1 January 2016, p.41

affrontare una pianificazione così complessa come quella pandemica, ma anche per fornire la migliore consulenza nelle decisioni politiche al momento dell'emergenza.

Il Comitato Tecnico Scientifico, costituito il 7 febbraio 2020, era sì composto da illustri luminari, ma era anche sprovvisto sia del necessario know-how pandemico sia di una cultura manageriale di tipo strategico. Queste conoscenze, di tipo multidisciplinare e intersettoriale, sono cumulative e si possono acquisire unicamente giorno per giorno non soltanto attraverso la lettura e l'approfondimento di molti documenti dell'OMS e dell'UE, ma anche mediante lo scambio delle conoscenze in ambito europeo, la lettura e il confronto con i piani degli altri Paesi (La Svizzera ha prodotto 5 versioni in lingua italiana, l'ultima nel 2018), le visite sui luoghi soggetti alle precedenti pandemie, l'approfondimento delle relative lezioni apprese e l'esecuzione di esercitazioni.

In fase preparazione, prima del 5 gennaio 2020²⁶, questo Comitato:

- avrebbe provveduto a potenziare la preparazione del dispositivo sanitario e non sanitario a mente degli Art. 5 e 13, Annesso 1 e 2 del Regolamento sanitario internazionale (RSI);
- avrebbe elaborato un progetto e richiesto i fondi necessari in applicazione agli obblighi indicati nel RSI;
- avrebbe tenuto aggiornata la pianificazione pandemica in un apposito website (piano strategico, piani operativi dei vari ministeri, piani regionali e locali);
- avrebbe provveduto ad accantonare scorte di dispositivi di protezione e di reagenti, come disposto dall'OMS nel 2013 (3 mesi di autonomia);
- avrebbe costituito le strutture ed elaborato le procedure di coordinamento per incidenti transettoriali, dei centri operativi di emergenza, i piani di continuità operativa e di aumento delle capacità.
- Avrebbe testato la validità dei piani con lo strumento delle checklist elaborate dall'OMS²⁷ e attraverso esercitazioni.
- avrebbe sviluppato le procedure ottimali di contenimento sulla base di quelle messe a punto da Cina e Corea del Sud nelle precedenti pandemie;

In fase risposta, dopo il 5 gennaio, questo Comitato:

- avrebbe predisposto misure di controllo sui viaggiatori in arrivo dalla Cina già a partire dal 5 gennaio, come hanno fatto numerosi Paesi;
- avrebbe contenuto la sequela infinita di DPCM che cambiavano di giorno in giorno, a dimostrazione della confusione di idee che ha prevalso nelle fasi iniziali dell'emergenza;
- avrebbe bloccato già dal 31 gennaio le manifestazioni di massa, come la partita Valencia-Atalanta;
- non avrebbe accettato la modifica del protocollo per la gestione dei casi del 27 gennaio o l'avrebbe immediatamente modificata all'arrivo dei primi due casi provenienti dalla Cina alla fine di gennaio;
- avrebbe sicuramente «imposto» al Premier di disporre immediatamente il lockdown della Val Seriana e di altri focolai già alla fine di febbraio, subito dopo il test sugli abitanti di Vò Euganeo. Il 3% di contagiati con un tasso di riproduzione $R_0=3$, se proiettato su altri focolai, era infatti una enormità e la situazione era destinata ad andare fuori controllo, come infatti è accaduto; con un lockdown immediato sarebbe probabilmente stato possibile riaprire

²⁶ Il 5 gennaio 2020 è il giorno del preavviso di allarme dell'OMS.

²⁷ [A checklist for pandemic influenza risk and impact management](#)

E se la bassa Val Seriana fosse stata dichiarata zona rossa il 3 marzo 2020?

dopo tre settimane anziché otto e si potevano mitigare le conseguenze in termini di vittime e di conseguenze economiche

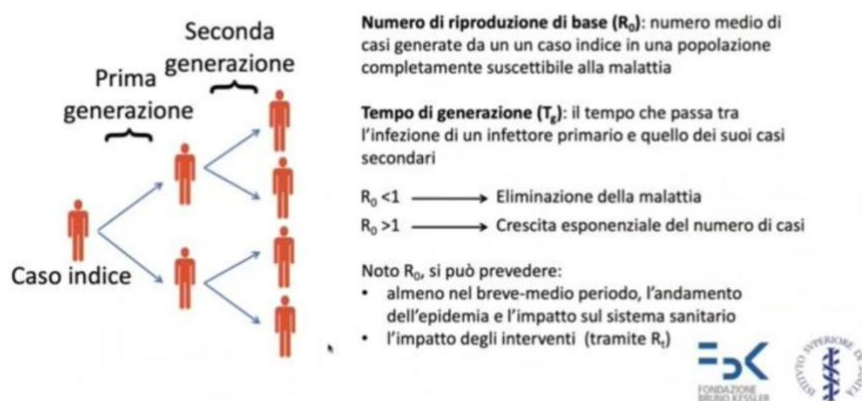
- avrebbe gestito meglio le ondate successive evitando le continue procrastinazioni.

IL SIGNIFICATO DI R0

R0, o numero/tasso di riproduzione di base, si riferisce alla contagiosità e alla trasmissibilità dei patogeni infettivi. R0 varia a seconda di una varietà di fattori ed è fondamentale nella gestione sanitaria per garantire il controllo delle epidemie infettive (o pandemie globali). Rappresenta una stima della rapidità con cui una particolare malattia infettiva può diffondersi in una determinata popolazione. Nello specifico, si riferisce al numero di persone a cui un singolo può in media trasmettere la malattia. Tipicamente, l'R0 varia tra <1 se la l'epidemia rimane sotto controllo. Se R0 è 1, una persona è in grado di contagiare in media un'altra persona. Se R0 >1, allora il morbo tende a diffondersi a una popolazione più ampia in modo esponenziale, creando le condizioni per lo sviluppo di un'epidemia che può trasformarsi in una pandemia.

Come si calcola R0? R0 è normalmente calcolato sulla base di 3 parametri: 1) durata della contagiosità dopo l'infezione, 2) probabilità di infezione tra l'individuo affetto e l'individuo suscettibile e 3) la probabilità con cui l'infezione può essere trasmessa per contatto.

I parametri chiave che regolano la trasmissione



infezione tra l'individuo affetto e l'individuo suscettibile e 3) la probabilità con cui l'infezione può essere trasmessa per contatto.

R0 può essere ulteriormente influenzato da fattori ambientali, dalla qualità del sistema sanitario, dall'ambiente geografico, dalla densità di popolazione e dalla presenza di immunità

(acquisita o tramite vaccinazione). R0 si applica a una popolazione solo quando è tutta vulnerabile. Se R0 è inferiore a 1, il tasso di nuove infezioni sta rallentando in tutta la popolazione fino a dissolversi. Se R0 è uguale a 1, una persona infetta può infettare un'altra persona mantenendo così il tasso di infezione costante e stabilizzato, ma ciò non causerà un'epidemia.

Quando però R0 è maggiore di 1 (es. $R_0=2$, allora 1 persona infetta 2 individui che a loro volta infettano 2 persone ciascuno, in totale 4. Il numero di contagiati aumenta esponenzialmente il che porta a un'epidemia e, se non controllata, a una pandemia.

Una volta che vengono messe in atto misure di controllo come il distanziamento sociale fino al lockdown (oppure quando una parte di una popolazione viene immunizzata) il numero di riproduzione effettivo (R_t), il numero di persone che possono essere colpite da un individuo in un determinato momento, diminuisce. I Valori di R0 per le infezioni più note sono: Morbillo – 12-18; aviaria 10-12; Polio – 10-12; HIV/AIDS – 2-5; Influenza stagionale – 0.9-2.1; Spagnola 1918 - 1.4./2.8; COVID19 – 0.4-5.7

Pertanto, il COVID-19 appare più contagioso dell'influenza stagionale, del virus SARS del 2003 e forse anche del comune raffreddore e ciò sembra sia dovuto a un'affinità molto più elevata del virus con il suo recettore. La migliore strategia per combattere e ridurre il numero di riproduzione R_t del COVID-19 si attua attraverso la sorveglianza attiva (test a tappeto) e mediante l'uso di apposite app per il tracciamento dei contatti.

Fonte: [Osman Shabir, What is R0](#)

E se la bassa Val Seriana fosse stata dichiarata zona rossa il 3 marzo 2020?