

COVID-19. Perché la sociologia può essere utile anche di fronte a un'epidemia: storia di una scoperta

29/04/2020

di Maria Luisa Bianco, Università degli Studi del Piemonte Orientale

Bianco M. L. (2020), *COVID-19. Perché la sociologia può essere utile anche di fronte a un'epidemia: storia di una scoperta*, in «Cambio. Rivista sulle trasformazioni sociali», OpenLab on Covid-19. DOI: 10.13128/cambio-8684

Antefatti

Prima d'ora nei miei studi non mi ero mai occupata di salute; e invece da un mese o poco più sto facendo ricerca scientifica sull'epidemia Covid-19. Tutto è cominciato nel mese di marzo, quando, reclusa in casa, ero frastornata dalla comunicazione mediatica che con toni vieppiù minacciosi diffondeva il panico fra gli spettatori.

Ogni sera, alle 18, il Capo della Protezione Civile, insieme a un illustre Scienziato che ruotava di giorno in giorno, snocciolava un gran numero di dati privi di un senso per chi ascoltava, accompagnati sempre da locuzioni nient'affatto neutre, come “purtroppo”, “grave” e su tutte quella frase “i morti sono purtroppo di nuovo aumentati”. Caspita, mi dicevo, è ovvio che i morti totali aumentino, dimmi se e quanto quelli di oggi sono stati più o meno numerosi di quelli di ieri o ieri l'altro!

Finché l'epidemia è sembrata essere confinata nel lodigiano, il suo carattere localmente circoscritto consentiva di usare qualche semplice concetto per trovare una logica a ciò che i media ci raccontavano stesse accadendo. Ma quando il contagio ha incominciato a espandersi nelle aree lombarde confinanti, l'Emilia Romagna, il Veneto, le Marche, l'Alessandrino e poi via via il resto del Piemonte, sono stata fulminata sulla Via di Damasco da due riflessioni. La prima, sul fatto che il contagio si presentasse con un'evidente modalità sociologica, nelle aree più industrializzate, ricche e globalmente interconnesse del paese, il Triangolo industriale e la Terza Italia di Bagnasco, fin giù a raggiungere le Marche. In secondo luogo, quei numeri forniti dalle istituzioni sanitarie apparivano assolutamente muti e anche discordanti dall'esperienza empirica perfino di chi come me vive nel secondo centro dell'epidemia.

Dai media e dagli amici medici mi arrivavano resoconti dell'orrore negli ospedali, con posti letto in terapia intensiva esauriti, frasi in sospenso su malati lasciati morire senza le cure necessarie. Ma noi, cittadini non medici o infermieri di professione, vivevamo in un mondo straniato, la città deserta, pulita e silenziosa, con i nostri amici, colleghi, amici di amici, lontani parenti, a scambiarsi whatsapp, documenti, mail circolari. Mai nessuna notizia di stragi e carneficine: un lutto, certo doloroso, ma di persona, oltre che non giovane, infettatasi durante un ricovero per male incurabile; un collega che ha rischiato la vita, ma anche lui, molto anziano, contagiato durante una degenza in ospedale, e così anche per un'anzianissima madre di un amico, poi diversi amici medici o parenti di medici, nel caso dei miei conoscenti per fortuna tutti con sintomi lievi. In due mesi nel mio quartiere torinese non è mai passata un'ambulanza. Incuriosita, come un detective, ho incominciato a chiedere in giro: ebbene, fra i contatti della mia vasta rete sociale, chi completamente nel panico, chi più tranquillo, non c'era nessuno che però mi raccontasse di avere un'esperienza di vicinanza diretta o indiretta con forme gravi della malattia, la quale ai miei occhi sembrava ormai diventare un evento solo mediatico.

Per queste ragioni ho incominciato a cercare dati e mettervi ordine per capire chi fossero e dove vivessero queste migliaia di malati gravi. La Protezione Civile, infatti, registra e conta i corpi dei malati o dei deceduti, ma per capire io avevo bisogno di sapere dietro quei corpi chi fossero i soggetti sociali, di che età, di che sesso/genere, con quale titolo di studio, con quali stili di vita e di consumo, in quale quartiere risiedessero. Insomma, ho sentito l'urgenza di una ricerca con interrogativi e concetti sociologici, che non si limitasse a trattare il contagio come una questione di agenti patogeni, virulenza, centimetri di distanza raggiunti dalle gocce di saliva, giorni di incubazione, bensì come fatto sociale. I risultati cui sono pervenuta, oltre ad avermi consentito di capire meglio che cosa stiamo collettivamente vivendo, sono convinta che potrebbero aiutare a prendere decisioni che non siano troppo influenzate dalla paura dei politici di perdere il controllo della situazione e dal rischio di delirio di onnipotenza della scienza. Chiedendo che, parsonsianamente, i fini da perseguire, anziché demandati agli esperti, siano fissati con coraggio e pubblicamente discussi dalla politica, perché questa è la sua "funzione" primaria. Insomma, la mia "cassetta degli attrezzi" di mertoniana memoria si è dimostrata ancora una volta utilissima. Di seguito riporto i risultati più significativi raggiunti: so per certo che alcuni li potranno ritenere scandalosi.

Riflessioni preliminari

I decisori pubblici non si trovano davvero di fronte alla scelta fra salvare l'economia oppure le vite umane, potendosi appellare a un rassicurante "la vita umana non ha prezzo", ma al dilemma su quante vite difendere dal contagio "a qualunque costo", oppure quante preservarne da povertà, malattia e morte prevedibilmente causate dalle diverse alternative politiche di contrasto all'epidemia. È ovvio che le risposte a domande di questo tipo non possono essere demandate agli scienziati, perché il virologo fa i suoi studi in laboratorio con l'obiettivo di arrivare per primo a un vaccino producibile industrialmente in miliardi di esemplari, l'infettivologo cerca il modo di portare la curva dei contagi a zero e non sarà soddisfatto fino a che lì essa non rimarrà inchiodata indefinitamente. Sono i politici che, facendo i conti con questa specifica situazione, da imparare a conoscere e capire, hanno il compito e il dovere di definire quale sia il benessere della popolazione e con quali strade ottenerlo. Non si tratta di scelte solo tecniche, ma in primis di valore. Per fortuna la nostra Costituzione, molto preveggenza, fin dall'Art. 1 ci dice dove deve essere indirizzata la barra del timone: perché ci sia libertà repubblicana, il benessere va

perseguito, fintanto sia possibile, non tramite l'elargizione di sussidi, elemosine umilianti per i cittadini, ma garantendo a tutti di lavorare con una retribuzione almeno sufficiente a una vita dignitosa.

Poiché prima del 2021 inoltrato un eventuale vaccino non sarà disponibile per la somministrazione, è evidente che le politiche di lockdown, per quanto ora in via di lenta attenuazione, non possono attendere i tempi delle eventuali campagne di immunizzazione su vasta scala. Le persone, le imprese, le scuole, il Parlamento, ossia, in breve, la Società tutta, non sono in grado di reggere oltre l'attuale condizione di sospensione. Come contemperare un'epidemia spaventosa con l'imperativo etico di consentire alle vite di riprendere il loro corso e di evitare che milioni di cittadini cadano in povertà? Per provare a rispondere a questo interrogativo sono ricorso alle evidenze empiriche disponibili nelle fonti istituzionali, delineando le caratteristiche sociali dell'epidemia stessa o quello che in un mio recente contributo ho definito il "funzionamento sociale e territoriale del contagio" (Bianco, 2020).

Peraltro, le epidemie di per sé non sono fenomeni pienamente naturali, lo *spillover* dai pipistrelli agli esseri umani e la rapida trasformazione di un'epidemia locale in pandemia globale hanno uno stretto radicamento nel nostro modello di sviluppo globalizzato, nell'urbanizzazione, nel degrado ambientale che ha stravolto gli equilibri fra gli esseri viventi, nelle deforestazioni in favore delle monoculture intensive che scacciano gli animali selvatici dai loro habitat protettivi, esponendoli, insieme ai loro virus, al contatto con gli umani.

Alla ricerca delle caratteristiche sociologiche dell'epidemia Covid-19

Né in Italia, né negli altri paesi, è noto il numero effettivo dei contagi totali, fra i quali siano ricompresi sia i diagnosticati positivi al test, sia coloro che hanno manifestato sintomi lievi (i paucosintomatici) e anche i molti asintomatici che non si sono neppure accorti dell'avvenuto contagio. Anche sui decessi si hanno dati solo parziali, poiché in molti casi, non quantificabili per ora, mancano le diagnosi tramite il test. Dapprima da noi in Italia, poi man mano in altri paesi, gli Istituti di Statistica hanno messo a disposizione degli studiosi i dati dei decessi avvenuti nei mesi primaverili degli ultimi cinque anni, necessari a stimare tramite confronto le morti eccedenti la media registrate nel 2020, attribuibili presumibilmente a Covid-19. Sta facendosi comunque strada la certezza che dai numeri ufficiali della letalità del virus sfuggano molti decessi avvenuti in assenza di somministrazione di test, nelle abitazioni private, nelle residenze per anziani e finanche negli ospedali, disordine dovuto all'impreparazione organizzativa e all'inadeguatezza delle risorse di fronte all'epidemia, conseguenze, secondo molti, dei tagli ventennali di risorse alla sanità pubblica e del loro spostamento massiccio in favore del sistema privato.

Pur trattandosi di un unico virus, i dati evidenziano che nelle modalità del contagio vi sono grandi differenze fra le diverse aree del mondo e anche all'interno dei singoli paesi, nei tempi e velocità della propagazione, nel tasso di letalità, nei gruppi sociali colpiti. È la faccia sociologica di un fenomeno virale pandemico, la cui conoscenza, accanto ai contributi fondamentali delle altre scienze, può essere molto utile a difendere efficacemente le società umane.

In Italia, come è noto, i primi focolai si sono verificati in Lombardia, via via estendendosi poi a tutta la pianura padana. Sebbene da principio si temesse che l'epidemia avrebbe rapidamente raggiunto con analoga violenza il resto del paese, anche favorita dall'esodo massiccio da Milano verso le regioni meridionali e le isole, avvenuto la sera antecedente il primo lockdown, essa al Sud è rimasta veramente contenuta.

Alcuni demografi del Nuffield College di Oxford (Dowd, 2020), ai primi di marzo, quindi agli esordi dell'epidemia nel nostro paese, hanno formulato l'ipotesi che la concentrazione in Lombardia fosse dovuta all'interazione fra la struttura per età della popolazione e la consuetudine, particolarmente diffusa proprio nel Nord Italia, di risiedere in prossimità dei genitori e di spostarsi giornalmente per raggiungere il luogo di lavoro (ISTAT, 2018). Una spiegazione suggestiva, che tuttavia non regge al confronto con altri contesti simili per struttura anagrafica della popolazione e vicinanza fra le generazioni. Penso alle grandi conurbazioni giapponesi, ben lontane dalla situazione epidemiologica lombarda, nonostante l'altissima longevità, la più alta del mondo, e la pratica frequente della coabitazione stabile di tre generazioni in spazi abitativi ristrettissimi.

Non sfugge ai più che in Italia la massima concentrazione del contagio e della sua letalità appare localizzata nelle regioni più ricche del paese, dove la presenza di imprese industriali è capillare e sono molto fitti gli scambi di persone e manufatti con gli altri paesi e anche nello specifico con la Cina e Wuhan, e in aggiunta, proprio per questo, vi è grande inquinamento. Emile Durkheim direbbe che lì la modernità industriale ha prodotto, insieme alla "densità materiale", anche elevata "densità morale". Alcuni anni addietro si è parlato del Nord come città-regione globale e di un ruolo "super-gravitazionale" di Milano (Perulli, 2012; Perulli, Pichierri, 2010). Guardata con questi occhiali la carta geografica italiana dell'epidemia appare una ribellione della natura contro l'impronta violenta dell'uomo.

Tuttavia anche in questo caso non è difficile trovare altre aree, per esempio l'Europa centrale, che sono simili alla Lombardia o all'Emilia Romagna dal punto di vista socio-economico, ma, probabilmente, diverse da quello epidemico. Potrebbero influire la struttura delle famiglie, "lunghe" in Italia (Scabini, Donati 1988), con i figli conviventi fino a età molto avanzata, ma non nei paesi centro e nord-europei, dove le generazioni vivono invece separate; e anche livello e tipo di sostanze presenti nell'aria, che fanno della pianura padana una delle aree più inquinate d'Europa (Conticini, 2020; RIAS, 2020). Un servizio di *Report* (Rai Tre, 13 aprile) ha documentato che, nelle aree lombarde ed emiliane epicentro dell'epidemia, gli allevamenti a carattere industriale e i loro liquami usati come fertilizzanti in agricoltura sono fonte di un tipo specifico di inquinamento, che ha picchi stagionali proprio nel periodo dell'esplosione del contagio.

Ricordo, inoltre, che nei mesi di gennaio e in parte di febbraio, in Emilia Romagna e Lombardia ci sono state numerose manifestazioni di piazza molto affollate, proseguite ben oltre la campagna elettorale per l'elezione del Presidente della Regione Emilia Romagna, quando ha fatto esordio il movimento delle "Sardine", il cui nome allude, oggi minacciosamente, proprio dall'invito a stare stretti stretti assieme. Poi il 20 febbraio, un'improvvida partita di calcio a San Siro fra Atalanta e Valencia ha attirato a Milano quaranta mila tifosi bergamaschi. Tutte occasioni di propagazione del virus già in circolazione, sebbene con la disattenzione di tutti. Ma questi eventi non hanno contagiato, quantomeno con sintomi percepiti, coloro che vi sono stati coinvolti, prevalentemente giovani e giovani adulti.

Probabilmente, insieme ad altri fattori, cruciale è stata la circostanza, forse casuale, che l'infezione in prima battuta sia stata diagnosticata in piccole strutture ospedaliere di provincia, poco attrezzate e del tutto impreparate sui protocolli da impiegare in caso di epidemia: i primi ricoverati, non isolati immediatamente in reparti protetti a loro dedicati, hanno infettato i medici e gli infermieri, gli altri pazienti, i parenti cui era consentito recarsi in ospedale senza alcuna precauzione, e via via i loro i famigliari a casa, gli amici. Il contagio ha così preso velocità, probabilmente favorito dalla vita di comunità tipica degli anziani nei piccoli centri, soprattutto gli uomini, abituati a fare capannello nelle piazze, ritrovarsi al bar a discutere di calcio, giocare a carte in locali affollati e poco aerati. E ora si è anche scoperto con orrore che il virus ha fatto stragi nelle residenze sanitario-assistenziali, sulle quali

sono in corso numerose indagini della Magistratura. Anche medici e infermieri, per la carenza di materiale di protezione e l'affollamento dei reparti Covid-19, sono stati contagiati in grande numero con letalità molto elevata.

In Italia, più che altrove, oltre che fra le regioni, l'epidemia varia molto fra le classi di età della popolazione, sia nelle probabilità di contagio, sia soprattutto nel *fatality rate*. Sono pochi i bambini e gli adolescenti che si contagiano in modo acclarato (solo il 1,8% del totale dei diagnosticati) e praticamente nessuno corre rischi di esito infausto (*fatality rate* 0). Anche la classe di età successiva, da 20 a 40 anni, gode di ottime protezioni dal contagio in forma grave (solo 1,1% dei decessi, con letalità 0,2), nonostante per lo stile di vita e la condizione lavorativa dovrebbero essere i più esposti. Secondo dati Iss, dei 19.996 deceduti totali con diagnosi Covid-19 al 16 aprile, solo 42 hanno età inferiore a 40 anni, dei quali si sa che ben 28 erano affetti da gravi patologie. Fra i restanti 14 si sa che un buon numero erano infermieri o medici. Con ciò non intendo banalizzare la tragedia delle morti, bensì evidenziare che i giovani e gli adulti, se in salute (e presumibilmente con stili di vita non nocivi, come abuso di alcol, cibo, fumo, droghe), hanno corso rischi molto limitati di ammalarsi in modo severo.

A risultare positivi al test sono dunque in larghissima maggioranza soggetti anziani, con un'età media di 62 anni, mentre a morire sono persone con un'età media molto avanzata, di 79 anni, con la mediana a 80, tutti portatori di almeno una patologia (96,7%), e in grande maggioranza di tre o più (più dell'80%). Fra i malati e i deceduti, inoltre, sono molto numerosi i ricoverati presso residenze per anziani non autosufficienti, le RSA. Non esistono dati precisi, ma la stessa Protezione Civile, finalmente allertata dalle denunce dei parenti e dalle inchieste giornalistiche, e anche una ricerca campionaria dell'Iss, stimano che almeno il 60% dei contagi e una percentuale molto più alta dei decessi siano avvenuti appunto in tali residenze. A questi si devono aggiungere i numerosi contagi fra i degenti in ospedale per altra patologia. Non è irrealistico, pertanto, ritenere che la gran parte di chi è andato incontro alla morte fosse persona molto anziana, malata e da tempo ricoverata in qualche struttura. Anche in questo caso l'età avanzata e la forte incidenza delle patologie concomitanti nulla tolgono alla gravità della morte, ma ci dicono anche che gli anziani, se sani e se non sono ricoverati in una comunità residenziale, anche qualora si contagino, corrono veramente pochi rischi di non guarire.

In Italia, come altrove, sembra ampia anche la differenza fra i sessi. Secondo i dati Iss del 16 aprile, le donne decedute sarebbero poco più della metà degli uomini, pur costituendo la maggioranza nella popolazione perché più longeve, e presentano uno strabiliante vantaggio rispetto agli uomini nel tasso di letalità (*fatality rate*, numero dei deceduti sul numero dei diagnosticati), il quale in tutte le classi di età è di 1 a 2 in loro favore. Una ricerca dell'Istituto Cattaneo, pubblicata l'11 aprile, stima che le donne decedute per Covid-19, in base ai dati ISTAT sui decessi giornalieri nelle quattro settimane di marzo degli ultimi cinque anni, siano molte di più di quanto risulti alla Protezione Civile, a causa della prevalenza delle donne fra gli ospiti delle RSA prive di test.

In ogni caso, è certa la maggior capacità femminile di guarigione, per la quale alcuni studiosi stanno ipotizzando possibili effetti del regime ormonale (Aloisi, 2020). Ma è realistico domandarsi se non abbiano un ruolo importante anche variabili sociologiche connesse con il genere, molto differenziate fra uomini e donne nella generazione degli ottanta-novantenni in questione. Penso in primo luogo all'esposizione a lavori usuranti, sostanze nocive, intemperie e fatica fisica, alla pratica del fumo, che negli anni 40 e 50, quando gli anziani di oggi erano ragazzi, era molto più diffusa fra i maschi, e anche all'abuso di alcol e droghe. Potrebbe, infine, essere influente anche una maggiore attitudine femminile a prestare attenzione ai messaggi del proprio corpo, a richiedere e seguire poi scrupolosamente le indicazioni del medico e ad aggiornare meticolosamente il piano vaccinale.

Veniamo ora ai luoghi di lavoro. I dati ufficiali, compresi quelli Inps, non mostrano numeri significativi di contagi accertati nelle imprese – anche in quelle rimaste in funzione durante il lockdown totale e dove molte persone sono costrette in spazi ristretti, si pensi agli uffici postali, le banche, i call center, le aziende di logistica, il commercio. Né le organizzazioni sindacali rendono noti casi allarmanti di loro conoscenza. Questa constatazione è coerente con la concentrazione delle forme gravi fra persone molto anziane, ben oltre l'età pensionabile. Una recente ricerca dell'Iss mostra in effetti che, in un ampio campione rappresentativo dei soggetti positivi al test, solo il 4% si è contagiato nell'ambiente di lavoro, se si escludono tutte le varie strutture di cura, nonostante circa il 40% delle imprese sia rimasto sempre in funzione. Il grande impegno delle organizzazioni sindacali sulla questione della sicurezza dei lavoratori ha di certo avuto effetti di prevenzione e protezione importanti. Diversamente, fra il personale sanitario delle strutture residenziali - RSA per anziani non autosufficienti e ospedali - e medici di base, il numero dei contagi è elevatissimo, con tasso di letalità a sua volta molto grave. La ricerca Iss più sopra citata calcola che essi rappresentino il 11% dei contagi totali.

La mappa sociologica del contagio

Pur nella loro parzialità e scarsa comparabilità, i dati consentono di delineare le caratteristiche sociali specifiche del funzionamento del contagio in Italia. Ne farò qui un breve schema riassuntivo, con la assoluta convinzione che tali informazioni siano cruciali per i *policy makers*, in questo specifico momento decisionale, non meno dei parametri clinici ed epidemiologici. In assenza di dati affidabili sui contagi totali, che includano anche gli asintomatici e i paucosintomatici non sottoposti a test, userò esclusivamente i dati relativi ai soggetti con diagnosi certa.

1) Dove avvengono i contagi, ossia quali sistemi sociali funzionano da meccanismi propagatori del virus

(a) Luoghi di lavoro (8 mila contagi)

Circa 8 mila contagi (il 4% del totale) sono avvenuti nei posti di lavoro rimasti in funzione durante il lockdown (circa il 40% delle imprese): uffici postali, banche, call center, aziende di logistica e packaging, farmacie, distribuzione all'ingrosso e al dettaglio di beni di prima necessità, eccetera. Dalla definizione di luogo di lavoro sono escluse le strutture sanitarie e assistenziali;

(b) Abitazioni private (50 mila contagi)

Poco meno di 50 mila persone (25% del totale) si sono contagiate fra le mura di casa. Di questi un numero non quantificabile sono familiari conviventi di personale sanitario.

(c) RSA, ospedali, medicina territoriale (142 mila contagi)

Nell'intero paese, almeno 120 mila soggetti si sono infettati nelle RSA e nei reparti ospedalieri dove erano ricoverati (60% dei positivi totali)

A questi si devono aggiungere 22 mila contagi fra medici e infermieri (11% dei totali positivi al test).

Complessivamente *almeno 142 mila persone* (su un totale di 199.414 positivi al 27 aprile) hanno contratto la malattia direttamente in una struttura sanitaria, vuoi perché ricoverate, vuoi perché vi lavorano come medici o infermieri. A questi andrebbero aggiunti i parenti conviventi dei sanitari, contagiati nelle abitazioni private. Sono numeri veramente enormi. La Magistratura ha iniziato le sue indagini, ma qui mi interessa evidenziare che, a partire da questo quadro, qualunque politica di contenimento del contagio deve tenere conto dell'esistenza di questo specifico meccanismo propagatore.

2) Esposizione al contagio dei gruppi sociali

Sono *in maggioranza gli anziani a essere diagnosticati positivi* (età media 62 anni). E quasi esclusivamente *i grandi anziani ad avere esito letale* (età media dei deceduti 79 anni, età mediana 80), tutti affetti da altre gravi patologie. Qui è evidente che c'è un'interazione stretta con la questione delle RSA.

Bambini, giovani e adulti con meno di 60 anni non corrono rischi seri di contrarre la malattia in forma men che lieve, se non affetti da gravi patologie o non esposti per professione a condizioni di particolare concentrazione di virus, come nelle RSA e negli ospedali, nella medicina territoriale, o nella polizia penitenziaria.

Le donne hanno un fatality rate molto favorevole, meno della metà di quello maschile.

3) Epidemia nelle diverse aree del Paese

Il Paese è spaccato in due aree epidemiche distinte.

Da una parte, le regioni *dell'Italia settentrionale e le Marche* dove il numero dei contagi è significativamente elevato: 162.979 positivi al test (dati Iss del 29 aprile), pari all'81% del totale italiano.

Dall'altra parte, *le regioni centro-meridionali e insulari*, che registrano nel loro complesso soltanto 38.576 positivi, pari al 19% del complesso italiano.

Analogamente, anche i contagi effettivi, includenti positivi al test e contagiati non rilevati, sono molto più elevati al Nord: in base alla stima di una ricerca del San Raffaele e il John Hopkins Center for Humanitarian Health, pubblicata su Acta Biomedica, in Lombardia costituirebbero il 13,3% della popolazione, contro il ridotto 0,35% in Sicilia e Basilicata e pochi decimali in più nel resto del Sud.

Sulla base dei luoghi/meccanismi di propagazione del contagio, della varianza dei rischi nei gruppi sociali e della diversa diffusione del contagio nelle regioni, possiamo affermare che nel nostro Paese *non esiste un'unica epidemia* da fronteggiare, ma fenomeni epidemici diversi che hanno meccanismi di funzionamento diversi: (1) il primo, veramente imponente, circoscritto al *sistema sanitario*, riguardante in maggior misura, ma non soltanto, il Nord, che coinvolge persone molto anziane e in cattiva condizione di salute, con una prevalenza di donne in ragione della loro maggiore longevità; (2) un secondo fenomeno, legato ai *luoghi di lavoro*, che riguarda persone in età lavorativa, in numeri piccoli, se rapportati al 40% delle imprese comunque rimaste in funzione anche durante il lockdown. Non si hanno dati né istituzionali, né di fonte sindacale circa decessi. Dati INPS dicono che, come è ovvio, nelle regioni del Nord - contemporaneamente le più infette e quelle a più alta densità di attività produttive rimaste in funzione - i contagi sul luogo di lavoro sono stati più elevati; (3) il terzo luogo di contagio è costituito dalle *abitazioni private*, dove il virus è portato dall'esterno dai famigliari che hanno contatti con luoghi infetti. In tali contesti, spesso di ridotte dimensioni, affollati per l'intera giornata in modo promiscuo e privi di protezioni, il tasso di propagazione del virus (R con 0) è probabilmente molto elevato, per quanto a oggi non esistano stime accurate. Sicuramente medici e infermieri hanno costituito una significativa fonte di contagio per i loro famigliari.

Se ne deduce che le politiche di apertura devono essere disegnate con obiettivi mirati a contenere o ridurre le probabilità di contagio in ciascuno dei tre diversi contesti, con i mezzi adeguati alle particolarità dei singoli meccanismi di propagazione, avendo ben presente che in ciascuno di essi l'epidemia ha dimensioni molto diverse, dai 142 mila infetti nel sistema sanitario alle poche migliaia nel sistema delle imprese. Negli ospedali e nelle RSA essa richiede con urgenza interventi di bonifica, assunzione di personale qualificato, apertura di nuovi reparti dotati delle attrezzature adeguate. Ma i

suoi numeri imponenti non costituiscono un rischio di contagio per tutti noi che siamo “fuori”, e pertanto non devono determinare le politiche necessarie alla salute e al benessere collettivo. I bambini, i giovani, gli adulti, gli anziani in salute, gli italiani che vivono al Centro-sud, non sono investiti da rischi apprezzabili di ammalarsi gravemente. Né i luoghi di lavoro, se adeguatamente protetti, risultano essere pericolosi.

L'analisi sociologica ha consentito dunque di circoscrivere le caratteristiche socio-economiche delle regioni del paese colpite, i meccanismi di propagazione nei diversi sistemi sociali, la varianza del rischio fra i gruppi sociali. Questo ci dicono in modo incontrovertibile i dati ufficiali. Ma molte cose non quadrano, perché se la scelta del lockdown totale poteva essere stata razionalmente dettata in quel momento dalla mancanza di informazioni, la Fase 2, illustrata il 25 aprile dal Presidente Conte - per quanto si sia poi fatto riferimento a una relazione riservata dell'Iss, contenente scenari e proiezioni preoccupanti - sembra invece basata su dati radicalmente incoerenti rispetto a quelli resi pubblici dalle Istituzioni. Potrebbe perfino sorgere il dubbio che i dati diffusi siano sbagliati o manipolati, molto diversi da quelli usati per la predisposizione dei documenti riservati. Oppure che le decisioni vengano prese a dispetto del quadro analitico che i dati consentirebbero. Questa mancanza di trasparenza e le minacce di pericoli opachi a parer mio stanno diventando veramente inquietanti.

In conclusione, voglio allora sollevare quegli interrogativi che proprio il taglio sociologico da me adottato suggerisce. Chi decide delle nostre libertà personali al fine di proteggerci è a conoscenza del quadro disegnato dall'analisi dei dati istituzionali, così discordante dal racconto ufficiale dell'epidemia? Se è vero che la stragrande maggioranza dei contagi e dei decessi avviene nel recinto delle strutture ospedaliere e assistenziali e non nel mondo esterno, sussistono davvero i gravi motivi di sanità pubblica cui si riferisce l'Art. 32 della nostra Carta Costituzionale in caso di limitazioni generalizzate alle libertà personali? Le conseguenze drammatiche sulle condizioni economiche e di salute della popolazione sono proporzionate ai motivi di sanità pubblica esistenti?

Il confine fra garanzia del diritto alla salute e paternalismo benevolente autoritario è molto stretto, soprattutto quando, come oggi, la ragione critica sembra essersi spenta. La circostanza che le classi di età più esposte ai rischi letali del virus siano in stretta relazione con l'età anagrafica di chi detiene davvero le leve del potere in un paese gerontocratico come l'Italia, i cosiddetti “poteri forti” (indipendentemente dalla giovane età dei membri del Governo), potrebbe addirittura far pensare che, forse inconsapevolmente, si stiano distruggendo le prospettive di vita di un intero paese, dei suoi bambini, dei suoi ragazzi, dei suoi adulti, per venire incontro alla paura nei confronti della malattia e della morte di quegli anziani che occupano ancora ogni posto che conta, anche fra gli intellettuali e i giornalisti, oggi stranamente silenziosi di fronte alla riduzione dei diritti. Un *trade off* fra generazioni che inciderà pesantemente sulla struttura delle disegualianze. Altro che *Friday for Future!*

Riferimenti

- Aloisi, A. M., *Perché gli uomini sono più vulnerabili al coronavirus?*, «In Genere», 24 Marzo 2020.
- Bianco, M.L., *Il punto sul Covid-19 per progettare bene il domani*, «Sbilanciamoci», 19 Aprile 2020.
- Covid-19: la mortalità giornaliera nelle città italiane in tempo reale*, «Epidemiologia e Prevenzione», 28 Marzo 2020.
- Conticini, E., Frediani, B., Caro, D., *Can atmospheric pollution be considered a co-factor in extremely high level of SARS-CoV-2 lethality in Northern Italy?*, in «Environmental Pollution», 4 Aprile 2020.
- Dowd B.J., Rotondi V., Adriano L., Brazel D. M., Block P., XueJie Ding, Yan Liu, Mills M. C., *Demographic Science Aids in Understanding the Spread and Fatality*, in «Demographic Science Covid19», March 18 2020.
- Durkheim, E., *La divisione del lavoro sociale*, 1° ediz. 1893, Il Saggiatore, edizione 2016.
- Cuppini, L., *Studio conferma: fumo di sigaretta correlato a forme più gravi di Covid-2*, Corriere della Sera, 9 Aprile 2020.
- Iss, *Epidemia Covid-19. Aggiornamento nazionale*, 6 Aprile 2020.
- Iss, *Epidemia Covid-19. Aggiornamento*, 7 Aprile 2020.
- Iss, *Report sui pazienti deceduti positivi a Covid-19 in Italia*, 7 Aprile 2020.
- ISTAT, *Spostamenti quotidiani e nuove forme di mobilità*, 2018.
- Istituto Cattaneo, *La diversa vulnerabilità degli italiani di fronte al Covid-19, Analisi delle differenze per genere ed età*, 11 Aprile 2020.
- Lara, Angel Louis, *Covid-19 Non torniamo alla normalità. La normalità è il problema*, Il Manifesto, 05/04/2020.
- Ministero Salute, *Covid-19 Situazione in Italia*, 17 Aprile 2020.
- Perulli, P., Pichierri, A., *La crisi italiana nel mondo globale. Economia e società del Nord*, Einaudi 2010.
- Perulli, P., *Nord. Una città-regione globale*, Il Mulino 2012.
- Rete Italiana Ambiente e Salute, *Inquinamento atmosferico e Covid-19*, in «Scienza in Rete», 13 Aprile 2020.
- Ricolfi, L., *Ci tengono chiusi in casa perché non sono capaci di gestire l'epidemia*, Hume Page, 7 Aprile 2020.
- Ricolfi, L., *E se il Covid-19 fosse già dilagato anche al Sud?*, Hume Page, 8 Aprile 2020.
- San Raffaele, John Hopkins Center for Humanitarian Health, Vol. 91 No. 3-S, 2020.
- Vineis, P., *Creare consenso intorno ad alcune misure immediate*, «Scienza in rete», 01 Aprile 2020.