

COVID19 Review 2020

Weekly series
n. 1 - 22.05.2020

News, articles, trials, researches and data on Covid 19 pandemia



shutterstock.com • 1629512083

A cura di Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci, Maurizio Dal Maso, Stefania Mariantoni

Review realizzata in collaborazione con:



DIPARTIMENTO
DI SCIENZE SOCIALI
ED ECONOMICHE

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Nota redazionale.

I materiali (articoli e dati) vengono selezionati da fonti accreditate:

- Per gli articoli: The Lancet, British Medicine Journal, The New York Times, Science, Nature, Oxford Review, Cambridge Review, Quotidiano Sanità, Il Corriere della Sera, Il Sole 24Ore Sanità, La Repubblica e altri;

Per le Istituzioni:

- WHO/OMS, UE Centri di Prevenzione; OCDE, ONU, Protezione Civile, ISTAT, INAIL, Ministero Salute, ISS, AGENAS, CNR, Regioni, ARS, ASL, AO, AOP, IRCCS, Centri Studi e ricerche nazionali e internazionali e altri;

Per i dati:

- WHO/OMS, UE Centri di Prevenzione; OCDE, ONU, Protezione Civile, ISTAT, INAIL, Ministero Salute, ISS, AGENAS, CNR, Regioni, ARS, ASL, AO, AOP, IRCCS, Centri Studi e ricerche nazionali e internazionali e altri;

Criteri di selezione:

I materiali sono scelti in base ai seguenti criteri: Materiali di analisi recenti; Fonti accreditate; Tematiche inerenti a COVID19; Procedure internazionali e nazionali; Studi e ricerche epidemiologici; Studi su procedure per operatori sanitari e sociali; Linee Guida internazionali, nazionali e regionali; Linee Guida di società scientifiche e professionali.

Le traduzioni sono fatte in automatico con il software "google" per rapidità di fruizione.

Ci scusiamo se le traduzioni non sono sempre adeguate, ma riteniamo più utile la tempestività di divulgazione.

Si ringraziano l'Editore COM SRL di Roma per il supporto

I curatori

Giorgio Banchieri

Segretario Nazionale del CDN ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale; Curatore con altri di COVID-19 Review daily e weekly. Docente presso il Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche, Progettista e Coordinatore Didattico dei Master MIAS, MEU e MaRSS, Università "Sapienza" Roma; Già Direttore dell'Osservatorio della Qualità del SSR del Molise; Docente ai master e Direttore di progetti di ricerca e di consulenza organizzativa e gestionale in aziende sanitarie (Asl e AO) presso la LUISS Business School di Roma, presso L'Università Politecnica della Marche, presso Università del Salento; Direttore di www.osservatoriosanita.it; già Direttore FIASO, Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere, membro Comitato Scientifico del Programma Nazionale Esiti – PNE; Membro Comitato Scientifico del Tavolo Tecnico AGENAS e Regioni Re.Se.T., Reti per i Servizi Territoriali.

Maurizio Dal Maso

Membro di ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Ha svolto la sua attività professionale come medico clinico dal 1979 al 1999. Successivamente come medico di Direzione sanitaria e Project Manager aziendale, Direttore Sanitario aziendale, Direttore Generale e Commissario straordinario. Dal luglio 2019 svolge attività di consulente in Organizzazione aziendale e formatore in Project Management per Accademia Nazionale di Medicina.

Stefania Mariantoni

Membro di ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Dirigente psicologo ASL Rieti. Psicoterapeuta. Già Coordinatore Ufficio di Piano Distretto sociosanitario Rieti 5. Docente Master II Livello Corso di formazione manageriale per dirigenti di Unità Operativa Complessa Istituto "Carlo Jemolo", tecnico esperto in integrazione sociosanitaria. Membro di tavoli tecnici sociali e sanitari Regione Lazio. Già consulente Enti Locali per Servizi alla Persona.

Andrea Vannucci

Membro di ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Già Direttore dell'Agenzia regionale di sanità della Toscana, Coordinatore della Commissione Qualità e Sicurezza del Consiglio sanitario regionale e Rappresentante per la Regione Toscana nel Comitato Scientifico del Programma Nazionale Esiti – PNE. Ad oggi Membro del Consiglio Direttivo di Accademia nazionale di Medicina e co-coordinatore della sezione Informazione Scientifica e Innovazione, Direttore Scientifico del Forum sistema salute 2019 e 2020; Vice Presidente di AISSMM - Associazione Italiana di Medicina e Sanità Sistemica; Professore a contratto per l'insegnamento di Organizzazione e programmazione delle aziende sanitarie del corso di laurea in Ingegneria gestionale dell'Università di Siena.

Contatti.

giorgio.banchieri@gmail.com

maurizio.dalmaso@gmail.com

stefania.mariantoni@outlook.it

andrea.gg.vannucci@icluod.com

Si ringrazia la Dr.ssa Giulia D'Allestro per il database repository.

Indice:

Dati Covid19 ad oggi

Documenti, Linee Guida, Raccomandazioni, Analisi di scenari.

- [OMS] Documento sulla pandemia Covid19, 77° Assemblea Mondiale;
- [Slow Medicine] La ricetta di *Slow Medicine* per cure “*sobrie, rispettose, giuste*” anche in tempo di pandemia;
- [Altems e Univ. Cattolica] Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19, Report 14 maggio 2020;
- [Il Sole24Ore] Coronavirus/Operations in tempo di crisi: le 10 lezioni apprese dalle aziende sanitarie, di Marta Marsilio e Anna Prenestini;

Epidemiologia, Diagnostica e clinica, Farmaci e vaccini

- [Cochrane Library] Plasma convalescente o immunoglobulina iperimmune per persone con COVID-19: una rapida revisione;
- [Popular Science] Covid. Dagli antivirali al plasma: le 30 sperimentazioni autorizzate da Aifa;
- [ARS Toscana] Le risposte anticorpali al virus SARS-CoV-2 nei pazienti con COVID-19;
- [Imperial College London] Cacciatori di vaccini, di Joe Shute e Elena Cattaneo;
- [Università di Genova] Risultati dei test immunocromatografici rapidi per la rilevazione anticorpi SARS-CoV2 nella città metropolitana di Genova nell’aprile 2020, di Gaggioli Germano e altri;

Speciale violenza di genere ai tempi di Covid19

- [ONU] L'impatto di COVID-19 sulle donne;
- [ONU-OMS] Violenza contro le donne e le ragazze. La raccolta dei dati durante Covid19;
- [ISTAT] Violenza di genere al tempo del Covid19: le chiamate al numero verde 1522;
- [Ministero Interno] Circolare: Covid19, Accoglienza donne vittime di violenza;
- [Senato della repubblica] Esame della relazione sulle possibili soluzioni per prevenire e contrastare la violenza domestica nel periodo di applicazione delle misure di contenimento del Covid-19;
- [Ministero Interni] Circolare su Violenza di genere e violenza domestica – Azioni di sensibilizzazione.

Il “dopo” Covid19

- [La Rep.] Joseph Stiglitz: «L'unica via d'uscita è la solidarietà»;
- [Prometeia e altri] Back to Normal Centralità delle attività economiche e impatto della loro riapertura, di Giorgio Barba Navaretti e altri;
- [Quotidiano sanità] Post Covid-19, il governo dell'economia deve cambiare, di Filippo Cavazzuti;
- [Il Sole 24Ore] Le previsioni del Fondo per il 2020: «Dati molto peggiori sono possibili e forse probabili». Incerta la ripresa (5,8%) nel 2021, di Gianluca Di Donfrancesco;
- [O L'Indro] Post – coronavirus: la sostenibile leggerezza della economia che ci attende, DI Giorgio Fiorentini.

Dati Covid19 ad oggi



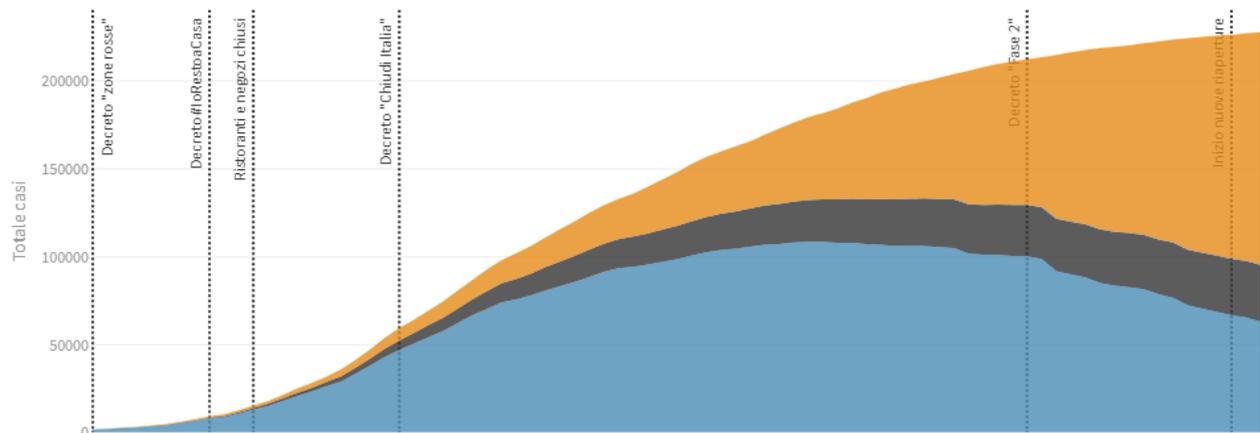
L'evoluzione della pandemia

I numeri complessivi dei contagi

Attualmente **positivi**, **deceduti** e **dimessi/guariti** giorno per giorno

Ultimo aggiornamento: 20 maggio 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute

Seleziona la voce che vuoi evidenziare



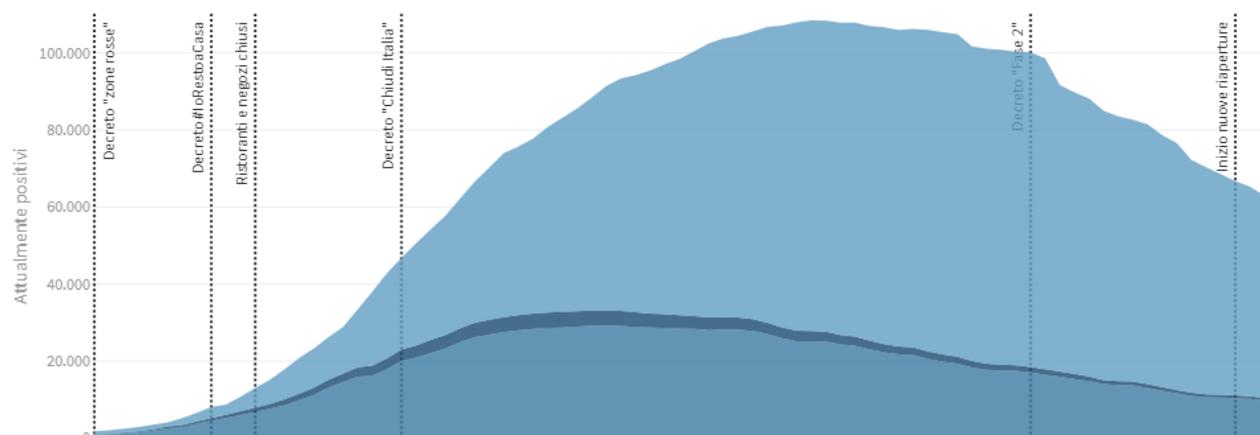
GEDIVISUAL

La distribuzione degli attualmente positivi

Pazienti in **terapia intensiva**, **ricoverati con sintomi** e in **isolamento domiciliare**

Ultimo aggiornamento: 20 maggio 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute

Seleziona la voce che vuoi evidenziare



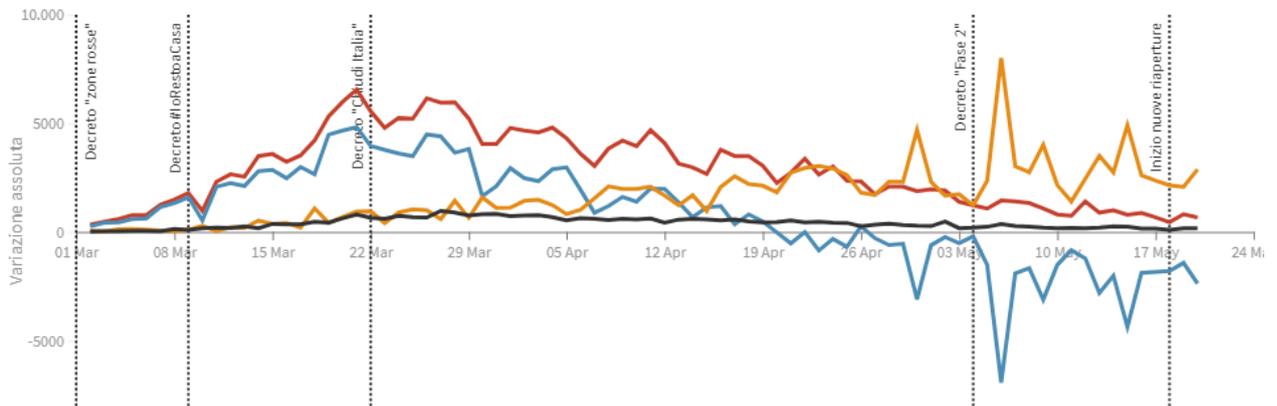
GEDIVISUAL

La variazione assoluta giorno per giorno

Variazione totale contagiati, **variazione attualmente positivi**, **variazione dimessi/guariti** e **variazione deceduti** in assoluto rispetto al giorno precedente

Ultimo aggiornamento: 20 maggio 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute

Seleziona la voce che vuoi evidenziare



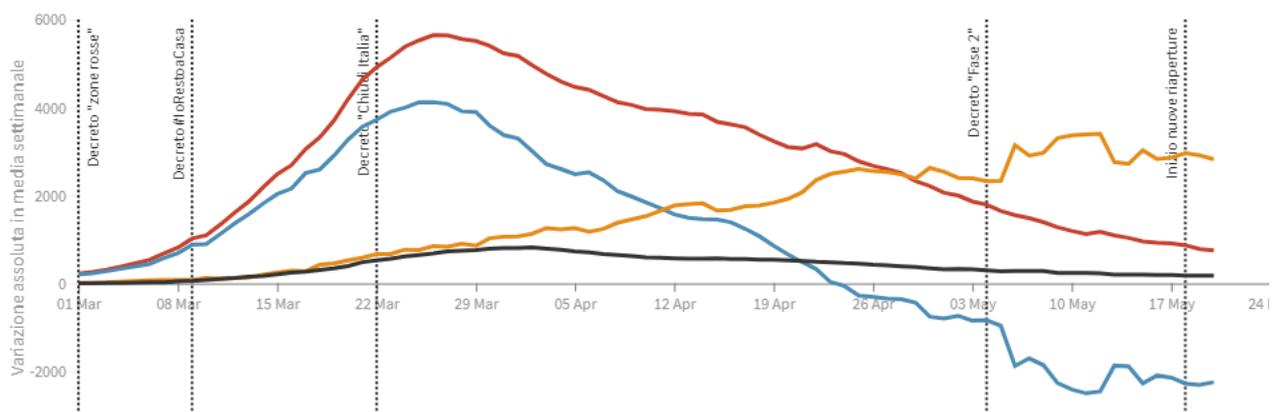
GEDI VISUAL

La variazione assoluta in media settimanale

La variazione giornaliera assoluta in media settimanale del **totale contagiati**, **attualmente positivi**, **dimessi/guariti** e **deceduti**

Ultimo aggiornamento: 20 maggio 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute

Seleziona la voce che vuoi evidenziare



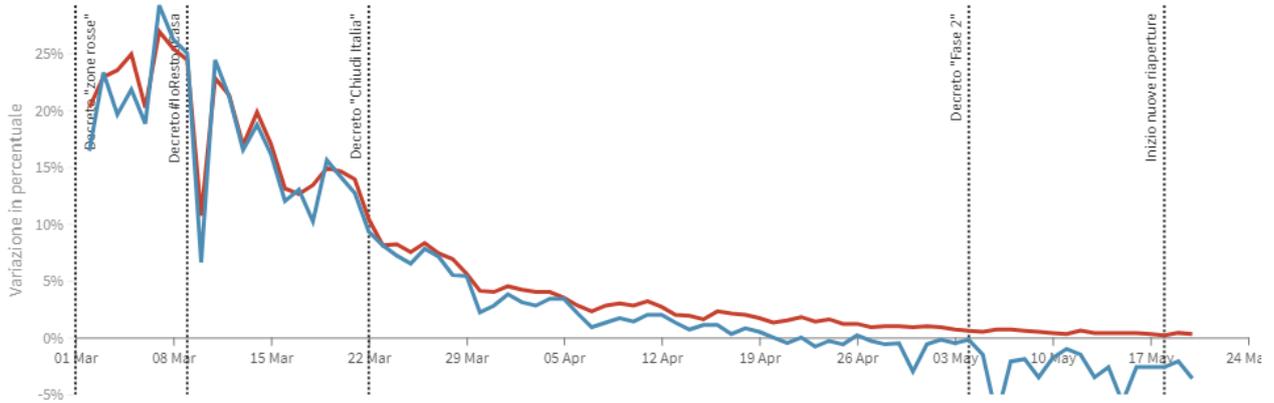
GEDI VISUAL

La variazione percentuale giornaliera

Il grafico mostra la variazione della % giornaliera del **totale contagiati** e **attualmente positivi** rispetto al tempo

Ultimo aggiornamento: 20 maggio 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute

Seleziona la voce che vuoi evidenziare



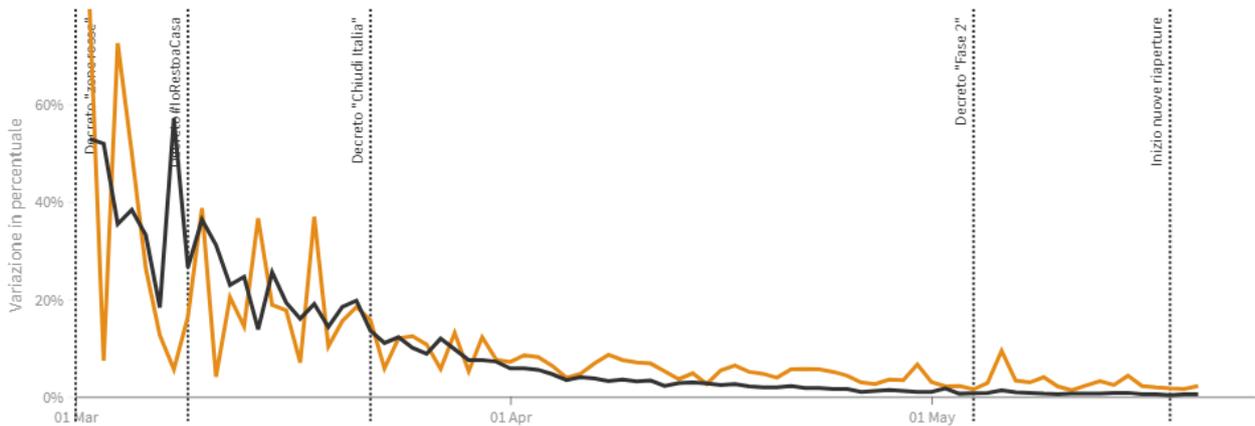
GEDIVISUAL

La variazione percentuale giornaliera

Il grafico mostra la variazione della % giornaliera dei **dimessi/guariti** e **deceduti**

Ultimo aggiornamento: 20 maggio 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute

Seleziona la voce che vuoi evidenziare

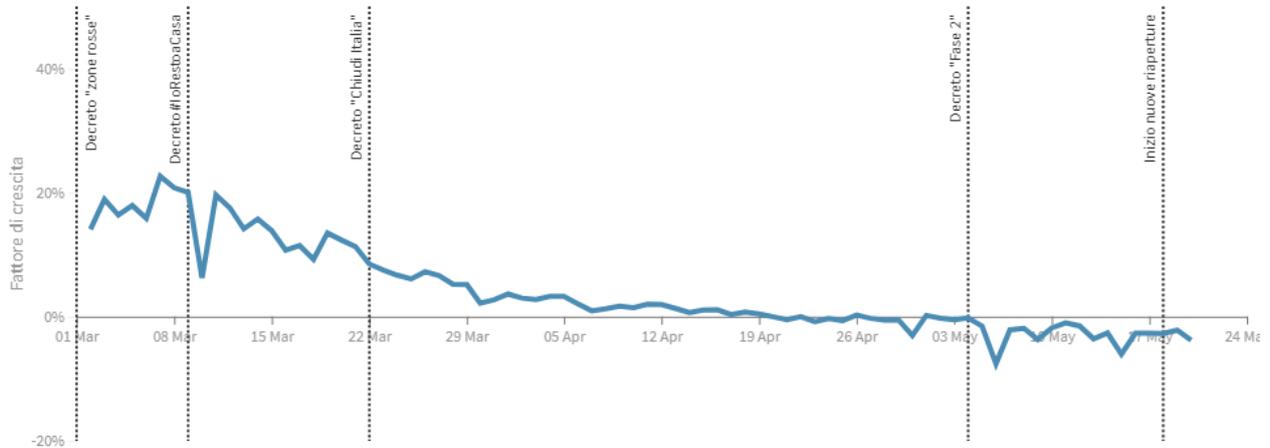


GEDIVISUAL

Il fattore di crescita degli attualmente positivi

Il **fattore di crescita** - espresso in percentuale - in questo caso indica il rapporto tra la **VARIAZIONE** (numero di oggi - numero di ieri) e il **TOTALE** degli attualmente positivi. Quando il **fattore di crescita** è maggiore di zero, l'epidemia si sta diffondendo. Quando è uguale a zero, l'epidemia si è fermata o ha raggiunto il picco di massima espansione. Quando il **fattore di crescita** è negativo, l'epidemia sta regredendo.

Ultimo aggiornamento: 20 maggio 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute



GEDIVISUAL

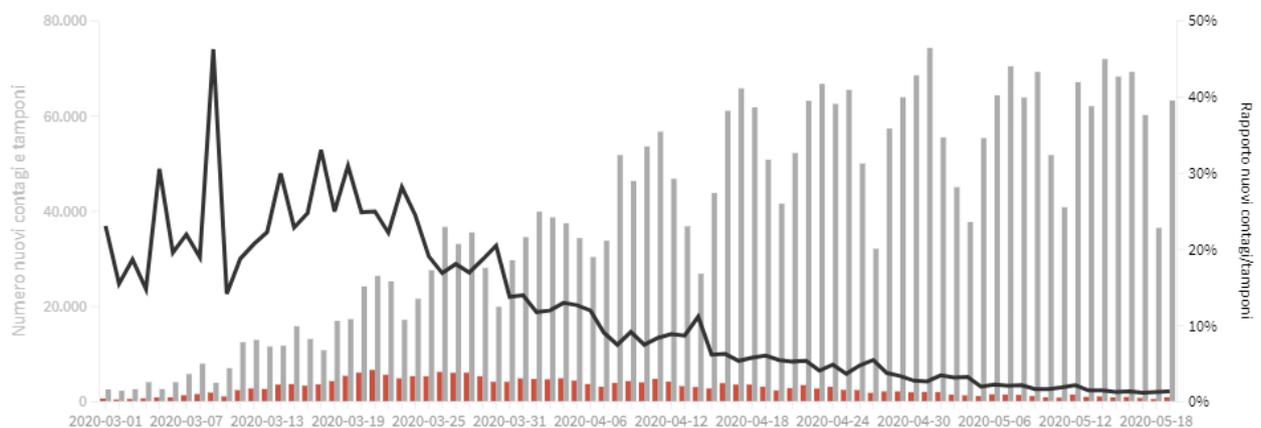
Tamponi e nuovi contagi giorno per giorno in Italia

Come evolve quotidianamente il rapporto tra tamponi effettuati e contagi rilevati

Ultimo aggiornamento: 19 maggio 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute

Seleziona la voce che vuoi evidenziare

Rapporto nuovi contagi/tamponi (%)
 Contagi giornalieri
 Variazione tamponi nelle ultime 24 ore

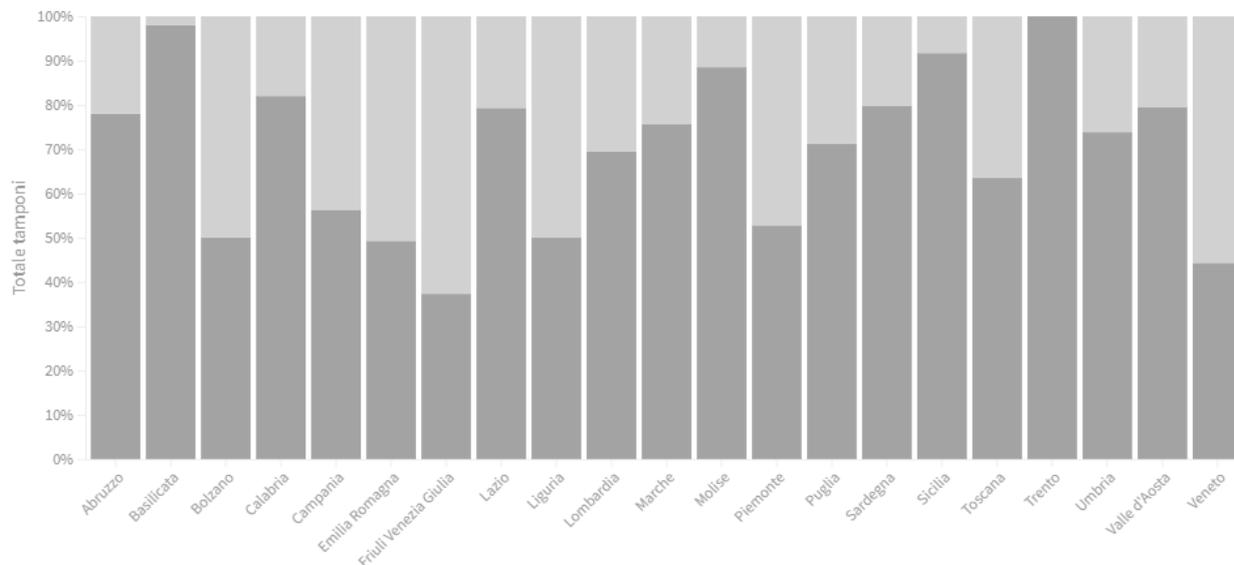


GEDIVISUAL

La distribuzione dei tamponi giornalieri regione per regione

Il grafico illustra la ripartizione dei tamponi giornalieri tra **tamponi diagnostici (casi testati)** e **tamponi di controllo**.

Ultimo aggiornamento: 19 maggio 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute

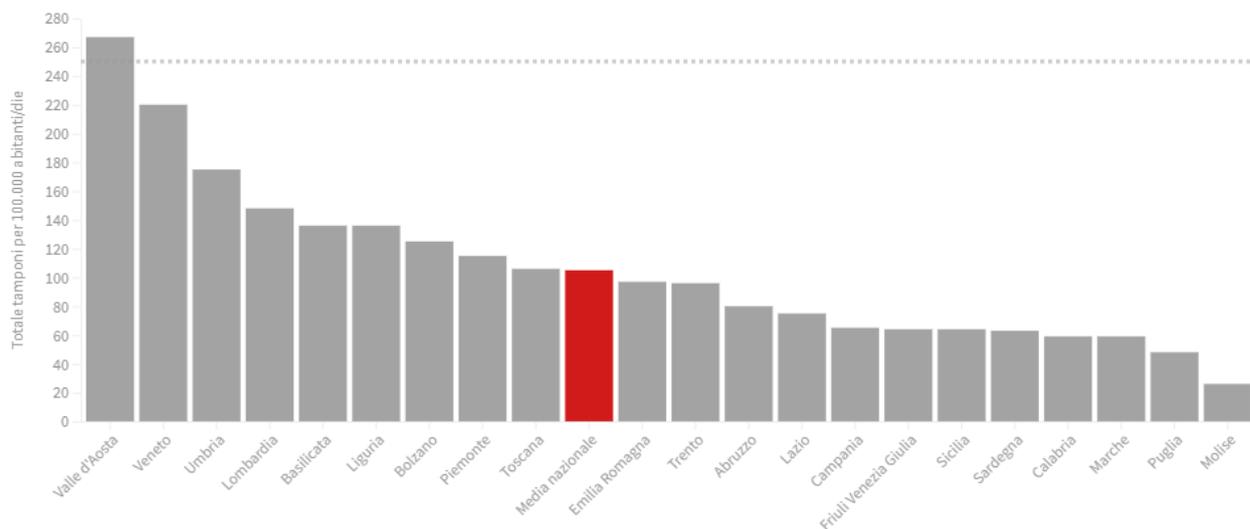


GEDIVISUAL

Tamponi giornalieri sulla base della popolazione

Il grafico conferma che l'incidenza dei tamponi è troppo bassa rispetto alle raccomandazioni internazionali e ci sono notevoli differenze tra le regioni sulla propensione all'esecuzione dei tamponi. La Fondazione GIMBE richiama le regioni a estendere il numero di tamponi e chiede il governo di definire una soglia minima giornaliera di 250 tamponi per 100 mila abitanti.

Ultimo aggiornamento: 19 maggio 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute

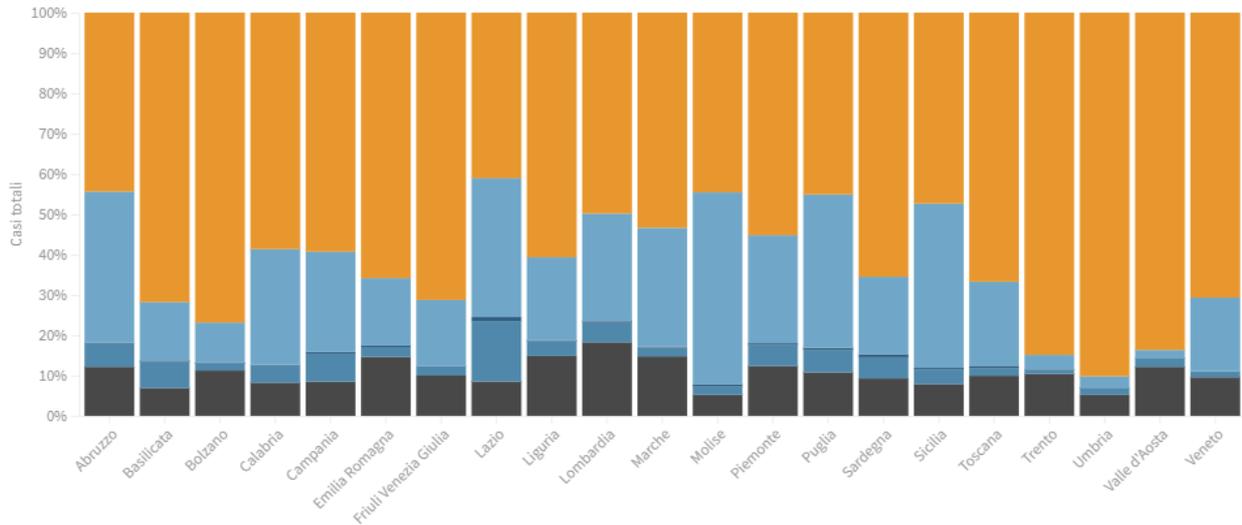


GEDIVISUAL

La distribuzione dei contagiati regione per regione

Il grafico illustra la percentuale dei casi suddivisi per pazienti **guariti**, **in isolamento domiciliare**, **in terapia intensiva**, per **ricoverati con sintomi** e per pazienti **deceduti**

Ultimo aggiornamento: 19 maggio 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute

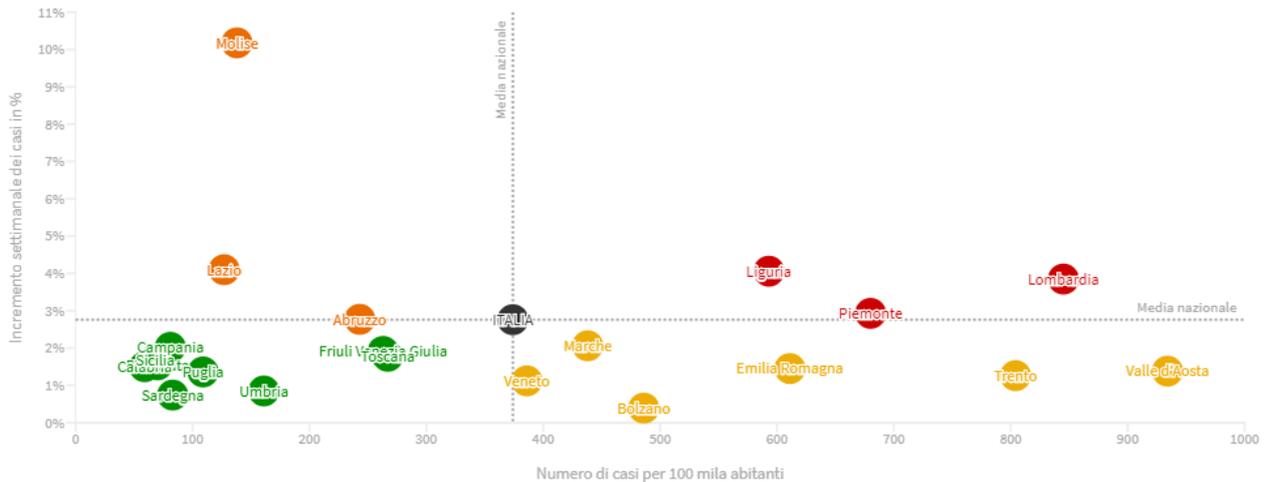


GEDIVISUAL

Prevalenza e incremento settimanale dei casi

Il grafico mostra il posizionamento delle regioni in relazione alle medie nazionali di prevalenza (numero di casi per 100 mila abitanti) e incremento settimanale dei casi. La **zona rossa** è caratterizzata da una prevalenza e da un incremento settimanale dei casi sopra la **media nazionale**. Nella **zona gialla** si trovano le regioni con un'alta prevalenza ma con un incremento in riduzione. Nella **zona arancione** l'incremento settimanale dei casi è sopra la **media nazionale** ma la prevalenza è sotto mentre nella **zona verde** sia la prevalenza che la crescita settimanale dei casi sono sotto la **media nazionale**.

Ultimo aggiornamento: 18 maggio 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute



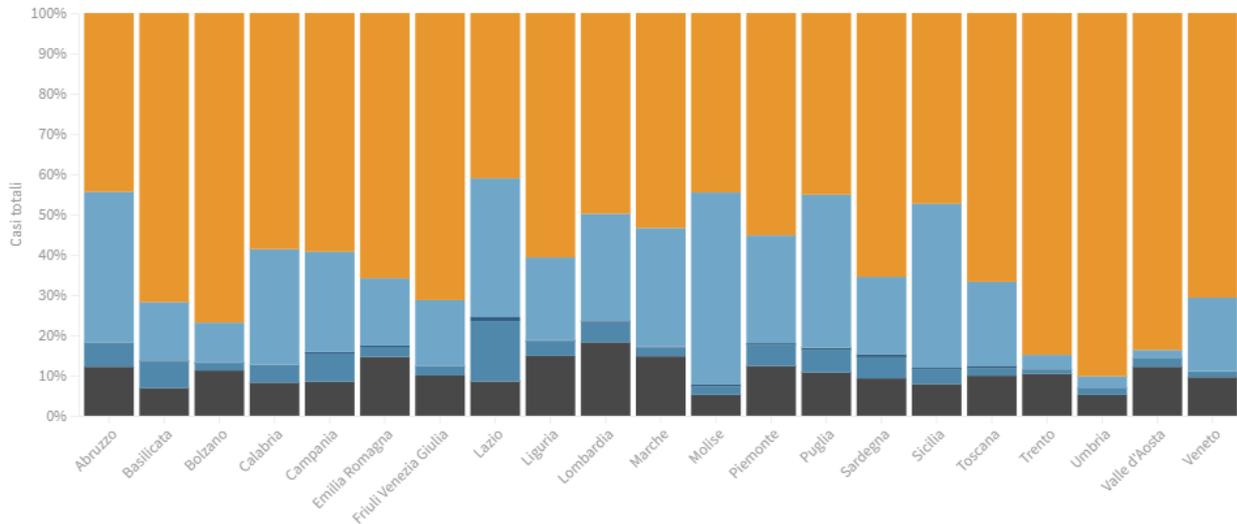
GEDIVISUAL

Grafico originale: Fondazione GIMBE

La distribuzione dei contagiati regione per regione

Il grafico illustra la percentuale dei casi suddivisi per pazienti **guariti**, **in isolamento domiciliare**, **in terapia intensiva**, per **ricoverati con sintomi** e per pazienti **deceduti**

Ultimo aggiornamento: 19 maggio 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute

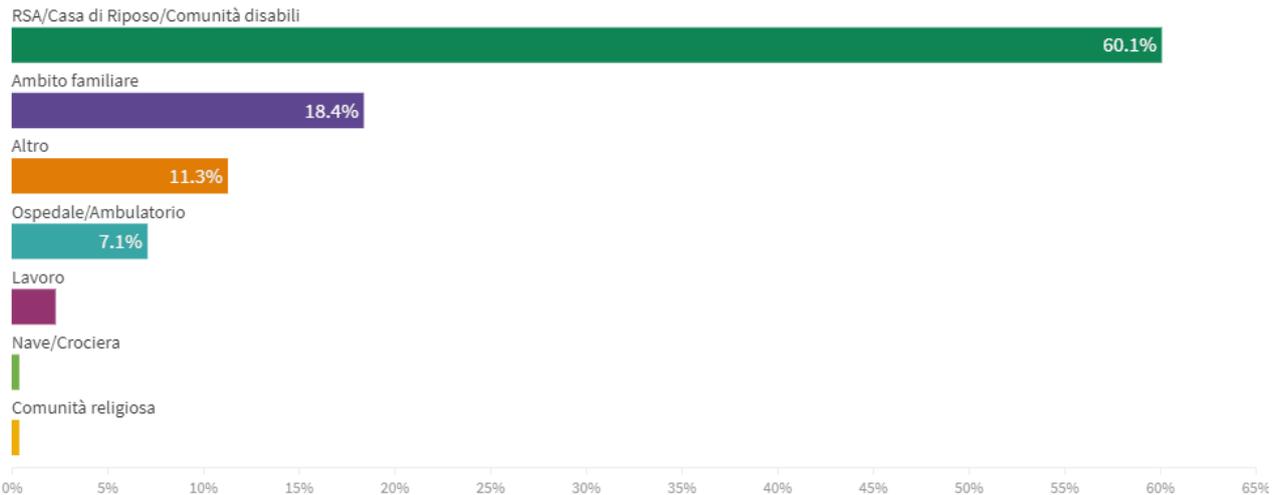


GEDIVISUAL

Effetti della pandemia

Distribuzione dei luoghi di esposizione dei casi

Il grafico è basato su 7.581 casi (su un totale di 54.506) diagnosticati tra il 14 aprile e il 14 maggio 2020. Una raccolta sistematica dell'informazione sul luogo di esposizione permetterebbe una valutazione più accurata dei contesti in cui sta avvenendo la trasmissione della malattia in questa fase della pandemia.



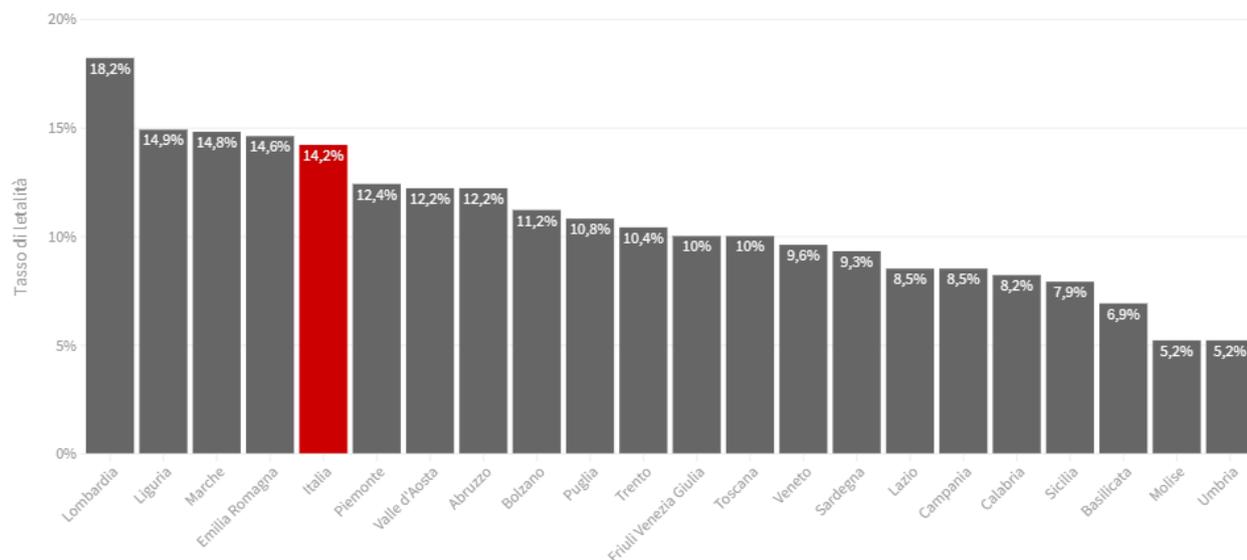
GEDIVISUAL

Fonte: [Istituto superiore di Sanità](#)

Tasso di letalità regione per regione

Il tasso di letalità è la percentuale di deceduti rispetto al totale di contagiati

Ultimo aggiornamento: 19 maggio 2020 - ore 18,30. Dati del ministero della Salute

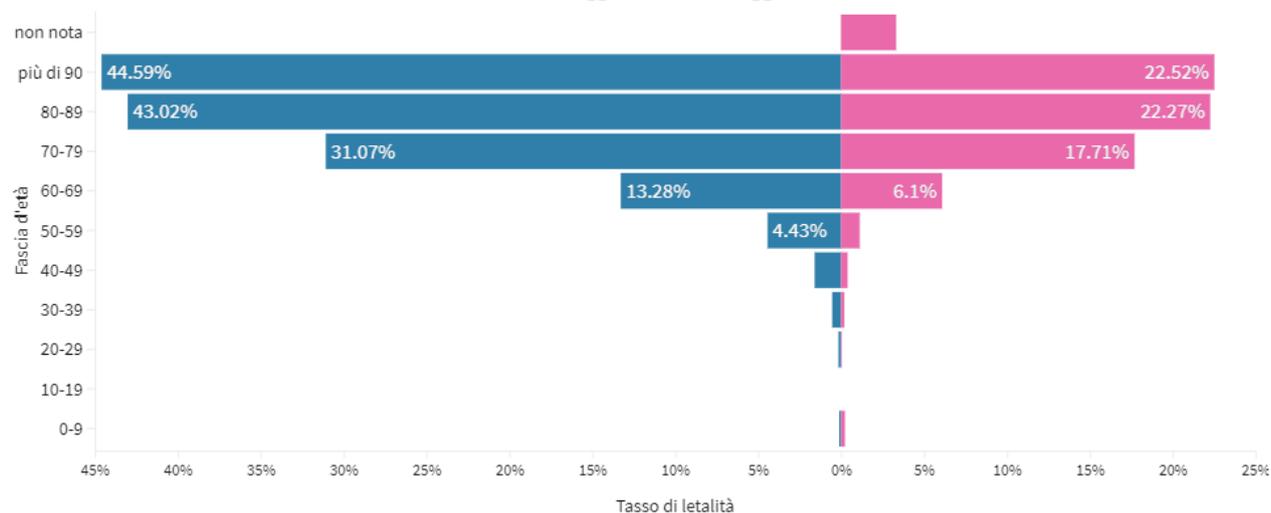


GEDIVISUAL

Tasso di letalità per fascia d'età e sesso

Uomini contagiati: 102.628 di cui deceduti: 17.877 con un tasso di letalità pari a 17,42%. **Donne** contagiate: 119.267 di cui decedute: 11.815 con un tasso di letalità pari a 9,91%

Il tasso di letalità è la percentuale dei deceduti rispetto al numero di contagiati in questo grafico sia per fascia d'età che per sesso. Il grafico è basato sui dati aggiornati al 14 maggio 2020



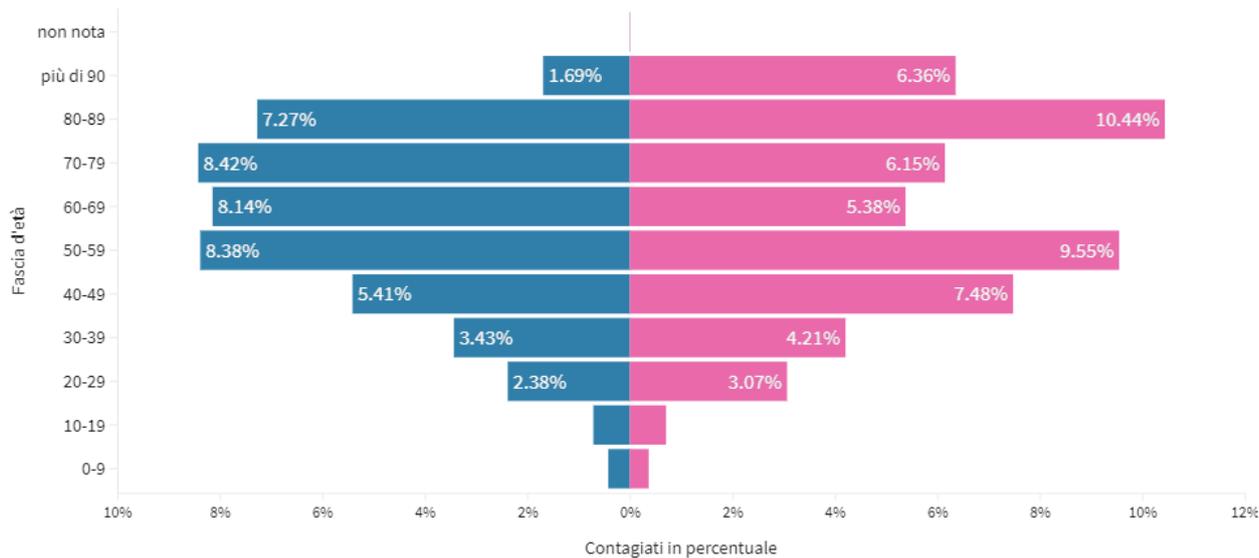
GEDIVISUAL

Fonte: Istituto superiore di Sanità

Distribuzione dei contagi per fascia d'età e sesso

Uomini: 102.628 (46,25%) - **Donne:** 119.267 (53,75%)

Il grafico è basato sui dati aggiornati al 14 maggio 2020



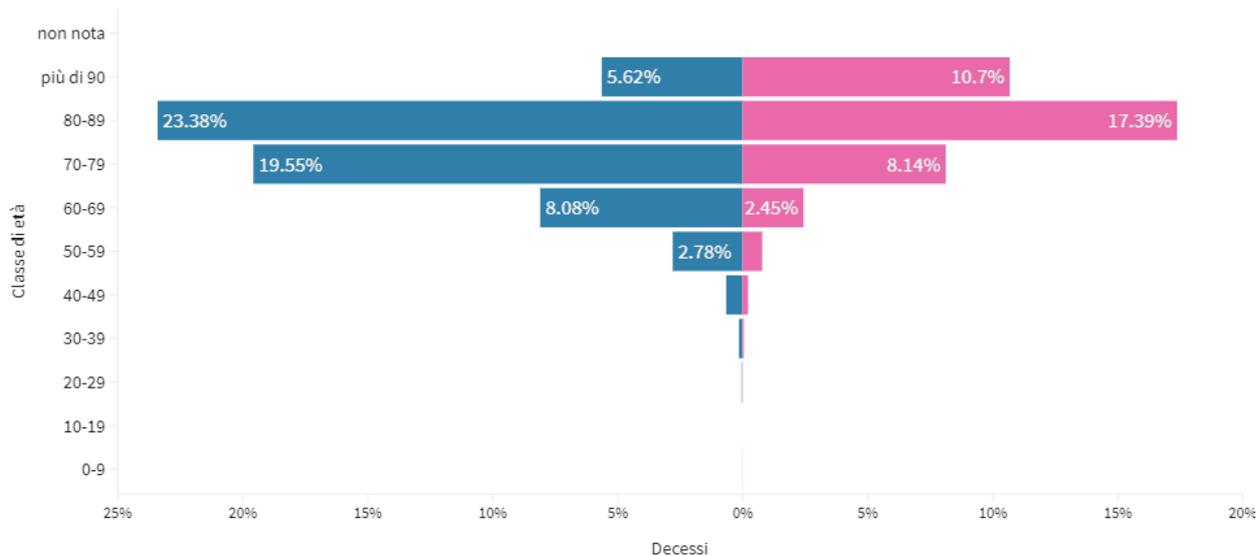
GEDI VISUAL

Fonte: Istituto superiore di Sanità

Distribuzione dei decessi per fascia d'età e sesso

Uomini: 17.877 (60,21%) - **Donne:** 11.815 (39,79%)

Il grafico è basato sui dati aggiornati al 14 maggio 2020



GEDI VISUAL

Fonte: Istituto superiore di Sanità

La mappa del monitoraggio della fase 2

Il ministero della Salute e l'Istituto superiore di sanità hanno diffuso il report settimanale sul monitoraggio della fase 2. Il report classifica le regioni in due categorie, "livello 2 o classificazione bassa" per le regioni a "bassa probabilità di aumento di trasmissione e un basso impatto sui servizi assistenziali" e "livello 3 o classificazione moderata" cioè "probabilità moderata/alta di aumento di trasmissione e un basso impatto sui servizi assistenziali".

Dati relativi alla settimana tra il 4 e il 10 maggio, aggiornati il 16 maggio 2020

■ Bassa - livello 2 ■ Bassa - livello 2 (in evoluzione) ■ Moderata - livello 3 ■ Moderata - livello 3 (in evoluzione)



GEDIVISUAL

Il valore R_t (erre con t) rappresenta il numero medio di infezioni prodotte da una persona nell'arco del suo periodo infettivo.

Percentuale dei tamponi di controllo nelle regioni

Il numero dei tamponi è superiore a quello delle persone testate dal momento che la stessa persona può essere sottoposta a più tamponi o per confermare la guarigione virologica oppure per altre necessità. La mappa mostra la percentuale dei tamponi di controllo sul totale in media settimanale.

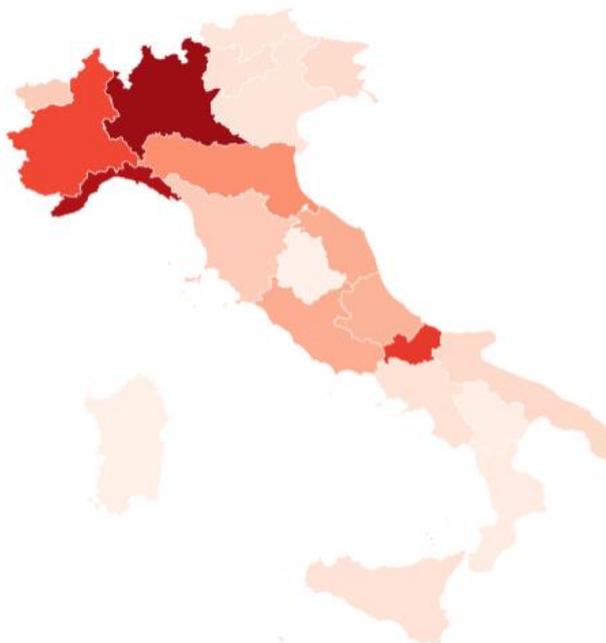
Ultimo aggiornamento: 19 maggio 2020 - ore 19,00. Dati del ministero della Salute

0 65



Rapporto dei nuovi casi giornalieri sui tamponi giornalieri in media settimanale

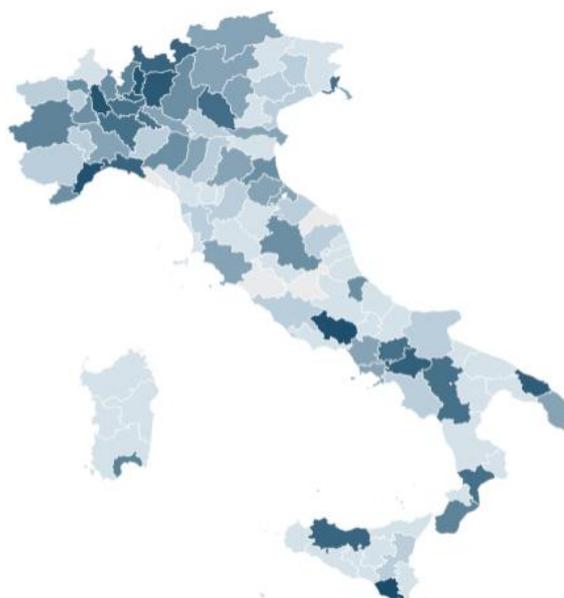
Ultimo aggiornamento: 19 maggio 2020 - ore 19,00. Dati del ministero della Salute



Variazione giornaliera dei contagi in percentuale

Il totale dei casi rispetto al giorno precedente per provincia

In alcune regioni il numero dei CASI DA VERIFICARE è molto alto come in Lombardia (1.856), in Piemonte (351), in Veneto (344), in Campania (282), nelle Marche (228) o nel Lazio (112). Questi numeri non sono rappresentati sulla mappa.



Mortalità totale e per Covid-19 nel primo trimestre 2020

Confronto con la media per lo stesso periodo del 2015-2019 su un campione di 6.866 comuni (87% dei 7.904 complessivi). Passando il mouse sulle province: decessi totali e per il coronavirus nel periodo tra il 20 febbraio e il 31 marzo 2020, il rapporto tra decessi Covid-19 e decessi totali in percentuale

-15 200 600



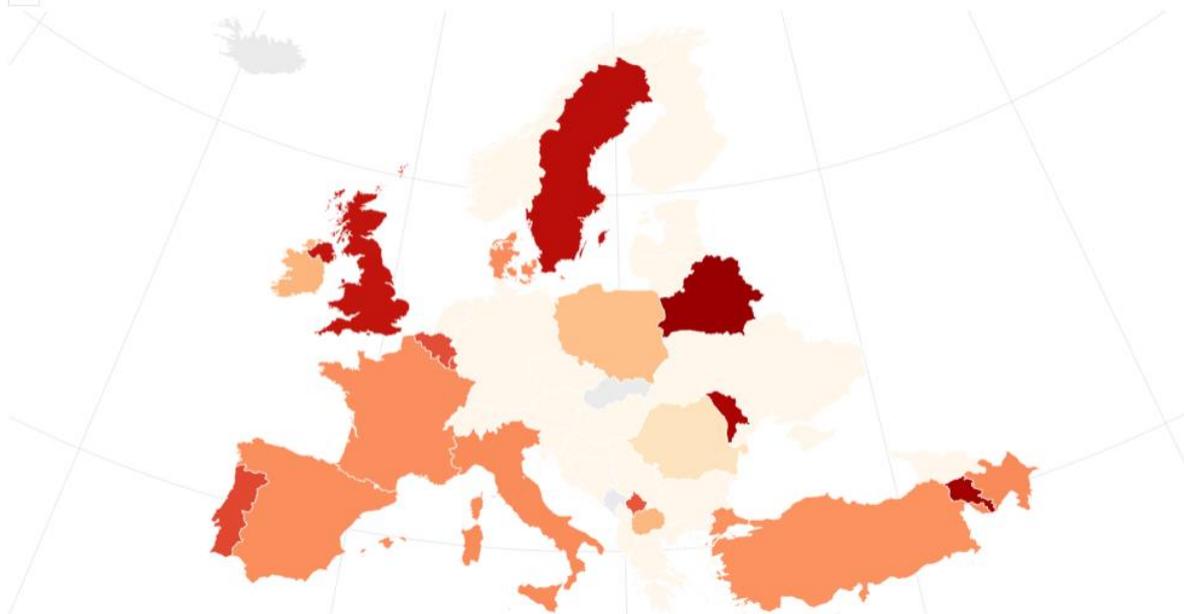
GEDIVISUAL

Fonte: Rapporto Istat e Istituto Superiore di Sanità del 4 maggio 2020

Incidenza dei nuovi contagi in Europa

TOTALE CONTAGIATI: 1.676.952 - DECEDUTI: 166.027 - GUARITI: 834.837

Ultimo aggiornamento: 20 maggio 2020, ore 10.00

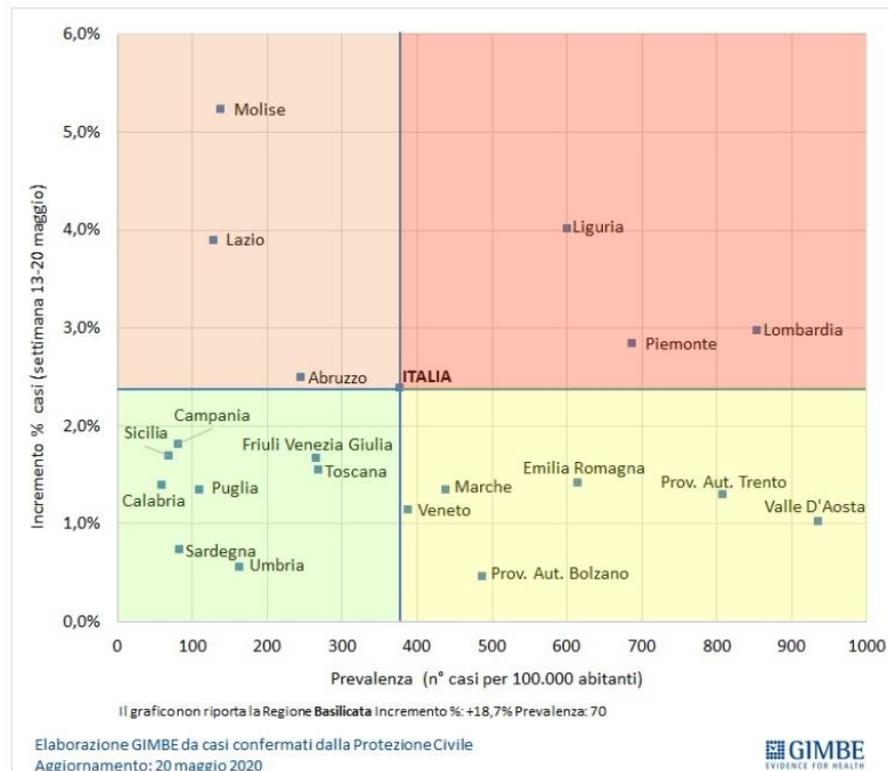


GEDIVISUAL

Fonte: Johns Hopkins Center for System Science and Engineering, Worldometer

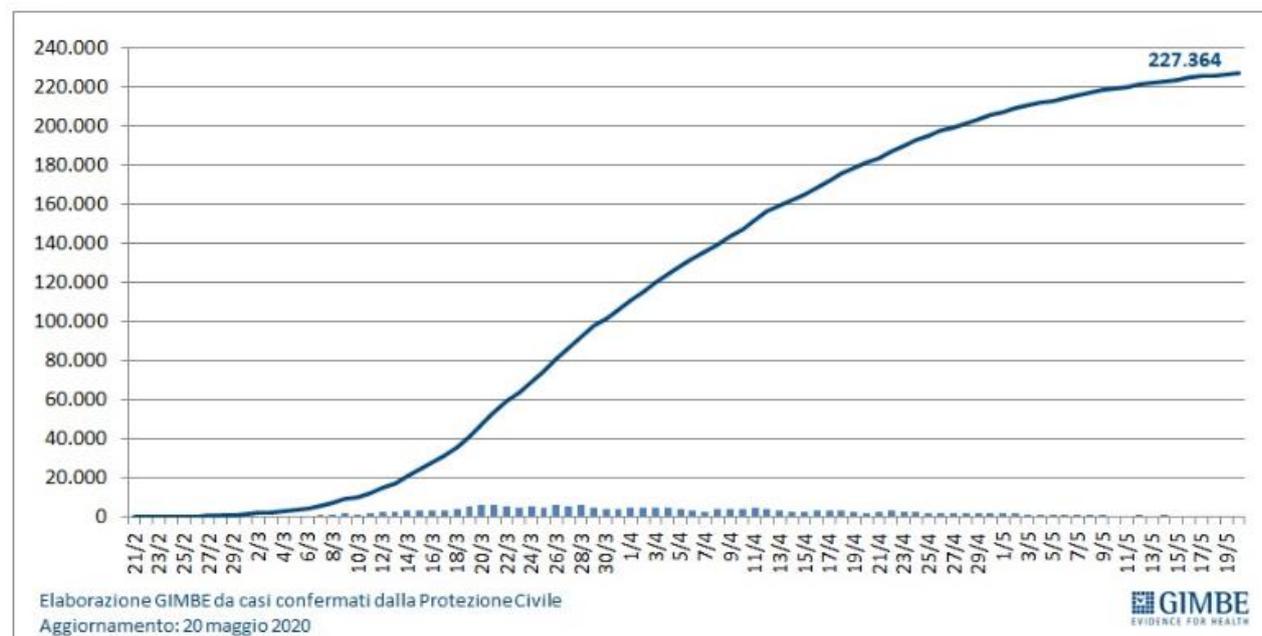
Prevalenza e incremento percentuale dei casi di COVID-19

Il grafico illustra il posizionamento delle Regioni in relazione alle medie nazionali di prevalenza e incremento percentuale dei casi (settimana 14 - 20 maggio)



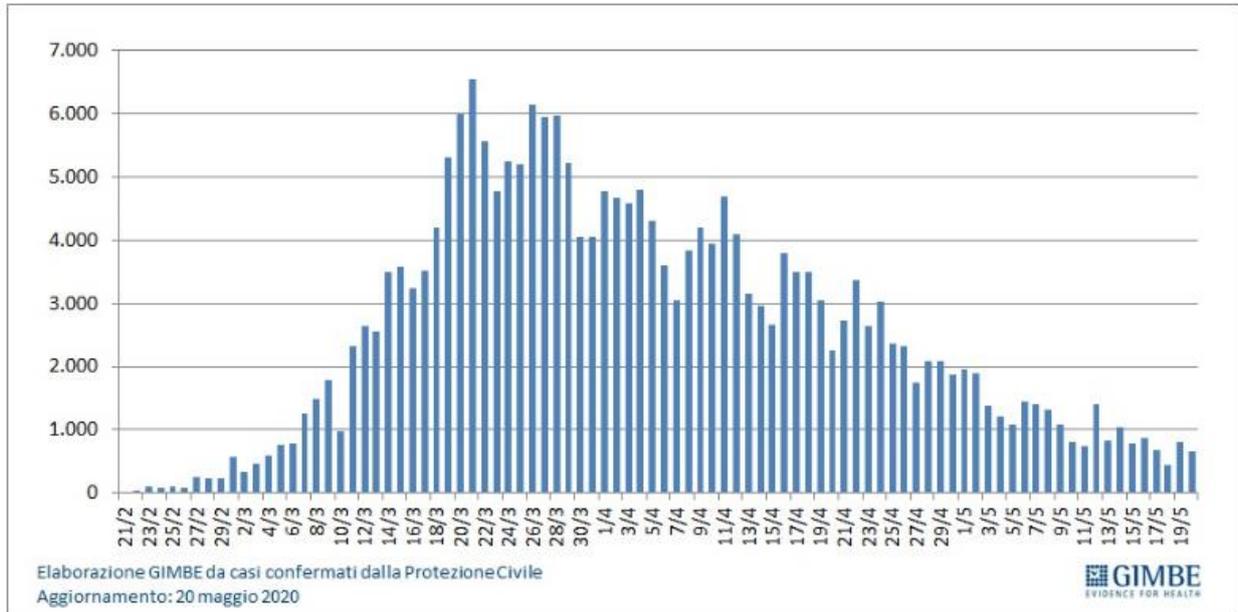
Andamento dei casi di COVID-19

Il grafico illustra l'aumento in termini assoluti dei casi di infezione da Coronavirus in Italia.



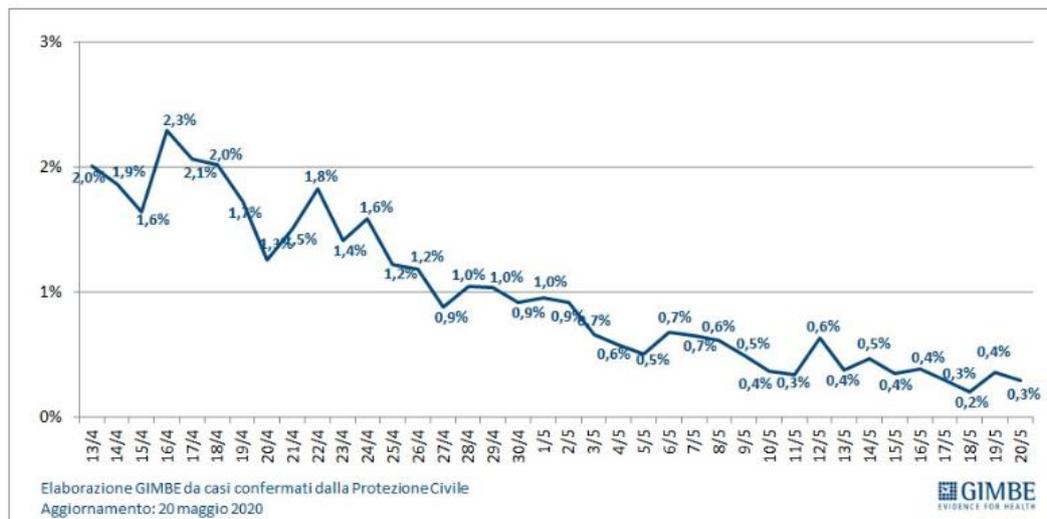
Incremento assoluto dei casi di COVID-19

Il grafico illustra i nuovi casi giornalieri di infezione da Coronavirus in Italia.



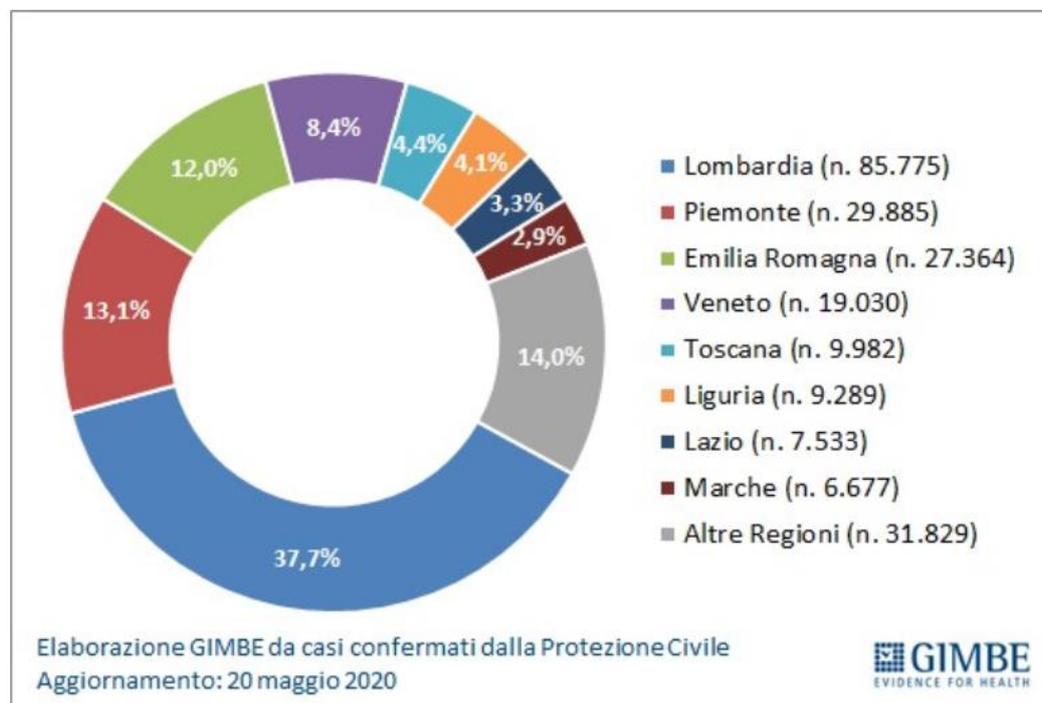
Incremento percentuale dei casi di COVID-19

Il grafico illustra, per ciascun giorno, l'aumento percentuale del totale dei casi confermati rispetto al giorno precedente.



Distribuzione geografica dei casi di COVID-19

Il grafico illustra la distribuzione geografica dei casi di infezione da Coronavirus in Italia in termini percentuali e assoluti



Distribuzione geografica dei casi di COVID-19 Regioni e Province.

La tabella illustra la distribuzione geografica dei casi di infezione da Coronavirus in Italia suddivisi per Regioni e Province.

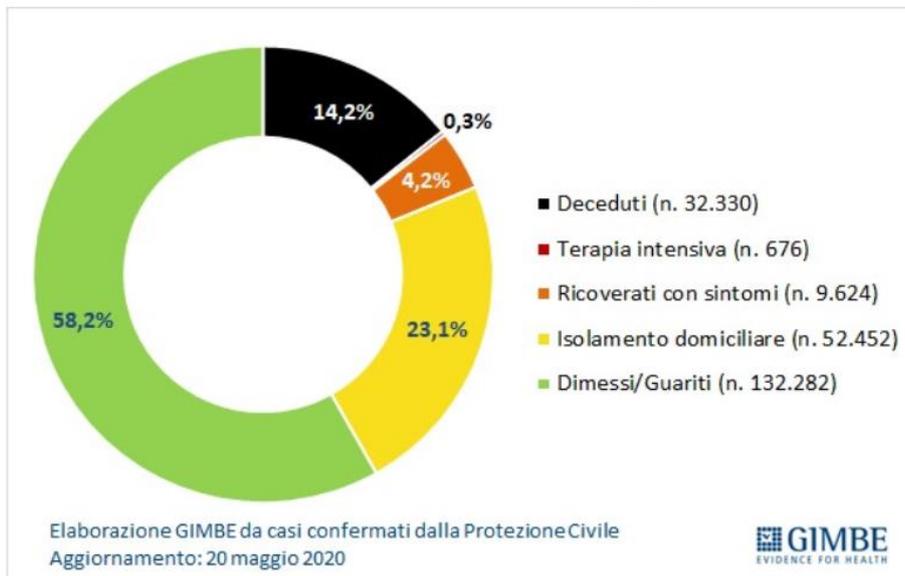
Casi di COVID-19 in Italia		226.699		Aggiornamento 19 maggio ore 18.00	
LOMBARDIA	85.481	EMILIA ROMAGNA	27.514	LIGURIA	9.257
Milano	22.324	Reggio Emilia	4.900	Genova	5.351
Brescia	14.199	Bologna	4.893	Savona	1.511
Bergamo	12.607	Piacenza	4.436	Imperia	1.492
Cremona	6.335	Modena	3.879	La Spezia	899
Monza Brianza	5.338	Parma	3.402	N.D.	4
Pavia	5.047	Rimini	2.103	LAZIO	7.505
Corno	3.646	Forlì Cesena	1.706	Roma	5.474
Varese	3.401	Ravenna	1.015	Frosinone	600
Lodi	3.369	Ferrara	980	Latina	520
Mantova	3.294	VENETO	18.997	Viterbo	421
Lecco	2.687	Verona	5.040	Rieti	378
N.D.	1.856	Padova	3.916	N.D.	112
Sondrio	1.378	Vicenza	2.824	MARCHE	6.675
PIEMONTE	29.727	Venezia	2.636	Pesaro-Urbino	2.733
Torino	15.121	Treviso	2.644	Ancona	1.860
Alessandria	3.807	Belluno	1.153	Macerata	1.106
Cuneo	2.700	Rovigo	440	Fermo	458
Novara	2.617	N.D.	344	Ascoli Piceno	290
Asti	1.753	TOSCANA	9.968	N.D.	228
Vercelli	1.254	Firenze	3.411	CAMPANIA	4.707
Verbano-Cusio-Ossola	1.100	Lucca	1.352	Napoli	2.576
Biel্লা	1.024	Massa Carrara	1.043	Salerno	675
N.D.	351	Pisa	881	Avellino	526
		Arezzo	674	Caserta	448
		Pistoia	661	N.D.	282
		Prato	551	Benevento	200
		Livorno	542	PROV. AUT. TRENTO	4.358
		Siena	430	Trento	4.358
		Grosseto	423		
				PUGLIA	4.398
				Bari	1.442
				Foggia	1.129
				Brindisi	629
				Lecce	509
				BAT	381
				Taranto	275
				N.D.	31
				SICILIA	3.403
				Catania	1.062
				Messina	560
				Palermo	567
				Enna	421
				Siracusa	246
				Caltanissetta	170
				Agrigento	141
				Trapani	139
				Ragusa	97
				FRIULI VENEZIA GIULIA	3.203
				Trieste	1.357
				Udine	973
				Pordenone	668
				Gorizia	205
				ABRUZZO	3.197
				Pescara	1.491
				Chieti	811
				Teramo	649
				L'Aquila	246
				PROV. AUT. BOLZANO	2.587
				Bolzano	2.587
				UMBRIA	1.427
				Perugia	1.002
				Terni	370
				N.D.	55
				SARDEGNA	1.954
				Sassari	871
				Cagliari	249
				Sud Sardegna	97
				Nuoro	79
				Oristano	58
				VALLE D'AOSTA	1.175
				Aosta	1.175
				CALABRIA	1.153
				Cosenza	467
				Reggio Calabria	273
				Catanzaro	212
				Crotone	118
				Vibo Valentia	81
				N.D.	2
				BASILICATA	993
				Matera	207
				Potenza	186
				MOLISE	422
				Campobasso	346
				Isernia	57
				N.D.	19

Fonte

Elaborazione GIMBE da casi confermati dalla Protezione Civile il 19 maggio 2020, ore 18
Disponibili a: www.protezionecivile.gov.it

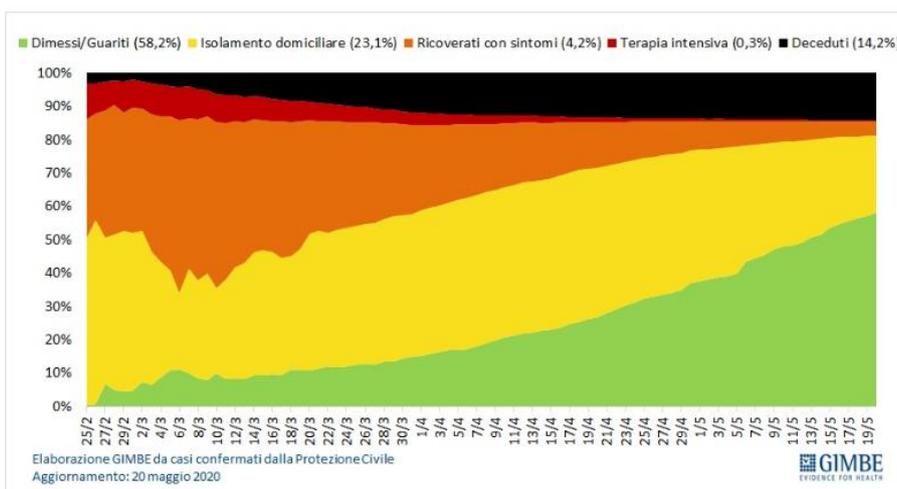
Casi di COVID-19: pazienti isolati, ricoverati, guariti, deceduti

Il grafico illustra la percentuale dei casi di infezione da Coronavirus in Italia suddivisi per setting assistenziale (isolamento domiciliare, ricovero ospedaliero, ricovero in terapia intensiva) e la percentuale di pazienti guariti e deceduti.



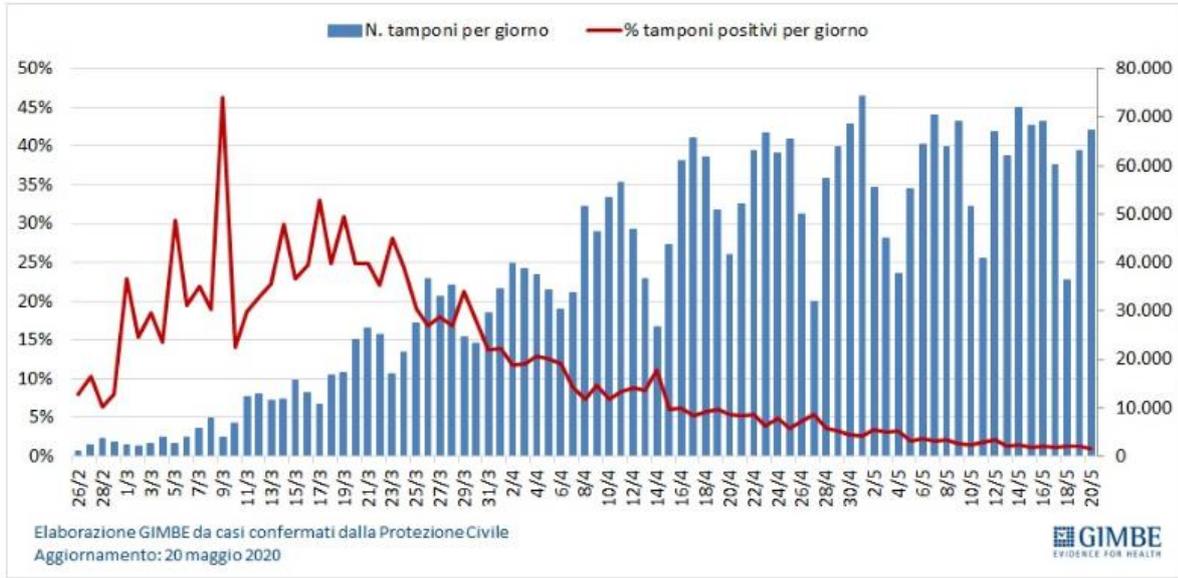
Casi di COVID-19: andamento giornaliero pazienti isolati, ricoverati, guariti, deceduti

Il grafico illustra la percentuale giornaliera dei casi di infezione da Coronavirus in Italia suddivisi per setting assistenziale (isolamento domiciliare, ricovero ospedaliero, ricovero in terapia intensiva) e la percentuale giornaliera di pazienti guariti e deceduti.



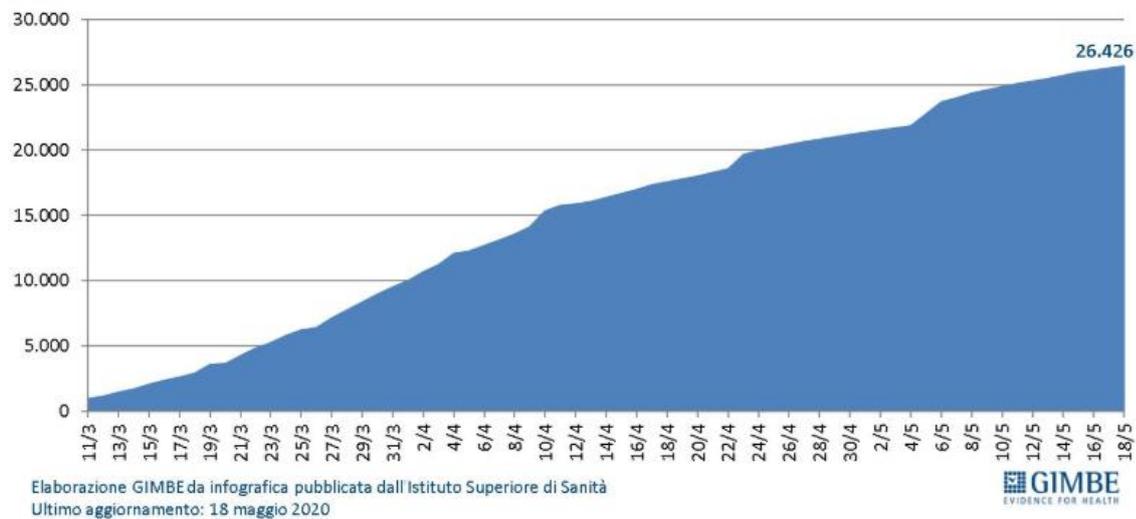
Casi di COVID-19: andamento giornaliero dei tamponi

Il grafico illustra il numero di tamponi eseguiti e la percentuale di tamponi positivi per giorno.



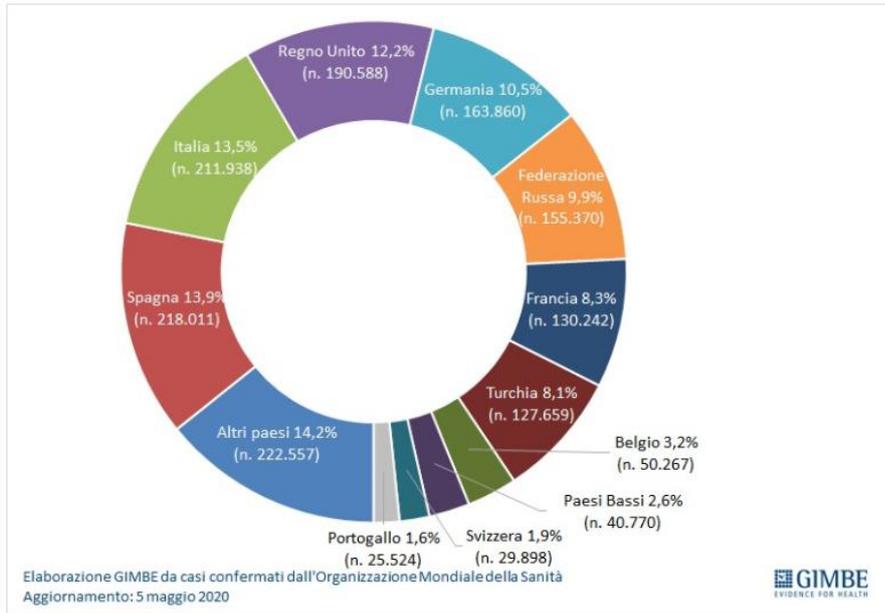
Numero di operatori sanitari con infezione da Coronavirus in Italia

Il grafico illustra il numero totale di casi di infezione da Coronavirus tra gli operatori sanitari in Italia.



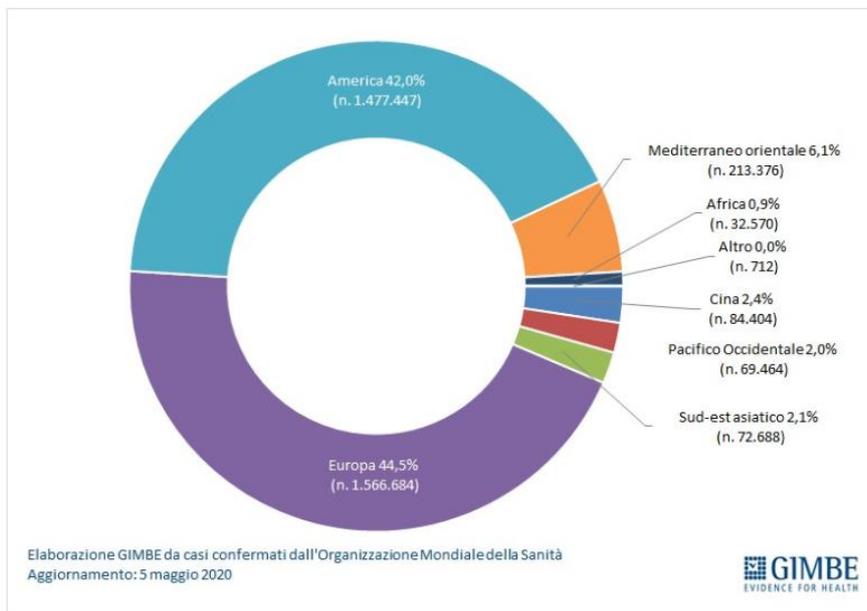
Distribuzione geografica dei casi di COVID-19 in Europa

Il grafico illustra la distribuzione geografica dei casi di infezione da Coronavirus nei paesi europei in termini percentuali e assoluti. I dati riguardano i Paesi che rientrano sotto la dicitura "European Region".

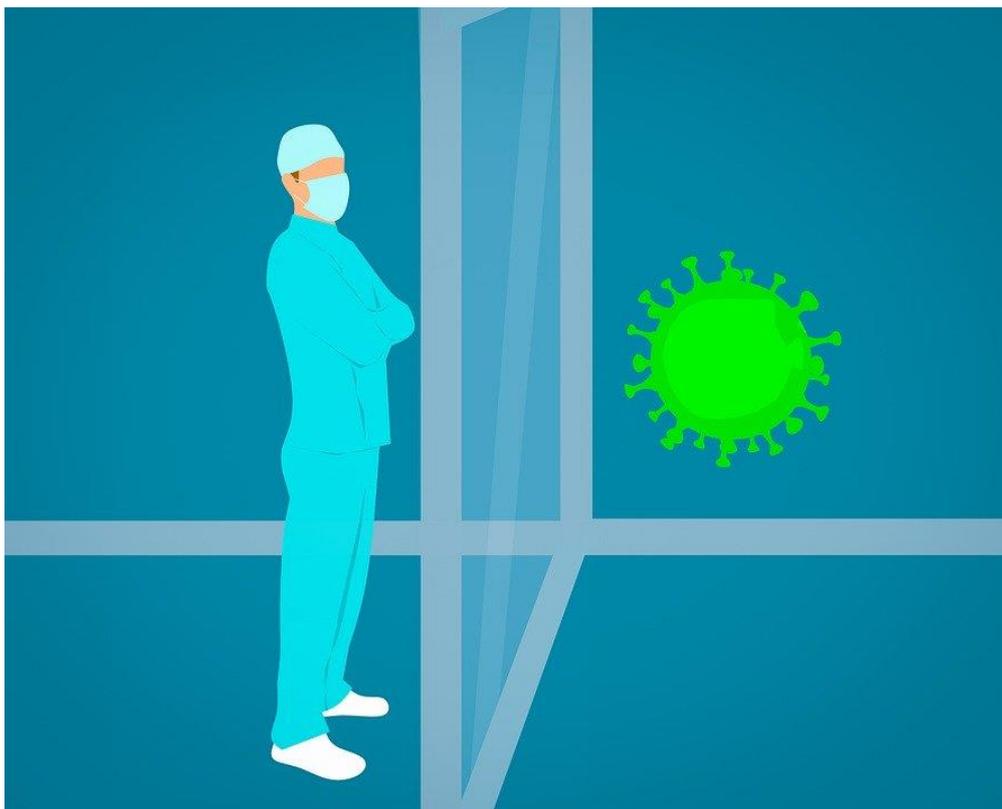


Distribuzione geografica dei casi di COVID-19

Il grafico illustra la distribuzione geografica dei casi di infezione da Coronavirus nel mondo secondo la classificazione delle Regioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.



Documenti Istituzionali,
Linee Guida,
Raccomandazioni,
Analisi di scenari.



COVID-19 response

Draft resolution proposed by Albania, Australia, Bahrain, Bangladesh, Belarus, Bhutan, Bolivia (Plurinational State of), Brazil, Canada, Chile, China, Colombia, Costa Rica, Djibouti, Dominican Republic, Ecuador, El Salvador, Fiji, Guatemala, Guyana, Iceland, India, Indonesia, Iraq, Japan, Jordan, Kazakhstan, Maldives, Marshall Islands, Mexico, Micronesia (Federated States of), Monaco, Montenegro, Morocco, New Zealand, North Macedonia, Norway, Panama, Paraguay, Peru, Qatar, Republic of Korea, Republic of Moldova, Russian Federation, San Marino, Saudi Arabia, Singapore, Sri Lanka, Thailand, the African Group and its Member States, the European Union and its Member States, Tunisia, Turkey, Ukraine and United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland

Settantatreesimo Assemblea mondiale della sanità, Dopo aver preso in considerazione l'indirizzo del direttore generale sulla pandemia in corso COVID-19, 1

PP1 Profondamente preoccupato per la morbilità e la mortalità causate dalla pandemia di COVID-19, gli impatti negativi sulla salute fisica e mentale e sul benessere sociale, gli impatti negativi sull'economia e sulla società e la conseguente esacerbazione delle disuguaglianze all'interno e tra i paesi;

PP2 Esprimendo solidarietà a tutti i paesi colpiti dalla pandemia, nonché condoglianze e simpatia a tutte le famiglie delle vittime di COVID-19;

PP3 Sottolineando la responsabilità primaria dei governi di adottare e attuare risposte alla pandemia di COVID-19 che sono specifiche del loro contesto nazionale e per mobilitare le risorse necessarie per farlo;

PP4 Ricordando il mandato costituzionale dell'OMS di agire, tra l'altro, come autorità direttrice e coordinatrice del lavoro sanitario internazionale, e riconoscendo il suo ruolo chiave di leadership all'interno della più ampia risposta delle Nazioni Unite e l'importanza di rafforzare la cooperazione multilaterale nell'affrontare la pandemia COVID-19 e i suoi estesi impatti negativi;

PP5 Ricordando la Costituzione dell'OMS, che definisce la salute come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità, e dichiara che il godimento del più alto livello di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, senza distinzioni di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale;

PP6 Ricordando la dichiarazione di un'emergenza di sanità pubblica di preoccupazione internazionale sul romanzo Coronavirus (2019-nCoV) il 30 gennaio 2020 da parte del Direttore Generale; e le raccomandazioni

temporanee emesse dal Direttore Generale ai sensi del Regolamento sanitario internazionale (2005, IHR) su consiglio del Comitato di emergenza per COVID-19;

PP7 ricordando le risoluzioni A / RES / 74/270 dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite su "Solidarietà globale per combattere la malattia di coronavirus 2019 (COVID-19)" e A / RES / 74/274 su "Cooperazione internazionale per garantire l'accesso globale ai medicinali, vaccini e attrezzature mediche per affrontare COVID-19";

PP8 Prendendo atto della risoluzione EB146.R10 intitolata "Rafforzare la preparazione alle emergenze sanitarie: attuazione del Regolamento sanitario internazionale (2005)" e ribadendo l'obbligo per tutte le Parti di attuare e rispettare pienamente l'IHR;

PP9 prendendo atto del piano strategico di preparazione e risposta dell'OMS (SPRP) e del piano globale di risposta umanitaria per COVID-19;

PP10 Riconoscendo che la pandemia COVID-19 colpisce in modo sproporzionato i poveri e le persone più vulnerabili, con ripercussioni sulla salute e sui progressi dello sviluppo, in particolare nei paesi a basso e medio reddito e in via di sviluppo, ostacolando in tal modo il raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo sostenibile (OSS) e Universal Health Coverage (UHC), anche attraverso il rafforzamento dell'assistenza sanitaria di base, e ribadendo l'importanza di sforzi continui e concertati e l'offerta di assistenza allo sviluppo, e riconoscendo ulteriormente con profonda preoccupazione l'impatto degli elevati livelli del debito sulle capacità dei paesi per resistere all'impatto dello shock COVID-19;

PP11 Riconoscendo ulteriormente gli impatti negativi della pandemia COVID-19 sulla salute, inclusi fame e malnutrizione, aumento della violenza contro donne, bambini e operatori sanitari di prima linea, nonché interruzioni nella cura delle persone anziane e delle persone con disabilità;

PP12 Sottolineando la necessità di proteggere le popolazioni, in particolare le persone con condizioni di salute preesistenti, le persone anziane e altre persone a rischio di COVID-19, compresi gli operatori sanitari, gli operatori sanitari e altri lavoratori in prima linea, in particolare le donne che rappresentano la maggior parte del personale sanitario, nonché persone con disabilità, bambini e adolescenti e persone in situazioni di vulnerabilità, e sottolineando l'importanza di misure sensibili all'età, alla dimensione di genere e sensibili alla disabilità a tale riguardo;

PP13 Riconoscendo la necessità per tutti i paesi di avere un accesso tempestivo senza ostacoli a diagnostica, terapie, medicinali e vaccini di qualità, sicuri, efficaci e convenienti, nonché alle tecnologie sanitarie essenziali e ai loro componenti, nonché attrezzature per la risposta COVID-19;

PP14 Rilevando la necessità di garantire l'accesso sicuro e senza ostacoli del personale umanitario, in particolare del personale medico che risponde alla pandemia di COVID-19, i loro mezzi di trasporto e attrezzature, e di proteggere ospedali e altre strutture mediche, nonché la consegna di forniture e attrezzature, al fine di consentire a tale personale di svolgere in modo efficiente e sicuro il proprio compito di assistenza alle popolazioni civili interessate;

PP15 ricordando la risoluzione 46/182 del 19 dicembre 1991 sul rafforzamento del coordinamento dell'assistenza umanitaria di emergenza delle Nazioni Unite e tutte le successive risoluzioni dell'Assemblea generale in materia, compresa la risoluzione 74/118 del 16 dicembre 2019;

PP16 Sottolineando che il rispetto del diritto internazionale, compreso il diritto internazionale umanitario, è essenziale per contenere e mitigare le epidemie di COVID-19 nei conflitti armati;

PP17 Riconoscere ulteriormente i numerosi impatti impreveduti sulla salute pubblica, le sfide e le esigenze in termini di risorse generate dalla pandemia in corso COVID-19 e le potenziali riemergenze, nonché la moltitudine e la complessità delle necessarie azioni immediate e a lungo termine, il coordinamento e la collaborazione richiesti a tutti i livelli di governance nelle organizzazioni e nei settori, compresa la società civile e il settore privato, sono tenuti ad avere una risposta efficiente e coordinata della sanità pubblica alla pandemia, senza lasciare nessuno indietro;

PP18 Riconoscendo l'importanza della pianificazione e della preparazione per la fase di recupero, anche per mitigare l'impatto della pandemia e delle conseguenze indesiderate delle misure di salute pubblica sulla società, la salute pubblica, i diritti umani e l'economia;

PP19 Esprimendo l'ottimismo per cui la pandemia COVID-19 può essere mitigata, controllata e superata con successo attraverso la leadership e la cooperazione, l'unità e la solidarietà globali sostenute;

OP1 chiede, nello spirito di unità e solidarietà, l'intensificazione della cooperazione e della collaborazione a tutti i livelli per contenere, controllare e mitigare la pandemia di COVID-19;

OP2 riconosce il ruolo guida chiave dell'OMS e il ruolo fondamentale del sistema delle Nazioni Unite nel catalizzare e coordinare la risposta globale alla pandemia di COVID-19 e gli sforzi centrali degli Stati membri al suo interno;

OP3 esprime il massimo apprezzamento e sostegno alla dedizione, agli sforzi e ai sacrifici, al di là del richiamo del dovere degli operatori sanitari, degli operatori sanitari e di altri importanti operatori di prima linea, nonché del Segretariato dell'OMS, nel rispondere alla pandemia di COVID-19;

OP4 chiede l'accesso universale, tempestivo ed equo e un'equa distribuzione di tutte le tecnologie e prodotti sanitari essenziali di qualità, sicuri, efficaci ed economici, compresi i loro componenti e precursori richiesti nella risposta alla pandemia di COVID-19 come priorità globale, e il rimozione urgente di ostacoli ingiustificati a ciò; coerenti con le disposizioni dei pertinenti trattati internazionali, comprese le disposizioni dell'accordo TRIPS e le flessibilità, come confermato dalla dichiarazione di Doha sull'accordo TRIPS e la sanità pubblica;

OP5 ribadisce l'importanza di soddisfare urgentemente le esigenze dei paesi a basso e medio reddito al fine di colmare le lacune per superare la pandemia attraverso lo sviluppo tempestivo e adeguato e l'assistenza umanitaria;

OP6 riconosce il ruolo dell'immunizzazione estesa contro COVID-19 come bene pubblico globale per la salute nella prevenzione, contenimento e interruzione della trasmissione al fine di porre fine alla pandemia, una volta disponibili vaccini sicuri, di qualità, efficaci, accessibili e convenienti;

OP7 invita gli Stati membri, 1 nel contesto della pandemia COVID-19, a:

OP7.1 Attuare una risposta da parte dell'intero governo e dell'intera società, anche mediante l'attuazione di un piano nazionale COVID-19 intersettoriale che delinea azioni sia immediate che a lungo termine al fine di rafforzare in modo sostenibile il loro sistema sanitario e l'assistenza sociale e supportare sistemi, capacità di preparazione, sorveglianza e capacità di risposta, nonché tenendo conto, in base al contesto nazionale, dell'orientamento dell'OMS, interagendo con le comunità e collaborando con le parti interessate pertinenti;

OP7.2 Attuare piani d'azione nazionali mettendo in atto, in base al loro contesto specifico, misure globali, proporzionate, temporali, sensibili all'età e alla disabilità e sensibili al genere nei settori governativi contro COVID-19, garantendo il rispetto dei diritti umani e le libertà fondamentali e prestando particolare attenzione alle esigenze delle persone in situazioni di vulnerabilità, promuovendo la coesione sociale, adottando le misure

necessarie per garantire la protezione sociale, la protezione dalle difficoltà finanziarie e prevenire l'insicurezza, la violenza, la discriminazione, la stigmatizzazione e l'emarginazione;

OP7.3 Garantire che le restrizioni alla circolazione delle persone e delle attrezzature e medicine mediche nel contesto di COVID-19 siano temporanee e specifiche e includano eccezioni per la circolazione degli operatori umanitari e sanitari, inclusi gli operatori sanitari della comunità per adempiere ai loro doveri e per il trasferimento di attrezzature e medicinali richiesti dalle organizzazioni umanitarie per le loro operazioni;

OP7.4 Adottare misure per sostenere l'accesso all'acqua potabile, i servizi igienico-sanitari e la prevenzione e il controllo delle infezioni, assicurando che venga posta adeguata attenzione alla promozione di misure igieniche personali in tutti gli ambienti, compresi quelli umanitari e in particolare nelle strutture sanitarie;

OP7.5 Mantenere il continuo funzionamento del sistema sanitario in tutti gli aspetti pertinenti, in conformità con il contesto e le priorità nazionali, necessari per un'efficace risposta della sanità pubblica alla pandemia di COVID-19 e ad altre epidemie in corso, e alla fornitura ininterrotta e sicura della popolazione e servizi a livello individuale, tra l'altro, per le malattie trasmissibili, anche mediante programmi di vaccinazione ininterrotti, malattie tropicali trascurate, malattie non trasmissibili, salute mentale, salute della madre e del bambino e salute sessuale e riproduttiva e promuovere una migliore alimentazione per donne e bambini, riconoscendo in questo considerare l'importanza di un maggiore finanziamento interno e di assistenza allo sviluppo ove necessario nel contesto del raggiungimento dell'UHC;

OP7.6 Fornire alla popolazione informazioni affidabili e complete su COVID-19 e sulle misure adottate dalle autorità in risposta alla pandemia e adottare misure per contrastare la disinformazione e la disinformazione e attività informatiche dannose;

OP7.7 Fornire accesso a test, trattamenti e cure palliative sicuri per COVID-19, prestando particolare attenzione alla protezione di persone con condizioni di salute preesistenti, persone anziane e altre persone a rischio, in particolare operatori sanitari, operatori sanitari e altri lavoratori rilevanti in prima linea;

OP7.8 Fornire agli operatori sanitari, agli operatori sanitari e agli altri operatori in prima linea esposti a COVID-19, l'accesso ai dispositivi di protezione individuale e altri beni necessari e la formazione, anche nella fornitura di sostegno psicosociale, l'adozione di misure per la loro protezione sul lavoro, facilitando il loro accesso al lavoro e la fornitura di una remunerazione adeguata, considera anche l'introduzione di condivisione dei compiti e spostamento dei compiti per ottimizzare l'uso delle risorse ;

OP7.9 Sfruttare le tecnologie digitali per la risposta a COVID-19, anche per affrontare il suo impatto socioeconomico, prestando particolare attenzione all'inclusione digitale, all'empowerment dei pazienti, alla privacy e alla sicurezza dei dati, alle questioni legali ed etiche e alla protezione dei dati personali;

OP7.10 Fornire informazioni sulla salute pubblica tempestive, accurate e sufficientemente dettagliate relative alla pandemia di COVID-19 come richiesto dall'IHR;

OP7.11 Condividere, conoscenze relative a COVID-19, lezioni apprese, esperienze, migliori pratiche, dati, materiali e materie prime necessari nella risposta con l'OMS e altri paesi, a seconda dei casi;

OP7.12 Collaborare per promuovere la ricerca e lo sviluppo finanziati dal governo e dal settore privato, compresa l'innovazione aperta, in tutti i settori pertinenti sulle misure necessarie per contenere e porre fine alla pandemia di COVID-19, in particolare su vaccini, diagnostica e terapie e condividere rilevanti informazioni con l'OMS;

OP7.13 Ottimizzare l'uso prudente di antimicrobici nel trattamento di COVID-19 e infezioni secondarie al fine di prevenire lo sviluppo di resistenza antimicrobica;

OP7.14 Rafforzare le azioni volte a coinvolgere la partecipazione delle donne in tutte le fasi dei processi decisionali e integrare una prospettiva di genere nella risposta e nel recupero di COVID-19;

OP7.15 Fornire finanziamenti sostenibili all'OMS per garantire che possa rispondere pienamente alle esigenze di salute pubblica nella risposta globale a COVID-19, senza lasciare nessuno indietro;

OP8 INVITA le organizzazioni internazionali e le altre parti interessate a:

OP8.1 Supportare tutti i paesi, su loro richiesta, nell'attuazione dei loro piani d'azione nazionali multisettoriali e nel rafforzamento dei loro sistemi sanitari per rispondere alla pandemia di COVID-19 e nel mantenimento della fornitura sicura di tutte le altre funzioni e servizi sanitari pubblici essenziali;

OP8.2 Lavorare in modo collaborativo a tutti i livelli per sviluppare, testare e potenziare la produzione di diagnostica, terapie, medicinali e vaccini sicuri, efficaci, di qualità, a prezzi accessibili per la risposta COVID-19, inclusi i meccanismi esistenti per la messa in comune volontaria e le licenze di brevetti per facilitare un accesso tempestivo, equo ed economico ad essi, in linea con le disposizioni dei pertinenti trattati internazionali, comprese le disposizioni dell'accordo TRIPS e le flessibilità, come confermato dalla Dichiarazione di Doha sull'accordo TRIPS e la sanità pubblica;

OP8.3 Indirizzare e, se del caso, in coordinamento con gli Stati membri, la proliferazione di disinformazione e disinformazione, in particolare nella sfera digitale, nonché la proliferazione di attività informatiche dannose che minano la risposta della salute pubblica e supportano la fornitura tempestiva di informazioni chiare, dati e informazioni oggettivi e basati su dati scientifici;

OP9 CHIEDE al Direttore Generale di:

OP9.1 Continuare a collaborare con il Segretario generale delle Nazioni Unite e le pertinenti organizzazioni multilaterali, comprese le agenzie firmatarie del Piano d'azione globale per vite e benessere sani, su una risposta completa e coordinata attraverso il sistema delle Nazioni Unite per sostenere gli Stati membri nelle loro risposte alla pandemia di COVID-19 in piena cooperazione con i governi, se del caso, dimostrando la leadership sulla salute nel sistema delle Nazioni Unite e continuando a fungere da gruppo di riferimento nella risposta umanitaria delle Nazioni Unite;

OP9.2 Continuare a sviluppare e rafforzare le capacità dell'OMS a tutti i livelli per svolgere pienamente ed efficacemente le funzioni che gli sono affidate ai sensi del IHR;

OP9.3 Assistere e continuare a invitare tutti gli Stati parti a intraprendere le azioni secondo le disposizioni del IHR, anche fornendo tutto il supporto necessario ai paesi per costruire, rafforzare e mantenere le proprie capacità per conformarsi pienamente al IHR;

OP9.4 Fornire assistenza ai paesi su loro richiesta, conformemente al loro contesto nazionale, per sostenere il continuo funzionamento sicuro del sistema sanitario in tutti gli aspetti pertinenti necessari per un'efficace risposta della sanità pubblica alla pandemia di COVID-19 e ad altre epidemie in corso, e la fornitura ininterrotta e sicura di servizi di popolazione e di livello individuale, per, tra l'altro, malattie trasmissibili, anche mediante programmi di vaccinazione ininterrotti, malattie tropicali trascurate, malattie non trasmissibili, salute mentale, salute della madre e del bambino e salute sessuale e riproduttiva e promuovere una migliore alimentazione per donne e bambini;

OP9.5 Assistere i paesi su richiesta nello sviluppo, nell'attuazione e nell'adattamento dei pertinenti piani nazionali di risposta a COVID-19, sviluppando, diffondendo e aggiornando prodotti normativi e guida tecnica, strumenti di apprendimento, dati e prove scientifiche per le risposte di COVID-19, anche per contrastare

disinformazione e disinformazione, nonché attività informatiche dannose, e continuano a lavorare contro medicinali e prodotti medici scadenti e falsi;

OP9.6 Continuare a lavorare a stretto contatto con l'Organizzazione mondiale per la salute animale (OIE), l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura (FAO) e i paesi, nell'ambito dell'Approccio One-Health per identificare la fonte zoonotica del virus e la via di introduzione alla popolazione umana, compreso il possibile ruolo di ospiti intermedi, anche attraverso sforzi come missioni sul campo scientifiche e collaborative, che consentiranno interventi mirati e un'agenda di ricerca per ridurre il rischio di eventi simili e fornire assistenza su come prevenire l'infezione da SARS-COV2 negli animali e nell'uomo e prevenire l'istituzione di nuovi bacini zoonotici, nonché per ridurre ulteriori rischi di insorgenza e trasmissione di malattie zoonotiche;

OP9.7 Informare periodicamente gli Stati membri, anche attraverso gli organi direttivi, sui risultati degli sforzi di raccolta fondi, sull'attuazione globale e sull'allocazione delle risorse finanziarie attraverso il piano strategico di preparazione e risposta (SPRP) dell'OMS, compresi lacune di finanziamento e risultati raggiunti, in un modalità trasparente, responsabile e rapida, in particolare sul sostegno fornito ai paesi;

OP9.8 Rapidamente, e prendendo atto dell'OP2 di RES / 74/274 e in consultazione con gli Stati membri, 1 e con contributi delle pertinenti organizzazioni internazionali della società civile e del settore privato, come appropriato, identificare e fornire opzioni che rispettino le disposizioni dei pertinenti trattati internazionali, comprese le disposizioni dell'accordo TRIPS e le flessibilità, come confermato dalla Dichiarazione di Doha sull'accordo TRIPS e la sanità pubblica da utilizzare per aumentare le capacità di sviluppo, produzione e distribuzione necessari per un accesso equo e trasparente a strumenti diagnostici, terapeutici, medicinali e vaccini di qualità, sicuri, convenienti ed efficaci per la risposta COVID-19, tenendo conto dei meccanismi, degli strumenti e delle iniziative esistenti, come l'accesso agli strumenti COVID-19 (ACT) acceleratore e relativi appelli promettenti, come la campagna di promessa "The Coronavirus Global Response", per l'esame degli organi direttivi;

OP9.9 Garantire che il segretariato disponga di risorse adeguate per sostenere gli Stati membri che concedono le autorizzazioni regolamentari necessarie per consentire contromisure COVID-19 tempestive e adeguate;

OP9.10 Avviare, al più presto possibile, e in consultazione con gli Stati membri, 1 un processo graduale di valutazione imparziale, indipendente e completa, compreso l'uso dei meccanismi esistenti, 2 a seconda dei casi, per rivedere l'esperienza acquisita e gli insegnamenti tratti dall'OMS- coordinata risposta sanitaria internazionale a COVID-19, incluso (i) l'efficacia dei meccanismi a disposizione dell'OMS; (ii) il funzionamento dell'IHR e lo stato di attuazione delle raccomandazioni pertinenti dei precedenti comitati di revisione dell'IHR; (iii) il contributo dell'OMS agli sforzi a livello delle Nazioni Unite; e (iv) le azioni dell'OMS e le relative tempistiche relative alla pandemia di COVID-19 e formulare raccomandazioni per migliorare la prevenzione, la preparazione e la capacità di risposta alla pandemia globale, anche attraverso il rafforzamento, se del caso, del Programma per le emergenze sanitarie dell'OMS;

OP9.11 Riferire alla Settantaquattresima Assemblea Mondiale della Sanità, attraverso la 148a sessione del Consiglio Direttivo, sull'attuazione di questa risoluzione.



La ricetta di *Slow Medicine* per cure “sobrie, rispettose, giuste” anche in tempo di pandemia.

In questi giorni, sovrastati dalle crescenti richieste di aiuto, tutta l’attenzione si è concentrata sulla dotazione di tecnologie, sui respiratori, l’ossigeno, i posti letto in terapia intensiva, le cure innovative, i tamponi, i vaccini, le mascherine: questioni assolutamente importanti, che sono state affrontate con encomiabile impegno. Scarsa o pressoché nulla è stata invece l’attenzione riservata alla persona, ai suoi affetti, ai sentimenti e all’enorme sofferenza provocata dalla separazione improvvisa, assoluta e crudele da ogni relazione umana

A cura del direttivo di Slow Medicine

La cura, in tutte le sue dimensioni

I tragici eventi di questi giorni hanno stimolato tantissime riflessioni alle quali aggiungiamo alcune considerazioni di *Slow Medicine*: non già per il piacere di dare spiegazioni, ricercare errori o individuare colpevoli, ma con l’obiettivo di utilizzare questa drammatica esperienza per trarne qualche insegnamento.

Come ben si sa, in prossimità di un evento drammatico la natura umana manifesta una particolare inclinazione a formulare elenchi dettagliati di tutti gli errori commessi e di tutto quello che si dovrebbe fare in futuro: aver cura dell’ambiente, contenere i consumi, potenziare la prevenzione, riorganizzare i servizi sanitari, ridurre le diseguaglianze, ripensare il sistema economico, dedicare più risorse alla ricerca e molto altro ancora. Tutte questioni sacrosante, che richiedono la massima attenzione, ma che non dovrebbero farci dimenticare che la vita contempla anche i limiti e la morte.

Proprio alla luce di quanto è successo durante la pandemia, pensiamo che qualcosa dovrebbe cambiare anche nel modo in cui affrontiamo i momenti cruciali dell’esistenza durante i quali le esigenze della vita e le istanze della morte si sfiorano, s’intrecciano, si confondono e si manifestano con contrapposte esigenze.

In questi giorni, sovrastati dalle crescenti richieste di aiuto, tutta l’attenzione si è concentrata sulla dotazione di tecnologie, sui respiratori, l’ossigeno, i posti letto in terapia intensiva, le cure innovative, i tamponi, i vaccini, le mascherine: questioni assolutamente importanti, che sono state affrontate con encomiabile impegno.

Scarsa o pressoché nulla è stata invece l’attenzione riservata alla persona, ai suoi affetti, ai sentimenti e all’enorme sofferenza provocata dalla separazione improvvisa, assoluta e crudele da ogni relazione umana. Sono struggenti i racconti di nonni, genitori, coniugi, figli portati via d’urgenza in ambulanza, senza la possibilità di dar loro un saluto, una parola di conforto, una carezza, uno sguardo; deceduti in solitudine, lontani dai propri cari, in ambienti estranei, disorientati e travolti da una lotta convulsa per la sopravvivenza.

Riguardo a questo punto, anche la gestione dell’assistenza avrebbe dovuto essere meno ospedalocentrica, più attenta alla sanità pubblica, al territorio e al personale sanitario che, soprattutto nei primi momenti, ha affrontato la pandemia “a mani nude” e con la non facile responsabilità di decidere.

Come coniugare pandemia e *Slow Medicine*

Anche nell'emergenza, anche nel tempo congestionato delle decisioni drammatiche il pensiero *Slow* è pertinente. Perché *Slow* applicato alla medicina non equivale a "lento", a prendersela con calma. Rimanda a una modalità di praticare la cura, nella gestione della cronicità come nel momento dell'urgenza

Nell'aggettivo *Slow* sono comprese le tre caratteristiche esplicitate nel manifesto del movimento: cure sobrie, rispettose e giuste che sono un richiamo ai tre principi fondamentali – beneficenza, autonomia e giustizia – che la bioetica da cinquant'anni sta proponendo come la spina dorsale della pratica medica nell'epoca moderna. Non si tratta di una formula magica che dia, a effetto garantito, le cure sanitarie dei nostri sogni. I tre aggettivi ci rimandano piuttosto a criteri di qualità, che ci permettono una valutazione ragionata dei nostri comportamenti.

Perdurando ancora la pandemia, ma in tempi meno concitati, è opportuno rivolgere uno sguardo ai giorni che abbiamo alle spalle e al modo in cui abbiamo offerto cure e contrastato l'epidemia. Senza alcun intento accusatorio. Ma è un fatto che nei giorni più caldi della lotta al Covid-19 sono emersi punti di forza e punti di debolezza del nostro sistema. Nonché comportamenti esemplari insieme ad altri che lasciano perplessi. Confrontarli serenamente con la pratica della medicina in modalità *Slow* può essere istruttivo. Soprattutto può indurci a miglioramenti. Ci saranno utili in tempi di pandemia, così come in epoca di normalità.

Che cos'è sobrio, rispettoso e giusto nei momenti in cui si è di fronte a scelte che contemplano la morte e si tratta di decidere per sé e per gli altri? Quali consigli e quale supporto si possono dare alle persone, ai professionisti e alle istituzioni quando si tratta di affrontare una pandemia di questa portata

Sobrietà, ovvero le cure nella giusta misura

"Il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell'autonomia della persona tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse". La triplice scansione della professionalità medica è stata sintetizzata con queste parole nella versione del Codice di deontologia medica del 2006. Il primo criterio – erogare cure efficaci – si è sempre più trovato a misurarsi non solo con il criterio della validazione scientifica delle cure, ma anche con la loro quantità. *Slow Medicine* ha aderito al motto: "*Less is more*", promuovendo il corrispondente italiano "*Fare di più non significa fare meglio*".

A scanso di equivoci: non significa fare il meno possibile, ma cercare la giusta misura.

Per questo i professionisti sono invitati a cercare loro stessi l'appropriatezza, individuando ed escludendo almeno cinque pratiche abituali nel loro ambito che non hanno dato prova di portare un vantaggio di salute. Il movimento internazionale *Choosing Wisely* ha raccolto la sfida, promuovendo una quantità di liste ben argomentate di pratiche a rischio di inappropriata, derivanti dalla competenza dei professionisti e dalle prove scientifiche.

Certo, è vero che "*sometimes less is more, sometimes more is more, and often we just don't know*" (Lisa Rosenbaum, *New Engl J Med* 2017). Ma ci domandiamo se l'incertezza, causata da un'epidemia per la quale al momento non abbiamo a disposizione rimedi efficaci giustifichi "fare tutto il possibile", sovrapponibile a "prolungare la vita a qualsiasi costo" o se piuttosto, anche in questo caso, alla base del nostro agire non ci debba essere la ragionevole previsione di apportare più beneficio che danno. È il principio della proporzionalità delle cure, che tiene conto del fatto che pazienti anziani fragili in condizioni tanto critiche da richiedere l'intubazione per qualsiasi motivo, incluso COVID-19, hanno esiti di sopravvivenza molto scarsi e scarsa qualità della vita.

In questo scenario, in cui le scelte sono state rese più tragiche dall'eccezionale concentrazione dei casi che ha costretto talvolta i clinici a decidere chi avviare alle procedure intensive, consideriamo esemplare l'iniziativa della SIAARTI (*Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva*) di dar conto dei criteri con cui operare le scelte mediante il documento "*Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione ai trattamenti intensivi e per la loro sospensione in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili*" (6 marzo 2020).

Ciò implica la volontà di portare luce in quella zona grigia della clinica in cui le decisioni vengono prese senza un'esplicitazione e una condivisione con altri professionisti, ovvero prevale la convinzione che certe cose si fanno

ma non si dicono. Con un termine che in italiano suona enigmatico, questo atteggiamento di esplicitazione dei criteri in inglese si chiama *accountability*. Corrisponde al tentativo di rendere conto in medicina dei criteri che vengono adottati per le scelte.

Questo non è avvenuto solo in Italia: con l'espandersi della pandemia anche i medici di molti altri Paesi di fronte alla crescita esponenziale di persone con necessità di supporto delle funzioni vitali, si sono interrogati sulle decisioni da prendere in previsione di una carenza di posti letto in terapia intensiva, di attrezzature, di servizi sanitari di supporto.

In passato è prevalso il criterio autoreferenziale delle scelte fatte "in scienza e coscienza".

Anche quando sia l'una che l'altra siano di fatto presenti, ai nostri giorni è necessaria una trasparenza che equivale a una rendicontazione. Un rendere conto del proprio operato che non si indirizza ai giudici, come avviene nella malaugurata ipotesi di denunce, bensì ai cittadini stessi. L'*accountability* nutre la fiducia di coloro che alla "scienza e coscienza" dei professionisti devono necessariamente affidarsi; ma si sentono rassicurati dal fatto che non è chiesta loro una fiducia cieca. Ciò avviene quando i criteri delle scelte e delle decisioni sono resi pubblici dai professionisti stessi.

Cure rispettose: un'alleanza tra professionisti e pazienti

Il rispetto di cui il movimento di *Slow Medicine* si fa promotore va oltre la tutela della privacy e la necessaria delicatezza nel prendersi cura di una persona sottoposta a trattamenti sanitari. Nasce dal secondo principio che caratterizza la professionalità di cura moderna: il rispetto dell'autonomia. Che non deve venir meno neppure quando le persone non fossero più autonome in senso sociale. Incontriamo qui un altro termine di cui ci riesce difficile trovare l'equivalente in italiano: *empowerment*. Comporta che le decisioni cliniche siano prese con il malato, non sul malato. Questa modalità si estende a tutte le situazioni, comprese quelle estreme. Non esclusa la condizione di fine vita: la condivisione dei percorsi e delle scelte è condizione indispensabile per esercitare l'*empowerment*.

Informazione e consenso (anche nella forma riduttiva e burocratizzata di ciò che nella pratica clinica è diffuso sotto il nome di consenso informato) sono quasi scomparsi dalle cure erogate in epoca di pandemia. Considerati quasi un lusso che non ci si può permettere, come una ricetta da gourmet in tempo di carestia, specialmente nella fase di iperafflusso di pazienti critici. Anche l'informazione ai familiari delle persone ricoverate in terapia intensiva e ospiti delle RSA è stata estremamente difficoltosa e spesso carente per le limitazioni imposte dalle esigenze di sicurezza e di privacy.

Sul rispetto delle volontà e delle preferenze del paziente merita una particolare menzione la raccomandazione n. 8 del movimento internazionale *Choosing Wisely* su COVID-19: "*Non intubare pazienti fragili senza aver parlato con i familiari riguardo alle direttive anticipate del paziente, ogniqualvolta è possibile*". Questa attenzione definisce il perimetro della buona medicina. "Ogniqualvolta è possibile", certo; ma anzitutto bisogna riconoscere all'autodeterminazione il diritto di cittadinanza nella medicina del nostro tempo, anche in situazioni di emergenza.

Nella stessa direzione si muove il documento SIAARTI sopra citato, che tra le sue raccomandazioni prevede di "considerare con attenzione l'eventuale presenza di volontà precedentemente espresse dai pazienti attraverso eventuali DAT (Disposizioni Anticipate di Trattamento) e, in modo particolare, quanto definito attraverso una pianificazione condivisa delle cure". Da citare, riguardo alla relazione con i familiari, il documento inter societario SIAARTI, ANIARTI, SICP e SIMEU: "*Come comunicare con i familiari in condizioni di completo isolamento*" (18 aprile 2020). La sensibilità dimostrata in questo caso da medici e infermieri, palliativisti ed esperti di emergenza-urgenza dà concretezza a ciò che si intende nell'ambito della *Slow Medicine* per "*cure rispettose*", estese non solo ai malati ma anche ai familiari e inserisce la comunicazione come parte integrante del percorso di cura.

Molta perplessità suscita soprattutto la latitanza delle cure palliative nello scenario della pandemia. "*Morire male di Coronavirus è una realtà dai numeri spaventosi che disegna il profilo di una tragedia dentro la tragedia*" ci ricorda Giorgio Trizzino (ex direttore dell'Hospice Civico di Palermo) dai banchi del Parlamento.

Sulla scena della crisi ha pesato anche la concezione troppo diffusa che le cure palliative siano riservate ai pazienti oncologici e siano un'alternativa agli interventi curativi. Tanto più se sono organizzate come un passaggio di competenze, quando “non c'è più niente da fare”, dagli specialisti della cura ad altri specialisti, quelli della palliazione appunto. Ancora è lontano dall'essere diventato un luogo comune tra tutti i professionisti lo slogan che i pionieri della palliazione in Italia hanno fatto proprio fin dall'inizio: “Quando non c'è più niente da fare c'è tanto da fare”.

Purtroppo, in alcuni casi anche strutture come gli hospice, dedicate per l'appunto ad accompagnare l'ultimo tratto di strada, a lenire il dolore e i sintomi, a rendere il decesso meno straziante non sono state usate secondo queste finalità e la morte è avvenuta in stato di abbandono. Mentre in qualche altro caso le strutture destinate al sostegno della grande vecchiaia e della non autosufficienza sono state usate come hospice: ma non in senso proprio, bensì come luogo dove morire. Anche i malati di Covid-19, quando i trattamenti si dimostrano inefficaci, hanno invece diritto a “morire bene” in qualsiasi ambiente si trovino, attraverso il controllo dei sintomi e l'accompagnamento psicologico e spirituale.

Non si può infine non ricordare che solitudine e paura hanno contrassegnato le esperienze delle persone, dei pazienti in tutte le fasi della malattia ma anche dei professionisti sanitari, e che le conseguenze psicologiche rischiano di persistere a lungo.

Risorse allocate e organizzate con giustizia

Probabilmente la pandemia ha potuto imperversare in alcuni luoghi anche perché l'organizzazione non era sufficientemente pronta a far fronte ad un evento imprevedibile, perlomeno nei modi, nei tempi e nelle dimensioni in cui si è manifestato. La coperta era troppo corta e non tutte le persone contagiate hanno potuto avere le cure di cui avevano bisogno. Pensiamo alle carenze di programmi di sanità pubblica per contenere i contagi, di servizi domiciliari, di una rete di assistenza territoriale, di mezzi di protezione degli operatori, di letti negli ospedali, di servizi di cure palliative, di posti in rianimazione.

Anche la capacità di far fronte all'emergenza ha un termine tecnico: in inglese si chiama preparedness. Lo possiamo tradurre, a orecchio, come preparazione, ma implica capacità molto specifiche per affrontare eventi imprevisi, come la pianificazione, la predisposizione di risorse e di competenze multidisciplinari, la capacità di intervenire. La preparedness è il contrario dell'atteggiamento scaramantico, del tipo “io speriamo che me la cavo”. Di fatto la nostra preparedness non è mai stata messa in grado di funzionare.

La prima reazione all'ondata di pazienti malati con sintomi di insufficienza respiratoria acuta è stata la ricerca di ventilatori e di posti di degenza soprattutto di terapia intensiva piuttosto che potenziare il trattamento a domicilio fin dalle prime fasi della malattia. Non sono state individuate e organizzate strutture intermedie che servissero da filtro agli accessi in ospedale e di assistenza ai malati meno gravi affidandone le cure e l'isolamento ai familiari, senza un adeguato supporto assistenziale.

Questi servizi, tuttavia, possono essere potenziati in situazioni di emergenza, come per esempio attraverso il supporto delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), ma non possono essere creati dal nulla, se già non esiste una capillare struttura di servizi, di professionisti e di programmi ben collaudati su cui si possa fare affidamento.

La pandemia ha fatto emergere la disfunzionalità dei servizi di sanità pubblica e di comunità e i limiti culturali di una programmazione centrata quasi esclusivamente sulle tecnologie e sulla specializzazione. Improvvisamente l'ordine è saltato e sono emerse, in tutta la loro gravità, le disfunzioni organizzative e soprattutto le carenze della politica sanitaria, quella destinata a provvedere alla macro allocazione delle risorse e alla loro finalizzazione.

Quando si parla di territorio non si intende un luogo fisico ma una rete strutturata di servizi che compenetrano il tessuto sociale della comunità di riferimento. In questo contesto il medico di medicina generale non può essere un elemento separato dal sistema, deve occupare un posto di primo piano all'interno di un gruppo multi professionale dotato di collegamenti agili e ben coordinati con: servizi di prevenzione primaria, servizi di assistenza domiciliare,

specialisti di supporto, famiglia, associazioni di volontariato, servizi sociali, hospice, residenze protette,

È solo in un contesto territoriale ben strutturato che i pazienti possono ricevere le cure di cui hanno bisogno senza essere costretti a ricorrere impropriamente all'ospedale, potendosi avvalere di tutte le risorse della comunità allo scopo, per quanto possibile, di lasciare le persone all'interno del proprio ambito familiare e sociale di riferimento.

Il nostro auspicio è che alla luce di quanto successo si debba avviare senza indugi un radicale rinnovamento dell'organizzazione delle cure, da realizzare secondo una prospettiva sistemica tenendo conto cioè che specializzazione delle competenze e integrazione delle professionalità e delle attività tra ospedale e territorio devono procedere in completa sintonia, secondo programmi strutturati e condivisi.

Nel territorio, in particolare, bisogna rendersi conto che i servizi non si basano sulla gerarchia, sugli ordini e sulle procedure bensì sui principi che caratterizzano il funzionamento delle reti, cioè attraverso aggregazioni funzionali flessibili, lavoro in team multi professionali, servizi permeabili alle esigenze, agli stimoli e ai supporti che giungono dalla comunità di riferimento e soprattutto che agiscono in modo sobrio, rispettoso e giusto.

Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19

Instant REPORT#7: 14 Maggio 2020

Gruppo di Lavoro

Americo Cicchetti, Gianfranco Damiani, Maria Lucia Specchia, Eugenio Anessi Pessina, Antonella Cifalinò, Giuseppe Scaratti, Rocco Reina, Michele Basile, Rossella Di Bidino, Eugenio Di Brino, Maria Giovanna Di Paolo, Andrea Di Pilla, Carlo Favaretti, Fabrizio Massimo Ferrara, Marzia Vittoria Gallo, Luca Giorgio, Roberta Laurita, Marta Piria, Maria Teresa Riccardi, Filippo Rumi, Andrea Silenzi, Angelo Tattoli, Entela Xoxi, Marzia Ventura, Concetta Lucia Cristofaro, Walter Vesperi, Anna Maria Melina, Teresa Gentile, Giovanni Schiuma, Primiano Di Nauta, Raimondo Ingrassia, Paola Adinolfi, Chiara Di Guardo

(Sintesi)

Obiettivi

- Obiettivo di questo documento è presentare un confronto sistematico dell'andamento della diffusione del Sars-COV-2 a livello nazionale e in 6 Regioni italiane, che rappresentano il 52% della popolazione nazionale e che al 12 Maggio hanno il 78% dei positivi al virus rispetto al totale dei positivi sul territorio nazionale e il 77% dei casi. In queste Regioni sono deceduti l'83% delle 30.911 persone che abbiamo perduto dall'inizio del contagio.
- Il gruppo di lavoro dell'Università Cattolica ha elaborato un sistema di indicatori utile a valutare l'effetto che i diversi provvedimenti emergenziali (adottati a livello nazionale e a livello regionale) hanno avuto sull'andamento del contagio e per comprendere le implicazioni sui modelli organizzativi progressivamente adottati sul territorio nazionale.
- La finalità è comprendere meglio le implicazioni delle diverse strategie adottate dalle Regioni per fronteggiare la diffusione del virus e le conseguenze del Covid19 in contesti diversi per trarne indicazioni per il futuro prossimo e per acquisire insegnamenti derivanti da questa drammatica esperienza.
- Il documento non pretende di essere esaustivo né tantomeno ha l'obiettivo di stilare classifiche o dare giudizi sulle scelte adottate in una situazione di grave emergenza, ma intende offrire a ricercatori e policy makers una base conoscitiva per sviluppare ulteriori analisi per una migliore comprensione di un evento di portata storica e che, se ben analizzato, permetterà di innescare un processo di apprendimento utile alle decisioni future.

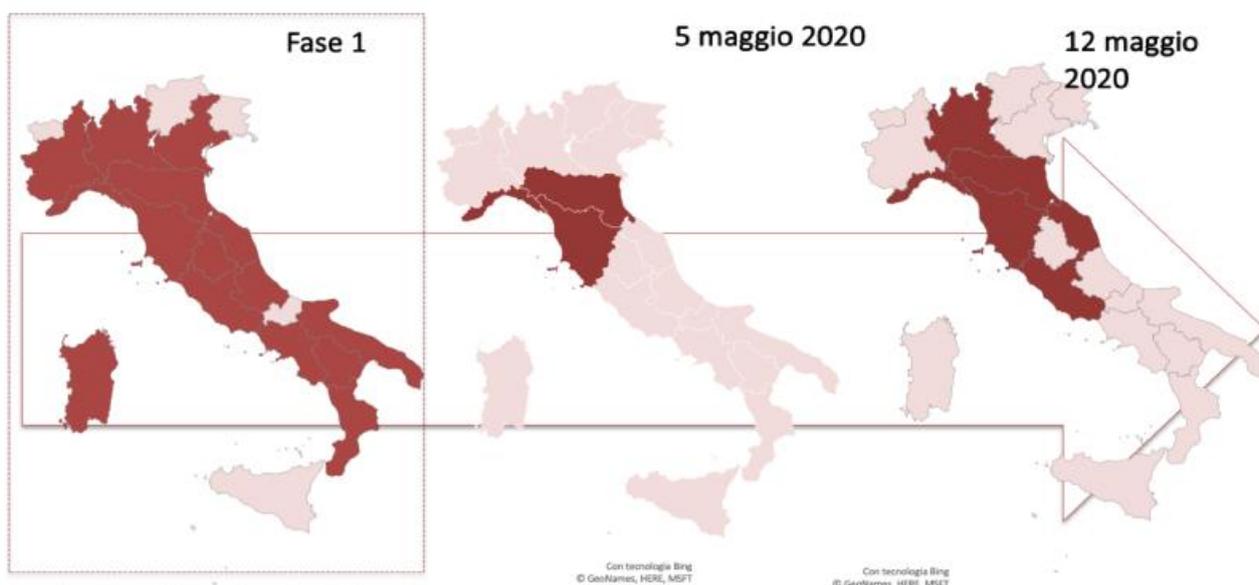
Principali provvedimenti nazionali

Data	Provvedimento	Sintesi dei contenuti
17 Marzo 2020	Decreto Legge del 17 marzo n.18 - Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale ➤ Misure a sostegno del lavoro ➤ Misure a sostegno della liquidità attraverso il sistema bancario ➤ Misure fiscali a sostegno della liquidità delle famiglie e delle imprese
22 Marzo 2020	Dpcm 22 marzo 2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Chiusura attività produttive e commerciali ➤ Restrizione alla circolazione di persone tra comuni
25 Marzo 2020	Decreto Legge del 25 marzo 2020 n.19 - Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Misure urgenti per evitare la diffusione del COVID-19 ➤ Restrizione negli assembramenti e per la circolazione <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sanzioni
1 Aprile 2020	Dpcm 1 aprile 2020 - Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ulteriori misure per il contenimento del contagio
10 Aprile 2020	Dpcm 10 aprile 2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ulteriori misure urgenti per il contenimento del contagio; ➤ misure di contenimento del contagio per lo svolgimento in sicurezza delle attività produttive industriali e commerciali
26 Aprile 2020	Dpcm 26 aprile 2020 -Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ulteriori misure urgenti per il contenimento del contagio; ➤ misure di contenimento del contagio per lo svolgimento in sicurezza delle attività produttive industriali e commerciali
10 maggio 2020	Decreto Legge 10 maggio 2020, n. 30. Misure urgenti in materia di studi epidemiologici e statistiche sul SARS-COV-2	Misure finalizzate alla conduzione di studi epidemiologici e all'elaborazione di statistiche affidabili e complete sullo stato immunitario della popolazione

Indirizzi clinico organizzativi (Livello nazionale)

Data	Ente	Provvedimento	Sintesi dei contenuti
29 Febbraio 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute del 29/02/2020 - Linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da Covid-19	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Requisiti per presidi COVID ➤ postazioni isolate per osservazione di pazienti ventilati/intensivi sospetti SARS – CoV – 2 in attesa risultati test diagnostici eseguiti; ➤ terapie intensive di coorte (separate) (UTI) ➤ UTI prioritariamente create in strutture ospedaliere con reparti di malattie infettive e nelle strutture ospedaliere di riferimento ECMO1 ➤ Definizione criteri di accesso al trattamento intensivo dei pazienti COVID-19, loro gestione clinica ed assistenziale; ➤ Criteri di distribuzione e utilizzo dei DPI e relativa formazione del personale; ➤ la previsione di ampliare la capacità di ogni singola struttura ospedaliera mediante l'attivazione di posti letto di area critica attualmente non funzionanti e/o procedere rimodulazione dell'attività programmata; ➤ formazione del personale per utilizzo dei sistemi di ventilazione e alla corretta adozione dei DPI.
1 Marzo 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute del 01/03/2020 - Incremento disponibilità posti letto de Servizio Sanitario Nazionale e ulteriori indicazioni relative alla gestione dell'emergenza	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Attivazione modello di cooperazione interregionale ➤ Incremento della disponibilità dei posti letto, + 50% in terapia intensiva ➤ Coordinamento trasporti regionali ed interregionali (CROSS) ➤ Incremento del 100% dei posti letto in unità di pneumologia e malattie infettive, isolati e dotati di strumenti per il supporto alla respirazione (compresa ventilazione assistita)
9 marzo 2020	Governo	Decreto Legge 9 marzo 2020, n. 14 «Disposizioni urgenti per potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Potenziamento delle risorse umane SSN; ➤ Potenziamento delle reti assistenziali (attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale - USCA)
16 Marzo 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute 16/03/2020 - Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificazione prestazioni ambulatoriali e ospedaliere non COVID differibili
25 Marzo 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute del 25/03/2020 - Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rimodulazione contratti per prestazioni COVID e non COVID con operatori privati ➤ Differenziazione chiamate al 112/118 ➤ Linee di indirizzo per gestione territoriale e RSA ➤ Coordinamento soluzioni ICT e Digitali ➤ Sperimentazioni medicinali
18 Aprile 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute del 18/04/2020 - Indicazioni ad interim per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali e socioassistenziali	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Indicazioni clinico – organizzative per la prevenzione e il controllo dell'infezione da COVID 19 in strutture residenziali e socioassistenziali
30 Aprile 2020	MdS	Decreto del 30 aprile 2020 - Emergenza COVID-19: attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase 1 alla fase 2A di cui all'allegato 10 del DPCM 26/4/202	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Defizione dei criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario per l'evoluzione della situazione epidemiologica.
9 maggio 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute del 9 Maggio 2020 - COVID-19: test di screening e diagnostici	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Indicazioni in merito all'utilizzo di test sierologici e molecolari

Programmazione regionale per l'organizzazione della rete ospedaliera – COVID-19



Commento

I cartogrammi mostrano l'evoluzione della normativa prodotta dalle regioni sul tema della programmazione ospedaliera della rete COVID – 19. A distanza di 7 giorni dall'ultimo aggiornamento, sembrerebbe che 3 Regioni abbiano emanato direttive per la riorganizzazione della rete ospedaliera. In totale, quindi, 6 Regioni (prevalentemente del Centro – Nord) hanno definito l'assetto ospedaliero a regime.

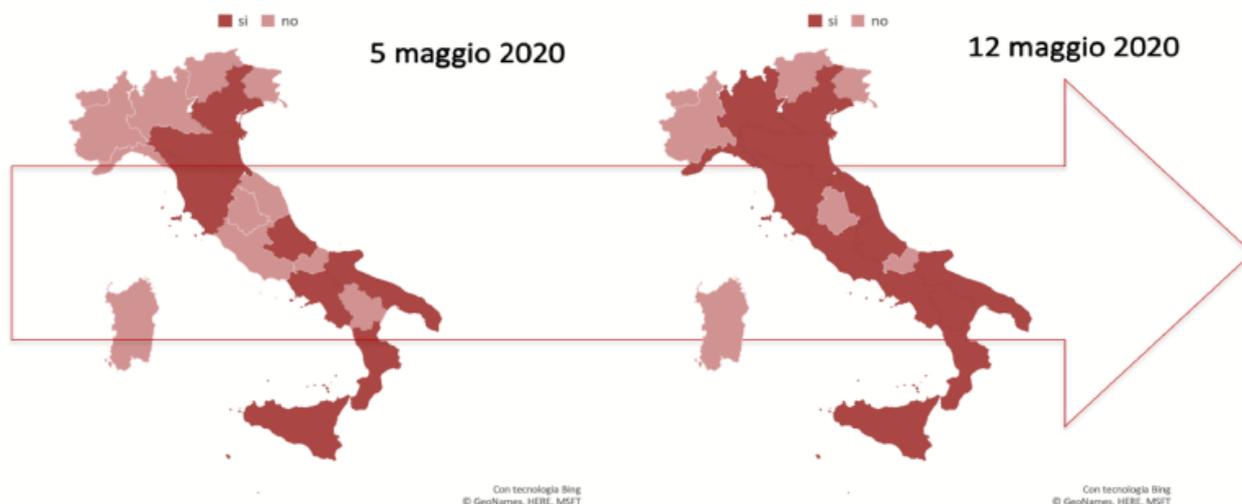
Gli approcci Regionali all'organizzazione della rete ospedaliera COVID – 19 per la fase 2

Covid – Hospital dedicati	Modello a rete	Hub and spoke
		
Marche (con supporto UUOO Malattie infettive regionali)	Lombardia	Lazio
	Liguria (+ covid-free hospitals)	Emilia –Romagna (solo per terapia intensiva programma «covid-19 intensive care»)

Commento

La tabella mostra i diversi approcci seguiti dalle regioni nell'organizzazione della rete ospedaliera COVID – 19 nella fase due: emerge chiaramente l'estrema eterogeneità nelle scelte. Lombardia e Liguria sembrerebbero aver optato per modello a rete, mentre Lazio ed Emilia Romagna (solo per la rete delle terapie intensive) si sono orientate verso modelli hub and spoke. Nelle Marche è, invece, stata dedicata una struttura specifica alla cura dei pazienti COVID – 19. NB: le informazioni al momento disponibili sull'organizzazione della rete della Regione Toscana non consentono di identificarne un modello organizzativo.

Sono state emanate linee guida per la ripresa dall'attività in ricovero in elezione e attività ambulatoriale?

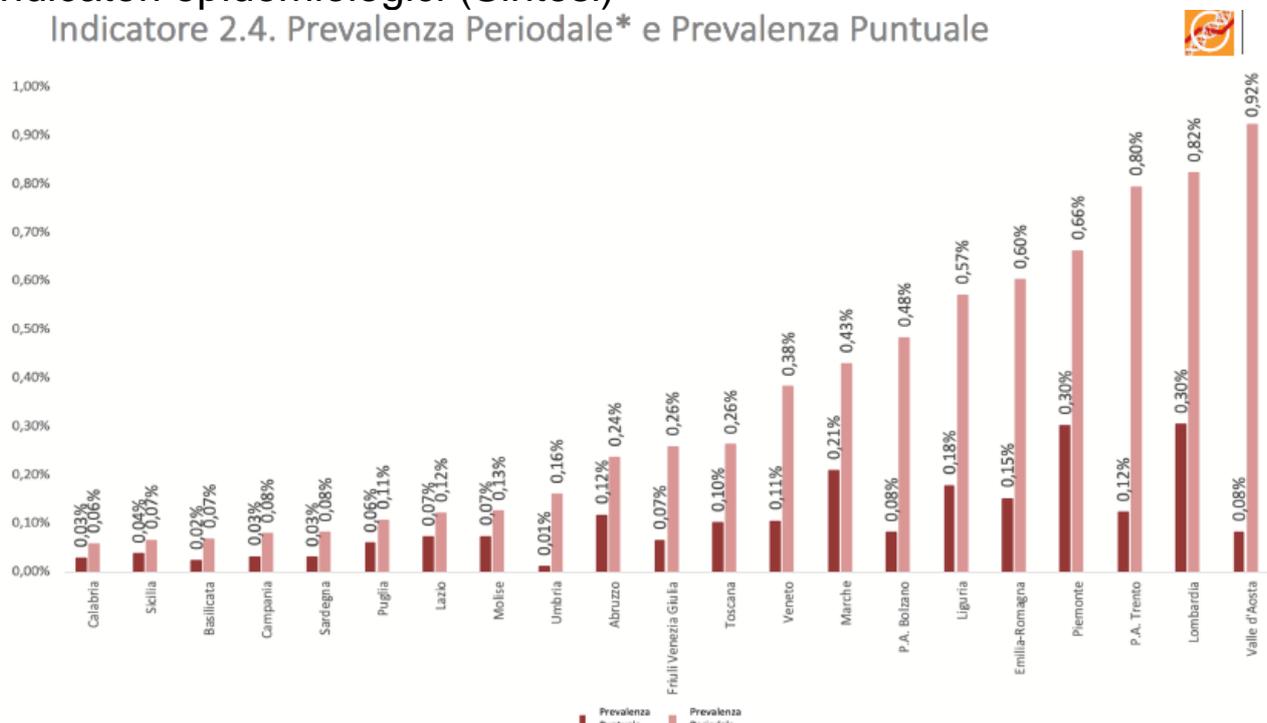


Commento

Il cartogramma mette in luce le differenze regionali nella definizione di linee guida per la ripartenza dell'attività chirurgica in elezione e ambulatoriale, sospese dalla circolare del Ministero della Salute del 29 febbraio 2020. Rispetto al precedente aggiornamento, 5 regioni hanno deliberato in tal senso, emanando specifiche linee guida (Basilicata, Liguria, Lombardia e Marche). Per tale motivo, ad oggi, il 65 % delle Regioni Italiane ha definito pratiche e raccomandazioni che consentiranno di far ripartire l'attività ambulatoriale e chirurgica in elezione.

Indicatori epidemiologici (Sintesi)

Indicatore 2.4. Prevalenza Periodale* e Prevalenza Puntuale



Commento

L'indicatore mostra una maggiore prevalenza di periodo in Valle D'Aosta (riferita a tutto il periodo dell'epidemia). La differenza tra prevalenza puntuale e prevalenza di periodo indica un diverso peso dell'emergenza nelle varie regioni, attualmente ancora in evoluzione, e potrebbe indicare una diversa tempestività nelle misure di contenimento adottate.

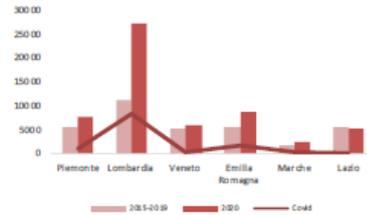
(* Il dato considera il periodo dal 1 Marzo 2020 al 12 Maggio 2020

Indicatore 2.6. Evoluzione decessi: 2020 vs. 2015-2019 (2/2)



You Exec

Mortalità: decessi totali 2020 vs. 2015-2019
 Il grafico a barre riporta i decessi totali nel periodo 20 febbraio-31 marzo. Per i periodi 2015-2019, l'ISTAT riporta il dato medio. La linea evidenzia i decessi COVID.



Mortalità: variazione nei decessi

Lombardia	N	%
Decessi COVID	8362	52%
Decessi Incrementali non-COVID	7722	48%
Decessi Incrementali	16084	100%

Piemonte	N	%
Decessi COVID	1018	48%
Decessi Incrementali non-COVID	1094	52%
Decessi Incrementali	2112	100%

Lazio	N	%
Decessi COVID	158	
Decessi Incrementali non-COVID	n.a.	
Decessi Incrementali	-394	



Veneto	N	%
Decessi COVID	511	51%
Decessi Incrementali non-COVID	488	49%
Decessi Incrementali	999	100%

Emilia-Romagna	N	%
Decessi COVID	1890	61%
Decessi Incrementali non-COVID	1218	39%
Decessi Incrementali	3108	100%

Marche	N	%
Decessi COVID	328	45%
Decessi Incrementali non-COVID	401	55%
Decessi Incrementali	729	100%

Definizioni:

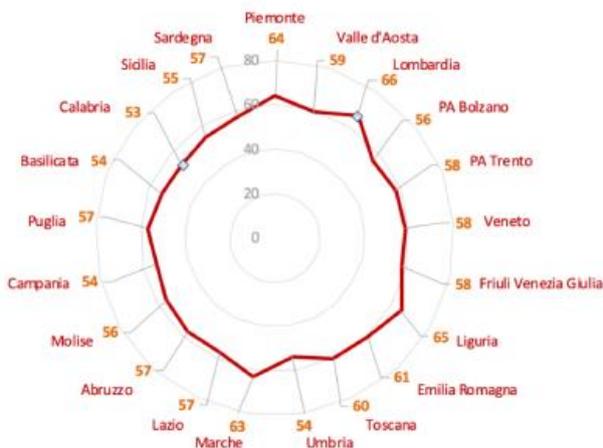
Decessi incrementali: Incremento nel numero dei decessi calcolato comparando i decessi 2020 con i decessi medi 2015-2019 nel periodo 20 febbraio-31 marzo
Decessi incrementali non-COVID: Quota dei decessi incrementali non coperta dai decessi COVID
Decesso COVID: Si intende il decesso relativo a persona sottoposta al tampone e risultata positiva

	Decessi Incrementali	Decessi COVID	Decessi Incrementali non COVID	% Decessi Incrementali non COVID
Nord	23911	12557	11354	47,5%
Centro	865	749	116	13,4%
Mezzogiorno	578	404	174	30,1%
Italia	25354	13710	11644	45,9%

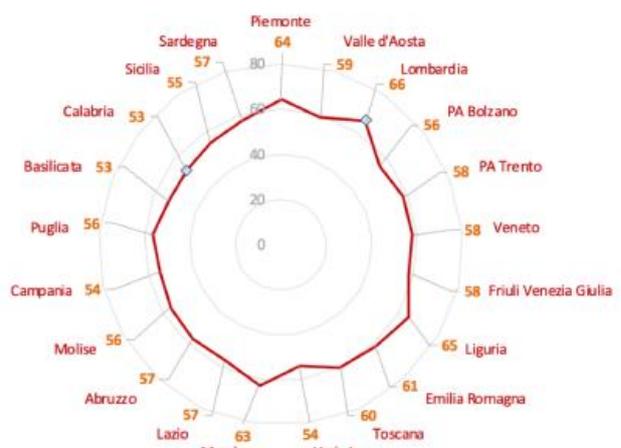
Indicatore 2.9. Mediana di età



28 APRILE



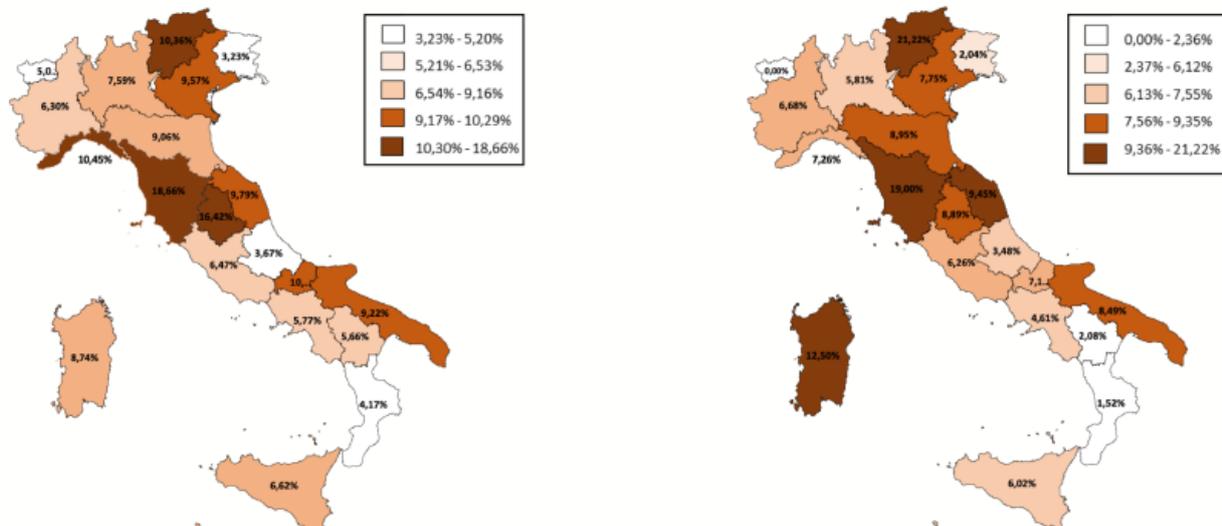
7 MAGGIO



Commento

Nella settimana in esame la mediana di età dei soggetti con COVID-19 è rimasta pressoché invariata. Si segnala solo la diminuzione di un anno registrata in Basilicata (da 54 a 53 anni) e Puglia (da 57 a 56 anni). Ciò è in linea con l'atteso, in quanto i dati di fase II sono relativi ad un periodo troppo esiguo per poter osservare eventuali scostamenti rispetto ai dati riferiti al periodo conclusivo della fase I.

Indicatore 3.3. Ricoveri TI / Ricoveri Totali 5/5/2020 e 12/5/2020



Commento

Il Trentino Alto Adige rappresenta la regione che attualmente registra il rapporto più elevato tra ricoverati in terapia intensiva sui ricoverati totali (21%) seguita dalla Toscana (19%). Il Friuli-Venezia-Giulia e l'Abruzzo registrano i valori più bassi, rispettivamente pari a 3,23% e 4%. In media, in Italia, l'6.89% dei ricoverati per COVID-19 ricorre al setting assistenziale della terapia intensiva.

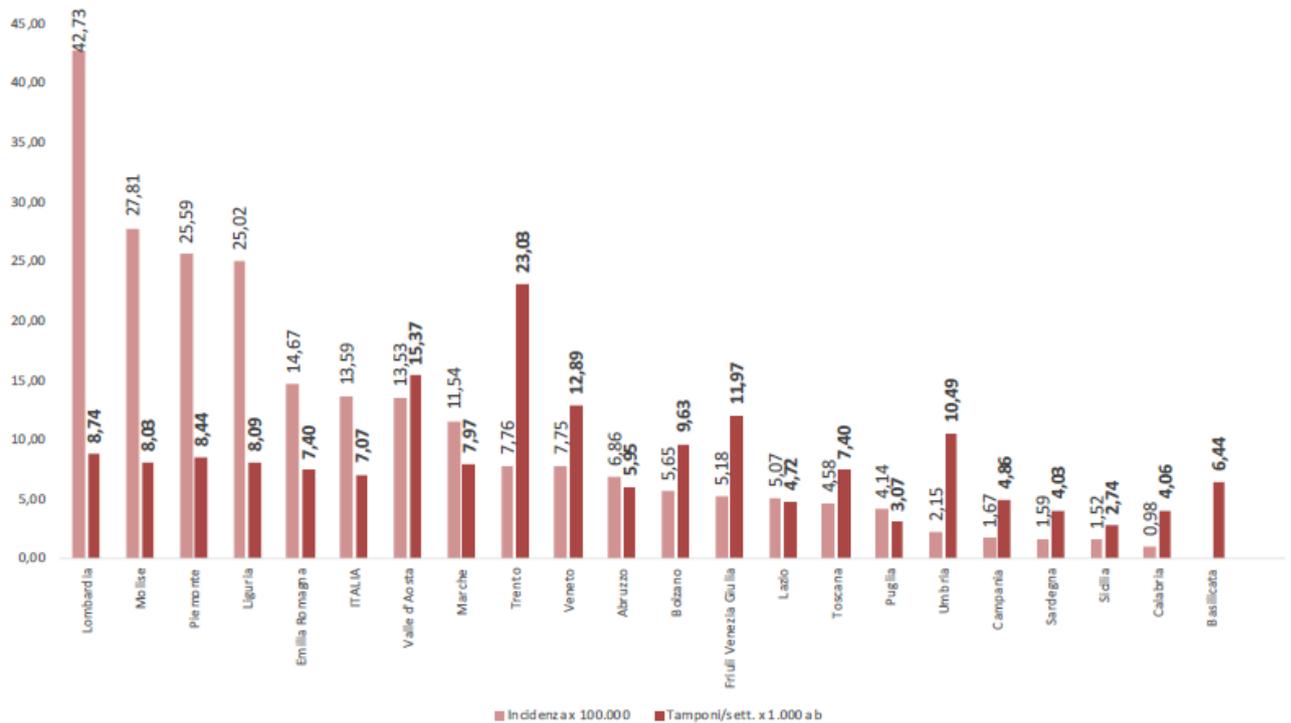
Indicatore 3.7. Popolazione sottoposta al test

Regione	Popolazione generale	Testati / Popolazione residente
Campania	5.801.692	0,95%
Puglia	4.029.053	1,42%
Sicilia	4.999.891	1,88%
Sardegna	1.639.591	1,91%
Calabria	1.947.131	2,39%
Lazio	5.879.082	2,50%
Abruzzo	1.311.580	2,69%
Liguria	1.550.640	2,72%
ITALIA	60.359.546	2,89%
Lombardia	10.060.574	3,03%
Molise	305.617	3,14%
Basilicata	562.869	3,31%
Marche	1.525.271	3,36%
Piemonte	4.356.406	3,43%
Emilia Romagna	4.459.477	3,43%
Toscana	3.729.641	3,65%
Umbria	882.015	3,88%
Friuli V.G.	1.215.220	4,81%
Veneto	4.905.854	5,16%
Trentino Alto Adige	1.072.276	5,21%
Valle d'Aosta	125.666	6,33%

Commento

In Italia i test sono stati effettuati sul 2.89% della popolazione totale. Le regioni associate ad una maggiore percentuale di test eseguiti sulla popolazione residente sono il Trentino-Alto-Adige, la Valle d'Aosta e il Veneto. La Campania risulta essere la regione che ha effettuato meno test rispetto alla popolazione residente.

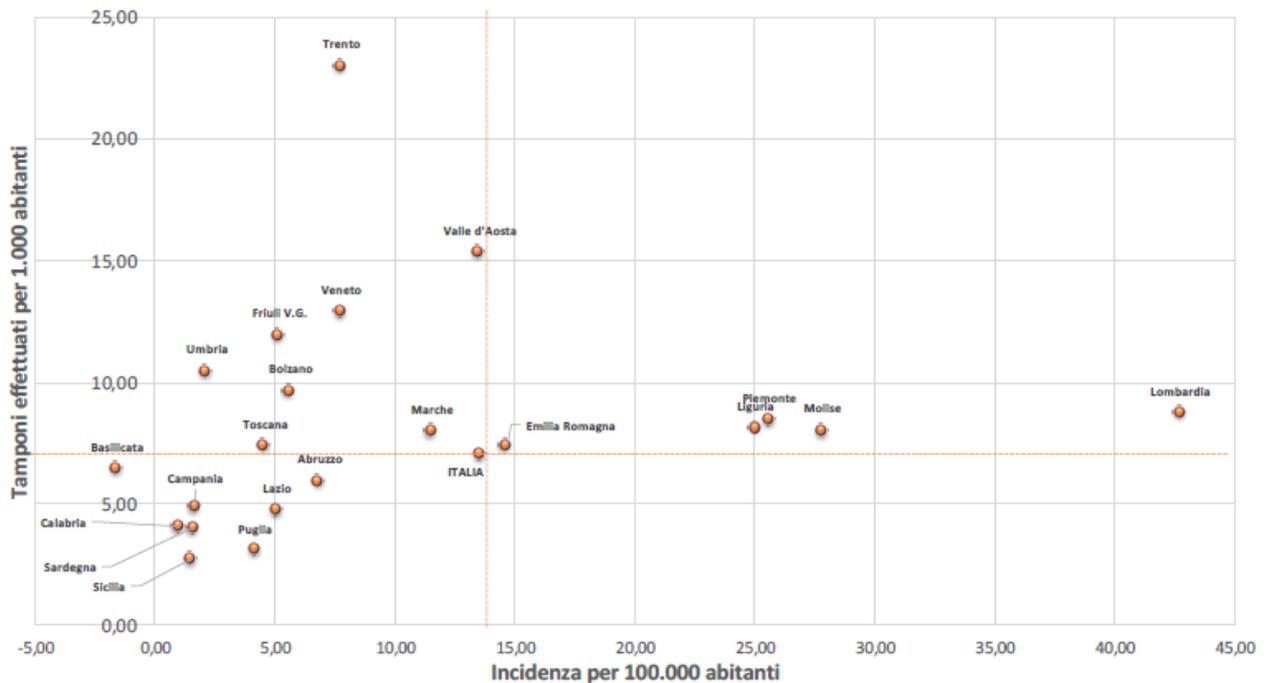
Indicatori 3.8. Incidenza / sett x 100.000 & Tamponi / sett. x 1.000 ab



Commento

Il grafico suggerisce una correlazione tra l'incidenza registrata (x 100.00 abitanti) e il numero di tamponi eseguiti nell'ultima settimana (x 1.000 abitanti) nelle regioni caratterizzate da una maggior diffusione del virus. Tale correlazione è meno evidente nelle regioni del Sud Italia.

Relazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N. tamponi effettuati per 1.000 abitanti

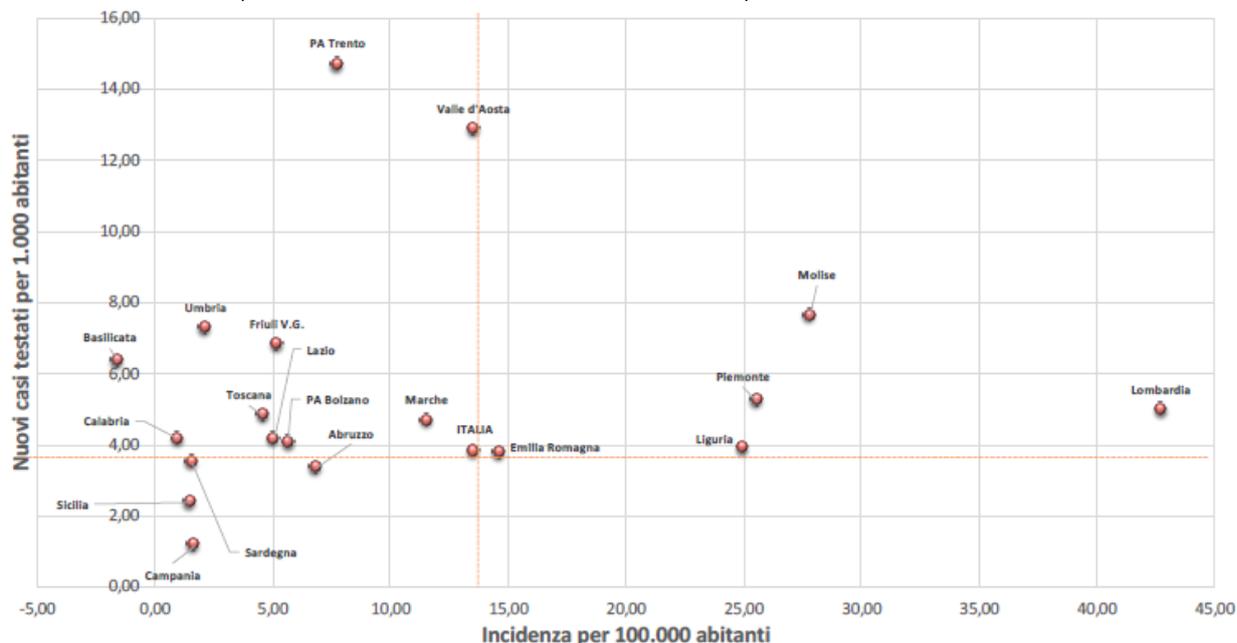


Commento

Il grafico mostra la correlazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N. di tamponi effettuati. Dal grafico sembrerebbe emergere che le Regioni associate ad un numero di tamponi realizzati in linea con i casi

registrati risultano essere, in particolare, la Sardegna, la Sicilia e la Puglia. Si registra l'alto numero di tamponi realizzati rispetto ai casi rilevati in Lombardia, Molise e Piemonte.

Relazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N. Nuovi casi testati per 1.000 abitanti



Commento

Il grafico mostra la correlazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N° di nuovi casi testati. Dal grafico sembrerebbe emergere che le Regioni associate ad un numero di tamponi realizzati in linea con i nuovi casi registrati risultano essere, in particolare, la Campania, il Lazio, e la Sicilia. Si registra l'alto numero di tamponi realizzati rispetto ai casi rilevati in Lombardia, Piemonte e Liguria.

Indicatore 3.11. Tasso di Copertura delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale x 50.000 ab.

Commento

Il Decreto Legge 9 marzo 2020 art 14, prevede l'attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale – USCA nella misura di una ogni 50.000 abitanti e con il mandato di gestire in assistenza domiciliare i pazienti che non necessitano di ricovero.

Il cartogramma mostra il tasso di copertura al 12 maggio 2020, in lieve aumento rispetto al precedente aggiornamento.

La Valle d'Aosta e l'Emilia Romagna si confermano le regioni con la copertura più alta, mentre i valori più bassi si registrano in Campania e Sicilia.

Si rileva l'attivazione di nuove USCA in Sardegna e in Puglia mostrano i tassi più altri.

Si ricorda, però che la presenza delle USCA non sia di per sé un indicatore di assistenza territoriale, in quanto ogni Regione ne ha deliberato o meno l'attivazione con lo scopo di integrare, secondo le necessità, una capacità di gestione territoriale pre-esistente, che appariva e appare molto eterogenea nel confronto tra le diverse regioni.

Le regioni maggiormente attenzionate ad una gestione dell'emergenza a livello territoriale, tanto domiciliare quanto intermedia, sembrano essere Toscana, Veneto, Lazio, Emilia Romagna Marche e Lombardia.

Indicatore 3.13. Cure Domiciliari COVID-19

Regioni	Previste	Attivate	Progetti pilota affini	Attività per potenziamento ADI tradizionale	Riferimento normativo
Abruzzo			X		Progetto pilota ASL Lanciano Chieti: http://lnx.asl2abruzzo.it/asl/news/385-covid-19-in-provincia-di-chieti-parte-la-sperimentazione-a-domicilio-kit-di-farmaci-e-saturimetro-a-ciascun-paziente.html
Basilicata					
Calabria					
Campania				X	Ordinanza n. 16 13 marzo 2020: http://www.regione.campania.it/assets/documents/ord-n-16-13-03-2020.pdf
Emilia-Romagna					
Friuli-Venezia Giulia					
Lazio	X				Circolare 8 aprile 2020 Nota n. 291852 dell'08/04/2020
Liguria					
Lombardia	X	X			Cure domiciliari ADI in ambito COVID ai sensi DGR 2906 e 2986/2020
Marche					
Molise					
Piemonte				X	Deliberazione della Giunta Regionale 31 marzo 2020, n. 2-1181 Contesto emergenziale da diffusione COVID-19. Approvazione schema Protocollo d'intesa con Unità di crisi regionale, Regione Piemonte, Prefetture piemontesi e Province del Piemonte per ulteriori misure di contenimento COVID-19 e indicazioni operative sull'assistenza territoriale e nelle Strutture assistenziali e socio-sanitarie, ivi comprese le RSA. http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2020/corrente/attach/aa_aa_regione%20piemonte%20-%20dgr_2020-04-16_72304.pdf
Puglia					
Sardegna	X				Cure domiciliari integrate specificamente dedicate all'emergenza in atto [CDI Covid] ATTO NORMATIVO: DELIBERAZIONE N. 17/10 DEL 1.04.2020 Emergenza Covid-19. Riorganizzazione delle attività assistenziali ospedaliere e territoriali. https://delibere.regione.sardegna.it/protected/50216/0/def/ref/DBR50170/
Sicilia					
Toscana	X	X*			Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale N° 34 del 14 Aprile 2020 Linee di indirizzo per la gestione del percorso COVID-19 in ambito territoriale http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?nid=5249809&nomeFile=Ordinanza_del_Presidente_n.34_del_14-04-2020-Allegato-A
Umbria					
Valle d'Aosta					
Veneto	X	X*			Indicazioni operative per la Presa in Carico del Paziente Sintomatico Sospetto COVID-19
P.A. Trento					
P.A. Bolzano				X	http://www.provincia.bz.it/news/it/news.asp?news_action=4&news_article_id=636857

*Infermiere opera all'interno dell'USCA

Commento: la gestione territoriale dell'emergenza COVID19 ha dovuto trovare risposta anche al bisogno di salute di pazienti che necessitavano di prestazioni di assistenza domiciliare differenti dalla visita medica effettuata dalle USCA e più orientate a prestazioni infermieristiche di assistenza e monitoraggio. In quest'ottica alcune regioni hanno previsto specifici servizi (ADI COVID i Lombardia e API COVID nel Lazio) mentre in altre realtà l'infermiere è stato integrato direttamente nelle USCA (Toscana, Veneto).

Indicatori 3.14. Soluzioni digitali (1/3) - Iniziative avviate dalle Regioni

		Lazio	Liguria	Lombardia	Piemonte	Puglia	Toscana	Sardegna	Sicilia	Umbria
Controllo del contagio sulla base di dati anonimi	Analisi degli spostamenti e degli assembramenti	Portale (Roma) segnalazione assembramenti	Analisi del traffico telefonico	Analisi del traffico telefonico				Analisi del traffico telefonico		Analisi del traffico telefonico
	Segnalazioni anonima dei cittadini circa il proprio stato di salute			App AllertaLOM						
Evidenziazione precoce dei casi di possibile contagio	Interazione periodica del cittadino con la rete dei servizi circa il proprio stato di salute	APP LazioDrCovid		APP annunciata						
Gestione individuale dei pazienti positivi	Tracciamento dei pazienti per fini di sicurezza e pubblica utilità				Piattaforma regionale			APP annunciata		APP annunciata
	Assistenza, cura e monitoraggio dei pazienti nell'ambito della rete dei servizi	APP LazioDrCovid + KIT domiciliari Piattaforma ADVICE		APP annunciata		Piattaforma regionale web (annuncio 9 aprile) #Accasa	Piattaforma regionale		Piattaforma regionale (annunciata 9.5)	

Metodologia di raccolta dati

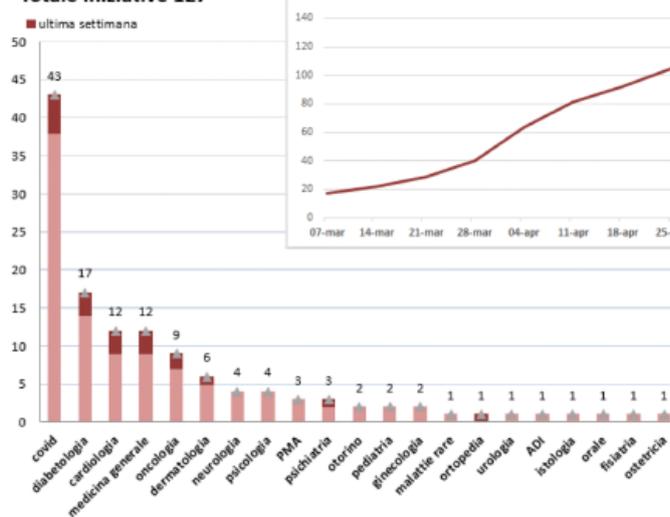
- Ricerca e consultazione dei siti istituzionali di regioni ed aziende,
- Interviste a referenti aziendali,
- Ricerca di comunicati ed informazioni sulla rete.

Indicatori 3.14. Soluzioni digitali (2/3)

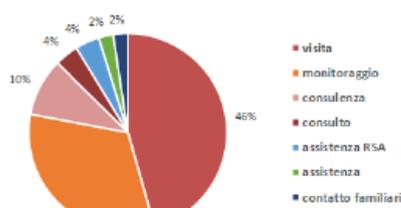


Tipologia delle iniziative avviate dalle singole aziende dopo il 1 Marzo 2020

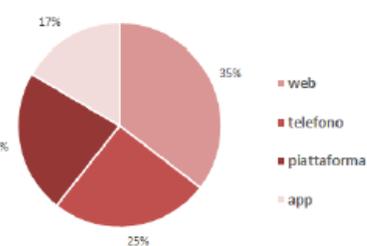
Totale iniziative 127



Tipologia di servizi erogati



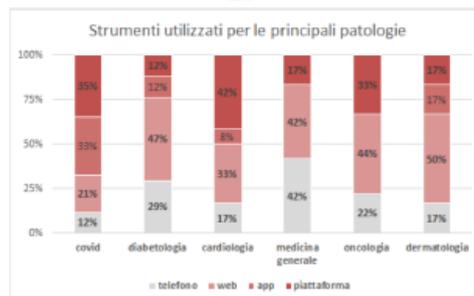
Strumenti utilizzati



Tipologie di strumenti

- **Telefono:** contatti telefonici con eventuale scambio di documenti mediante posta elettronica
- **Web:** strumenti di videochiamata con eventuale scambio di informazioni mediante chat o posta elettronica
- **APP:** app individuali dedicate a processi e attività specifiche
- **Piattaforme:** sistemi web che permettano l'accesso e la collaborazione di più operatori

Strumenti utilizzati per le principali patologie



Indicatori 3.14. Soluzioni digitali (3/3)



Dettaglio delle iniziative avviate dalle singole aziende dopo il 1 Marzo 2020

Regione	n. iniziative	Patologie	Servizi	Strumenti
Abruzzo	6	cardiologia (1) diabetologia (2) malattie rare (1) otorino (1) neurologia (1)	visita (4) monitoraggio (2)	piattaforma (2) telefono (3) web (1)
Basilicata	1	covid (1)	monitoraggio (1)	piattaforma (1)
Campania	11	dermatologia (1) diabetologia (4) oncologia (1) psicologia (1) medicina generale (2) covid (1) cardiologia (1)	monitoraggio (3) visita (8)	telefono (3) web (6) piattaforma (2)
EmiliaRomagna	6	covid (3) medicina generale (3)	monitoraggio (2) assistenza (2) visita (2)	telefono (4) web (1) piattaforma (1)
Lazio	13	covid (5) cardiologia (1) dermatologia (1) oncologia (2) pediatria (1) medicina generale (1) diabetologia (1) ortopedia (1)	monitoraggio (7) consulto (1) visita (4) consulenza (1)	telefono (5) app (5) piattaforma (5)
Liguria	5	covid (2) diabetologia (1) PMA (2)	visita (4) contatto familiari (1)	telefono (1) web (4)
Lombardia	17	covid (10) cardiologia (2) oncologia (2) medicina generale (2) diabetologia (1)	monitoraggio (9) consulto (1) visita (5) assistenza RSA (1) consulenza (1)	piattaforma (5) app (4) web (6) telefono (2)
Marche	4	covid (3) cardiologia (1)	monitoraggio (3) contatto familiari (1)	piattaforma (2) web (1) telefono (1)
Piemonte	11	covid (4) cardiologia (3) dermatologia (1) neurologia (1) urologia (1) diabetologia (1)	visita (4) monitoraggio (5) consulto (1) assistenza RSA (1)	piattaforma (4) web (7)

Regione	n. iniziative	Patologie	Servizi	Strumenti
Puglia	11	covid (4) oncologia (1) PMA (1) ADI (1) psicologia (1) diabetologia (1) psichiatria (1) ginecologia (1)	assistenza (1) monitoraggio (3) visita (8) assistenza RSA (1)	web (7) piattaforma (2) app (2)
Sardegna	2	cardiologia (1) diabetologia (1)	monitoraggio (2)	app (1) piattaforma (1)
Sicilia	4	medicina generale (1) istologia (1) orale (1) psicologia (1)	visita (3) consulenz (1)	telefono (2) app (2)
Toscana	16	covid (2) dermatologia (2) diabetologia (5) medicina generale (1) fiatristria (1) oncologia (2) pediatria (1) ostetricia (1) psichiatria (2) cardiologia (1)	consulenza (4) visita (9) consulto (2) monitoraggio (1)	telefono (4) app (3) web (7) piattaforma (2)
Trentino AA	4	covid (3) medicina generale (1)	consulenz (1) contatto familiari (1) monitoraggio (1) visita (1)	web (2) app (2)
Umbria	3	neurologia (1) covid (2)	monitoraggio (1) visita (1) consulenz (1)	app (1) web (2)
Val D'Aosta	1	covid (1)	assistenza RSA (1)	piattaforma (1)
Veneto	12	covid (2) cardiologia (1) diabetologia (2) dermatologia (1) medicina generale (1) ginecologia (1) neurologia (1) otorino (1) psicologia (1) oncologia (1)	visita (7) monitoraggio (1) consulenz (3) assistenza RSA (1)	telefono (9) app (1) web (1) piattaforma (1)

RSITA
OLICA
o Cuore

Indicatore 3.16. Sperimentazioni cliniche (1/3)

Fase 1

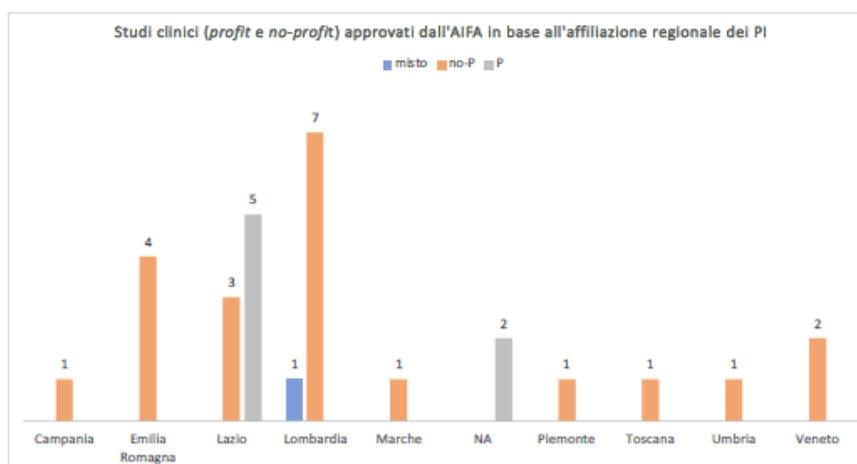


Studio clinico	Promotore (P, no-P, misto)	Regione PI	Data Parere Unico CE
GS-US-540-5774 Study	Gilead Sciences, Inc	NA	11/03/2020
GS-US-540-5773 Study	Gilead Sciences, Inc	NA	11/03/2020
TOCIDVID-19	Istituto Nazionale Tumori, IRCCS, Fondazione G. Pascale – Via M. Semmola 80131 Napoli	Campania	18/03/2020
Sobi.IMMUNO-101	Sobi	Lazio	25/03/2020
Sarilumab COVID-19	Sanofi-Aventis Recherche & Développement	Lazio	26/03/2020
RCT-TCZ-COVID-19	Azienda Unità Sanitaria Locale-IRCCS di Reggio Emilia	Emilia Romagna	27/03/2020
COPCOV	Università di Oxford (UK)	Veneto	30/03/2020
Tocilizumab 2020-001154-22	F. Hoffmann-La Roche Ltd	Lazio	30/03/2020
Hydro-Stop-COVID19	ASUR-AV5 Ascoli Piceno	Marche	08/04/2020
SOLIDARITY	Organizzazione Mondiale della Sanità/Università di Verona	Veneto	09/04/2020
COLVID-19	Azienda Ospedaliera di Perugia	Umbria	11/04/2020
ColCOVID	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA	Emilia Romagna	20/04/2020
X-COVID	ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda	Lombardia	22/04/2020
BARICOID-19 STUDY	Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana	Toscana	22/04/2020
INHIXACOV19	Università di Bologna	Emilia Romagna	22/04/2020
COVID-SARI	ASST Fatebenefratelli Sacco	Lombardia	24/04/2020
REPAVID-19	Dompé farmaceutici Spa/ Ospedale San Raffaele	Lombardia	24/04/2020
PROTECT	Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori – IRST IRCCS - Meldola	Emilia Romagna	27/04/2020
XPORT-CoV-1001	Karyopharm Therapeutics Inc	Lazio	28/04/2020
ESCAPE	INMI "L. Spallanzani" - Roma	Lazio	28/04/2020
AMMURAVID trial	Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT)	Lombardia	01/05/2020

Altri fonti di riferimento:
[Decreto Decreto-Legge il 17 marzo 2020 \(contenente misure di potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19\) Art 17:](#)
[Emergenza COVID-19](#)

UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Studio clinico	Promotore (P, no-P, misto)	Regione PI	Data Parere Unico CE
AZI-RCT-COVID19	Università del Piemonte Orientale (UPO)	Piemonte	04/05/2020
HS216C17	ASST FATEBENEFRAPELLI SACCO	Lombardia	05/05/2020
FivroCov	Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma	Lazio	05/05/2020
CAN-COVID	Novartis Research and Development	Lazio	06/05/2020
COMBAT-19	IRCCS Ospedale San Raffaele – Milano	Lombardia	07/05/2020
PRECOV	IRCCS Ospedale San Raffaele – Milano	Lombardia	07/05/2020
ARCO-Home study	INMI "L. Spallanzani" - Roma	Lazio	07/05/2020
DEF-IVID19	IRCCS Ospedale San Raffaele – Milano	Lombardia	08/05/2020



UNIVERSITÀ

20 mag 2020

S 24

AZIENDE E REGIONI

Coronavirus/Operations in tempo di crisi: le 10 lezioni apprese dalle Aziende sanitarie

di Marta Marsilio e Anna Prentestini*

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

Un ospedale, per poter rispondere ai bisogni dei pazienti, ha la necessità di utilizzare nei tempi corretti una serie di risorse scarse: posti letto, attrezzature tecnologiche, personale con competenze cliniche adeguate, dispositivi medici, tamponi, referti diagnostici, ecc. Uno dei temi più rilevanti per il management delle Aziende sanitarie è proprio la gestione dei flussi dei pazienti in modo tale da acquistare, rendere disponibili e utilizzare queste risorse scarse nei tempi e nei modi giusti per garantire le migliori cure. La gestione dei flussi dei pazienti e delle risorse scarse è uno dei temi più rilevanti della gestione delle operations, ossia delle attività di produzione dei servizi sanitari, negli ospedali. Gli strumenti e le logiche di management delle operations sono utilizzati quando l'entità dei pazienti che arriveranno in ospedale è conosciuta (ad es. per i pazienti con appuntamento o ricovero programmato) o "prevedibile" sulla base di serie storiche di anni (ad es. per i pazienti urgenti in pronto soccorso).

Ma cosa è cambiato con l'emergenza COVID-19?

Questa malattia è stata del tutto nuova e sconosciuta, per cui le Aziende sanitarie hanno dovuto velocemente adattare la gestione delle loro operations per fronteggiare la crisi e governare i flussi dei pazienti, cercando di sfruttare ogni elemento di prevedibilità che man mano emergeva dalla situazione per riorganizzare efficacemente le proprie attività produttive. Le decisioni sono state prese giorno per giorno, con la flessibilità necessaria per adattare l'azione all'andamento della pandemia.

Questo contributo propone una riflessione sulle prime 10 lezioni apprese dalla gestione dell'emergenza in ospedale attraverso un confronto con i top manager di sette Aziende sanitarie pubbliche delle Regioni più colpite dalla pandemia: Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Piemonte. L'emergenza, infatti, ha promosso l'adozione di logiche e strumenti di gestione delle operations che risulteranno preziosi tanto nella gestione della Fase 2 di ritorno progressivo alla normalità, sia nell'eventualità che avvengano nuove ondate epidemiche.

1. Informazioni a supporto delle decisioni.

Tutte le Aziende hanno affrontato la crisi con l'istituzione di una task force (unità di crisi) incaricata di identificare le strategie aziendali di risposta alla pandemia. Per supportarne le decisioni, si è rivelata decisiva la reportistica creata ad hoc per analizzare i flussi dei pazienti Covid e non-Covid. La predisposizione di flussi informativi on time è stata indispensabile per prendere decisioni basate su evidenze cliniche e organizzative che si aggiornavano continuamente. La reportistica non ha richiesto investimenti per l'acquisto di nuove tecnologie, ma è cruciale: una selezione accurata dei dati e degli indicatori, recuperando le informazioni dai sistemi di controllo aziendali già esistenti e la loro "digitalizzazione" se ancora gestite su supporto cartaceo.

2. La gestione dei pazienti nella rete ospedaliera.

Le aziende hanno diversificato la risposta:

- i) Creando un vero e proprio "ospedale Covid nell'ospedale", separando i flussi dei pazienti infetti dai flussi dei pazienti non-Covid;
- ii) Dedicando ospedali ai pazienti Covid e istituendo ospedali "Covid-free".

Per le attività ambulatoriali urgenti e della diagnostica per immagini sono stati previsti percorsi separati tra pazienti Covid e non-Covid. Per le attività "salvavita", come quelle relative alle patologie tempo-dipendenti oppure i tumori, sono stati promossi anche accordi con altri ospedali pubblici e privati per operare nei tempi corretti i pazienti che ne avevano necessità.

3. La riorganizzazione dei reparti degli ospedali.

In tutte le aziende l'emergenza ha reso evidente come la tradizionale organizzazione per reparti specialistici non fosse coerente con la necessità di gestire pazienti infetti. I principi di riorganizzazione delle aree di degenza per intensità di cura (instabilità clinica e complessità assistenziale) si sono rivelati indispensabili per rispondere alle necessità assistenziali dei pazienti Covid e garantire l'ottimale allocazione delle risorse umane: terapie intensive, aree ad alta intensità con postazioni monitorate e con la disponibilità di ventilatori, aree di degenza ordinaria, aree di degenza a bassa intensità di cura per pazienti in condizioni di remissione della malattia.

4. La riprogettazione degli spazi fisici.

La separazione dei flussi tra pazienti Covid e non-Covid e la definizione delle specificità tecniche necessarie per l'assistenza dei pazienti a diversi livelli di intensità ha richiesto una profonda ridefinizione dei lay out e degli spazi, con l'apertura di nuove aree di degenza per pazienti Covid anche nell'arco di una sola notte. Elementi fondamentali e basilari per la riprogettazione degli attuali ospedali sono stati la capacità di modificare e separare interi reparti e ali, la predisposizione di sistemi di monitoraggio e ventilazione, la creazione di camere isolabili e a pressione negativa. Modularità e flessibilità saranno criteri irrinunciabili nella progettazione e costruzione di nuovi ospedali.

5. Fuori l'ospedale.

La separazione dei flussi dei pazienti Covid e non-Covid deve permeare l'intero processo di cura del paziente non solo dentro ma anche fuori l'ospedale. Tutte le aziende hanno definito percorsi di dimissione dei pazienti Covid in strutture dedicate a:

- i) Minori livelli di intensità di cura (low care),
- ii) Riabilitazione polmonare intensiva,
- iii) Covid patient hotel (albergo sanitario), ossia posti di degenza alberghiera dedicati a pazienti covid stabili ma ancora positivi che non possono essere dimessi direttamente a domicilio per non creare ulteriori condizioni di contagio.

6. La rete dei laboratori per i tamponi.

Nei casi di pandemia, la tempestività e l'efficienza della risposta diagnostica richiede la distribuzione sulla maggior parte dei laboratori della rete regionale delle attività di microbiologia per l'analisi dei test o tamponi, in prossimità degli ospedali e dei territori che devono trattare i pazienti infetti.

7. L'ottimizzazione dei tempi di risposta per i tamponi.

La riorganizzazione delle procedure di invio dei tamponi, la definizione di standard di servizio e l'ordine di priorità per urgenza delle risposte relative all'esito, consentono l'ottimizzazione di risorse scarse come tecnologie e personale di laboratorio, oltre che migliorare l'utilizzo dei posti letto per i pazienti Covid.

8. I Dispositivi di Protezione Individuale (DPI).

I DPI sono lo scudo a difesa della sicurezza degli operatori e dei pazienti. I parametri di utilizzo dei DPI sono decisi dalle strutture tecnico-sanitarie (OMS, ISS e servizi di prevenzione e protezione delle stesse aziende). Gli staff di alcuni ospedali hanno impostato un semplice modello excel per poter automatizzare questa distribuzione, garantendo la corretta allocazione di queste risorse scarse a ciascun reparto e a ciascun operatore e liberando il personale dei reparti dalle attività di conteggio e invio delle richieste di DPI per poter dedicare la propria attenzione all'attività assistenziale.

9. Le competenze professionali.

Le competenze dei clinici e delle professioni sanitarie sono indispensabili per una risposta efficace alla pandemia. Da un lato, il SSN deve uscire dalla situazione di cronico shortage di professionisti. Dall'altro, le aziende devono utilizzare sistemi di mappatura e gestione delle competenze specialistiche che consentano di mantenerle e valorizzarle nel corso del tempo, così come arricchirle con temi di gestione delle emergenze e delle epidemie.

10. Tecnologie.

L'emergenza ha evidenziato l'alto potenziale della tecnologia e una relativa velocità di adozione sia nella risposta ai bisogni dei pazienti Covid (robot per assistenza e monitoraggio, tele-diagnostica, ecc.), sia per garantire in sicurezza i servizi ambulatoriali ai pazienti che necessitano di portare avanti terapie, cicli di visite o attività di controllo sanitario (ad es. telemedicina e teleconsulto). La diffusione di queste tecnologie nelle aziende sanitarie è ancora scarsa. E' necessario potenziare questi strumenti per renderli disponibili non solo nei momenti di crisi, ma integrarli come ordinari strumenti di supporto all'erogazione di servizi sanitari anche nelle fasi successive della pandemia.

**Dipartimento di Economia, Management e Metodi Quantitativi*

HEAD - Centro di Ricerca e Alta Formazione in Health Administration

Università degli Studi di Milano

Epidemiologia,
Diagnostica e clinica,
Farmaci e vaccini





Plasma convalescente o immunoglobulina iperimmune per persone con COVID-19: una rapida revisione (Recensione)

Valk SJ, Piechotta V, Chai KL, Doree C, Monsef I, Wood EM, Lamikanra A, Kimber C, McQuilten , So-Osman C, Estcourt LJ, Skoetz N

Plasma convalescente o immunoglobulina iperimmune per persone con COVID-19: una rapida revisione

Sarah J Valk^{1,2a}, Vanessa Piechotta^{3b}, Khai Li Chai^{4c}, Carolyn Doree⁵, Ina Monsef³, Erica M Wood⁴, Abigail Lamikanra⁶, Catherine Kimber⁵, Zoe McQuilten⁴, Cynthia So-Osman^{7,8}, Lise J Estcourt⁹, Nicole Skoetz¹⁰

¹Jon J van Rood Center for Clinical Transfusion Research, Sanquin/Leiden University Medical Center, Leiden, Netherlands. ²Department of Clinical Epidemiology, Leiden University Medical Center, Leiden, Netherlands. ³Cochrane Haematology, Department I of Internal Medicine, Center for Integrated Oncology Aachen Bonn Cologne Duesseldorf, Faculty of Medicine and University Hospital Cologne, University of Cologne, Cologne, Germany. ⁴Transfusion Research Unit, School of Public Health and Preventive Medicine, Monash University, Melbourne, Australia. ⁵Systematic Review Initiative, NHS Blood and Transplant, Oxford, UK. ⁶Clinical, Research and Development, NHS Blood and Transplant, Oxford, UK. ⁷Sanquin Blood Bank, Amsterdam, Netherlands. ⁸Erasmus Medical Centre, Rotterdam, Netherlands. ⁹Haematology/Transfusion Medicine, NHS Blood and Transplant, Oxford, UK. ¹⁰Cochrane Cancer, Department I of Internal Medicine, Center for Integrated Oncology Aachen Bonn Cologne Duesseldorf, Faculty of Medicine and University Hospital Cologne, University of Cologne, Cologne, Germany

Indirizzo di contatto: Lise J Estcourt, lise.estcourt@nhsbt.nhs.uk, lise.estcourt@ndcls.ox.ac.uk.

Gruppo editoriale: Cochrane Haematology Group.

Stato e data della pubblicazione: Nuovo, pubblicato nel numero 5 2020.

Citazione: Valk SJ, Piechotta V, Chai KL, Doree C, Monsef I, Wood EM, Lamikanra A, Kimber C, McQuilten , So-Osman C, Estcourt LJ, Skoetz N. Plasma convalescente o immunoglobulina iperimmune per le persone con COVID-19: una rapida revisione. *Cochrane Database di Systematic ReViews* 2020, problema 5. Arte. N.: CD013600. DOI: [10.1002/14651858.CD013600](https://doi.org/10.1002/14651858.CD013600).

Abstract

Il plasma convalescente e l'immunoglobulina iperimmune possono ridurre la mortalità nei pazienti con malattie virali del virus e sono attualmente oggetto di studio in studi come potenziale terapia per la malattia coronavirus 2019 (COVID-19). È necessaria una comprensione approfondita dell'attuale corpus di prove per quanto riguarda i benefici e i rischi.

Obiettivi

Valutare se il plasma convalescente o la trasfusione di immunoglobulina iperimmune è da scegliere e sicura nel trattamento delle persone con COVID-19.

Metodi di ricerca

Il protocollo è stato pre-pubblicato con il Center for Open Science e si può accedere qui: osf.io/dwf53

Abbiamo cercato nella banca dati di ricerca globale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) COVID-19, MEDLINE, Embase, Covid-19 Study Register, Centers for Disease Control and Prevention COVID-19 Research Article Database per identificare gli studi in corso e i risultati degli studi completati il 23 aprile 2020 per serie di casi, coorte, studi controllati prospetticamente pianificati e randomizzati (RCT).

Abbiamo incluso studi che valutano il plasma convalescente o l'immunoglobulina iperimmune per le persone con COVID-19, indipendentemente dalla gravità della malattia, dall'età, dal sesso o dall'etnia. Abbiamo escluso studi che includono popolazioni con altre malattie coronavirus (sindrome respiratoria acuta grave (SARS) o sindrome respiratoria del Medio Oriente (MERS)) e studi che valutano le immunoglobuline standard.

Raccolta e analisi dei dati

Abbiamo seguito le raccomandazioni del Cochrane Rapid Reviews Methods Group per quanto riguarda l'estrazione e la valutazione dei dati.

Per valutare i pregiudizi negli studi inclusi, abbiamo usato lo strumento dei criteri di valutazione per gli studi osservazionali, fornito da Cochrane Childhood Cancer. Abbiamo valutato la certezza delle prove usando l'approccio GRADE per i seguenti risultati: mortalità per tutte le cause alla dimissione ospedaliera, miglioramento dei sintomi clinici (7, 15 e 30 giorni di trasfusione ier), eventi avversi di grado 3 e 4 ed eventi avversi gravi.

Principali risultati

Abbiamo incluso otto studi (sette serie di casi, uno studi di intervento a braccio singolo previsto a prospettiva) con 32 partecipanti, e abbiamo identificato altri 48 studi in corso che valutano il plasma convalescente (47 studi) o l'immunoglobulina iperimmune (uno studio), di cui 22 sono randomizzati. Il rischio complessivo di pregiudizio degli otto studi includeva un valore elevato, a causa di: progettazione dello studio; un piccolo numero di partecipanti; scarsa segnalazione di altri studi; e vario tipo di partecipanti con severità differente di malattia, comorbidità, e tipi di trattamenti precedenti o simultanei, tra cui antivirali, antifungini o antibiotici, corticosteroidi, idrossiclorochina e supporto respiratorio. Abbiamo valutato tutti i risultati come una certezza molto bassa e non siamo stati in grado di riassumere i dati numerici in modo significativo. Come abbiamo identificato solo studi di serie di casi, abbiamo riportato risultati narrativi.

Efficacia di plasma convalescente per le persone con COVID-19

I seguenti risultati riportati potrebbero essere tutti correlati alla storia naturale sottostante della malattia o ad altri trattamenti concomitanti, piuttosto che al plasma convalescente.

Mortalità per tutte le cause alla dimissione dall'ospedale

Tutti gli studi hanno riportato la mortalità. Tutti i partecipanti erano vivi alla fine del periodo di riferimento, ma non tutti i partecipanti erano stati dimessi dall'ospedale entro la fine dello studio (15 partecipanti dimessi, 6 ancora ricoverati in ospedale, 11 non chiari). Il follow-up variava da 3 giorni

a 37 giorni dopo la trasfusione. Non sappiamo se la terapia del plasma convalescente offusca la mortalità (evidenza molto bassa certezza)

Miglioramento dei sintomi clinici (valutato in base al supporto respiratorio)

Sei studi, includendo 28 partecipanti, hanno riferito il livello di supporto respiratorio richiesto; la maggior parte dei partecipanti richiedeva un supporto respiratorio di base. Tutti gli studi hanno riferito un miglioramento dei sintomi clinici in almeno alcuni partecipanti. Non sappiamo se il plasma convalescente migliori i sintomi clinici (evidenza molto bassa di certezza).

Tempo di dimissione dall'ospedale

Sei studi hanno riferito il tempo di dimissione dall'ospedale per almeno alcuni partecipanti, che variavano da quattro a 35 giorni dopo terapia di plasma convalescente

Ammissione all'unità di terapia intensiva (ICU)

Sei studi hanno incluso pazienti gravemente malati. Al follow up finale la maggior parte di questi pazienti non era più in terapia intensiva o non richiedeva più ventilazione meccanica.

Durata del ricovero in terapia intensiva

Solo uno studio (1 partecipante) ha riferito la durata del soggiorno in terapia intensiva. L'individuo è stato dimesso dalla trasfusione al plasma di 11 giorni di terapia intensiva.

Sicurezza del plasma convalescente per le persone con COVID-19

Eventi avversi di grado 3 o 4

Gli studi non hanno riportato il grado di eventi avversi di una trasfusione di plasma convalescente. Due studi hanno riportato dati relativi ai partecipanti che hanno avuto eventi avversi che erano presumibilmente di grado 3 o 4. Uno studio di caso ha riferito un partecipante che aveva febbre moderata (38,9 gradi centigradi). Un altro studio (3 partecipanti) ha segnalato un caso di grave shock anafilattico. Quattro studi hanno riferito l'assenza eventi avversi moderati o gravi (19 partecipanti). Noi Siamo molto incerti se la terapia plasmatica convalescente affama o meno il rischio di eventi avversi da moderati a gravi (evidenze a bassissima certezza).

Gravi eventi avversi

Uno studio (3 partecipanti) ha segnalato un grave evento avverso. Come descritto sopra, questo individuo ha avuto grave shock anafilattico dopo aver ricevuto plasma convalescente. Sei studi hanno riferito che non si sono verificati gravi eventi avversi. Siamo molto incerti se la terapia plasmatica convalescente influenzi o meno il rischio di eventi avversi gravi (prove molto basse).

Conclusioni degli Autori

Abbiamo indentificato otto studi (sette serie di casi e uno studio di intervento a braccio singolo prospettico) con un totale di 32 partecipanti (intervallo da 1 a 10). La maggior parte degli studi ha valutato i rischi dell'intervento; due eventi avversi (potenzialmente di grado 3 o 4), uno dei quali è stato un grave evento avverso.

Siamo molto incerti sul fatto che il plasma convalescente sia la terapia di scelta per le persone ricoverate in ospedale con COVID-19 dal momento che gli studi riportano risultati in modo incoerente, rendendolo difficile per confrontare i risultati e trarre conclusioni.

Abbiamo identificato prove a bassissima certezza sull'efficacia e la sicurezza della terapia convalescente della plasmaterapia per le persone con COVID-19; tutti gli studi erano ad alto rischio di fattori bias e la qualità della segnalazione era bassa.

Non sono stati completati gli RCT o gli studi controllati non randomizzati che valutano i benefici e i danni del plasma convalescente. Ci sono 47 studi in corso che valutano il plasma convalescente, di cui 22 sono RCT, e uno studio che valuta l'immunoglobulina iperimmune. Noi al momento di questa recensione come una revisione sistematica vivente, sulla base di ricerche mensili nei database e registri di cui sopra. Questi aggiornamenti sono suscettibili di mostrare i risultati differenti quelli riportati qui.

Plain language summary

Il Plasma da persone che si sono riprese da COVID-19 per trattare individui con COVID-19

Background

Il coronavirus (COVID-19) è una malattia respiratoria altamente infettiva causata da un nuovo ceppo di virus. L'epidemia si è diffusa rapidamente su scala globale. Le persone infettate da questo virus non possono mostrare segni della malattia, altri possono sviluppare sintomi, tra cui febbre, tosse, mancanza di respiro e mal di gola. In alcune persone l'infezione è più grave e può causare gravi difficoltà respiratorie, che portano al ricovero in ospedale, al ricovero in terapia intensiva o alla morte. Attualmente, non è disponibile alcun vaccino o trattamento specifico.

Le persone che si sono riprese da COVID-19 sviluppano difese naturali alla malattia nel loro sangue (anticorpi). Gli anticorpi si trovano in una parte del sangue chiamato plasma. Il plasma di sangue donato da pazienti recuperati, che contiene anticorpi COVID-19, può essere utilizzato per effettuare due preparati. In primo luogo, il plasma convalescente, che è il plasma che contiene questi anticorpi. In secondo luogo, l'immunoglobulina iperimmune, che è più concentrata, e quindi contiene più anticorpi.

Il plasma convalescente e l'immunoglobulina iperimmune sono stati utilizzati con successo per trattare altri virus respiratori. Questi trattamenti (somministrati per infusione o iniezione) sono generalmente ben tollerati, ma possono verificarsi effetti indesiderati.

Cosa volevamo trovare? Volevamo sapere se il plasma di persone che si sono riprese da COVID-19 è un trattamento ellettivo per le persone con COVID-19, e se questo trattamento causa effetti indesiderati.

I nostri metodi

Abbiamo cercato importanti banche dati mediche per studi clinici sul trattamento con plasma convalescente o immunoglobulina iperimmune per le persone con COVID-19. Gli studi potrebbero essere condotti in qualsiasi parte del mondo e comprendono partecipanti di qualsiasi età, sesso o etnia, con COVID-19 lieve, moderata o grave.

IL COVID-19 si sta diffondendo rapidamente, quindi dovevamo rispondere rapidamente a questa domanda. Ciò significava che abbiamo accorciato alcuni passaggi del normale processo di revisione di Cochrane - solo un autore di recensioni ha estratto i dati dagli studi e valutato la qualità dello studio; normalmente due autori di recensioni lo farebbero.

Risultati principali

Abbiamo incluso otto studi completati, con 32 partecipanti che hanno ricevuto un plasma convalescente. Nessuno degli studi ha assegnato casualmente i partecipanti a trattamenti differenti (gli studi randomizzati producono le migliori prove). Nessuno degli studi ha incluso un gruppo di persone che non hanno ricevuto plasma convalescente, come gruppo di confronto.

Tutti i partecipanti agli studi erano vivi al termine del follow-up, ma non tutti erano stati dimessi dall'ospedale. Il follow-up variava da 3 a 37 giorni trattamento più basso con plasma convalescente.

Sei studi hanno utilizzato il livello di supporto respiratorio richiesto dai partecipanti come misura di recupero. Il supporto respiratorio includeva l'ossigenoterapia, la ventilazione meccanica e la necessità di una macchina speciale che ossigena il sangue. Tutti e sei gli studi hanno riportato un miglioramento clinico in almeno alcuni dei loro partecipanti, ma rimane incerto se questo miglioramento fosse correlato al plasma convalescente, a un altro trattamento o alla progressione naturale della malattia.

Sei studi hanno riferito il tempo di dimissione dall'ospedale per alcuni dei loro partecipanti, che hanno ricevuto plasma convalescente. Il tempo di dimissione variava da 4 a 35 giorni ma non è chiaro se questo miglioramento sia correlato al plasma convalescente, a un altro trattamento o alla progressione naturale della malattia.

Sei studi hanno incluso partecipanti con grave COVID-19. La maggior parte era migliorata al follow-up finale, ma questo miglioramento potrebbe essere stato dovuto ad un altro trattamento, alla progressione naturale della malattia o al trattamento convalescente del plasma.

Due partecipanti hanno segnalato effetti indesiderati relativi al plasma convalescente. Un partecipante ha sviluppato una febbre e un secondo partecipante ha subito uno shock anafilattico (grave reazione allergica) all'inizio della trasfusione.

Certeza delle prove

La nostra certezza (fiducia) nelle prove è stata molto limitata perché gli studi non sono stati randomizzati e non hanno utilizzato metodi affidabili per misurare i loro risultati. Inoltre, avevano solo un piccolo numero di partecipanti, che hanno ricevuto vari trattamenti accanto al plasma convalescente, e alcuni avevano problemi di fondo.

Conclusione

Siamo molto incerti sul fatto che il plasma di persone che si sono riprese dal COVID-19 sia un trattamento elettivo per le persone con COVID-19. Gli studi completati che abbiamo trovato erano di scarsa qualità e i loro risultati potrebbero essere correlati alla progressione naturale della malattia, ad altri trattamenti che i partecipanti hanno ricevuto o al plasma convalescente. Tuttavia, le nostre ricerche hanno trovato 48 studi in corso: 47 che valutano il plasma convalescente e 1 che valuta l'immunoglobulina iperimmune, di cui 22 sono randomizzati. Aggiungeremo questa recensione con i loro risultati quando questi studi saranno completati.

Covid. Dagli antivirali al plasma: le 30 sperimentazioni autorizzate da Aifa

MEDICINA Mag 18,2020

Come è stato detto e ripetuto, al momento non esistono farmaci per il Covid-19. Le molecole attualmente testate negli studi clinici o somministrate ad uso compassionevole, per trattare i malati, in particolare modo i pazienti gravi, sono farmaci cosiddetti "riposizionati", che in passato erano stati messi a punto (e in alcuni casi approvati ed usati) per altre patologie.

Si tratta principalmente di antivirali, che dovrebbero contrastare l'azione di Sars-Cov-2, di anti-infiammatori, che hanno l'obiettivo di placare la reazione eccessiva del sistema immunitario in risposta all'infezione e di anticoagulanti, che tendono ad evitare gli effetti trombotici causati dall'infiammazione.

Sono tutti trattamenti, come già ribadito più volte, che vanno testati in ampi studi clinici randomizzati per poterne valutare la sicurezza e l'efficacia nei pazienti. L'11 marzo è stato approvato il primo studio di questo tipo in Italia, per valutare gli effetti sui pazienti del farmaco antivirale remdesivir. Da allora, in soli due mesi, l'Aifa ha approvato ben 30 sperimentazioni cliniche, condotte in tutta Italia, che analizzano in totale l'efficacia e la sicurezza di 16 molecole diverse. Quali sono questi farmaci e cosa ci si aspetta dai trial in corso?

Gli antivirali

I trial clinici condotti nel Paese sugli antivirali sono quattro. Uno valuta l'uso di favipiravir, il farmaco antinfluenzale giapponese che a marzo è stato oggetto di un ampio dibattito per quanto riguarda la sua efficacia sui pazienti Covid. Questo studio, in cui il farmaco viene testato sui pazienti gravi, viene condotto interamente in Italia, prevede l'arruolamento di 100 pazienti e dovrebbe concludersi a luglio.

A marzo Gilead ha dato poi il via a due studi su remdesivir, uno valuta il farmaco nei pazienti affetti da Covid moderata, l'altro nei pazienti da Covid grave. Gli studi sono ampi e condotti su scala internazionale, l'intenzione è di reclutare quasi 8.000 pazienti. L'Italia fa parte dei circa 200 Paesi coinvolti, con una quindicina di centri partecipanti allo studio. I risultati sarebbero attesi entro maggio, nel frattempo i primi dati di altri studi condotti negli Stati Uniti e in Cina su questo farmaco sembrano promettenti.

In questi casi si interviene su pazienti affetti da una forma moderata o grave, ospedalizzati. È stato approvato il 7 maggio uno studio che valuta invece l'efficacia della somministrazione precoce, orale, a domicilio, di diversi antivirali: darunavir-cobicistat, lopinavir-ritonavir, favipiravir e idrossiclorochina. L'intento è capire se un intervento precoce possa prevenire la progressione dell'infezione verso forme cliniche gravi o critiche con necessità di ricorso a cure ospedaliere o all'intubazione. Il trial, condotto in diversi centri italiani, coinvolgerà tra i 175 e i 435 pazienti e finirà ad agosto.

L'Italia, partecipa poi, insieme ad altri 100 e più Paesi in tutto il mondo, allo studio Solidarity, promosso dall'Oms, con una procedura facilitata per valutare i risultati dei trattamenti con remdesivir; lopinavir-ritonavir; lopinavir-ritonavir in combinazione con l'interferone beta1a e cloroquina o idrossiclorochina.

Antinfiammatori

Molti studi, ben 15, si concentrano sui farmaci somministrati a scopo antinfiammatorio, per placare l'eccessiva reazione immunitaria che nei casi gravi danneggia l'organismo stesso.

Anticorpi...

Nella maggior parte dei casi le molecole testate sono anticorpi monoclonali diretti contro le citochine. Sono in corso: uno studio su canakinumab, anticorpo monoclonale anti-interleuchina-1 beta (IL-1 β); tre studi su sarilumab, anticorpo monoclonale anti-interleuchina-6 (IL-6); tre studi su tocilizumab, attivo contro il recettore dell'IL-6; uno su emapalumab, anticorpo monoclonale anti-interferone gamma (IFN γ).

Di recente è stato approvato uno studio che valuta l'efficacia dell'anticorpo monoclonale mavrilimumab, diretto contro la subunità alfa del recettore per il fattore stimolante le colonie granulocitarie-macrofagiche (GM-CSF). Il farmaco, si legge sul sito dell'Aifa, non è ancora stato autorizzato, ma è in corso di studio per il trattamento dell'artrite reumatoide.

È in corso anche un trial che valuta efficacia e sicurezza di pamrevlumab, un anticorpo monoclonale ricombinante, non ancora autorizzato, diretto contro il connective tissue growth factor, per contrastare l'infiammazione dell'interstizio provocata dal virus che, se persistente, può portare alla formazione di tessuto cicatriziale (fibrosi) e ad una polmonite interstiziale grave.

Il 1 maggio è stato approvato il trial randomizzato Ammuravid, coordinato dagli atenei di Verona e Milano e promosso dalla Società italiana di Malattie infettive e tropicali. Coinvolge 27 centri italiani e valuta l'efficacia di diverse immunoterapie: tocilizumab, sarilumab, siltuximab, canakinumab, baricitinib e metilprednisolone, nel prevenire il peggioramento della funzione respiratoria in pazienti con COVID moderata. È uno studio a sette bracci che dovrebbe coinvolgere in totale 350 pazienti.

...e non solo

C'è poi la colchicina. Un alcaloide utilizzato prevalentemente per trattare e prevenire gli attacchi di gotta e in generale per ridurre l'infiammazione. Nonostante il fatto che il meccanismo d'azione della molecola sia al momento sconosciuto, questa viene attualmente testata in due studi clinici approvati dall'Aifa nei pazienti affetti da Covid, che prevedono il reclutamento, in totale, di circa 600 pazienti.

Sempre per contrastare gli effetti dell'infiammazione, è stato dato il via ad uno studio su una small molecule, baricitinib e uno, rivolto ai pazienti più gravi, sulla molecola reparixin che inibisce l'azione dell'interleuchina-8, associata al processo di infiammazione a carico dei polmoni durante l'infezione da virus Sars-Cov2 .

La maggior parte di questi studi si rivolge a pazienti in condizioni gravi, con l'obiettivo di migliorare la funzione respiratoria ed evitare di arrivare alla ventilazione meccanica, mentre alcuni cercano di prevenire il peggioramento da una condizione moderata ad una forma severa di Covid-19. Solo uno studio, uno di quelli su tocilizumab, valuta la differenza tra la somministrazione precoce dell'anticorpo e dopo l'aggravamento delle condizioni del paziente.

La maggior parte degli studi coinvolge più centri, e, in totale, secondo le previsioni, dovrebbero essere arruolati oltre 4.000 pazienti

Clorochina e idrossiclorochina

Ci sono poi dei farmaci che potrebbero avere sia una funzione antivirale che antinfiammatoria. Come è stato suggerito per la clorochina e l'idrossiclorochina, due molecole molto simili, con lo stesso meccanismo d'azione. Attualmente in Italia sono in corso cinque studi sull'una o l'altra.

L'aspetto interessante è che con la stessa molecola, si cerca di intervenire in momenti diversi dell'infezione. Sono stati avviati due studi preventivi, che intendono valutare l'efficacia del farmaco nel prevenire l'infezione in contesti sanitari. Uno verrà condotto su circa 1.000 operatori sanitari del San Raffaele di Milano, con l'intenzione di ridurre il numero di soggetti che si ammalano, un altro, internazionale, dovrebbe coinvolgere circa 40.000 partecipanti distribuiti in 50-100 siti diversi.

Due studi invece valuteranno l'efficacia, nel ridurre l'ospedalizzazione, della somministrazione negli stadi precoci della malattia, ai pazienti trattati da casa e ai loro familiari. Dovrebbero coinvolgere più di 2.000 pazienti.

Uno studio piemontese, infine, compara, nei pazienti affetti da malattia lieve/moderata, l'effetto dell'idrossiclorochina rispetto a idrossiclorochina combinata con azitromicina, un macrolide usato in genere come antibiotico che potrebbe avere effetti immunomodulanti.

Di recente è stato approvato uno studio con selinexor, un farmaco testato per i tumori, che sembra avere, in test in vitro e nei modelli animali sia un'azione antivirale che antinfiammatoria che sarà testato su pazienti in condizioni gravi, distribuiti in 40 centri a livello internazionale.

Anticoagulanti

Nei pazienti più gravi, l'attivazione della coagulazione del sangue può portare ad embolia e trombosi. Per questa ragione, in questi casi, è necessaria una profilassi antitrombotica. Sono in corso, in Italia, due studi che valutano l'efficacia della trombolisi con enoxaparina (un frammento di eparina a basso peso molecolare), e in particolare testano diverse dosi del farmaco. Uno multicentrico di fase 3, verrà condotto su 2.700 soggetti almeno, l'altro condotto al Sant'Orsola di Bologna, inizierà con 50 pazienti.

C'è poi uno studio, condotto al San Raffaele di Milano su 50 pazienti, che valuterà l'efficacia e il profilo di sicurezza del defibrotide, una miscela polidispersa di polideossiribonucleotidi approvata per il trattamento della malattia veno-occlusiva epatica con insufficienza multiorgano. Il farmaco in studi pre-clinici e clinici ha dimostrato azioni profibrinolitiche, antitrombotiche, antinfiammatorie e angio-protettive.

Non stupisce che la maggior parte degli studi sia promossa nelle regioni in cui l'emergenza è ed è stata più grave, in particolare la Lombardia, sempre in testa in termini di ricoverato con sintomi (4.480), pazienti in terapia intensiva (255) e malati in isolamento domiciliare (22.695), dati del 17 maggio. Otto studi sono promossi da case farmaceutiche e in genere condotti in diversi Paesi.

Plasmaferesi

Per concludere, nel corso delle ultime settimane abbiamo sentito parlare molto di plasmaferesi, della possibilità che il plasma dei guariti, contenente una certa quantità di anticorpi contro Sars-Cov-2, potesse essere un'arma efficace contro la malattia.

Il 15 maggio è stato autorizzato dal Comitato Etico dell'INMI "L. Spallanzani" lo studio TSUNAMI (acronimo di TransFusion of convalescent plasma for the treatment of severe pneumonia due to SARS-CoV2), uno studio nazionale comparativo randomizzato per valutare l'efficacia e il ruolo del plasma ottenuto da pazienti convalescenti da Covid-19.

Lo studio, attivato su indicazione del Ministero della Salute, è promosso dall'Istituto Superiore di Sanità e dall'Aifa e vede al momento coinvolti 56 centri, distribuiti in 12 Regioni. Lo studio – si legge in una di Aifa – consentirà di ottenere evidenze scientifiche solide sul ruolo di questa strategia terapeutica e di fornire, in modo univoco, trasparente e in tempi rapidi, informazioni e risposte alle domande sulla sua sicurezza ed efficacia.



Le risposte anticorpali al virus SARS-CoV-2 nei pazienti con COVID-19

A cura di:

Cristina Stasi - Centro Interdipartimentale di Epatologia CRIA-MASVE, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, AOU Careggi

Caterina Silvestri - Agenzia regionale di sanità

Comunemente, a seguito dell'esposizione all'agente virale, il nostro sistema immunitario produce anticorpi, chiamati immunoglobuline M (IgM) ed immunoglobuline G (IgG), diretti verso le proteine dell'involucro virale.

Gli anticorpi IgM sono prodotti nella fase iniziale dell'infezione e forniscono una protezione a breve termine. Gli anticorpi IgG sono prodotti durante la prima infezione e generalmente sono responsabili della protezione a lungo termine.

Studi sulla sindrome respiratoria acuta grave (SARS) e la sindrome respiratoria del Medio Oriente (MERS) hanno dimostrato la presenza di anticorpi specifici contro questi virus nell'80–100% dei pazienti a 2 settimane dopo l'insorgenza dei sintomi [1,2].

Fra le molte cose ancora poco note del virus SARS-CoV-2, una riguarda proprio la risposta anticorpale nei pazienti con COVID-19. Su questo tema il 29 aprile 2020 la rivista Nature Medicine ha pubblicato i risultati di uno studio sulla risposta anticorpale a SARS-CoV-2 condotto su 285 pazienti con COVID-19 in 3 ospedali cinesi.

Lo studio ha dimostrato che la risposta immunitaria contro SARS-CoV-2 si sviluppa entro 19 giorni dall'insorgenza dei sintomi con una positività per IgG del 100% nei pazienti arruolati. La sierconversione per IgM e IgG si è verificata contemporaneamente o in sequenza. La metodologia adottata prevedeva l'utilizzo di

un test sierologico immunoenzimatico a chemiluminescenza magnetica (MCLIA) per il rilevamento di anticorpi specifici per virus.

I risultati hanno mostrato che il 100% dei pazienti è risultato positivo alle IgG dopo circa 17-19 giorni dopo l'insorgenza dei sintomi, con un picco raggiunto nel 94,1% dopo 20-22 giorni dall'inizio dei sintomi. Durante le prime 3 settimane dopo l'insorgenza dei sintomi, ci sono stati aumenti dei titoli anticorpali IgG e IgM specifici per il SARS-CoV-2.

Una parte dei pazienti arruolati (n=63) sono stati monitorati fino alla dimissione, con la raccolta di esami sierologici a intervalli di 3 giorni. Tra questi, il tasso complessivo di sieroconversione era del 96,8% (61/63) nel periodo di follow-up. In questi pazienti la sieroconversione di IgG o IgM è stata raggiunta entro 20 giorni dall'esordio dei sintomi, mediamente intorno al 13° giorno. Non è stata riscontrata nessuna correlazione tra i livelli di IgG al plateau e le caratteristiche cliniche dei pazienti.

Inoltre, per verificare se i test sierologici possono aiutare a identificare pazienti con sospetto COVID-19, sono stati esaminati 52 casi dubbi (sintomi di COVID-19 o anomalie radiologiche per i quali i test per l'RNA virale erano negativi in almeno due campioni sequenziali) e 164 contatti ravvicinati di pazienti con infezione da SARS-CoV-2 nota. I risultati hanno mostrato che alcuni soggetti, risultati negativi al test RT-PCR (reazione a catena della polimerasi inversa), presentavano risultati positivi al test sierologico per IgG e/o IgM.

Complessivamente lo studio ha dimostrato che i criteri per la conferma dell'infezione MERS-CoV raccomandati dall'Organizzazione mondiale della sanità (sieroconversione o aumento di 4 volte dei titoli anticorpali di IgG specifici), sono utilizzabili per la maggior parte dei pazienti con COVID-19. Tuttavia, una raccolta del primo campione di siero dovrebbe essere effettuata il prima possibile poiché il 12,2% dei pazienti aveva già raggiunto il plateau del titolo di IgG entro 7 giorni dall'esordio dei sintomi.

Inoltre, nonostante gli autori confermino che la RT-PCR rappresenti una metodica efficace per confermare l'infezione precoce da SARS-CoV-2, suggeriscono di effettuare il completamento diagnostico dei casi sospetti (risultati negativi all'RT-PCR) attraverso l'utilizzo del test sierologico.

In conclusione, nonostante il numero esiguo dei pazienti coinvolti, i risultati dello studio sottolineano l'importanza dell'esecuzione del test sierologico per raggiungere una più accurata stima della diffusione del COVID-19 nella popolazione. Nonostante i risultati dello studio siano promettenti, gli autori sottolineano la necessità di effettuare studi futuri riguardanti l'attività neutralizzante degli anticorpi IgG rilevati contro SARS-CoV-2.

Per approfondire

Riferimenti bibliografici

1. Corman, V. M. et al. Viral shedding and antibody response in 37 patients with Middle East respiratory syndrome coronavirus infection. *Clin. Infect. Dis.* 62, 477–483 (2016).
2. Meyer, B., Drosten, C. & Muller, M. A. Serological assays for emerging coronaviruses: challenges and pitfalls. *Virus Res.* 194, 175–183 (2014).

[Imperial Colle London] Cacciatori di vaccini

Stanno correndo contro il tempo, forse fin troppo velocemente. E stanno lottando per intercettare fondi. Gli esperti di infezioni raccontano la loro gara per fermare la pandemia di Coronavirus. E alla competizione partecipano anche le eccellenze italiane

Di Joe Shute e Elena Cattaneo

In un laboratorio nelle viscere dell'Imperial College di Londra per un mese tutti gli occhi sono stati puntati su un gruppo di topolini che correvano qua e là, impegnati nelle loro faccende quotidiane. Qualche settimana prima ai roditori era stato iniettato un prototipo di vaccino che si spera possa riuscire nell'impresa che il mondo finora non ha saputo compiere: fermare l'epidemia di Covid-19. I progressi, dice il professor Robin Shattock, del dipartimento di malattie infettive dell'ateneo, sono promettenti.

Lui e il suo team hanno cominciato a lavorare a metà gennaio e stanno procedendo a rotta di collo: solo 14 giorni per arrivare dal sequenziamento genetico del virus alla costruzione del vaccino sperimentale in laboratorio. Il prototipo si basa su una tecnica all'avanguardia che inietta nuovo codice genetico nel muscolo, istruendolo a fabbricare una proteina presente sulla superficie del Coronavirus che innesca una reazione immunitaria protettiva. L'esperimento sui topi si è dimostrato un successo, e Shattock spera di cominciare le sperimentazioni sugli esseri umani già in giugno e di avere un vaccino pronto per il prossimo anno. Che forse sarebbe il primo del pianeta.

I laboratori dell'Imperial College partecipano alla guerra mondiale contro il Covid-19. All'Edward Jenner Institute for Vaccine Research dell'Università di Oxford, per esempio, i ricercatori hanno già prodotto un "ceppo" del vaccino, mille dosi del quale fabbricate in Italia (dalla società Advent-Irbm) e da fine aprile utilizzate in sperimentazioni cliniche sull'uomo; la multinazionale AstraZeneca ha appena annunciato la partnership con Oxford. E intanto il laboratorio di Virologia dell'istituto Spallanzani di Roma testa un vaccino genetico in collaborazione con Takis Biotech.

Al momento, circa altre 35 società farmaceutiche lavorano allo sviluppo di un'immunoprofilassi contro il virus. "È una competizione, nel senso che a tutti piace arrivare per primi. Ma è amichevole", spiega Shattock. "Perché è più una gara contro il virus che fra di noi".

Il problema è che per ora ha vinto il virus. In una conferenza stampa, Michael Ryan, direttore del programma di emergenza dell'Organizzazione mondiale della sanità, ha denunciato l'"importante carenza di finanziamenti" per potenziali vaccini. Anche se dovesse spuntarne fuori uno all'inizio del prossimo anno, sarebbe una ben misera protezione contro i mesi di devastazione mondiale senza precedenti che potremmo ancora avere davanti.

Un altro motivo di preoccupazione è che il Covid-19 si è già evoluto in due ceppi principali, etichettati come Tipo L e Tipo S. L'S, il più "vecchio", appare meno aggressivo e meno contagioso, mentre l'L, emerso dopo, si è diffuso rapidamente e tra marzo e aprile è stato il responsabile di circa il 70% dei casi. Gli esperti sanitari britannici dunque temono che il virus possa colpire la Gran Bretagna in "ondate multiple", il che significa che i nuovi vaccini potrebbero non funzionare contro ceppi mutati. Insomma, è una guerra che va combattuta su tanti fronti.

Oltre che sull'immunoprofilassi, i ricercatori si stanno infatti concentrando sui farmaci antivirali per curare i pazienti (al momento non ne esiste nessuno), nella speranza di crearne di nuovi in tempi record o di rispolverarne di vecchi sviluppati per passate epidemie. Allo stesso tempo, gli scienziati sono al lavoro per elaborare test diagnostici rapidi più attendibili, che consentano di verificare con maggiore efficienza e su larga scala la diffusione virale. Una misura che in Corea del Sud è stata considerata come la mossa decisiva per impedire che si estendesse ancora di più. Solo in Cina sono in corso circa 300 sperimentazioni cliniche per cercare di curare i pazienti con terapie antivirali standard, mentre in Occidente si stanno riconvertendo vecchie terapie per l'Ebola, la malaria e l'Hiv per capire se possono avere qualche effetto contro il Covid-19.

Molti ritengono che il candidato migliore in questo senso sia il Remdesivir, molecola sviluppata originariamente per curare l'Ebola, di cui ora la compagnia farmaceutica americana Gilead sta intensificando la produzione. È uno dei pochissimi antivirali che sembrano avere ragionevoli possibilità di aiutare i pazienti nel breve termine.

Se questi vecchi farmaci fallissero nell'impresa, allora la comunità scientifica dovrà cercare di essere più creativa, ed è qui che entra in gioco un 39enne genio della tecnologia di nome Jacob Glanville. Americano nato in Guatemala da, dice, "genitori hippy americani espatriati", è la mosca bianca in un settore dominato dai colossi dell'industria farmaceutica. Ma ora, con il sostegno del governo Usa, si è imbarcato in una "manipolazione superaccelerata" degli anticorpi prodotti nel 2002 durante l'epidemia di Sars, per vedere se si possono applicare all'esponente più recente della stessa famiglia di Coronavirus.

È un processo che Glanville, amministratore delegato della Distributed Bio, definisce: "Come prendere cinque miliardi di pezzi di spaghetti e tirarli tutti contro un muro per vedere se qualcuno ci resta appiccicato" (gli anticorpi "rimasti appiccicati" sarebbero per ora 5). Glanville compare in una recente serie di Netflix, *Pandemic*, incentrata su una branca distinta del suo innovativo lavoro per sviluppare vaccini universali contro l'influenza. Viene descritto come il Davide che combatte contro il Golia dell'influenza.

E con il Covid-19 ha di fronte una sfida altrettanto impari. Se il suo tentativo di scoprire un anticorpo in grado di contrastare il virus dovesse rivelarsi un successo, è concepibile, dice, che si possa giungere a un farmaco entro settembre. Ma anche settembre, per molti, sarebbe troppo tardi. Prima, lui pronostica, i reparti di terapia intensiva del suo stato, la California, potrebbero essere presi d'assalto da 40mila pazienti di Covid-19. "Il nemico è già qui", conclude. "E tutti vogliamo proteggere le nostre famiglie".

Gli scienziati del mondo sono riconoscenti ai loro colleghi cinesi, che il 10 gennaio hanno reso pubblico senza limitazioni il sequenziamento genetico del Covid-19. Organizzazioni come la Cepi (Coalizione per le innovazioni in materia di preparazione alle epidemie), consorzio nato a Davos nel 2017 grazie alla Fondazione Bill e Melinda Gates in risposta alla mancanza di progressi scientifici durante la crisi dell'Ebola, stanno finanziando ricerche rapide sui vaccini e vari governi stanno stanziando fondi.

All'Università di Toronto, Sachdev Sidhu, professore di genetica molecolare, guida un team finanziato in parte dal governo federale canadese per sviluppare antivirali efficaci. Il suo lavoro coinvolge una tecnica all'avanguardia studiata da lui stesso per testare milioni di molecole archiviate, in modo da valutare se una di esse contenga l'inibitore della proteasi decisivo per il Covid-19 (che contribuirebbe a neutralizzare il virus).

Sidhu descrive i progressi realizzati finora a livello mondiale come "un trionfo della scienza", dove il lavoro di comprensione del virus, che nel caso dell'Hiv aveva richiesto un decennio, stavolta è stato fatto in un mese. Ma anche se sta cercando di sfruttare il tallone d'Achille del Covid-19, dice che la cosa migliore è bloccare l'impatto umano del virus. "Non puoi farti trascinare dall'emotività. Non aiuta. Il nostro lavoro è capire che cosa è, come funziona, come bloccarlo".

Kate Broderick, ricercatrice 42enne originaria di Dunfermline, in Scozia, è senior vice president per ricerca e sviluppo dell'azienda americana Inovio. Racconta che da quando è venuto fuori il virus ha dormito in media

circa 2 ore a notte. "Come scienziata e come mamma sono estremamente preoccupata", dice. "Tre mesi fa non avrei predetto uno scenario del genere nemmeno nei miei incubi peggiori: non avrei mai immaginato che potessimo trovarci nella situazione di oggi".

Il giorno in cui le autorità cinesi hanno pubblicato la sequenza genetica completa del Covid-19, la sua azienda (che in passato aveva lavorato su vaccini per l'Ebola, lo Zika, la Mers e la Febbre di Lassa) ha progettato un vaccino in appena 3 ore e ha immediatamente cominciato a fabbricarne piccoli lotti da testare in laboratorio. Inovio ha intenzione di cominciare subito la sperimentazione sugli esseri umani negli Usa (entro maggio), con sperimentazioni parallele in Cina e Corea del Sud, per poi passare alla fase due (su 3), quella degli esperimenti clinici su un numero più ampio di persone.

Broderick si rifiuta di fare ipotesi sulla data in cui un farmaco potrebbe essere pronto, ma dice che ci vorranno come minimo decine di milioni di dollari di finanziamenti. Il suo team ha ricevuto una donazione di 9 milioni di dollari dalla Cepi, ma servono molti più investimenti per rendere largamente disponibile qualsiasi molecola.

I costi enormi sono l'ostacolo su cui i precedenti vaccini sono andati a sbattere, ma di fronte al Covid-19, che sta dimostrando di essere diverso da qualsiasi altro virus visto finora, di questi fallimenti non si preoccupa più nessuno. "Penso che quest'infezione sia assolutamente straordinaria", dice Broderick commentando velocità e portata del contagio. "La gente farebbe bene a prenderla estremamente sul serio".

Torniamo a Londra. Dove in marzo si è valutata l'idoneità di migliaia di volontari per sperimentazioni cliniche di vaccini e farmaci antivirali. Hivivo (controllata dell'azienda Open Orphan), che ha sviluppato un modello di test rapido, ha ricevuto 10mila candidature di persone che si mettevano a disposizione per farsi iniettare, il mese dopo, un parente stretto del Covid-19 e dare una mano a scoprire una cura.

Andrew Catchpole, virologo e scienziato a capo della società, riconosce che per alcuni l'offerta di 3.500 sterline a testa, per trascorrere due settimane in quarantena, ha rappresentato l'incentivo principale. Ma all'adesione interessata non è stato estraneo il desiderio di unire le forze e operare per il bene comune. "È una concreta emergenza umana", dice. "E tantissime persone vogliono fare sinceramente la loro parte".

(Traduzione di Fabio Galimberti. Telegraph Media Group Ltd)

Come si ottiene un vaccino

di Elena Cattaneo*

Quando si tratta di individuare misure di salute pubblica che riguardano, potenzialmente, i cittadini di tutto il mondo, la celerità non deve sovrapporsi a tre assolute priorità: efficacia, disponibilità e sicurezza. Gli esperti hanno immediatamente chiarito che i contagi da Covid-19 si fermeranno solo quando avremo un vaccino sperimentato, validato, approvato e prodotto in dosi sufficienti.

Non è possibile fare previsioni sul tempo necessario a ottenerlo (la scienza non ha "sfere di cristallo" ma dati da costruire giorno per giorno), né bypassare anche una sola delle fasi fondamentali per la sua realizzazione. L'indimenticabile Gianni Rodari ci ha insegnato che "per fare un tavolo ci vuole un fiore", educando generazioni di bambini alle fasi della trasformazione, con l'ingegno dell'uomo e la meraviglia della natura, dal fiore al tavolo.

Nel caso dei vaccini, il "fiore" - l'elemento da cui tutto ha inizio - è il virus: è necessario conoscerne il genoma, sapere come ha accesso al nostro organismo, come si riproduce, per poter immaginare come sollecitare il nostro sistema immunitario, selezionando gli antigeni (componenti di virus e batteri) che, in quantità non sufficiente a provocare la malattia, comporranno il vaccino. La prima fase di validazione è quella pre-clinica

che comprende test *in vitro* e su animali, questi ultimi necessari a valutare, oltre all'efficacia *in vivo*, la sicurezza del vaccino.

Di recente mi è capitato di confrontarmi con una collega in Parlamento circa un possibile vaccino anti Covid-19 dell'americana Moderna Therapeutics, che (secondo lei) "per fortuna" avrebbe saltato lo step della sperimentazione animale. Rassicuro tutti che così non è stato: Moderna opera in sinergia con il National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID) che, per testare la sicurezza del potenziale vaccino sviluppato dall'azienda di Seattle, ha avviato in parallelo test su topi e primati non umani...

Una volta riscontrato un sufficiente livello di sicurezza ed efficacia su modelli animali, il vaccino potrà passare alla sperimentazione clinica sull'uomo che, prima della messa in commercio, prevede tre fasi: la fase 1 coinvolge un numero limitato di persone e ha l'obiettivo di testare la sicurezza. Nelle successive due fasi, la platea viene via via ampliata, fino a coinvolgere centinaia o migliaia di persone nella fase 3 per valutare l'efficacia, nel caso specifico anche la possibilità di creare una immunità duratura.

Se i risultati di queste sperimentazioni sono positivi, l'azienda produttrice sottopone una richiesta di autorizzazione alle agenzie regolatorie competenti. Questa procedura richiede in genere anni. La mobilitazione dei laboratori per la ricerca sul Covid-19 è stata enorme in tutto il mondo, al punto che degli oltre 70 vaccini in via di sviluppo alcuni hanno raggiunto già la fase degli studi clinici.

Uno di questi, tra i primi al mondo ad arrivare alla fase di sperimentazione su volontari umani, è stato messo a punto dallo Jenner Institute di Oxford in sinergia con l'Irpbm di Pomezia: in questo caso il lavoro su piattaforme di studi *in vivo* acquisite da studi precedenti ha permesso di abbreviare al massimo la fase di sperimentazione animale (comunque necessaria per studiare i profili di sicurezza del vaccino). Di fronte alla pandemia da Covid-19, impreparati e sconvolti dalle conseguenze che ha portato nelle nostre vite (e che il nostro pigro cervello, abituato a un pluridecennale benessere, non vuole accettare), la richiesta di risposte e soluzioni rapide è più che comprensibile.

Ma le nostre speranze di un ritorno alla normalità non devono lasciare spazio a placebo, oroscopi e approcci alternativi. Come per migliaia di altre malattie la sperimentazione animale, se si vogliono cure per gli esseri umani, resta irrinunciabile per la complessità della fisiologia che si vuole riparare. La svolgiamo con il metodo della scienza, il rigore delle regole, l'eticità del valore degli obiettivi che si vuole raggiungere. I risultati parlano da soli.

**Elena Cattaneo, docente di Farmacologia all'Università degli Studi di Milano e Senatrice a vita*

[Università di Genova]

“Risultati dei test immunocromatografici rapidi per la rilevazione anticorpi SARS-CoV2 nella città metropolitana di Genova nell’aprile 2020”

Gaggioli Germano (1), Brignole Michele (2), Morgavi Paola (1), Alessia Bondanza (1), Federico Grifoni (3), Maria Vittoria Mallucci (3), Antonio Zampogna (4), Vena Antonio (5), Bassetti Matteo (5)

- 1) Laboratorio indipendente analisi cliniche “Casa della Salute, Genova”
- 2) Comitato Assistenza Malati Tigullio
- 3) Medico in formazione in Medicina Generale
- 4) Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, sez. Tigullio
- 5) Cattedra malattie infettive Ospedale San Martino Genova

Indirizzo per la corrispondenza:

Germano Gaggioli, gaggioligermano@gmail.com

Abstract

Scopo. Il test immunologico cromatografico qualitativo (TICQ) a flusso laterale è in grado di rilevare nel sangue umano gli anticorpi specifici IgG e IgM per il virus Covid-19. Tali test hanno una buona sensibilità e specificità, sono facili da eseguire, sono a basso costo e pertanto sono idonei per una valutazione epidemiologica di ampie popolazioni di soggetti. Scopo dello studio è stato quello di eseguire una indagine nella popolazione non affetta da forma manifesta di infezione da Covid-19 nella città metropolitana di Genova.

Metodo. Abbiamo analizzato la risposta al TICQ in una popolazione consecutiva di soggetti che si sono sottoposti volontariamente al test nel periodo dal 24 marzo al 30 aprile 2020, suddivisi in: a) popolazione generale asintomatica; b) personale sanitario di residenze sanitarie assistenziali (RSA) e personale sanitario ospedaliero; c) ospiti anziani di residenze sanitarie assistenziali (RSA). Inoltre ai soggetti della popolazione generale è stato richiesto di rispondere ad un questionario sulla presenza o meno di sintomi sospetti pregressi o fattori di rischio di contagio (contatto con pazienti positivi Covid-19).

Risultati. Abbiamo eseguito il test a 4694 soggetti di età media di 59 anni (range 11-104), 64% femmine. Globalmente il TICQ è risultato positivo in 765 soggetti (16%). Gli ospiti delle RSA hanno evidenziato una positività al TICQ significativamente più elevata rispetto la popolazione generale e rispetto la popolazione sanitaria (25% vs 14% e 13% rispettivamente con $p < 0.0001$). I soggetti con sintomi pregressi o che avevano avuto contatto con soggetti Covid-19 hanno una positività significativamente più elevata rispetto a chi non aveva tali caratteristiche (18% vs 11%, $p = 0.007$). Infine, vi è stata una netta differenza geografica con prevalenza di test positivi fra gli abitanti dell’area di ponente (Genova centro) rispetto a quelli del levante (Tigullio) per tutti i sottogruppi, $p = 0.0001$

Conclusioni. Una percentuale minoritaria, ma consistente, della popolazione della città metropolitana di Genova ha sviluppato una risposta anticorpale al virus SARS-CoV2, con cui è venuta a contatto entro il mese di aprile 2020. Estrapolando i nostri dati alla popolazione totale, stimiamo che circa 120.000 abitanti (il 14% della popolazione) abbiamo contratto l’infezione. Un’ampia variabilità della prevalenza anticorpale è presente in base a esposizione al rischio di contagio.

Parole chiave: SARS-CoV-2, Covid-19, RT-PCR, striscia immunocromatografica sierologia, anticorpi IgMIgG

Introduzione

In dicembre 2019, a Wuhan, Hubei, in Cina, è stato isolato un nuovo agente patogeno virale della famiglia dei coronavirus. Tale virus, SARS-CoV-2, è responsabile della malattia denominata Corona Virus Disease 19 (Covid-19) (1,2). I sintomi più comuni di COVID-19 sono febbre, tosse secca, astenia, produzione o meno di espettorato, dispnea, faringodinia, mialgia, cefalea, congiuntivite, rinite, ageusia o disgeusia, anosmia, congestione nasale e diarrea. I sintomi della malattia solitamente iniziano gradualmente e sono lievi nella maggior parte dei casi. Alcune persone si infettano ma non sviluppano alcun sintomo. La maggior parte delle persone (circa l'80%) guarisce dalla malattia senza un trattamento speciale.

Circa una persona su sei che si infetta con Covid-19 si ammala gravemente e sviluppa difficoltà respiratorie (2,3); la complicazione maggiore è la polmonite virale interstiziale (tipicamente a "vetro smerigliato") che in taluni casi può comportare una sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS) e una tempesta di citochine, che possono portare alla morte del soggetto colpito (4).

Le persone anziane e quelle con comorbidità preesistenti, come cardiopatia strutturale, diabete, BPCO, obesità, e tabagismo hanno maggiori probabilità di sviluppare una malattia grave (5). Il tasso di letalità a tutt'oggi non è stato ancora ben definito ma comunque sembra essere compreso tra lo 0.6 % e il 2%. Il Covid-19 è trasmesso tramite particelle respiratorie che vengono espirate dalle persone infette tramite tosse, starnuti o parlando.

Queste goccioline possono essere inalate o ingerite direttamente da altre persone o possono contaminare le superfici che rimangono poi infettive anche per diversi giorni. Si stima che il periodo di incubazione del Covid-19 vada da 1 a 14 giorni, durante i quali le persone potrebbero essere già infettive senza mostrare i sintomi di malattia (6). Nonostante la mortalità sia relativamente bassa, la trasmissibilità di Covid-19 invece si è dimostrata assai elevata.

Simile a precedenti focolai di infezione da coronavirus nell'uomo, ad es 2003 SARS - CoV3, 4 e 2012 infezione da MERS -CoV, 5 SARS -CoV- 2, tale nuovo virus si è rapidamente diffuso come pandemia in Europa e in molte parti del mondo comportando, oltre che mortalità, disagio socio economico importante e difficoltà di gestione delle strutture sanitarie per l'iperafflusso di molti soggetti che si sono ammalati contemporaneamente in un breve periodo temporale (7).

La presenza del virus viene ricercata mediante tampone molecolare (reazione a catena della polimerasi a trascrizione inversa RT-PCR) che consiste nel rilevare fisicamente i filamenti di RNA del virus in zone anatomiche ben definite (orofaringe, cavità nasali). Il tampone molecolare è attualmente considerato lo "standard di riferimento" nella diagnosi di Covid-19 (8).

Nonostante la RT-PCR sia ampiamente adottata come metodo diagnostico standard in Cina e nel mondo, la limitazione di questa tecnologia è evidente. Infatti, mentre i pazienti positivi ai test RT-PCR possono essere diagnosticati come infezione da Covid-19, quelli negativi ai test non possono escluderne la possibilità in quanto l'infezione potrebbe essere già superata al momento del prelievo e pertanto il soggetto risultare negativo al test (9). Inoltre, sono state descritte risposte falsamente negative al test.

Al contrario del test molecolare, i test sierologici consistono nel rilevare su siero plasma o su sangue intero la presenza di anticorpi (immunoglobuline) specifici Covid-19 per mezzo di un prelievo di sangue capillare da un dito o da un accesso venoso. Tra i vari metodi di rilevamento sierologico, la striscia immunocromatografica a base di oro colloidale ha permesso di fornire un approccio diagnostico supplementare per i pazienti con infezione da Covid-19.

Tale test consiste in un immunodosaggio cromatografico a flusso laterale per l'individuazione qualitativa (TICQ) di IgG e IgM anti-SARS-CoV-2 (Covid-19) in sangue intero, siero, oppure plasma umani. Essendo un test qualitativo, esso non è in grado di determinare la concentrazione di anticorpi nel campione. Tuttavia, esso è un test rapido (il risultato è evidenziato entro 15 minuti), a basso costo, di semplice esecuzione e, come tale, adatto alla valutazione di ampie popolazioni di soggetti.

Tale test è stato valutato per quanto riguarda la possibilità di reazioni crociate ad altri virus ad es virus dell'influenza di tipo A, al virus dell'influenza di tipo B, anti-RSV, anti-adenovirus, anti-HBsAg, anti-T. pallidum, anti-H. pylori, anti-HIV e anti-HCV altri virus famiglia coronavirus e SARS e non è stata osservata reattività incrociata anche se non si può escludere in assoluto una reazione crociata nei confronti di virus di famiglia affini al Covid-19 o di altri virus (10,11).

Nel loro complesso i test cromatografici hanno evidenziato in vari studi una sensibilità media di 80% -85% e una specificità di 95% (12). La sensibilità aumenta con l'aumento della distanza temporale dal contatto con il virus fino al 100%. In uno studio (12), eseguito in pazienti veri positivi, la sierconversione per IgG e IgM fu riscontrata nel 30% dei pazienti dopo 2-4 giorni dall'inizio dei sintomi ed aumentò fino al 100% a partire dal 20-22 giorno. Dal mese di marzo 2020 sono stati messi in commercio numerosi Kit qualitativi cromatografici approvati dal Ministero della Salute. In conclusione, i test sierologici non sono in contrapposizione al test molecolare, ma piuttosto essi vanno intesi come strumento per una stratificazione epidemiologica della malattia.

Scopo dello studio è stato quello di eseguire una indagine nella popolazione non affetta da forma manifesta di infezione da Covid-19 nella città metropolitana di Genova.

Metodo

Dal 24 marzo al 30 aprile 2020 abbiamo sottoposto al TICQ rapido (Biosynex Covid-19 BSS, SclavoDiagostics International, Italia) una popolazione consecutiva di soggetti che si sono sottoposti volontariamente al test nel mese di aprile 2020, suddivisi in: a) popolazione generale asintomatica; b) personale sanitario di residenze sanitarie assistenziali (RSA) e personale sanitario ospedaliero (28 in Genova centro e 18 in Tigullio); c) ospiti anziani di residenze sanitarie assistenziali (RSA). Inoltre, ai soggetti della popolazione generale è stato richiesto di rispondere ad un questionario sulla presenza o meno di sintomi sospetti pregressi o fattori di rischio di contagio (contatto con pazienti positivi Covid-19).

Tutti i soggetti avevano consentito di essere sottoposti al test mediante un consenso informato; l'esame prevedeva il prelievo ematico, la centrifugazione del sangue in toto e l'analisi del siero oppure il prelievo di sangue capillare periferico da un dito della mano; un sanitario dedicato utilizzava per tutti i soggetti lo stesso Kit immunocromatografico ed inseriva 1 gtt di siero centrifugato prelevato dalla provetta del Paziente oppure 1 gtt di sangue periferico capillare da un dito della mano e 1 gtt di reagente inserendoli nell'apposita fessura "della saponetta del Kit" (**Figura 1**); il sanitario poi valutava in 15 minuti la risposta al test; durante il test, la miscela siero/sangue e reagente migrava poi lungo la membrana cromatograficamente per azione capillare e reagiva con le eventuali IgM e le IgG antiumane nella regione della linea di test 'IgM' e 'IgG' della membrana (**Figura 2**). La presenza di una linea colorata nella regione della linea del test 'IgM' e/o 'IgG' indicava un risultato positivo. L'assenza di una linea colorata nella regione della linea del test 'IgM' e/o 'IgG' indicava un risultato negativo. La presenza di una linea colorata nella regione della linea di controllo (C) evidenziava il controllo procedurale interno indicando che è stato utilizzato il corretto volume di campione e che la migrazione sulla membrana è avvenuta correttamente. Importante sottolineare che l'intensità del colore nella regione della linea del test 'IgG' ed 'IgM' poteva variare a seconda della concentrazione di anticorpi anti-SARS-CoV-2 nel campione. Pertanto, qualsiasi sfumatura di colore nell'area della linea del test per "IgM" o "IgG" come è ben specificato dalla letteratura (13) è stata considerata come indicativa di un risultato positivo. (**Figura 2**). È stato valutato anche il test di riproducibilità immediata su 400 soggetti e tali test hanno dimostrato una riproducibilità nel 99% dei casi.

Venivano esclusi dallo studio i soggetti Covid-19 accertati mediante PCR o comunque Ospedalizzati per sintomi clinicamente riferibili o sospetti ad infezione Covid-19.

Risultati

In totale, abbiamo eseguito il test a 4694 soggetti di età media di 59 anni (range 11-104), 64% femmine (**Tabella 1**). Globalmente il TICQ è risultato positivo in 765 soggetti (16%). Gli ospiti delle RSA hanno evidenziato una positività al TICQ significativamente più elevata rispetto la popolazione generale e rispetto la popolazione sanitaria (25% vs 14% e 13% rispettivamente con $p < 0.0001$) (**Figura 3**). I soggetti con sintomi pregressi o che avevano avuto contatto con soggetti Covid-19 hanno una positività significativamente più elevata rispetto a chi non aveva tali caratteristiche (18% vs 11%, $p = 0.007$). (**Figura 4**) Infine, vi è stata una netta differenza geografica con prevalenza di test positivi fra gli abitanti dell'area di ponente (Genova centro) rispetto a quelli del levante (Tigullio) per tutti i sottogruppi, $p = 0.0001$ (**Tabella 2**)

Discussione e conclusioni

I risultati di questo studio dimostrano che una percentuale minoritaria, ma consistente, della popolazione della città metropolitana di Genova ha sviluppato una risposta anticorpale al virus SARS-CoV2, con cui è venuta a contatto entro il mese di aprile 2020. Un'ampia variabilità della prevalenza anticorpale è presente in base a esposizione al rischio di contagio. La città metropolitana di Genova consta di 862.000 abitanti. Estrapolando i nostri dati alla popolazione totale, stimiamo che circa 120.000 abitanti (il 14% della popolazione) abbiano contratto l'infezione in un periodo di circa 2 mesi dall'inizio della pandemia fino ad aprile.

Nel periodo della nostra valutazione (dal 24 marzo al 30 aprile 2020), nella città metropolitana di Genova, sono stati diagnosticati 5095 pazienti Covid-19 e sono decedute 724 persone (dati istituto Superiore di Sanità [14]). I dati ISTAT rilevano che nel periodo che va dal 20 febbraio al 31 marzo 2020 sono decedute in totale 3234 persone vs 2364 persone (+870) dello stesso periodo di una media degli anni 2015-2019, pari ad un aumento del 37%. I suddetti dati evidenziamo l'impatto reale della mortalità diretta od indiretta legata all'infezione relativa al Covid-19. Pertanto, solo un percentuale minoritaria di soggetti, pari al 4.2% (5095/120.000) ha avuto una manifestazione clinica di gravità sufficiente a ricorrere al Servizio Sanitario pubblico ed una percentuale ancora minore è morta (870 persone pari a 0.7%).

I nostri risultati sono confrontabili con altri in letteratura. A Vò Euganeo (15), dal 21 febbraio, data del primo caso riscontrato al 8 marzo 2020, si sono riscontrati 81 casi su 2812 abitanti, pari ad una incidenza di 2.9% in un periodo di 15 giorni. Nell'epidemia sulla nave Costa Splendid, durante il periodo di quarantena nel porto di Yokohama (fonte Il Secolo XIX), su 3700 persone fra equipaggio e turisti, vi furono 712 affetti da infezione, pari al 19%.

I dati della letteratura sono concordi nel definire i pazienti fragili (soprattutto anziani con comorbidità degenti delle RSA) come i più a rischio di contrarre il Covid-19 e ad elevata mortalità. Nel nostro studio, la prevalenza di infezione fra gli ospiti anziani di RSA è stata del 24% (variabile da 16% nell'area con minore prevalenza nella popolazione generale a 36% nell'area a maggiore prevalenza nella popolazione generale).

Tale prevalenza è minore di quella riscontrata nelle case di riposo della contea di King, Washington, USA che fu ben del 54% (16). Il punto di forza di questo studio è che esso è il primo eseguito per la città di Genova in un campione sufficientemente numeroso ed uno dei primi in Italia. Il limite principale è un bias potenziale di campionamento per cui il campione non è rappresentativo della popolazione generale. Pertanto, i risultati dovranno essere verificati con quelli dello studio epidemiologico italiano dell'Istituto Superiore di Sanità, attualmente in corso.

Comunque, il nostro studio dimostra l'ampia variabilità di risposte positive, variabile da 11% in chi non ha avuto contatti con soggetti affetti fino al 36% dei soggetti fragili ospiti delle RSA. Il personale sanitario ha avuto una probabilità intermedia. Infine, è in qualche modo inaspettata la notevole differenza di positività fra due aree contigue, il centro ed il Tigullio. A parte la casualità, possiamo ipotizzare che il rischio di infezione è tanto più grande quanto più vi è vicinanza fisica della popolazione tipica dei grandi aggregati di popolazione rispetto a zone, quali il Tigullio, in cui vi è maggiore possibilità di distanziamento sociale. Lo stesso è avvenuto in altre grandi città, come Milano, Madrid e New York, rispetto alle relative aree periferiche.

Bibliografia

- 1) WHO. Novel coronavirus—China. <http://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>. Accessed January 12, 2020.
- 2) Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020; 382: 727- 733.
- 3) Ksiazek TG, Erdman D, Goldsmith CS, et al. A novel coronavirus associated with severe acute respiratory syndrome. *N Engl J Med.* 2003; 348(20): 1953- 1966.
- 4) Kuiken T, Fouchier RA, Schutten M, et al. Newly discovered coronavirus as the primary cause of severe acute respiratory syndrome. *Lancet.* 2003; 362(9380): 263- 270.
- 5) Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 2020; 395(10223): 497- 506.
- 6) Rothe C, Schunk M, Sothmann P, et al. Transmission of COVID-19 Infection from an asymptomatic contact in Germany. *N Engl J Med.* 2020; 382(10): 970- 971.
- 7) Bogoch, Watts A., Thomas-Bachli A., Huber C., Kraemer M.U.G., Khan K. Pneumonia of unknown etiology in wuhan, China: potential for international spread via commercial air travel. *J. Trav. Med.* 2020
- 8) Chan JF, Kok KH, Zhu Z. Genomic characterization of the 2019 novel human-pathogenic coronavirus isolated from a patient with atypical pneumonia after visiting Wuhan. *EmergMicrobesInfect.* 2020;9:221
- 9) Jasper Fuk-Woo Chan, Cyril Chik-Yan Yip, et al. Improved Molecular Diagnosis of covid by the Novel, Highly Sensitive and Specific COVID-19-RdRp/HeI Real-Time Reverse Transcription-PCR Assay Validated *In Vitro* and with Clinical Specimens . *J Clin Microbiol.* 2020 May; 58(5): Published online 2020 Apr 23. doi: 10.1128/JCM.00310-20
- 10) Wang C, Yu H, Horby PW, et al. Comparison of patients hospitalized with influenza A subtypes H7N9, H5N1, and 2009 pandemic H1N1. *Clin Infect Dis.* 2014; 58(8): 1095- 1103.
- 11) Lee HK, Lee BH, Seok SH, et al. Production of specific antibodies against SARS-coronavirus nucleocapsid protein without cross reactivity with human coronaviruses 229E and OC43. *J Vet Sci.* 2010; 11(2): 165- 167.
- 12) Long QX, Liu BZ, Deng HJ, et al Antibody response to SARS-CoV-2 in patients with COVID-19. *Nature medicine.* doi.org/10.1038/s41591-020-0897-1
- 13) LiZ₁, YiY₂, Luo X₃, Xiong N₄, et al. Development and clinical application of a rapid IgM-IgG combined antibody test for SARS-CoV-2 infection diagnosis. *J Med Virol.* 2020 Feb 27. doi: 10.1002/jmv.25727.
- 14) Dati ufficiali Istituto Superiore di Sanità (ISS) Sole 24 ore online

15) Lavezzo E, Franchin E, Ciavarella C, et al. Suppression of COVID-19 outbreak in the municipality of Vo', Italy medRxiv preprint doi:

<https://doi.org/10.1101/2020.04.17.20053157.t>

16) Mc. Michael TM₁, Currie DW₁, et al Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. N Engl J Med. 2020 Mar 27. doi: 10.1056/NEJMoa2005412.

Figura 1. "Saponetta" TICQ



Figura 2. Varie risposte al TICQ. Da sinistra a destra: risposta positiva IgG/IgM, risposta "debole" IgM, risposta negativa, risposta "debole" IgG, risposta IgG, risposta IgM



Figura 3

Prevalenza di sieropositività nella popolazione della città metropolitana di Genova

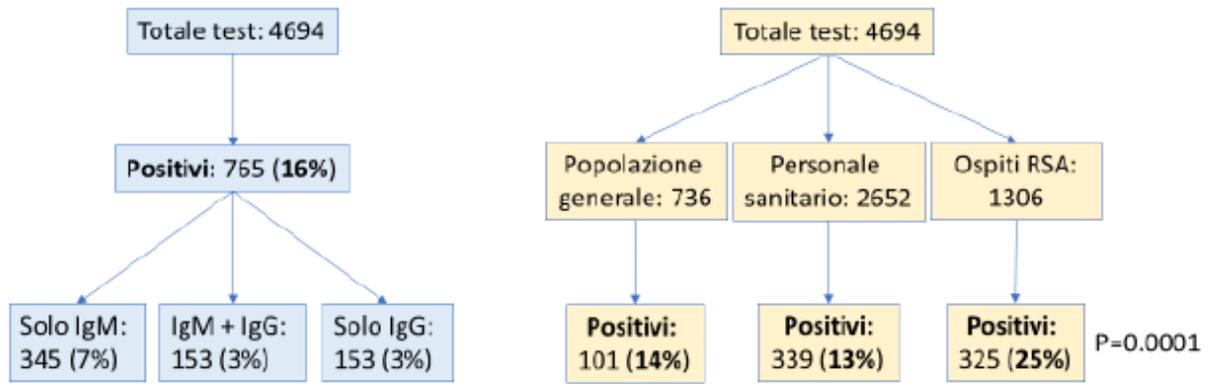


Figura 4

Analisi per sottogruppi: popolazione generale

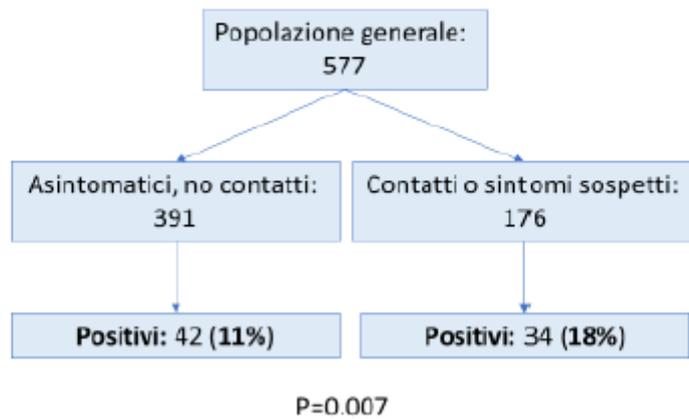


Tabella 1. Caratteristiche della popolazione

	Totale N=4694	Popolazione generale N=736	Personale sanitario N=2652	Ospiti RSA N=1306
Età, media (range)	59 (11-104)	47 (11-79)	45 (20-67)	87 (66-104)
Femmine %	64%	50%	67%	75%

Tabella 2. Analisi per sottogruppi: distribuzione geografica

	Genova centro		Tigullio		p
	Numero test	Positività	Numero test	Positività	
Popolazione generale	445	147 (16%)	291	31 (11%)	0.0001
Personale sanitario	666	193 (29%)	1986	146 (7%)	
Ospiti RSA	600	213 (36%)	706	112 (16%)	

Violenza di genere Durante Covid19





ONU - L'impatto di COVID-19 sulle donne

9 aprile 2020

Introduzione

Il 2020, in occasione del venticinquesimo anniversario della Piattaforma d'azione di Pechino, doveva essere un anno rivoluzionario per la parità di genere. Invece, con la diffusione della pandemia COVID-19, anche i limitati passi avanti fatti negli ultimi decenni rischiano di essere persi. La pandemia sta aggravando le disuguaglianze preesistenti, esponendo vulnerabilità nei sistemi sociali, politici ed economici che a loro volta amplificano gli impatti della pandemia.

In ogni ambito, dalla salute all'economia, dalla sicurezza alla protezione sociale, gli impatti del COVID-19 sono esacerbati per le donne e le ragazze semplicemente in virtù del loro sesso:

- Gli **impatti** economici combinati sono avvertiti soprattutto da donne e ragazze che in genere guadagnano meno, risparmiano meno e svolgono lavori precari o vivono vicino alla povertà.
- Mentre i primi rapporti mostrano una maggiore mortalità negli uomini a causa di COVID-19, la **salute delle** donne è generalmente influenzata negativamente dalla redistribuzione delle risorse e delle priorità, compresi i servizi di salute sessuale e riproduttiva.
- Il **lavoro di** assistenza non retribuita è aumentato, con i bambini fuori dalla scuola, le maggiori esigenze di assistenza delle persone anziane e i servizi sanitari sopraffatti.
- Mentre la pandemia COVID-19 aggrava lo stress economico e sociale associato a movimenti di limitazione e misure di isolamento sociale, la **violenza** di genere sta aumentando in modo esponenziale. Molte donne sono costrette a chiudersi a casa con i loro molestatore. Allo stesso tempo, i servizi di supporto ai sopravvissuti vengono interrotti o resi inaccessibili.
- Tutti questi impatti sono ulteriormente amplificati in contesti di fragilità, conflitti ed emergenze in cui la coesione sociale è già compromessa e la capacità istituzionale e i servizi sono limitati.

Questa sintesi si concentra su ciascuno di questi temi, esplorando come le donne e le ragazze stanno cambiando la vita di fronte al COVID-19, e delineando le misure prioritarie suggerite per accompagnare sia la risposta immediata che gli sforzi di ripresa a lungo termine.

COVID-19 non è solo una sfida per i sistemi sanitari globali, ma anche una prova del nostro spirito umano. La ripresa deve condurre a un mondo più equo, più resistente alle crisi future. Pacchetti di stimolo fiscale e misure di emergenza per affrontare le lacune della sanità pubblica sono stati messi in atto in molti paesi per mitigare gli impatti del COVID-19.¹ È fondamentale che tutte le risposte nazionali collochino le donne e le ragazze - la loro inclusione, rappresentanza, diritti, sociale ed economica risultati, uguaglianza e protezione - al loro centro se vogliono avere i necessari impatti.

Non si tratta solo di correggere le disuguaglianze di lunga data, ma anche di costruire un mondo più giusto e resiliente. È nell'interesse non solo delle donne e delle ragazze, ma anche dei ragazzi e degli uomini. Le donne saranno le più duramente colpite da questa pandemia, ma saranno anche la spina dorsale della ripresa nelle comunità. Ogni risposta politica che riconosce questo sarà di maggiore impatto.

A tal fine, il documento sottolinea tre priorità trasversali:

- 1) **Garantire la parità di rappresentanza delle donne in tutte le fasi di pianificazione e di decisione della risposta Covid-19.** L'evidenza in tutti i settori, compresa la pianificazione economica e la risposta alle emergenze, dimostra senza dubbio che le politiche che non consultano le donne o le inseriscono nel processo decisionale sono semplicemente meno efficaci e possono persino nuocere. Al di là delle singole donne, anche le organizzazioni femminili che sono spesso in prima linea nella risposta nelle comunità, dovrebbero essere rappresentate e sostenute.
- 2) **Guidare un cambiamento trasformativo per la parità affrontando l'economia assistenziale, retribuita e non retribuita:** I lavori formali di assistenza economica, dagli insegnanti agli infermieri, sono sottopagati rispetto ad altri settori. In casa, le donne svolgono la maggior parte del lavoro di cura, non retribuito e invisibile. Entrambi sono fondamentali per la vita quotidiana e l'economia, ma sono premesse e radicate norme di genere e disuguaglianze.
- 3) **Rivolgersi alle donne e alle ragazze in tutti gli sforzi per affrontare l'impatto socioeconomico del Covid-19.** Sarà importante applicare un obiettivo di genere intenzionale alla progettazione di pacchetti di incentivi fiscali e di programmi di assistenza sociale per ottenere una maggiore parità, opportunità e protezione sociale.

Queste tre priorità trasversali riflettono il recente invito del Segretario generale all'azione sui diritti umani, che ha individuato misure che, se perseguite, avrebbero un impatto significativo sui diritti delle donne e delle ragazze. Queste misure sono diventate più vitali nel contesto della pandemia.

1. Impatti economici

L'impatto di COVID-19 sull'economia globale sarà profondo. Già, come descritto più dettagliatamente nella *Policy Brief Shared Responsibility, Global Solidarity'* sugli impatti socioeconomici di COVID-19, i mercati e le catene di fornitura sono stati interrotti, le aziende sono tenute a chiudere o ridimensionare le operazioni, e milioni di persone hanno perso o perderanno il loro posto di lavoro e i loro mezzi di sussistenza.²

L'OIL ha stimato che le misure di blocco totale o parziale riguardano attualmente quasi 2,7 miliardi di lavoratori, che rappresentano circa l'81% della forza lavoro mondiale, mentre il FMI prevede una significativa contrazione della produzione globale nel 2020.³ COVID-19 sta attirando l'economia mondiale verso una recessione globale, che sarà sorprendentemente diversa dalle recessioni passate.⁴

Le prove emergenti sull'impatto del COVID-19 suggeriscono che la vita economica e produttiva delle donne sarà influenzata in modo sproporzionato e diverso dagli uomini. In tutto il mondo, le donne guadagnano meno, risparmiano meno, svolgono lavori meno sicuri, hanno più probabilità di essere impiegate nel settore informale. Hanno meno accesso alle protezioni sociali e sono la maggior parte delle famiglie monoparentali. La loro capacità di assorbire gli shock economici è quindi inferiore a quella degli uomini.

Poiché le donne si fanno carico di maggiori richieste di assistenza a casa, anche i loro posti di lavoro risentiranno in modo sproporzionato dei tagli e dei licenziamenti. Tali impatti rischiano di rallentare i già fragili guadagni realizzati nella partecipazione delle donne alla forza lavoro, limitando la capacità delle donne di sostenere se stesse e le loro famiglie, in particolare per le famiglie a conduzione femminile. In molti paesi, il primo ciclo di licenziamenti è stato particolarmente acuto nel settore dei servizi, compreso il commercio al dettaglio, l'ospitalità e il turismo, in cui le donne sono sovra rappresentate.

La situazione è peggiore nelle economie in via di sviluppo dove la stragrande maggioranza dell'occupazione femminile (70 per cento) è nell'economia informale con poche protezioni contro il licenziamento o per malattia retribuita e accesso limitato alla protezione sociale. Per guadagnarsi da vivere questi lavoratori dipendono spesso dagli interventi pubblici e dalle interazioni sociali, che sono ora limitate per contenere la diffusione della pandemia.⁵

Il virus Ebola ha dimostrato che la quarantena può ridurre significativamente le attività economiche e di sostentamento delle donne, aumentare il tasso di povertà e aumentare l'insicurezza alimentare. Inoltre, mentre l'attività economica degli uomini è ritornata ai livelli pre-crisi poco dopo la cessazione delle misure preventive, l'attività economica delle donne (che comprendeva restrizioni di viaggio) ha avuto gravi ripercussioni sulla vita delle donne e sulla sicurezza economica, l'impatto sulla sicurezza economica e sul sostentamento delle donne è durato molto più a lungo.

Dalle esperienze passate e dai dati emergenti, è possibile ipotizzare che gli impatti della recessione globale COVID-19 si tradurranno in un calo prolungato dei redditi delle donne e nella partecipazione alla forza lavoro, con impatti cumulativi per le donne che già vivono in povertà. Per coloro che, a seguito della recente crescita economica, sono riusciti a sfuggire alla povertà estrema, è probabile che ricadano nuovamente in questa situazione più vulnerabile.

Misure di ripresa economica

Tutto ciò che facciamo durante e dopo la crisi COVID-19 deve mirare a costruire economie e società più uguali, inclusive e sostenibili. Questa è forse la lezione più chiara che emerge dalla pandemia. Ciò comprende politiche economiche e sociali che rispondano alle esigenze di genere e che pongano la vita economica delle donne al centro dei piani di risposta e di ripresa contro la pandemia.

Al 31 marzo, 105 paesi avevano approvato pacchetti di risposta fiscale pari ad un totale di 4,8 trilioni di dollari. Un totale di 106 paesi avevano introdotto o adattato programmi di protezione sociale e di lavoro in risposta al COVID-19 entro il 3 aprile.⁹ All'interno di questi pacchetti, l'assistenza sociale (trasferimenti non contributivi) è lo strumento più utilizzato, seguita da interventi di assicurazione sociale e di mercato del lavoro sul lato dell'offerta. È importante che questi interventi includano dati disaggregati per sesso, una osservazione di genere e un target specifico per le donne.

Ad esempio, i programmi di trasferimento di denaro sono l'intervento di assistenza sociale più utilizzato. I settori in cui le donne sono un'ampia percentuale di lavoratori, e in cui le catene di approvvigionamento sono state perturbate, dovrebbero avere un accesso adeguato al credito, ai prestiti, alle borse di studio, in modo da poter mantenere la forza lavoro femminile. Analogamente, le procedure di esborso devono tenere conto degli obblighi di assistenza delle donne e delle ragazze e dell'eventuale status informale del loro impiego per rendere accessibili le prestazioni.

Al di là di questo, l'intera gamma di politiche economiche, sia per una risposta immediata che per una ripresa a lungo termine, deve essere progettata e implementata con visione di genere. L'obiettivo è quello di migliorare la qualità della vita. Ciò comprende l'eliminazione delle barriere che impediscono il pieno coinvolgimento delle donne nelle attività economiche, la parità di retribuzione e di opportunità, i regimi di protezione sociale che tengono conto delle distorsioni esistenti, il finanziamento delle donne imprenditrici e i meccanismi per promuovere il lavoro autonomo delle donne. Tali risposte economiche includerebbero sia la sfera pubblica che quella privata.

Allo stesso modo, ridurre i divari educativi basati sul genere e garantire che le donne rimangano e espandere la loro partecipazione al mercato del lavoro formale giocherà un ruolo significativo nel fornire a molte economie la capacità di rimbalzare con una crescita più forte, equa e sostenibile.

Infine, gli attuali sistemi di protezione sociale non sono sufficientemente ampi. Molte donne non avranno accesso poiché le reti di sicurezza dipendono spesso dalla partecipazione formale alla forza lavoro. Nell'Asia meridionale, oltre l'80% delle donne che svolgono lavori non agricoli svolge un lavoro informale; nell'Africa subsahariana questa cifra è del 74%; e in America Latina e nei Caraibi il 54% delle donne in lavori non agricoli partecipa a lavori informali.

L'accesso a prestazioni quali l'assicurazione sanitaria, il congedo di malattia e di maternità retribuito, le pensioni e le indennità di disoccupazione deve andare oltre il lavoro formale ed essere accessibile alle donne in tutti i settori del lavoro.

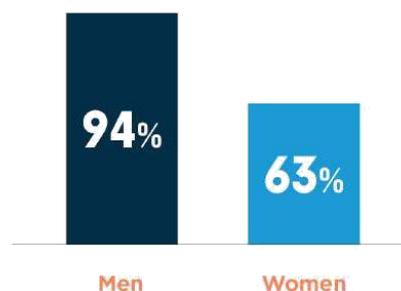
- 1 DESA Policy Brief #58, letteralmente COVID-19: Affrontare la crisi sociale attraverso piani di stimolo fiscale", <https://www.un.org/development/desa/dpad/publication/un-desa-policy-brief-58-covid-19-addressing-the-social-crisis-through-fiscal-stimulus-plans/>
- 2 A livello mondiale, l'occupazione informale è una fonte di occupazione per gli uomini (63,0%) più che per le donne (58,1%), ma nei paesi a basso e basso-medio reddito, una percentuale più elevata di donne è occupata in modo informale rispetto agli uomini. In Africa, ad esempio, il 90% delle donne occupate svolge un lavoro informale rispetto all'83% degli uomini. (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_626831.pdf, pagine 20-21)
- 3 Ministry of Social Welfare, Gender and Children's Affairs, UN Women, Oxfam, Statistics Sierra Leone (2014). Valutazione d'impatto multisettoriale delle dimensioni di genere della malattia da virus Ebola
- 4 <https://www.unwomen.org/en/news/stories/2014/11/in-liberia-mobile-banking-to-help-ebola-affected-women-traders>
- 5 UN Women calculations based on Oxford COVID-19 Government Response Tracker: <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/oxford-covid-19-government-response-tracker>

There will be aggravated impacts of COVID-19 for women already living on the economic margins

Women spend

3x as many hours as men in **unpaid care and domestic work**, limiting their access to decent work.

More men between the ages of 25 to 54 are in the **labour force** than women:



The global **gender pay gap** is stuck at

16%

with **women paid up to 35% less than men** in some countries.



740

million women

globally work in the **informal economy**.

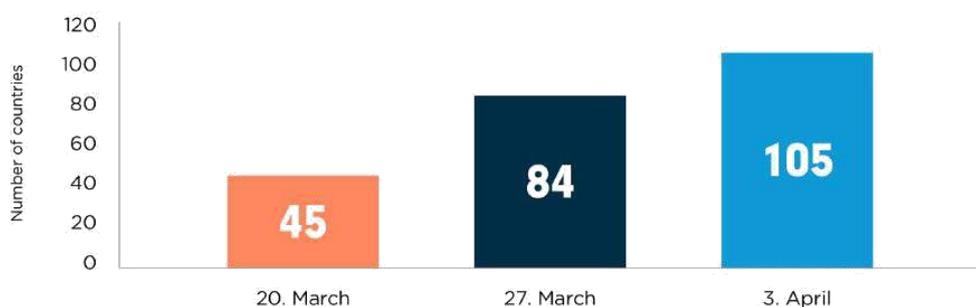
Globally,

65% of women

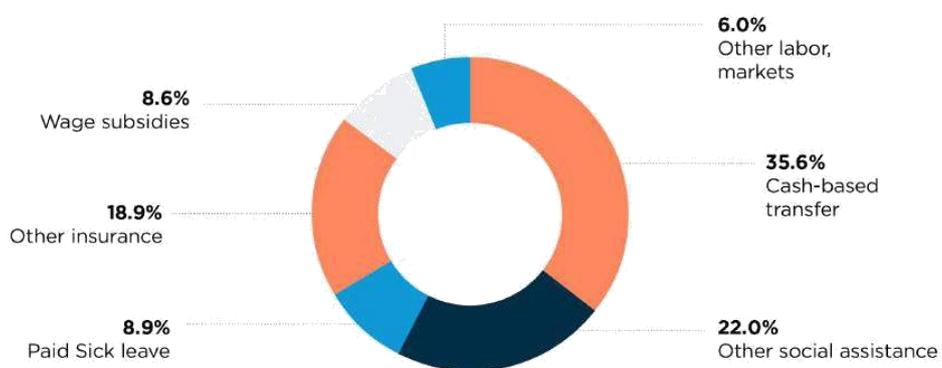
had an **account at a financial institution** in 2017, compared to

72% of men

Number and type of programmes that have been introduced or adopted by countries in response to the COVID-19 crisis



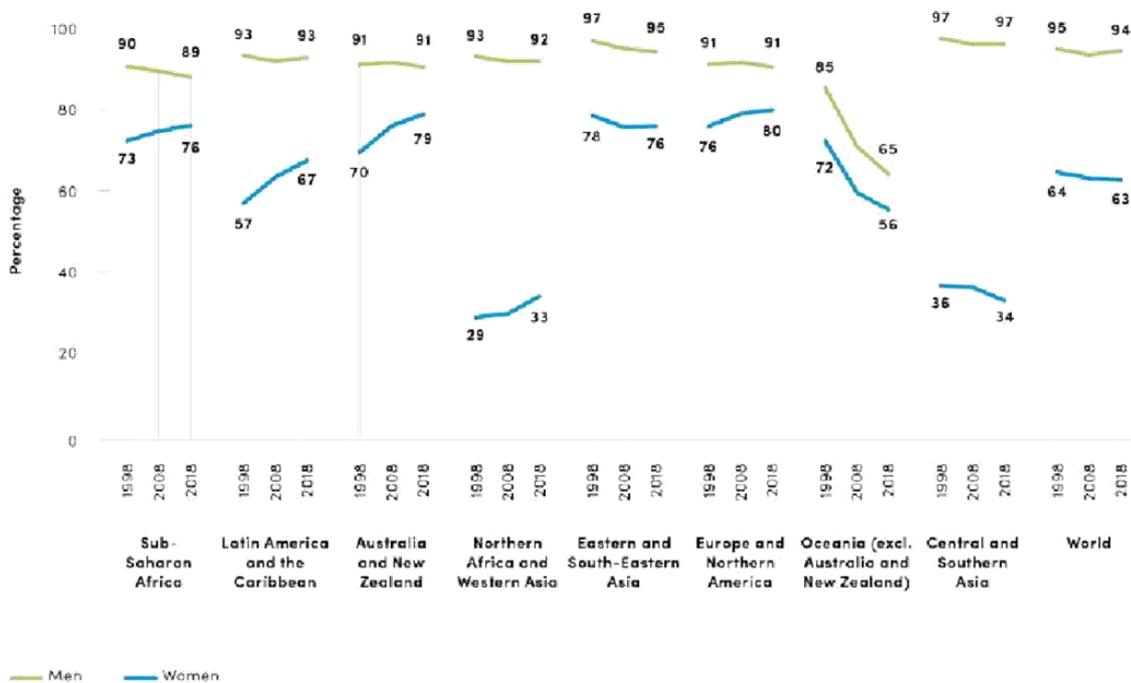
Social assistance intervention by programme type



Women aged 25 to 34 globally are 25% more likely than men to live in extreme poverty



LABOUR FORCE PARTICIPATION RATE AMONG INDIVIDUALS AGED 25-54, BY SEX AND REGION, 1998-2018



Source: Weighted averages calculated by UN Women using data from ILO 2018c and UN DESA 2017m.

Notes: Data refer to latest available in reference period for 188 countries. The sample of 188 countries covers most of the world's population aged 25-54 in 2018.

Si raccomanda che i piani di risposta nazionali:

- Mettano i finanziamenti nelle mani delle donne. Se un paese ha un programma attuale sul posto che può direttamente disporre i soldi nelle mani delle donne, quali i programmi condizionali di trasferimento di cassa che usando il mobile banking, quei programmi dovrebbero essere espansi.
- Introducano misure che possono essere attuate con bassi costi di transazione (ad esempio eliminando temporaneamente le bollette elettriche per i consumatori poveri).
- Utilizzino programmi nazionali di protezione sociale preesistenti e adattino metodologie mirate per garantire un reddito per i gruppi colpiti da COVID-19 e soprattutto dove le donne sono fortemente rappresentate (turismo, insegnamento, vendita al dettaglio, ristoranti, ospitalità, ecc).
- Estendano la protezione sociale di base ai lavoratori informali.
- Introducano misure per alleviare l'onere fiscale sulle imprese di proprietà delle donne.
- Utilizzino le reti di donne e le organizzazioni della società civile, compresi i gruppi di microfinanza e risparmio, per comunicare i benefici.
- Integrino una valutazione di genere in tutte le valutazioni dei paesi per comprendere l'impatto del COVID-19 su donne e ragazze, compreso l'impatto economico, e come affrontarlo in modo efficace.

Il sostegno diretto ai lavoratori informali e alle imprese guidate da donne è particolarmente critico:

Il sostegno finanziario deve essere rivolto alle imprese dirette da donne e alle imprese nei settori femminizzati con prestiti agevolati e sostenuti dallo Stato, rinvii e esenzioni dei pagamenti fiscali e previdenziali. I governi potrebbero, ad esempio, sostenere misure di sostituzione del reddito per i lavoratori informali (come Thailandia e Perù), comprese le misure che riguardano specificamente i lavoratori domestici.

Gli appalti pubblici di prodotti alimentari, forniture di base, attrezzature sanitarie e di protezione individuale potrebbero provenire direttamente da imprese guidate da donne. Le donne nell'economia informale devono essere sostenute per accedere a trasferimenti di denaro o indennità di disoccupazione, in particolare coloro che non hanno accesso alle banche.

In Costa Rica, il governo ha ridotto tutti i tassi di interesse per il credito alle cooperative e per i progetti imprenditoriali che si rivolgono a settori prioritari della popolazione, tra cui giovani, donne, adulti anziani, indigeni, afro-discendenti, contadini, migranti e disabili.

Come può aiutare l'ONU?

L'ONU può fornire analisi di genere e dati disaggregati per sesso per informare le politiche nazionali, comprese quelle relative ai programmi e alle politiche di risposta del COVID-19. Possiamo consigliare i governi su quali misure possono essere attuate con bassi costi di transazione, e su come indirizzare i programmi per fornire reddito per le donne che sono sproporzionatamente rappresentati nei settori colpiti da COVID-19 quarantena e politiche di blocco.

Così facendo, l'ONU può indirizzare i governi sui modi più efficaci per mettere finanziamenti nelle mani delle donne, anche attraverso l'espansione di programmi di trasferimento di denaro, consigliare su condizionalità, e proporre come i programmi possono sfruttare il mobile banking per garantire alle donne l'accesso e il controllo dell'uso dei fondi.

L'ONU può sostenere la progettazione di programmi di stimolo fiscale che siano ben mirati alle donne.

2. Impatto sulla salute

Le pandemie sanitarie possono rendere più difficile per donne e ragazze ricevere cure e servizi sanitari. Ciò è aggravato da disuguaglianze multiple o intersecanti, come etnia, stato socioeconomico, disabilità, età, razza, posizione geografica e orientamento sessuale, tra gli altri che influenzano l'accesso e il processo decisionale ai servizi sanitari critici e le informazioni su COVID-19.

Le donne e le ragazze hanno esigenze sanitarie uniche, ma hanno meno probabilità di avere accesso a servizi sanitari di qualità, a medicinali e vaccini essenziali, all'assistenza sanitaria materna e riproduttiva o alla copertura assicurativa per i costi sanitari di routine e catastrofici, soprattutto nelle comunità rurali ed emarginate. Norme sociali restrittive e stereotipi di genere possono anche limitare la capacità delle donne di accedere ai servizi sanitari. Tutto ciò ha un impatto particolare durante una diffusa crisi sanitaria.

Le donne possono essere a rischio o esposizione a causa della segregazione professionale di genere. Globalmente, le donne costituiscono il 70 per cento della forza lavoro sanitaria e hanno più probabilità di essere operatori sanitari di prima linea, in particolare infermieri, ostetriche e operatori sanitari della comunità. Sono anche i principali operatori dei servizi come ad esempio gli addetti alle pulizie, alla lavanderia, alla ristorazione, ecc. e come tali hanno maggiori probabilità di essere esposti al virus.

In alcune zone, le donne hanno minor accesso ai DPI e non sempre sono della giusta taglia. A prescindere da questi numeri le donne spesso non sono tenute presenti nella presa delle decisioni per la risposte al COVID-19 sia a livello nazionale che globale.

Impatto sulla salute sessuale e riproduttiva:

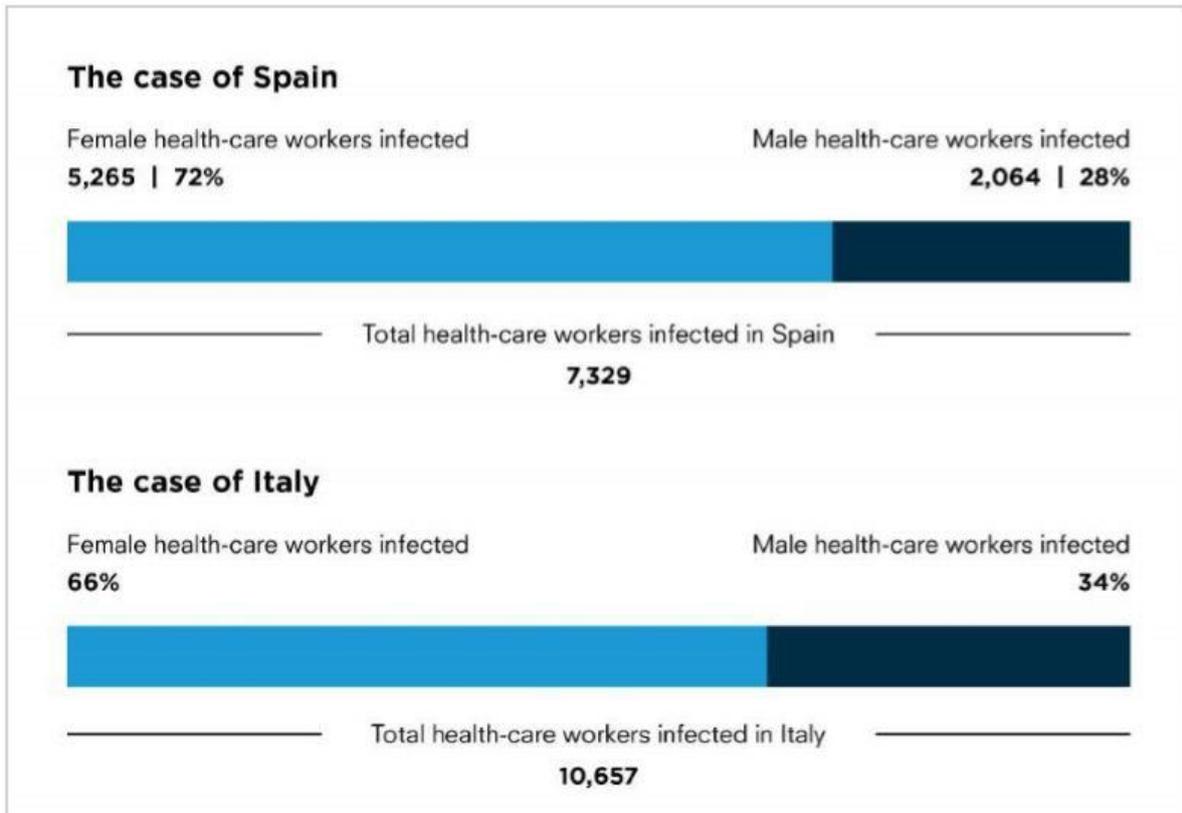
La fornitura di servizi per la salute sessuale e riproduttiva, compresi i servizi connessi alla salute materna e alla violenza di genere, sono fondamentali per la salute, i diritti e il benessere delle donne e delle ragazze. La deviazione dell'attenzione e delle risorse critiche da queste disposizioni può portare ad un aumento della mortalità e della morbilità materna, ad un aumento dei tassi di gravidanze adolescenziali, all'HIV e alle malattie sessualmente trasmissibili. In America Latina e nei Caraibi si stima che altri 18 milioni di donne perderanno l'accesso regolare ai contraccettivi moderni, dato l'attuale contesto delle pandemie di COVID-19.

Come possono le risposte nazionali affrontare gli impatti sulla salute del COVID-19?

È fondamentale che tutti i piani di preparazione e risposta alla COVID-19 in materia di sanità pubblica considerino sia l'impatto diretto che indiretto sulla salute di donne e ragazze.

10 WHO (2019). Gender equity in the health workforce: Analysis of 104 Countries: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311314/WHO-HIS-HWF-Gender-WP1-2019.1-eng.pdf?ua=1>

11 Out-of-Pocket Spending for Contraceptives in Latin America. UNFPA, Latin America and Caribbean Regional Office, March 2020



Nei Paesi Bassi, le équipe di ostetriche hanno attrezzato gli alberghi, chiusi nel mezzo della pandemia, per fornire assistenza alla maternità

Assicurarsi che le donne e le ragazze abbiano accesso ai messaggi di salute pubblica COVID-19:

La risposta all'assistenza sanitaria deve facilitare lo sviluppo e la diffusione di messaggi mirati sulla sanità pubblica nei diversi contesti e preoccupazioni delle donne e delle ragazze. Con un accesso limitato all'istruzione e, quindi, bassi livelli di alfabetizzazione in alcuni contesti, la messaggistica deve essere accessibile, culturalmente appropriata e comprensibile da tutti. La prevenzione accurata del COVID-19 e le informazioni mediche dovrebbero anche essere distribuite in contesti interessati dai conflitti per raggiungere tutte le donne e le ragazze, comprese quelle rifugiate e negli insediamenti per gli sfollati interni, nonché nelle comunità rurali e remote.

Prestare particolare attenzione al ruolo delle donne come operatori sanitari di prima linea:

Occorre prestare particolare attenzione alla salute, alle esigenze psicosociali e all'ambiente di lavoro delle lavoratrici sanitarie in prima linea, comprese le ostetriche, le infermiere, gli operatori sanitari della comunità e il personale di supporto alle strutture. Le attrezzature di protezione individuale dovrebbero essere della dimensione adeguata per le donne.

È stato trovato che le maschere e le copertine che sono stati dimensionati utilizzando il default uomo (dimensione spesso utilizzato nella progettazione e nella produzione) lasciano le donne più esposte.

È importante includere prodotti quali gli elementi essenziali di igiene e articoli sanitari (ad es. assorbenti igienici, sapone, disinfettanti per le mani, ecc.) per le lavoratrici sanitarie, le donne e le ragazze, in particolare quelle in quarantena per la prevenzione, lo screening e il trattamento.

Data l'accresciuta vulnerabilità delle lavoratrici di prima linea e dei volontari della comunità, e i casi di violenza contro di loro, devono essere adottate misure chiare per prevenire e mitigare gli abusi e la violenza di genere. Le voci delle donne in prima linea devono essere incluse nella pianificazione della risposta.

Prevedere la continuità dei servizi sanitari standard, in particolare per quanto riguarda la salute sessuale e riproduttiva:

Occorre prestare particolare attenzione ai servizi di assistenza sanitaria per le donne anziane, ai sopravvissuti alla violenza di genere, nonché ai servizi di assistenza prenatale, postnatale e di consegna, compresi l'assistenza ostetrica di emergenza e l'assistenza neonatale.

Dovrebbero essere predisposte le necessarie misure di lotta contro l'infezione. L'accesso al trattamento dell'HIV deve essere mantenuto senza interruzioni, in particolare, ma non esclusivamente, in termini di prevenzione della trasmissione dell'HIV da madre a figlio.

Come può aiutare l'ONU?

L'ONU tiene conto della dimensione di genere della pandemia come parte della sua risposta in materia di sanità pubblica guidata dall'Organizzazione mondiale della sanità. Inoltre, l'ONU sostiene il rafforzamento dei sistemi sanitari in una prospettiva di genere per rispondere alla pandemia ed evitare l'interruzione di altri servizi sanitari. Ciò comprende sia la consulenza politica, sia l'approvvigionamento di attrezzature e forniture sanitarie, comprese le attrezzature di protezione individuale per gli operatori sanitari.

L'ONU sostiene il sostegno ai paesi con sistemi di assistenza sociale e di sanità pubblica deboli, compresi i paesi che si trovano in situazioni umanitarie, e sostiene la sensibilizzazione rivolta in particolare alle donne e alle ragazze, compresi i gruppi a più alto rischio, come le donne incinte, le persone affette da HIV e le persone con disabilità, su come ridurre i rischi di contrarre il COVID-19.⁶ Inoltre, l'ONU sta lavorando con i governi e i partner per garantire una costante attenzione alla salute sessuale e riproduttiva e ai diritti delle donne e delle ragazze.

⁶ <https://www.unfpa.org/featured-publication/women-and-young-persons-disabilities>

3. Lavoro di assistenza non retribuito

La crisi globale del COVID-19 ha reso palese il fatto che le economie formali del mondo e il mantenimento della nostra vita quotidiana sono costruite sul lavoro invisibile e non retribuito di donne e ragazze.

Con i bambini fuori dalla scuola, intensificato le esigenze di cura delle persone anziane e familiari malati, e servizi sanitari sopraffatti, le richieste di lavoro di cura in un mondo COVID-19 si sono moltiplicate in modo esponenziale.

L'economia di cura non retribuita è un pilastro fondamentale della risposta COVID-19:

Vi sono gravi squilibri nella distribuzione di genere delle cure non retribuite. Prima che il COVID-19 diventasse una pandemia universale, le donne facevano il triplo di cure non retribuite e lavoro domestico degli uomini. Questa economia invisibile ha un impatto reale sull'economia formale e sulla vita delle donne. In America Latina il valore del lavoro non retribuito è stimato a rappresentare tra il 15,2 per cento (Ecuador) e il 25,3 per cento (Costa Rica) del PIL.¹³

Nel contesto della pandemia, l'aumento della domanda di assistenza sta aggravando le disuguaglianze già esistenti nella divisione di genere del lavoro. Le parti meno visibili dell'economia assistenziale stanno subendo una pressione crescente, ma rimangono irrisolte nella risposta economica.

Assistenza sanitaria:

Mentre ospedali e centri sanitari lottano per arginare la marea di infezioni da COVID-19, l'onere sanitario sulle famiglie e le comunità aumentano di giorno in giorno. Coloro che sono affetti da COVID-19 pazienti possono essere rilasciati presto per fare spazio per gli altri, ma avranno ancora bisogno di cure e assistenza a casa. I servizi sanitari e sociali non connessi a Covid-19 possono essere ridimensionati, il che significa che le famiglie devono fornire maggiore sostegno ai membri che soffrono altre malattie, comprese quelle croniche. Le donne sono in prima linea nella risposta COVID-19 come assistenti familiari non retribuiti di default e la maggior parte degli operatori sanitari della comunità non retribuiti o mal pagati.

Le chiusure delle scuole hanno messo a dura prova le donne e le ragazze:

Secondo l'UNESCO, 1,52 miliardi di studenti (87 per cento) e oltre 60 milioni di insegnanti sono ora a casa come COVID-19 chiusure scolastiche espandersi.

Con il declino dell'offerta formale e informale di servizi di custodia dei bambini, la domanda di servizi di custodia non retribuiti dei bambini sta diminuendo in misura maggiore per le donne, non solo a causa della struttura esistente della forza lavoro, ma anche a causa delle norme sociali. Ciò limiterà la loro capacità di lavorare, in particolare quando i posti di lavoro non possono essere svolti a distanza.

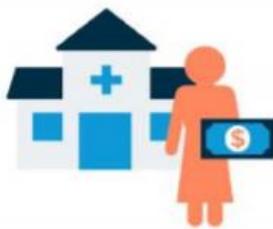
La mancanza di assistenza all'infanzia è particolarmente problematica per i lavoratori essenziali che hanno responsabilità di cura. Le prove per gli Stati Uniti mostrano che le donne non solo detengono il 78 per cento di tutti i posti di lavoro negli ospedali, ma anche il 70 per cento dei posti di lavoro in farmacia e il 51 per cento dei ruoli nei negozi di alimentari.⁷

7 ECLAC (2019) Repository of information on time use in Latin America and the Caribbean, available at https://oig.cepal.org/sites/default/files/2019-10_repository_uso_del_tiempo_eng.pdf

The unpaid care and domestic work performed by women is critical for sustaining societies, has immense economic value and needs to be supported through adequate policies.



Women on average spend
4.1 hours/day
on unpaid care and
domestic work, compared to
1.7 hours/day
for men



Women's unpaid contributions
to healthcare equate to
2.35%
of global GDP, or the
equivalent of
US\$ 1.5 trillion



When women's contribution to
all types of care (not just
healthcare) is considered, this
figure rises to
US\$ 11 trillion

La cura per (e da) persone anziane è anche una necessità critica di fronte al COVID-19:

In tutti i paesi, le donne sono sovra-rappresentate tra le persone anziane, soprattutto con l'avanzare dell'età. A livello globale, le donne rappresentano il 57% di coloro che hanno 70 anni e il 62% di coloro che hanno più di 80 anni. Donne di tutte le età forniscono la maggior parte delle cure non retribuite per le persone anziane, maschi o femmine; la continuità di questa cura dipenderà dalla loro salute e benessere, nonché la loro capacità di ridurre al minimo il rischio di contagio per le persone in cura.

Le ragazze e le ragazze adolescenti sono anche influenzate dal lavoro di cura di COVID-19:

Dati recenti mostrano che le ragazze adolescenti spendono significativamente più ore sui lavori domestici rispetto alle loro controparti maschili.⁸

La chiusura delle scuole non significa solo che le ragazze stanno assumendo più compiti a casa, ma potrebbe anche portare a milioni di ragazze in più che abbandonano la scuola prima di completare la loro istruzione, in particolare le ragazze che vivono in povertà, ragazze con disabilità o che vivono in zone rurali isolate.

Anche prima di questa pandemia, milioni di ragazze stavano lottando con un'istruzione di scarsa qualità e milioni di persone non erano in corso per soddisfare la competenza minima nella lettura di base e matematica, né le competenze di livello secondario, le conoscenze e le opportunità di cui hanno bisogno per una vita produttiva e appagante. L'evidenza delle passate epidemie mostra che le ragazze adolescenti sono particolarmente a rischio di abbandono e di non tornare a scuola anche dopo la fine della crisi.

Quali misure sono necessarie per costruire una risposta e una ripresa economica inclusiva di genere?

Il lavoro di cura non retribuito delle donne è stato a lungo riconosciuto come un driver di disuguaglianza. Ha un legame diretto con la disuguaglianza salariale, il reddito più basso, gli esiti educativi più poveri e i fattori di stress per la salute fisica e mentale. Il lavoro non retribuito e invisibile in questo settore è stato esacerbato in modo esponenziale dalla pandemia COVID-19. Ma la pandemia ha anche reso palese il modo in cui il funzionamento quotidiano delle famiglie, delle comunità e dell'economia formale dipende da questo lavoro invisibile. Mentre ricostruiamo strutture economiche più inclusive e resilienti, c'è l'opportunità di essere trasformativi, e di riconoscere, ridurre e ridistribuire il lavoro di cura non retribuito una volta per tutte.

Mentre le donne interverranno per rispondere alla pandemia COVID-19, il lavoro non retribuito che forniscono non è infinitamente elastico.⁹ Senza un sostegno adeguato, i costi a lungo termine di espandere il lavoro delle donne per colmare le lacune nella protezione sociale e nella fornitura di servizi pubblici possono essere enormi. Pertanto, è necessaria un'azione immediata per garantire la continuità dell'assistenza a coloro che ne hanno bisogno e per riconoscere i familiari e gli assistenti non retribuiti come lavoratori essenziali in questa crisi.

Sono necessarie misure immediate per garantire che il COVID-19 non annulli i progressi compiuti negli ultimi decenni in materia di parità di genere, in particolare per quanto riguarda la partecipazione delle donne alla forza lavoro. Le decisioni sugli investimenti avranno effetti tangibili in seguito. Ad esempio, all'indomani della crisi finanziaria globale del 2008, sono state adottate misure di sostegno, progetti infrastrutturali che impiegavano principalmente uomini, mentre i posti di lavoro venivano tagliati nell'insegnamento, nei servizi infermieristici e pubblici, in tutti i settori ad alta occupazione femminile

Le misure di sostegno in risposta al COVID-19 devono andare al di là dei lavoratori che svolgono lavori formali nel settore e includere lavoratori informali, a tempo parziale e stagionali, la maggior parte dei quali sono donne. Ciò è particolarmente necessario in settori dominati dalle donne come l'ospitalità, l'alimentazione e il turismo, ora bloccati a causa delle misure di confinamento adottate dai governi.

Alcuni paesi si stanno già muovendo in questa direzione. Ad esempio, l'Italia sta valutando l'introduzione di misure di sostegno per coprire i lavoratori informali e temporanei una volta terminato il contratto. Infine, i salvataggi e le misure di sostegno non dovrebbero solo aiutare le grandi e medie imprese, ma anche le microimprese e le piccole imprese, dove le imprenditrici sono relativamente più rappresentate. Inoltre, il sostegno finanziario del settore privato e l'accesso al credito dovrebbero essere accessibili anche alle donne e agli uomini.

Al di là della crisi immediata è possibile che ci sarà qualche impatto residuo sulle norme sociali che potrebbe contribuire a una maggiore uguaglianza. Con così tante aziende che si spostano globalmente verso accordi di lavoro flessibili, è chiaro che questo modello di lavoro, che consente un maggiore equilibrio delle responsabilità di lavoro e cura, è possibile. Allo stesso modo, con così tante donne che continuano a lavorare fuori casa come lavoratori di servizio essenziali, o per le famiglie in cui entrambi i genitori sono a casa attraverso questo periodo di lavoro e cura dei bambini, i padri che assumono ruoli di assistenza primaria o condivisa possono avere dopo la crisi¹⁰ ripercussioni sulla divisione del lavoro sui ruoli di genere radicati.

Questi cambiamenti dovranno essere intenzionalmente costruiti e solidificati.

Si raccomanda che le misure nazionali possano includere:

- Garantire la continuità dell'assistenza alle persone anziane, alle persone con disabilità e a coloro che si riprendono dal COVID-19:
- Esonerare gli assistenti familiari non retribuiti dalle restrizioni di lockdown e fornire loro il supporto e le attrezzature necessarie per svolgere il loro lavoro in modo sicuro.
- Preparare gli assistenti non retribuiti e gli operatori sanitari della comunità con informazioni, formazione, attrezzature adeguate e supporto di sussistenza per rispondere alla pandemia COVID-19 in modo efficace.
- Ampliare e fornire una protezione sociale inclusiva per coloro che prestano assistenza per mitigare gli effetti del sovraccarico di lavoro di assistenza non retribuito:
- Ampliare l'accesso ai congedi familiari retribuiti e alle assenze per malattia retribuite.
- Introduzione di riduzioni retribuite dell'orario di lavoro / condivisione del lavoro per i lavoratori con responsabilità di cura.
- Ampliare la portata e i livelli di benefici dei programmi di assistenza sociale che si rivolgono in modo sproporzionato alle donne, come i trasferimenti di denaro e le pensioni sociali, e sospendere tutte le condizionalità per la durata della crisi del COVID-19.
- Introdurre nuovi trasferimenti di denaro, anche per le donne con responsabilità di cura.
- Fornire bonus aggiuntivi, sussidi e buoni per il noleggio di servizi per l'infanzia per lavoratori che non sono in grado di telecomunicare ed estenderlo ai lavoratori informali.
- Dare priorità agli investimenti e all'accesso alle infrastrutture e ai servizi pubblici accessibili di base, anche nelle zone rurali, negli insediamenti informali e nei campi di sfollati interni e rifugiati:
- Ampliare il sostegno all'infanzia per i genitori che lavorano, con la chiusura di scuole, servizi di assistenza all'infanzia e di assistenza particolare attenzione ai servizi sicuri e accessibili per i lavoratori essenziali.
- Continuare i programmi di alimentazione scolastica e adattarli al contesto di crisi preparando razioni per la consegna o il ritiro.
- Garantire l'accesso a risorse idriche, servizi igienico-sanitari e servizi igienici sufficienti e accessibili a gruppi vulnerabili di donne, anche in insediamenti informali, aree rurali e campi profughi.
- Approvvigionamento di beni e servizi per infrastrutture e servizi pubblici da parte di imprese di proprietà femminile.

8 U.S. Bureau of Labour Statistics, Current Employment Statistics - CES (National), Employment and Earnings Table B-5b, available at: <https://www.bls.gov/web/empsit/ceseeb5b.htm> (February 2020).

9 United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019, Online Edition: <https://population.un.org/wpp/>

Come può aiutare l'ONU?

La strategia delle Nazioni Unite per affrontare la questione delle cure non retribuite va oltre il semplice aumento della visibilità del lavoro non retribuito. Include anche misure politiche per alleviare l'onere dell'assistenza e ridistribuirlo meglio tra donne e uomini, e tra famiglie e servizi pubblici/ di mercato.

Le Nazioni Unite sono favorevoli a servizi idrici, sanitari e igienici sufficienti e a prezzi accessibili, nonché alla fornitura di elettricità alle zone rurali e remote per sostenere le cure e il lavoro domestico e produttivo delle donne, che sono esacerbati dalla crisi; e a riorientare la spesa pubblica per destinare maggiori finanziamenti alle infrastrutture di assistenza sociale.

10 Alon, T.; Doepke, M.; Jane Olmstead-Rumsey, Y.; and Tertilt, M., 2020. "The Impact of COVID-19 on Gender Equality": http://faculty.wcas.northwestern.edu/~mdo738/research/COVID19_Gender_March_2020.pdf

4. Violenza di genere

Il 5 aprile, il Segretario generale ha chiesto un cessate il fuoco globale e la fine di tutte le violenze ovunque, in modo che possiamo concentrare la nostra attenzione e le nostre risorse per fermare questa pandemia. Ma la violenza non è solo sul campo di battaglia. È anche nelle case. La violenza contro le donne e le ragazze è in aumento a livello globale in quanto la pandemia COVID-19 si combina con le tensioni economiche e sociali e le misure per limitare i contatti e i movimenti. Case affollate, abuso di sostanze, accesso limitato ai servizi e riduzione del sostegno tra pari stanno esacerbando queste condizioni. Prima della pandemia, si stima che una donna su tre sperimenterà violenza durante la sua vita. Molte di queste donne sono ora intrappolate nelle loro case con i loro aggressori.

Sebbene sia troppo presto per disporre di dati esaustivi, vi sono già molte notizie profondamente preoccupanti di aumento della violenza contro le donne in tutto il mondo, con picchi segnalati in molti casi fino al 25% nei paesi con sistemi di segnalazione in atto. In alcuni paesi i casi segnalati sono raddoppiati.

È anche probabile che questi numeri riflettano solo i casi peggiori. Senza accesso agli spazi privati, molte donne lotteranno per fare una chiamata o per cercare aiuto online.¹¹

Accanto all'aumento del numero, la violenza contro le donne sta assumendo una nuova complessità: l'esposizione al COVID-19 viene utilizzata come una minaccia;

I molestatori sfruttano l'incapacità delle donne di chiedere aiuto o di fuggire; le donne rischiano di essere abbandonate senza un posto dove andare. Allo stesso tempo, i servizi di supporto stanno soffrendo. I servizi giudiziari, di polizia e sanitari che sono i primi soccorritori per le donne sono sopraffatti, hanno spostato le priorità, o non sono in grado di aiutare. I gruppi della società civile sono colpiti dall'isolamento o dalla redistribuzione delle risorse. Alcuni rifugi per la violenza domestica sono pieni; altri hanno dovuto chiudere o sono stati riproposti come centri sanitari.

È importante che i piani di risposta nazionali diano la priorità al sostegno alle donne attraverso l'attuazione di misure che si sono dimostrate efficaci.

Queste includono:

- Integrare gli sforzi di prevenzione e i servizi di risposta alla violenza contro le donne nei piani di risposta del COVID-19

- Ampliare la capacità dei rifugi per le donne vittime di violenza riprogrammando altri spazi, come gli alberghi vuoti o gli istituti di istruzione, per soddisfare le esigenze di quarantena e integrare le considerazioni di accessibilità per tutti;
- Designare spazi sicuri per le donne in cui possano segnalare abusi senza allertare i responsabili, ad es. nei negozi di alimentari o nelle farmacie;
- Servizi mobili online;
- Intensificare le campagne di sensibilizzazione, anche rivolte agli uomini a casa
- È importante che le risposte nazionali includano comunicazioni specifiche al pubblico affinché la giustizia e lo Stato di diritto non siano sospese durante i periodi di reclusione o di serrata. Le strategie di prevenzione della violenza di genere devono essere integrate nei piani operativi dei settori della giustizia e della sicurezza per la crisi e gli statuti di riduzione delle pene sui reati dovrebbero essere sospesi in particolare per i reati di violenza sessuale.

11 Equally, as individuals spend more time online, there are concerns about rising gender-based abuse in digital spaces.

Come può aiutare l'ONU?

Le Nazioni Unite si sono impegnate a integrare queste misure nelle nostre risposte a tutti i livelli, comprese le emergenze umanitarie. I Country Team delle Nazioni Unite e gli alti funzionari sosterranno con i governi di includere misure per proteggere le donne dalla violenza come parte standard della loro risposta immediata alla pandemia COVID-19, e in pacchetti di recupero a lungo termine.

L'ONU utilizzerà l'iniziativa Spotlight, il nostro partenariato con l'Unione europea, che rappresenta il più grande investimento al mondo per porre fine alla violenza contro le donne e le ragazze, per lavorare con i governi, aumentare le loro attività in risposta alle nuove sfide create dalla pandemia COVID-19. Le Nazioni Unite utilizzeranno inoltre i programmi esistenti per prevenire e rispondere in modo coordinato alla violenza contro le donne.

Un sondaggio condotto nel Nuovo Galles del Sud, in Australia, ha rivelato che il 40 per cento dei lavoratori in prima linea ha riferito di un aumento delle richieste di aiuto da parte dei sopravvissuti, e il 70 per cento ha riferito che i casi ricevuti sono aumentati di complessità durante il focolaio di COVID-19.¹²

In Canada, il pacchetto di risposta del governo COVID-19 include 50 milioni di dollari per sostenere i rifugi per le donne che affrontano violenze sessuali e altre forme di violenza di genere. In Australia 150 milioni di dollari della risposta nazionale sono stati destinati per la risposta alla violenza familiare. E in Messico è in discussione una legge per trasferire 405 milioni di pesos messicani alla Rete Nazionale dei Rifugi.¹³ I rifugi per la violenza domestica sono considerati servizi essenziali e devono rimanere aperti durante il lockdown.

SOLUZIONI VIRTUALI INNOVATIVE:

In Cina l'hashtag #Antidomesticviolenceduringepidemic ha preso parte di advocacy con link online contribuendo a rompere il silenzio e esporre la violenza come un rischio durante il blocco.

Siti online e fornitori di servizi mobili stanno adottando misure per fornire supporto come le chiamate gratuite alle linee di assistenza in Antigua e Barbuda. In Spagna, un servizio di messaggistica istantanea con funzione di geolocalizzazione offre una chat room online che fornisce supporto psicologico immediato ai sopravvissuti alla violenza.

In Argentina, le farmacie sono stati dichiarate spazi sicuri per le vittime di abusi di segnalare. Allo stesso modo, in Francia, i negozi di alimentari ospitano servizi pop-up e sono stati messi a disposizione delle donne che necessitano di riparo da situazioni di abuso 20.000 pernottamenti in hotel. In Colombia il governo ha garantito

The Shadow Pandemic: Violence Against Women and Girls and COVID-19

Globally,

243 million

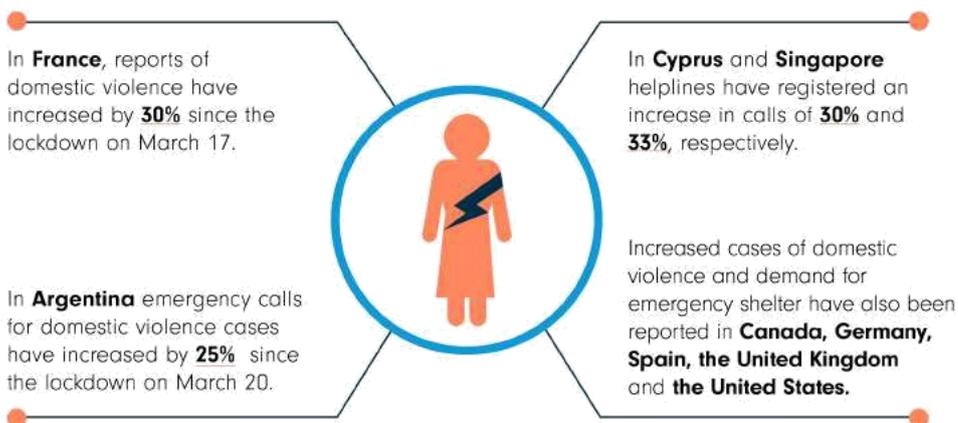


women and girls aged 15-49 have been subjected to sexual and/or physical violence perpetrated by an intimate partner in the previous 12 months.

The number is likely to INCREASE as security, health, and money worries heighten tensions and strains are accentuated by cramped and confined living conditions.

Emerging data shows that since the outbreak of COVID-19, violence against women and girls (VAWG), and particularly domestic violence, has INTENSIFIED.

Below are just a few of the dozens of countries reporting an increase in violence against women



As stay-at-home orders expand to contain the spread of the virus, women with violent partners increasingly find themselves isolated from the people and resources that can help them.

87,000 women were intentionally killed in 2017. The majority of these killings were committed by an intimate partner or family member of the victim.

Violence against women and girls is pervasive but at the same time widely under-reported. Less

than **40%** of women who experience violence report these crimes or seek help of any sort.

The global cost of violence against women had previously been estimated at approximately.

US\$1.5 trillion

That figure can only be rising as violence increases now, and continues in the aftermath of the pandemic.

l'accesso continuo a servizi virtuali basati sulla violenza di genere, tra cui consulenza legale, consulenza psicosociale, servizi di polizia e giustizia, comprese le audizioni.

- 12 "Domestic Violence Spikes During Coronavirus as Families Trapped at Home" <https://10daily.com.au/news/australia/a200326zyjkh/domestic-violence-spikes-during-coronavirus-as-families-trapped-at-home-20200327>, accessed 2nd April 2020
- 13 Available at <https://comunicacionnoticias.diputados.gob.mx/comunicacion/index.php/mesa/diputadas-piden-que-las-medidas-tomadas-por-el-gobierno-de-la-republica-durante-la-contingencia-por-el-covid-19-tengan-perspectiva-de-genero>

5. Impatti in contesti umanitari e fragili e sui diritti umani

La pandemia COVID-19 pone rischi devastanti per donne e ragazze in contesti fragili e conflittuali. Le interruzioni di programmi sanitari, umanitari e di sviluppo critici possono avere conseguenze di vita o di morte laddove i sistemi sanitari possono già essere sopraffatti o in gran parte inesistenti. Oltre il 50 per cento di tutti i decessi materni sono dovuti a complicazioni durante la gravidanza e il parto nei paesi colpiti da fragilità, ulteriori impatti sul settore sanitario sono suscettibili di aumentare questo numero ancora di più.

In contesti di conflitto, le donne (sfollate, rifugiate, rurali, povere o altrimenti emarginate) devono affrontare l'isolamento, la diffusione concertata della disinformazione e la mancanza di accesso alle tecnologie critiche. (Maggiori dettagli sugli impatti umanitari del COVID-19 sono stati forniti nella nota ¹⁴).

Le restrizioni ai movimenti delle forze di polizia e di sicurezza possono creare un vuoto di stato di diritto nelle comunità remote e aumentare la prevalenza della violenza sessuale e di genere e le uccisioni mirate di donne e difensori dei diritti umani. Il passaggio alla metodologia online rischia anche di restringere lo spazio per le organizzazioni della società civile femminile per operare e per intraprendere azioni di difesa e fornitura di servizi urgenti a sostegno dei diritti delle donne.

L'effettiva attuazione dell'agenda per le donne, la pace e la sicurezza deve rimanere una priorità durante questo periodo. La risoluzione 2242 (2015) del Consiglio di Sicurezza è stata infatti una delle prime risoluzioni del Consiglio a riconoscere le pandemie sanitarie come parte del panorama della pace e della sicurezza e a sottolineare la necessità dei principi di prevenzione, protezione e partecipazione paritaria e leadership delle donne per essere parte fondante di tutte le risposte.

Infine, la pandemia globale ha determinato un aumento significativo delle restrizioni alla libera circolazione delle persone nel mondo e relazioni preoccupanti sull'uso improprio di misure di emergenza per erodere ulteriormente i diritti umani e lo Stato di diritto, come sarà dettagliato in un prossimo brief politico sugli impatti dei diritti umani del COVID-19. Ciò ha comportato un impatto negativo sullo spazio civico e sulla capacità delle comunità e degli individui di esercitare il loro diritto alla riunione pacifica e alla libertà di espressione.

Le donne leader e attivisti continuano a sopportare il peso delle molestie e degli attacchi sia on che offline.

Le prospettive di una recessione globale a lungo termine sollevano serie preoccupazioni sul modo in cui tali lacune in materia di protezione e restrizioni dei diritti umani saranno affrontate. La ripresa post-pandemica, si spera, porterà ad un'espansione dei diritti e della partecipazione delle donne agli affari pubblici, in modo da essere più resistenti alle future crisi di questo tipo.

- 14 GLOBAL HUMANITARIAN RESPONSE PLAN COVID-19 UNITED NATIONS COORDINATED APPEAL APRIL – DECEMBER 2020 <https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Global-Humanitarian-Response-Plan-COVID-19.pdf>

Conclusioni

Una pandemia amplifica e aumenta tutte le disuguaglianze esistenti. Queste disuguaglianze a loro volta plasmano chi viene colpito, la gravità di tale impatto, e i nostri sforzi per la ripresa.

La pandemia COVID-19 e i suoi impatti sociali ed economici hanno creato una crisi globale senza precedenti nella storia delle Nazioni Unite. E' necessaria una risposta dell'intera società che corrisponda alla sua pura scala e complessità. Ma questa risposta, sia a livello nazionale che internazionale, sarà notevolmente indebolita se non tiene conto dei modi in cui le disuguaglianze rendano tutti noi più vulnerabili agli impatti della crisi o se scegliamo di ripetere semplicemente le politiche del passato e non riusciamo ad usare questo momento per ricostruire società più uguali, inclusive e resilienti.

Invece, ogni piano di risposta COVID-19, e ogni pacchetto di ripresa e budget di risorse, deve affrontare l'impatto di genere di questa pandemia.

Questo significa:

- Comprendere le donne e le organizzazioni femminili al centro della risposta COVID-19;
- Trasformare le ingiustizie del lavoro di assistenza non retribuita in una nuova economia di assistenza inclusiva che funzioni per tutti;
- Progettare piani socioeconomici con un'attenzione intenzionale alla vita e al futuro di donne e ragazze.

Porre le donne e le ragazze al centro dell'economia porterà fondamentalmente a risultati migliori e più sostenibili per tutti, sosterrà una ripresa più rapida e ci rimetterà su un piano per raggiungere gli obiettivi di sviluppo sostenibile.



Introduction

Questo è un documento vivente che sintetizza i principi e le raccomandazioni a coloro che intendono intraprendere la raccolta di dati sull'impatto di COVID-19 sulla violenza contro donne e ragazze (VAWG). È stato informato dalle esigenze e dalle sfide identificate dai colleghi negli uffici regionali e nazionali e ha beneficiato del loro contributo. Risponde alle difficoltà di aderire ai principi metodologici, etici e di sicurezza nel contesto delle misure di allontanamento fisico e di permanenza a casa imposte in molti paesi.

Questa nota integra il brief delle Nazioni Unite e il documento dell'OMS su COVID-19 e la violenza contro donne e ragazze. VAWG si verifica in tutte le regioni¹ ed è ampiamente sottostimato, ² in contesti stabili e di emergenza. I dati emergenti indicano che sta aumentando durante la pandemia di COVID-19.³ Le misure messe in atto per affrontare la pandemia come il parto e il distanziamento fisico che incidono sui mezzi di sussistenza e sull'accesso ai servizi aumenteranno probabilmente i rischi di donne e ragazze che subiscono violenza.

Gli esempi includono stress sanitari e finanziari in casa, tra cui la perdita di mezzi di sussistenza o guadagni di una donna, l'accesso limitato ai servizi di base e la capacità di lasciare una situazione offensiva; stress correlato all'isolamento sociale e / o alle quarantene; e il confinamento delle donne all'interno della casa con partner violenti che potrebbero utilizzare le restrizioni COVID-19 per esercitare ulteriormente il potere e il controllo sui propri partner.

Alcuni rapporti indicano che durante l'epidemia COVID-19 le chiamate alle squadre di elicotteri, alla polizia e ai rifugi sono in aumento.⁴ In altri casi, le segnalazioni, le chiamate e l'uso dei servizi diminuiscono man mano che le donne si trovano incapace di uscire di casa o accedere alla guida in linea o per telefono

Le pandemie come COVID-19 possono esacerbare non solo la violenza domestica, ma anche altre forme di VAWG. Aumentano le violenze contro le lavoratrici e le lavoratrici migranti o domestiche. La violenza correlata alla xenofobia, le molestie e altre forme di violenza negli spazi pubblici e online sono più frequenti e il rischio di sfruttamento e abuso sessuale in cambio di servizi di assistenza sanitaria e prestazioni di sicurezza sociale diventa più probabile.

Alcuni gruppi di donne possono sperimentare forme multiple e intersecanti di discriminazione rendendole uniformi più vulnerabile alla violenza. L'accesso delle donne sopravvissute alla violenza a reti informali di sostegno (amici e familiari), nonché a servizi essenziali di qualità, compreso il sostegno psicosociale, può essere limitato o deve essere erogato in modo diverso a causa delle disposizioni in materia di distanza fisica.

VAWG rimane una grave violazione dei diritti umani e un'importante preoccupazione per la salute durante questa pandemia. Affrontarlo deve essere una priorità.

Perché la raccolta di dati durante covid-19 è importante

I dati sono uno strumento cruciale per comprendere come e perché le pandemie come COVID-19 possono comportare un aumento del VAWG. Può aiutare a identificare i fattori di rischio; come viene compromessa la disponibilità di servizi per le donne sopravvissute alla violenza; in che modo è influenzato l'accesso delle donne a tali servizi e la ricerca di aiuto da fonti formali e informali; quali nuove esigenze a breve e medio termine sorgono. Questi dati sono fondamentali per progettare politiche e programmi basati sull'evidenza che rispondano alle esigenze delle donne, riducano i rischi e mitigino gli effetti negativi durante e dopo la pandemia. Questi dati possono anche fornire importanti spunti e informare sullo sviluppo di strategie e interventi su misura che potrebbero essere particolarmente efficaci nel prevenire VAWG durante emergenze e crisi in futuro.

Sfide nella raccolta dei dati

I metodi convenzionali di raccolta dei dati potrebbero non essere fattibili:

La pandemia di COVID-19 può influire sugli sforzi in corso e pianificati di raccolta dei dati, in particolare quelli che richiedono contatti e viaggi faccia a faccia, come sondaggi basati sulla popolazione, discussioni di focus group o altri approcci qualitativi. Le opzioni di raccolta dati a distanza sono spesso prese in considerazione quando non è possibile un contatto diretto.⁶ La pandemia può anche influenzare il modo in cui i dati basati sul servizio vengono raccolti e archiviati, in particolare se i servizi vengono forniti in remoto. Ad esempio, quando viene fornito supporto psicosociale dalle case dei fornitori, può essere difficile trovare un cassetto con un lucchetto o accedere a un computer con un sistema di protezione dei dati adeguato, per archiviare i dati e le informazioni di un sopravvissuto.

L'uso di metodi di raccolta di dati remoti su VAWG può comportare gravi rischi per la sicurezza:

Tecnologie come telefoni cellulari o piattaforme basate sul Web possono facilitare la raccolta di dati in remoto e la documentazione delle prove di VAWG durante la pandemia di COVID-19. L'uso di queste tecnologie durante il parto e il mantenimento delle misure domiciliari, tuttavia, possono aumentare il rischio di violenza per le donne e i loro bambini, poiché garantire la privacy e garantire la riservatezza sarà quasi impossibile. Le comunicazioni elettroniche possono lasciare una traccia. Se un autore viene a sapere che una donna sta condividendo la sua esperienza, aumenta il rischio di ulteriori e persino più gravi abusi

Comprendere quali dati possono - e non possono - essere raccolti e quali dati possono - e non possono - dirci:

Come accennato in precedenza, l'implementazione di indagini faccia a faccia basate sulla popolazione su VAWG durante la fase acuta della pandemia di COVID-19 potrebbe non essere possibile e l'utilizzo di metodi di raccolta di dati remoti può comportare gravi rischi per la sicurezza per gli intervistati. Pertanto, i dati di prevalenza su VAWG⁸ durante la pandemia COVID-19 probabilmente non essere raccolto. Tuttavia, il confronto dei dati sull'uso dei servizi e l'esame dei modelli dai rapporti pre, durante e post COVID-19 (a linee di assistenza, polizia, rifugi o altri servizi) possono essere utili per informare le risposte politiche e programmate. Questi dati, tuttavia, devono essere interpretati con cautela. Una diminuzione delle chiamate agli elicotteri o ad altri servizi di supporto per le donne sopravvissute alla violenza, ad esempio, potrebbe non implicare una diminuzione del numero di episodi di violenza, ma un aumento delle difficoltà delle donne ad accedere ai telefoni mentre sono confinato nello stesso spazio con l'autore. Potrebbe anche essere dovuto

alla minore disponibilità e funzionamento di linee di assistenza e altri servizi di supporto, a causa della pandemia. I dati su chiamate e segnalazioni a polizia, linee di assistenza, rifugi o altri servizi dovranno essere triangolati con dati provenienti da fornitori di servizi e altri e non dovrebbero essere interpretati come un riflesso della prevalenza di VAWG durante la pandemia.

Principi guida per la raccolta dei dati

Proteggere e sostenere donne e ragazze che subiscono violenza:

Sebbene siano necessari dati affidabili e prove su larga scala su VAWG, in una situazione di crisi la priorità inizialmente è quella di indirizzare le risorse per garantire che le donne sopravvissute alla violenza abbiano accesso a servizi e supporto di qualità.

I dati esistenti possono già fornire prove concrete per informare la risposta a COVID-19:

Prima di iniziare un esercizio di raccolta dei dati, in particolare durante le crisi, è importante esplorare le risorse e i repository di dati esistenti e assicurarsi che siano stati utilizzati in modo ottimale per rispondere alle domande che stiamo cercando di affrontare. I dati secondari (dati raccolti da altri) potrebbero essere disponibili per ulteriori analisi e si possono trarre insegnamenti tratti da crisi simili. I dati esistenti possono includere dati basati su servizi; dati provenienti da sondaggi sulla prevalenza basati sulla popolazione (anche se condotti prima della pandemia possono informare su entità, popolazioni maggiormente colpite, fattori di rischio e comportamenti di ricerca di aiuto); dati provenienti da valutazioni rapide dell'erogazione del servizio (possono fornire informazioni su, ad esempio, cambiamenti nei tipi o gravità della violenza, difficoltà dei sopravvissuti nella ricerca di aiuto), rapporti accademici e dei media.

I principi etici e di sicurezza per la raccolta dei dati VAWG rimangono di fondamentale importanza durante una crisi:

I principi etici e di sicurezza concordati a livello globale per la raccolta dei dati su VAWG, 10 sono ancora più rilevanti e critici in una crisi. Ciò è particolarmente importante quando i dati vengono raccolti in remoto, anche durante il parto e le misure di mantenimento a casa, e se si tratta di intervistare donne potenzialmente in relazioni violente e situazioni precarie. Non fare del male dovrebbe essere la massima priorità. In caso di dubbi, non procedere con la raccolta dei dati. È di fondamentale importanza garantire come minimo:

- Sicurezza, privacy e riservatezza delle donne intervistate.
- Nessun danno alle donne intervistate e agli intervistatori / al gruppo di ricerca.
- Intervistatori / team di ricerca adeguatamente formati che comprendono i principi etici e di sicurezza.
- Meccanismi e strategie per ridurre eventuali disagi causati dalla raccolta dei dati.
- Disponibilità di servizi e fonti di supporto per le donne sopravvissute che ne hanno bisogno.

"Dovremmo presumere che si stia verificando violenza di genere (GBV) e che minaccino le popolazioni colpite; trattarlo come un problema serio e pericoloso per la vita; e intraprendi delle azioni ... " (IASC, 2015) 9

Consigli per la raccolta dei dati

Non procedere con la raccolta dei dati se vi sono rischi di danni

Essere chiari sugli obiettivi e sulla logica della raccolta dei dati e valutare i rischi di danno rispetto al beneficio previsto. Non dare la priorità ai dati sulla sicurezza delle donne. Se l'esercizio di raccolta dei dati non può garantire la riservatezza e la riservatezza; se non è possibile il rinvio di donne a supporto dei servizi se

necessario; se mette la donna a maggior rischio di danno o causa disagio, non procedere con la raccolta dei dati

Scegli il metodo e la fonte di raccolta dati più appropriati per il tuo contesto e obiettivi, garantendo sempre la sicurezza delle donne intervistate

Oltre ai dati secondari, i dati e le prove provenienti dalle seguenti fonti sono utili anche per valutare la situazione e informare gli interventi, compreso il supporto e la fornitura di servizi, durante la crisi: 12,13

- Colloqui informativi chiave con fornitori di servizi e lavoratori in prima linea.
- Valutazione / mappatura rapida dei servizi. 14
- Dati basati sul servizio.15,16
- Dati qualitativi (ad es. Casi clinici).
- Rapporti con i media.
- Approcci alla raccolta di dati partecipativi.

Non includere domande sulle esperienze di violenza delle donne intervistate nell'ambito di valutazioni rapide basate sulla popolazione

- Quando si implementano valutazioni rapide sull'impatto socioeconomico di COVID-19, non includere domande sull'esperienza della violenza degli intervistati, in particolare quando si utilizzano metodi di raccolta dati remoti, ad esempio SMS / telefonate / piattaforma web, in quanto possono potenzialmente mettere i sopravvissuti a rischio.
- È improbabile che le domande sulla violenza subite da terzi / altri, che vengono spesso utilizzate come alternativa per evitare di mettere a rischio le donne intervistate, producano dati utili e le risposte non sono facili da interpretare.
- Se le domande per comprendere l'impatto della pandemia su VAWG sono considerate necessarie, più ampie domande sui sentimenti di sicurezza degli intervistati in diverse situazioni, ad es. quando si cammina da soli nella comunità ea casa sono più sicuri.

Sostenere le esigenze delle donne e delle ragazze che sono spesso emarginate

Questo include ragazze adolescenti, donne anziane, donne e ragazze con disabilità, donne rifugiate, lavoratrici migranti e minoranze razziali ed etniche. Dovrebbero essere inclusi non solo nell'esercizio di raccolta dei dati, ma il design e gli strumenti di ricerca dovrebbero essere personalizzati per acquisire meglio le loro esperienze. Ciò informerà gli interventi che soddisfano le esigenze dei gruppi che sono spesso esclusi.

Bibliografia

1. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council (2013), Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.
2. United Nations Economic and Social Affairs (2015), The World's Women 2015, Trends and Statistics (page 159).
3. United Nations (9 April, 2020), Policy brief: The impact of COVID-19 on women (pages 17-19).
4. Ibid.
5. Women are using code words at pharmacies to escape domestic violence during lockdown, accessed 4 April, 2020.
6. GBV AoR Webinar (26 March, 2020). Remote GBV Assessments and Transitioning to Remote Service Delivery - GBV AoR (recording and PPT).
7. National Network to End Domestic Violence, Safety Net Project (2020). Using technology to communicate with survivors during a public health crisis.
8. Proportion of women in a given population who experience violence in a given timeframe.

9. IASC (Inter-agency Standing Committee), 2015. Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience and aiding recovery (page 2).
10. World Health Organization (2001), Putting Women First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence against Women.
11. GBV AoR (2019). The Inter-Agency Minimum Standards for Gender-Based Violence in Emergency Programming.
12. UN Women, GBV AoR, Global Women's Institute at George Washington University (2020). Virtual Knowledge Center to End Violence against Women and Girls, Conflict/Post-Conflict, Research, Monitoring and Evaluation Module.
13. The Global Women's Institute, The George Washington University (2017), Gender-based violence research, monitoring and evaluation with refugee and conflict-affected populations: A manual and toolkit for researchers and practitioners (pages 50-57).
14. GBV AoR (undated), Rapid assessment- Remote service mapping template.
15. UNICEF (2018). Administrative data: Missed opportunity for learning and research in humanitarian emergencies?
16. Kendall, T (2020). A Synthesis of Evidence on the Collection and Use of Administrative Data on Violence against Women: Background Paper for the Development of Global Guidance. New York: UN Women.

SOCIETÀ

Violenza di genere al tempo del Covid-19: le chiamate al numero verde 1522

TELEFONATE AL 1522 IN AUMENTO + 73% DAL 1° MARZO AL 16 APRILE

Durante il lockdown sono state 5.031 le telefonate valide al 1522, il 73% in più sullo stesso periodo del 2019. Le vittime che hanno chiesto aiuto sono 2.013 (+59%). Tale incremento non è attribuibile necessariamente a maggiore violenza ma alle campagne di sensibilizzazione che hanno fatto sentire le donne meno sole

DIMINUISCONO LE DENUNCE PER MALTRATTAMENTI TRA IL 1° E IL 22 MARZO

Le denunce per maltrattamenti in famiglia sono diminuite del 43,6%, quelle per omicidi di donne del 33,5%, tra le quali risultano in calo dell'83,3% le denunce per omicidi femminili da parte del partner. Per poter dare una lettura adeguata del fenomeno sarà necessario un periodo di riferimento più lungo.

CRESCITA RICHIESTE SOPRATTUTTO NEL LAZIO E IN TOSCANA

Per il Lazio, il tasso di incidenza passa dal 6,8 del 2019 al 12,4 dello stesso periodo del 2020, per la Toscana, dal 4,8 all'8,5 per 100 mila abitanti. Le vittime chiamano di più rispetto allo stesso periodo del 2019 anche dalla Sardegna e dall'Umbria.

CHIEDE AIUTO PER VIOLENZA E STALKING IL 30,7%

Le chiamate motivate da una richiesta di aiuto per violenza subita ammontano a 1.543, ma si chiama anche per avere informazioni sul servizio 1522 (28,3%), o per manifestare altre situazioni di disagio diverse dalla violenza (17,1%).

6 CHIAMATE SU 10 TRA LE ORE 9.00 E LE 17.00

Nel 60,6% dei casi le chiamate arrivano tra le 9 e le 17; quelle durante la notte e la mattina presto, solitamente in numero minore, hanno raggiunto il 17,5% durante il lockdown.

UNA VITTIMA SU 2 HA PAURA PER LA PROPRIA INCOLUMITÀ, DUE SU 3 SONO CASI DI VIOLENZA ASSISTITA

Il 45,3% delle vittime ha paura per la propria incolumità o di morire; il 72,8% non denuncia il reato subito. Nel 93,4% dei casi la violenza si consuma tra le mura domestiche, nel 64,1% si riportano anche casi di violenza assistita.

www.istat.it

UFFICIO STAMPA
tel. +39 06 4673.22434
ufficiostampa@istat.it

CENTRO DIFFUSIONE DATI
tel. +39 06 4673.3102

In crescita le chiamate al numero antiviolenza

Con le misure di distanziamento sociale e la prescrizione di rimanere a casa decretate con il DPCdM n.18 dell'8 marzo 2020, il rischio di violenza esercitata da partner tra le mura domestiche può essere in aumento, come evidenziano tutte le fonti internazionali che si sono mobilitate a questo proposito¹. In Italia l'aumento delle telefonate al 1522 è elevato, il numero verde messo a disposizione dal Dipartimento per le Pari Opportunità presso la Presidenza del Consiglio² per sostenere e aiutare le vittime di violenza di genere e stalking (in linea con quanto definito dalla Convenzione di Istanbul).

Il confronto tra l'1° marzo-16 aprile 2020 e lo stesso periodo dell'anno precedente evidenzia un forte aumento delle richieste di aiuto, anche se non è possibile stabilire se ciò sia espressione di un aumento della violenza subita. Su tale incremento ha, infatti, influito anche l'intensificazione della campagna d'informazione sul tema mirata a far emergere una maggiore consapevolezza da parte delle donne nel volere uscire da una violenza pressante e cogente o una maggiore capacità a utilizzare gli strumenti utili per chiedere sostegno.

Meno le denunce per maltrattamento e gli omicidi

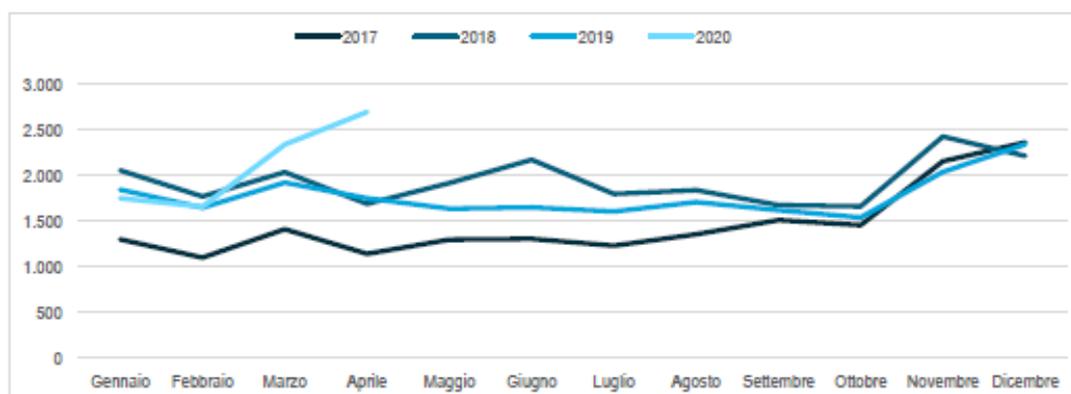
Le denunce ricevute dalle forze di Polizia tra il 1° e il 22 marzo 2020 per maltrattamento, lesioni, percosse sono tutte in diminuzione rispetto allo stesso periodo del 2019. In particolare, le denunce per maltrattamenti in famiglia sono diminuite del 43,6%, quelle per omicidi di donne del 33,5%, tra le quali risultano in calo dell'83,3% le denunce per omicidi femminili da parte del partner. Il periodo considerato è troppo breve per poter dare una valutazione complessiva delle motivazioni che sono dietro la diminuzione di denunce e omicidi di donne.

Una telefonata, ma soprattutto un messaggio, per chiedere aiuto

L'andamento delle chiamate negli anni, anche se fortemente condizionato dall'efficacia delle campagne di sensibilizzazione, si presenta con numeri rilevanti. Pur sottraendo alla numerosità complessiva le chiamate fatte per errore o per scherzo, o per molestare (le cosiddette chiamate non valide), il totale delle chiamate "valide" (cfr. glossario) per anno vanno dalle 17.616 del 2017 alle 21.290 del 2019. La crescita nei mesi di novembre e dicembre va letta alla luce di una maggiore sensibilizzazione connessa alla Giornata mondiale contro la violenza sulle donne che si celebra il 25 novembre.

Il numero verde 1522 sembra aver rappresentato uno strumento di grande sostegno alle vittime di violenza nel periodo del lockdown. La crescita delle chiamate valide non è infatti paragonabile all'andamento registrato negli anni precedenti, anche per effetto dell'incremento delle campagne trasmesse in tv, lanciate sul web e rilanciate dai social, spesso con il supporto di testimonial del mondo dello spettacolo (Figura 1).

FIGURA 1. ANDAMENTO DELLE CHIAMATE VALIDE. Periodo 2017 - 16 aprile 2020. Valori assoluti



Fonte: Dataset 1522 Dipartimento per le Pari Opportunità - PdCM

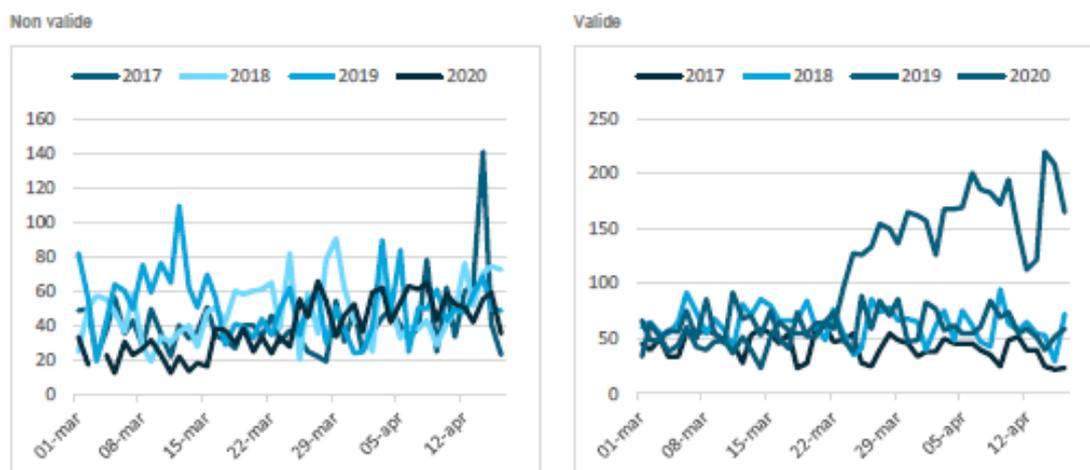
¹WHO - World Health Organization, COVID-19 and violence against women, 25 March 2020. UN WOMEN, COVID-19 and Ending Violence Against Women and Girls, <https://www.unwomen.org/-media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf?e=en&vs=5006>

² Nell'ambito dell'Accordo con l'Istat del 21 marzo 2017, finalizzato a costruire il sistema integrato di raccolta ed elaborazione dati sulla violenza di genere previsto dal Piano Nazionale contro la violenza sessuale e di genere, il Dipartimento per le Pari Opportunità fornisce i dati del 1522 all'Istat per la loro elaborazione e diffusione.

A partire dal 22 marzo, la crescita delle chiamate al 1522 ha avuto un andamento esponenziale, fatta eccezione per la strutturale diminuzione delle telefonate nel fine settimana. Ad aumentare in misura vertiginosa sono state soprattutto le richieste di aiuto; stabili invece quelle delle persone che chiamano al fine di molestare o denigrare l'attività delle operatrici e le chiamate errate (in tutto ammontano a 1.788 tra il 1° marzo e il 16 aprile 2020 contro 2.478 nello stesso periodo del 2019).

FIGURA 2. ANDAMENTO DELLE TELEFONATE NEL PERIODO 1° MARZO - 16 APRILE 2020.

Confronto anni 2017-2020. Valori assoluti.



Fonte: Dataset 1522 Dipartimento per le Pari Opportunità - PdCM

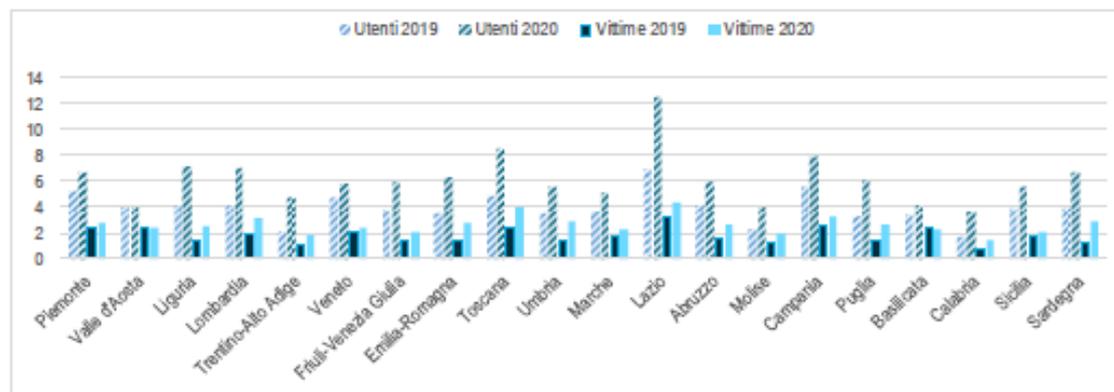
Chiamate al 1522 in crescita soprattutto nel Lazio e in Toscana

Sempre nel periodo 1° marzo-16 aprile 2020, l'incidenza delle chiamate al 1522 sulla popolazione residente evidenzia una crescita delle telefonate valide nel Lazio e in Toscana, che passano rispettivamente da 6,8 per 100 mila abitanti del 2019 a 12,4 e da 4,8 a 8,5 per 100 mila abitanti. Seguono Piemonte (da 5,2 a 6,6 per 100 mila abitanti), Liguria (da 4,1 a 7,2) e Lombardia (da 4,1 a 6,9).

Anche nelle regioni del Sud il tasso di incidenza regionale cresce in misura rilevante: con riferimento all'utenza in generale, in Puglia si passa da 3,2 a 6,0, in Sardegna da 3,9 a 6,6. Gli incrementi delle chiamate per le vittime sono maggiori in Sardegna, Toscana, Umbria, Emilia Romagna, Lombardia e Lazio.

FIGURA 3. DISTRIBUZIONE PER REGIONE DEGLI UTENTI E DELLE VITTIME. Confronto mese di 1° marzo -16 aprile 2019-2020.

Tassi di incidenza per 100 mila Abitanti. Valori assoluti.



Fonte: Dataset 1522 Dipartimento per le Pari Opportunità - PdCM

Con riferimento ai canali attraverso i quali le vittime entrano in contatto con il 1522, quelli più conosciuti sono la rete internet e la televisione, residuali invece amici, parenti e uffici pubblici. Tuttavia, nel periodo analizzato la ricerca sul web, che pure aveva registrato un trend fortemente crescente a partire dal 2013, ha ceduto il passo al canale televisivo. Dai dati emerge infatti che il 45% degli utenti è venuto a conoscenza del numero verde attraverso la TV (contro il 25,3% del 2019) mentre il 38,6% lo ha trovato sul web (contro il 45,9% dell'anno scorso). E ciò è effetto della importante campagna televisiva realizzata.

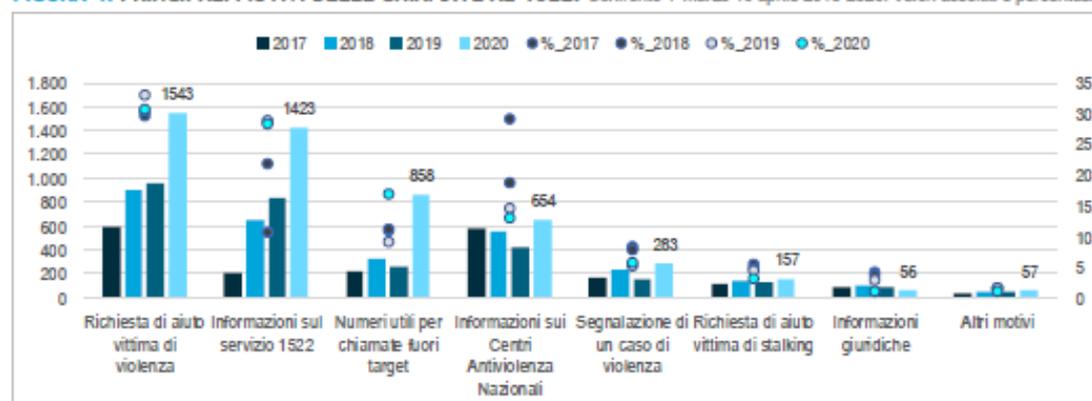
Chiamate al 1522: in 4 casi su 10 si chiama per violenza e stalking

Si chiama al 1522 per chiedere aiuto in caso di violenza e/o stalking, per segnalare casi di violenza ed emergenza (2.013 chiamate, pari al 40% delle chiamate valide tra il 1° marzo e il 16 aprile 2020), per chiedere informazioni sul servizio stesso (1.423, il 28,3%), per avere informazioni sui centri antiviolenza (654, il 13%). È elevato anche il numero di coloro che si rivolgono al servizio per chiedere assistenza di tipo sociale o psicologica, pari al 17,1% (con 858 casi).

Al numero verde antiviolenza si rivolgono anche persone che non trovano un ascolto adeguato alle diverse richieste di sostegno. Questa tipologia di telefonate è cresciuta in proporzione di più nel periodo 1° marzo - 16 aprile 2020 rispetto agli anni precedenti (+7,8 punti percentuali), probabilmente come effetto della stessa campagna televisiva.

Nel 60,6% dei casi le chiamate al 1522 sono arrivate tra le ore 9 e le 17; quelle ricevute di notte o di mattina presto, di solito in numero esiguo, sono risultate in aumento nel periodo del lockdown rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (le chiamate tra le 21 e le 5 della mattina sono aumentate del 7,4% rispetto allo stesso periodo del 2019).

FIGURA 4. PRINCIPALI MOTIVI DELLE CHIAMATE AL 1522. Confronto 1° marzo 16 aprile 2013-2020. Valori assoluti e percentuali



Fonte: Datasets 1522 Dipartimento per le Pari Opportunità - PdCM

Molte richieste di aiuto per sé e per altri in difficoltà, ma non si denuncia

Il numero verde ha rappresentato nel tempo un servizio a cui si sono rivolte sia le vittime sia altri utenti, come operatori e servizi, che chiamano per consulenze e informazioni, o le reti parentali e amicali, che supportano le vittime attraverso questo canale.

Rispetto allo stesso periodo del 2019, dal 1° marzo al 16 aprile 2020 hanno fatto più ricorso al 1522 anche i Centri Antiviolenza (25 casi contro i 7 del periodo precedente) e le Forze dell'Ordine (34 chiamate rispetto alle 30 del periodo precedente). Le vittime, pari al 40% di chi ha chiamato, donne nel 97% dei casi (un dato costante nel tempo), appartengono a diverse classi di età e sono in maggioranza coniugate, segno che la richiesta di aiuto proviene da un tipo di violenza di coppia.

Dal racconto che le vittime fanno alle operatrici del 1522 emerge che la maggior parte di esse non denuncia la violenza subito, proprio perché consumata per lo più all'interno di contesti familiari. Mettendo a confronto il periodo 1° marzo-16 aprile del 2019 e del 2020 si osserva inoltre un calo della quota di vittime che denunciano, dal 74,8% (947 casi) al 72,8% (1.466).

I motivi della mancata denuncia sono legati alle conseguenze negative che si possono generare nel contesto familiare (21,6%), alla paura generica (13,4%), alla paura della reazione del violento (10,9%), all'incertezza sul dopo (6,0%), alla poca fiducia nelle Forze dell'Ordine o perché queste ultime hanno sconsigliato di fare denuncia (3,3%). Tra le vittime, il 2,8% ha ritirato la denuncia e più di una su tre (il 40,4%) è tornata dal maltrattante.

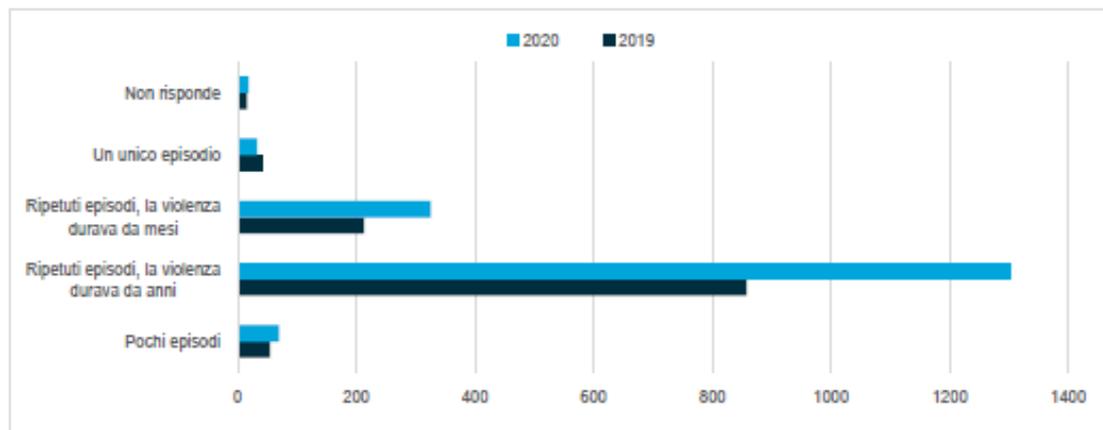
Le mura domestiche luogo della violenza e spesso i minori assistono

A rafforzare la pericolosità della violenza vissuta in famiglia sono i racconti fatti dalle persone che si rivolgono al 1522, dai quali emerge che la casa è uno dei luoghi in cui più di frequente avviene la violenza: 93,4% dei casi nel 2020. Nella maggior parte dei casi la violenza non appare un episodio sporadico ma attiene a comportamenti reiterati nel tempo: il 74,6% dichiara che la violenza dura da anni (72,6% nello stesso periodo del 2019), il 18,6% afferma che dura da mesi.

Le vittime che concludono la telefonata confessano di vivere in uno stato di disagio: il 45,3% dichiara di avere paura di morire e per la propria incolumità. La percentuale di coloro che provano tale stato d'animo è aumentata di 5,4 punti percentuali nel periodo 1° marzo-16 aprile 2020, rispetto al 39,9% dello stesso periodo del 2019.

Il 56% delle richieste di aiuto arriva da parte di vittime con figli e il 33,7% da parte di vittime con figli minori. Il 64,1% delle vittime con figli (cioè 722 persone) dichiara casi di violenza a cui hanno assistito minori e/o casi di violenza subita da minori.

FIGURA 5. DURATA E FREQUENZA DELLA VIOLENZA SUBITA DALLE VITTIME. Confronto 1° marzo -16 Aprile 2019-2020



Fonte: Dataset 1522 Dipartimento per le Pari Opportunità - PiCM

La violenza denunciata al telefono è per lo più di tipo fisico e psicologica, dato costante negli anni. Nel periodo considerato le segnalazioni per violenza fisica sono aumentate di circa 10 punti percentuali passando dal 43,4%, al 52,7%; quelle di violenza psicologica di circa 5 punti, dal 37,9 al 43,2%.

Glossario

1522: numero verde contro la violenza di genere e lo stalking.

Chiamate non valide: l'insieme delle chiamate fatte al 1522 per fini di disturbo come gli scherzi, le molestie, le denigrazioni e le chiamate errate.

Chiamate valide: totale delle chiamate che vengono fatte da utenti e/o vittime, per motivi congrui rispetto al servizio fornito dal 1522. Per motivi congrui si intendono: (a) Informazioni sui Centri Antiviolenza Nazionali, (b) Informazioni sul servizio 1522, (c) Richiesta di aiuto vittima di violenza; (d) Segnalazione di un caso di violenza, (e) Numeri utili per chiamate fuori target, (f) Emergenza; (g) Informazioni giuridiche, (h) Richiesta di aiuto vittima di stalking, (i) Chiamata Internazionale fuori orario, (l) Richiesta di aiuto per discriminazione; (m) Informazioni per professionisti sulle procedure da adottare in caso di violenza; (n) Segnalazione disfunzione servizi pubblici/privati, (o) Responsabilità giuridica degli/delle operatori/trici dei servizi pubblici; (p) Segnalazione su Media

Vittime: persone che si rivolgono al 1522 per chiedere aiuto per sé e hanno subito una violenza nelle sue varie forme

Utenti: persone che si rivolgono al 1522 per chiedere aiuto per sé o per altri.

Violenza assistita: violenza a cui assiste un minore

Nota Metodologica

Il 1522 è il numero verde messo a disposizione dal DPO - PdCM, per sostenere e aiutare le vittime di violenza di genere e *stalking*, in linea con quanto definito all'interno della Convenzione di Istanbul³. Esso è gratuito, garantisce l'anonimato e copre diverse forme di violenza per 24 ore al giorno e in 4 lingue diverse oltre l'italiano (Inglese, francese, arabo e spagnolo). Questa *helpline* fornisce informazioni di primo soccorso in caso di emergenza o indicazioni utili sui servizi e i centri anti violenza attivi a livello territoriale cui le vittime di violenza, o altri utenti possono rivolgersi. Il data base relativo ai servizi cui rivolgersi viene costantemente aggiornato dalle Amministrazioni Regionali e dalle Associazioni attive sui territori: dal momento dell'attivazione di un nuovo centro o servizio o sportello vengono infatti fornite tutte le indicazioni in merito ad indirizzi e modalità di erogazione dei servizi che consentono alle operatrici del 1522 di fornire indicazioni aggiornate e tempestive.

Le informazioni fornite durante la telefonata vengono registrate su una piattaforma informatizzata. Si tratta di una compilazione della scheda che viene effettuata dalle operatrici del 1522 durante il racconto della persona che chiama. I dati si dispongono a partire dal gennaio 2013. L'analisi del fenomeno della violenza e dello *stalking* che emerge dalla lettura dei dati del 1522 restituisce, quindi, uno spaccato utile a comprenderne le dinamiche e le caratteristiche, che si avvicina sorprendentemente al profilo già rilevato dalle indagini campionarie condotte dall'ISTAT sulla stessa tematica.

Dal 2013 al 16 Aprile 2020⁴, il numero verde ha fornito supporto a 72.722 vittime e ha erogato consulenza e informazione a operatori socio-sanitari, forze dell'ordine, familiari e amici delle vittime (165.424 utenti). Non va trascurata tuttavia una percentuale elevata di chiamate improprie, come gli scherzi, quelle da parte di molestatori e le chiamate errate che costituiscono il 45,4% del totale (una percentuale che rimane costante negli anni). Gli scherzi e le molestie (per un totale di 114.898 chiamate) sono indicative di una scarsa sensibilità alla tematica, fornendo la misura dell'intolleranza verso le tematiche della violenza di genere.

Al fine di comprendere adeguatamente i dati riportati va chiarito il processo di standardizzazione operato sul data base. I dati sono stati resi confrontabili tra i vari anni dal momento che nelle diverse annualità sono state utilizzate modalità di risposta non omogenee. Questo lavoro di normalizzazione è stato condotto soprattutto per rendere fruibili i dati raccolti che sono disponibili nel dataware house accessibile attraverso I.STAT "violenza sulle donne".

<http://dati-violenzadonne.istat.it/>

Il quadro informativo completo sul tema della violenza di genere è disponibile sul sito web <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne>

Un'attenzione specifica va data alla numerosità dei casi: è infatti possibile che la stessa persona possa chiamare diverse volte il numero verde, sia per sé stessa sia per altri. Il sistema ad oggi, anche per motivi di privacy, non controlla queste informazioni se non attraverso una domanda che viene rivolta a colui/colei che chiama, con la quale si chiede se sia la prima volta o meno che l'utente si sia rivolto al numero verde.

³ Il servizio di supporto telefonico alle vittime di violenza è previsto dalla Convenzione di Istanbul dove, all'art.24, si afferma che i governi "take the necessary legislative or other measures to set up state-wide round-the-clock (24/7) telephone helplines free of charge to provide advice to callers, or with due regard for their anonymity, in relation to all forms of violence covered by the scope of this Convention".

⁴ Il numero verde è attivo dal 2006, i dati per l'elaborazione sono disponibili dal 2013.

Un'ultima considerazione va necessariamente fatta al fine di guidare nella corretta lettura delle informazioni riportate che è strettamente connessa a quanto appena indicato: il fatto che il data set sia costituito da telefonate comporta un numero di valori mancanti molto elevato e variabile. Spesso le telefonate si interrompono prima della conclusione del colloquio e in, molti casi, non si riescono ad imputare tali valori mancanti alla volontà di non rispondere o all'interruzione della telefonata. Di questo si è tenuto conto nel processo di elaborazione del dato che esclude i missing dovuti alle cadute delle telefonate dai calcoli percentuali.



Ministero dell'Interno

GABINETTO DEL MINISTRO

N. 15350/117(2)

Roma, 21 marzo 2020

AI SIGNORI PREFETTI DELLA REPUBBLICA

LORO SEDI

AI SIGNORI COMMISSARI DEL GOVERNO PER LE
PROVINCE DI

TRENTO E BOLZANO

AL SIGNOR PRESIDENTE DELLA GIUNTA
REGIONALE DELLA VALLE D'AOSTA

AOSTA

e, p.c.

ALLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI
MINISTRI

Dipartimento per le Pari Opportunità e la Famiglia
Dipartimento della Protezione Civile

AL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

AL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE
FINANZE

AL MINISTERO DELLA SALUTE

R O M A

AL SIGNOR CAPO DIPARTIMENTO PER GLI
AFFARI INTERNI E TERRITORIALI

AL SIGNOR CAPO DELLA POLIZIA – DIRETTORE
GENERALE DELLA PUBBLICA SICUREZZA



Ministero dell'Interno

GABINETTO DEL MINISTRO

Per superare tali difficoltà, il Ministro per le Pari Opportunità e la Famiglia ha rappresentato l'esigenza che siano individuate nuove soluzioni alloggiative, anche di carattere temporaneo, che consentano di offrire l'indispensabile ospitalità alle donne vittime di violenza che, per motivi sanitari, non possono trovare accoglienza nei Centri Anti Violenza e nelle Case Rifugio.

Si invitano a tal fine le S.S.L.L. a verificare l'esistenza, nei singoli contesti territoriali, delle difficoltà in argomento e, ove le stesse risultino confermate, ad esplorare - anche con il coinvolgimento dei Sindaci e degli enti e delle associazioni che operano nel settore - la possibilità di reperire sistemazioni alloggiative ulteriori, rispetto a quelle già offerte dai territori. Si precisa che, come segnalato dal Ministro Bonetti, i relativi oneri potrebbero essere sostenuti dal Dipartimento per le pari opportunità, mediante l'utilizzo di risorse già appostate sul bilancio 2020.

Da ultimo, si ritiene di richiamare l'eventuale ricorso - ai sensi del comma 7 dell'art.6 del D.L.17 marzo 2020, n.18 - alle requisizioni in uso, anche temporaneo di strutture alberghiere ovvero altri immobili aventi analoghe caratteristiche di idoneità per ospitarvi le persone in sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario o in permanenza domiciliare, nei casi in cui le misure stesse non possano essere attuate presso il domicilio della persona interessata.

Nel ringraziare per l'urgente attenzione che le S.S.L.L. vorranno riservare alla richiesta, si resta in attesa di cortese riscontro.

IL CAPO DI GABINETTO
Piantedosi

Senato della Repubblica

Esame della relazione sulle possibili soluzioni per prevenire e contrastare la violenza domestica nel periodo di applicazione delle misure di contenimento del Covid-19

(Esame)

La PRESIDENTE illustra la relazione in titolo (pubblicata in allegato al resoconto della seduta odierna) già messa a disposizione di tutte le senatrici e i senatori della Commissione sottolineando le ragioni dell'urgenza della sua approvazione. Informa altresì di aver inviato una lettera al Capo della polizia per segnalare una serie di possibili misure che le forze dell'ordine potrebbero porre in essere per contrastare la violenza domestica in questo periodo di convivenza forzata dovuta alle misure di contenimento del virus Covid-19. Desidera altresì ringraziare a nome di tutta la Commissione la Presidente del Senato che, concorde la Conferenza dei Presidenti dei Gruppi parlamentari, ha consentito lo svolgimento di questa seduta.

Si apre il dibattito, nel quale prendono la parola a sostegno dei contenuti della relazione le senatrici MAIORINO (M5S), DE LUCIA (M5S), GINETTI (IV-PSI) e il senatore FANTETTI (FIBP-UDC).

A conclusione degli interventi la PRESIDENTE, verificata la presenza del numero legale, pone ai voti la relazione che risulta approvata all'unanimità.

La seduta termina alle ore 9,45

Allegato

Misure per rispondere alle problematiche delle donne vittime di violenza, dei centri antiviolenza, delle case rifugio e degli sportelli antiviolenza e anti tratta nella situazione di emergenza epidemiologica da Covid-19 (Doc. XXII-bis n. 1)

La violenza di genere contro le donne rischia nella attuale situazione di emergenza di aggravarsi ulteriormente: l'isolamento, la convivenza forzata, le restrizioni alla circolazione e l'instabilità socio-economica comportano per le donne e per i loro figli il rischio di una maggiore esposizione alla violenza domestica e assistita.

La prolungata condivisione dello spazio abitativo rischia di determinare non solo un aumento del numero stesso di episodi di violenza, ma anche un loro aggravamento, innalzando il pericolo dell'*escalation* di violenza che caratterizza le situazioni di violenza domestica.

I centri antiviolenza, le case rifugio, gli sportelli antiviolenza e le strutture anti tratta sin dal 9 marzo, garantiscono continuità di servizio e accesso, pur con l'adozione di misure coerenti con le disposizioni di contenimento previste a legislazione vigente per contrastare l'emergenza epidemiologica, assicurando colloqui e attività di accoglienza e sostegno attraverso modalità alternative (via telefono o con modalità telematiche) e, solo quando se ne ravvisa la necessità, in presenza.

La riduzione dei contatti esterni e la prolungata condivisione degli spazi domestici con il *partner* maltrattante rendono ancora più difficile l'emersione di situazioni di violenza domestica e assistita: si è registrato, a ben vedere, nelle ultime settimane una diminuzione non solo degli accessi fisici delle donne ai centri antiviolenza e agli sportelli, ma anche delle stesse denunce per maltrattamenti. A ciò si aggiunge una contestuale riduzione degli interventi da parte delle forze dell'ordine.

Il calo delle denunce (i reati di maltrattamenti contro familiari e conviventi, denunciati a tutte le forze dell'ordine, sono passati dai 1.157 dei primi 22 giorni del marzo 2019 ai «soli» 652 dello stesso periodo di quest'anno) e degli accessi non significano purtroppo che la violenza contro le donne sia in regressione, ma

sono invece il segnale di una situazione nella quale le donne vittime di violenza rischiano di trovarsi ancora più esposte alla possibilità di controllo e all'aggressività del *partner* maltrattante.

Per far fronte a questa emergenza nell'emergenza il Parlamento e il Governo devono predisporre misure e risorse economiche aggiuntive e procedure più snelle per garantire misure di protezione, sostegno e accoglienza alle donne e ai minori coinvolti, assicurando in particolare l'operatività – in piena sicurezza – delle strutture antiviolenza.

1. Garantire l'applicazione rigorosa delle misure civili e penali a protezione delle donne

Il nostro ordinamento contempla norme efficaci per contrastare la violenza e proteggere in maniera adeguata le donne che ne sono vittima. In questo contesto la «fuga da casa» delle donne vittime di violenza non può che costituire una soluzione residuale.

Nell'attuale situazione emergenziale è quanto mai importante assicurare non solo l'applicazione scrupolosa di tutte le misure a protezione delle donne e dei loro figli/e, ma anche promuoverne la conoscenza attraverso specifici interventi di sensibilizzazione e informazione rivolti alle donne.

a) Misure di protezione penali

Il nostro ordinamento prevede misure in grado di assicurare un intervento tempestivo a protezione delle donne da parte dell'autorità giudiziaria (arresto in flagranza, ordine di allontanamento urgente dalla casa familiare, misure cautelari specifiche e ordini di protezione in sede civile), strumenti che consentono di escludere la necessità di fuga dalla casa familiare da parte delle donne tutelandone la loro incolumità e quella dei figli minori.

Più in generale si sottolinea l'esigenza che, nei casi previsti dalla legge, sia assicurata l'applicazione delle procedure di controllo del violento mediante mezzi elettronici o altri strumenti tecnici (il cosiddetto braccialetto elettronico) anche ai soggetti sottoposti alle misure dell'allontanamento dalla casa familiare e del divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa.

Con particolare riguardo all'istituto dell'"ordine di allontanamento urgente dall'abitazione familiare" della persona violenta da parte della polizia giudiziaria (previsto dall'articolo 384-*bis* del codice di procedura penale), nell'evidenziare l'esigenza che l'istituto trovi applicazione in tutti i casi nei quali ricorrono i presupposti di legge, e previa autorizzazione del pubblico ministero, si segnala l'opportunità di modifiche al decreto- legge 17 marzo 2020, n. 18, in conversione, che escludano dall'ambito di applicazione delle disposizioni in materia di sospensione processuale il procedimento per la convalida dell'ordine di allontanamento urgente dalla casa familiare.

b) Gli ordini di protezione in sede civile

Nonostante gli articoli 342-*bis* e 342-*ter* del codice civile e 736-*bis* (terzo comma) del codice di procedura civile prevedano la possibilità per l'autorità giudiziaria di disporre – nei casi di urgenza – ordini di protezione *inaudita altera parte*, rinviando l'instaurazione del contraddittorio delle parti successivamente all'immediata applicazione della misura di protezione stessa, nella prassi tale procedimento viene seguito marginalmente, trovando il più delle volte applicazione il procedimento «ordinario» per il quale dopo il deposito del ricorso, il giudice deve fissare l'udienza di comparizione delle parti e il termine per la notifica del ricorso e del decreto di fissazione dell'udienza a cura del ricorrente. Nell'attuale situazione di emergenza tale modo di procedere potrebbe esporre la donna richiedente l'ordine di allontanamento al rischio di ulteriori violenze.

Pare, pertanto, opportuno richiamare l'attenzione sulla disposizione degli articoli 342-*bis* del codice civile e 736-*bis* del codice di procedura civile, secondo cui l'emanazione dell'ordine di protezione, nei casi di urgenza, può essere adottato immediatamente "assunte ove occorra sommarie informazioni" (cfr. articolo 736-*bis* del codice di procedura civile) anche prima dell'instaurazione del contraddittorio.

Al riguardo si evidenzia che nell'attuale situazione di emergenza, con forti limiti alla libertà di movimento delle persone, la notifica del ricorso con richiesta di un ordine di protezione e del decreto di fissazione dell'udienza, potrebbe determinare ulteriori comportamenti violenti.

L'emissione del provvedimento *inaudita altera parte*, previa idonea istruttoria, seppure sommaria, potrebbe meglio tutelare la persona ricorrente richiedendo la comparizione dinanzi all'autorità giudiziaria della parte che si assume autrice della violenza, quando l'ordine di allontanamento sia stato già eseguito.

Il contraddittorio differito, infatti, potrebbe rivelarsi fondamentale per scongiurare possibili reazioni violente da parte della persona nei cui confronti si chiede l'ordine di protezione.

2. Interventi in materia di incontri protetti e visite genitoriali

Nella attuale situazione di emergenza sono state segnalate divergenze interpretative, sul territorio nazionale, relativamente alla gestione degli incontri genitoriali da svolgersi con modalità protette e delle consulenze tecniche d'ufficio.

Si vorrà valutare l'opportunità di disporre la sospensione delle visite protette stabilite in pendenza di procedimento penale per reati di cui all'articolo 1 della legge 19 luglio 2019, n. 69 ai danni della madre, prevedendone, ove possibile, lo svolgimento attraverso collegamenti da remoto con videochiamate.

Per quanto riguarda, più in generale, le visite tra i figli e il genitore non convivente, al fine di garantire la tutela del diritto alla salute dei figli pare opportuno modificare – sul sito www.governo.it – la risposta alla domanda «Sono separato/divorziato, posso andare a trovare i miei figli?» come segue: «Sì, gli spostamenti per raggiungere i figli minorenni presso l'altro genitore o comunque presso l'affidatario, oppure per condurli presso di sé, sono consentiti, in ogni caso secondo le modalità previste dal giudice con i provvedimenti di separazione o divorzio. Il genitore deve compilare un'autocertificazione dichiarando di non essere un soggetto esposto ad alto rischio di contagio o che il luogo dove intende condurre i figli non espone gli stessi ad un pericolo per la loro incolumità. Nel caso di difficoltà nell'attuazione dei provvedimenti di affidamento dei figli, o di contrasto tra i genitori, è possibile chiedere l'intervento del giudice competente segnalando l'urgenza ai sensi dell'articolo 83, comma 3, lettera a) del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18».

3. Favorire l'accesso ai numeri antiviolenza e anti tratta

Il numero nazionale antiviolenza e *stalking* 1522 e il numero verde anti tratta 800 290 290 sono ancora attivi 24 ore su 24, 7 giorni su 7, e accessibili dall'intero territorio nazionale gratuitamente. Nella attuale situazione legata all'emergenza epidemiologica da Covid-19 ciò non è più sufficiente, in quanto il controllo costante del *partner* convivente rende più difficile per la donna-vittima di violenza trovare un momento disponibile per poter telefonare.

È quindi necessario:

- Incrementare la pubblicizzazione, attraverso comunicazioni istituzionali sui media e l'esposizione presso tutti i supermercati e i negozi di generi di prima necessità, le farmacie e parafarmacie, nonché i servizi bancari e postali, di cartelli recanti l'indicazione del numero nazionale antiviolenza e *stalking* e del numero verde anti tratta, al fine di assicurare le donne del fatto che la rete antiviolenza è ancora attiva e in grado di supportarle;
- Promuovere l'attivazione di forme di comunicazione «veloce» per l'accesso ai numeri di pubblica utilità 1522 e 800 290 290;
- Garantire l'accessibilità delle informazioni relative ai numeri 1522 e 800 290 290 anche in inglese, francese, spagnolo e arabo per assicurare la piena comprensione anche alle donne migranti;
- Assicurare altresì la piena accessibilità alle informazioni anche alle vittime con disabilità;
- Attivare una sezione specifica dedicata alla prevenzione e al contrasto della violenza di genere nella pagina dei siti dei su citati numeri verdi con FAQ per illustrare alle donne in maniera chiara e dettagliata cosa fare, a chi rivolgersi per sottrarsi alla violenza, prevedendo anche un *vademecum* sulla sicurezza informatica e sull'utilizzo degli strumenti multimediali;
- Assicurare l'efficace e il tempestivo coordinamento tra le forze dell'ordine, il numero nazionale antiviolenza e *stalking* e i centri antiviolenza per un pronto intervento presso l'abitazione della donna su richiesta del numero nazionale antiviolenza e *stalking* e/o del centro antiviolenza allertato dalla donna.

4. Garantire l'accesso delle donne ai centri antiviolenza, alle case rifugio e agli sportelli antiviolenza assicurando il rispetto delle misure di sicurezza sanitaria

- In questa fase di emergenza sanitaria, nei casi di abbandono da parte della donna della propria abitazione, è necessario individuare – prevedendo anche un apposito stanziamento straordinario di fondi – strutture *ad hoc* (gestite dalle case rifugio) nelle quali accogliere – prima del trasferimento nella casa rifugio – le donne per la necessaria quarantena così da minimizzare il rischio di un possibile contagio. Le strutture delle case rifugio, infatti, non hanno attualmente spazi adeguati per le necessarie ed eventuali quarantene.
- Inoltre, al fine di garantire alle donne vittime di violenza e alle operatrici dei centri antiviolenza, delle case rifugio e degli sportelli antiviolenza, l'adeguata protezione e sicurezza anche sanitaria, nonché di assicurare alle donne prive di risorse economiche il diritto ad accedere alle strutture e ai servizi offerti e a restare in contatto con la propria famiglia d'origine è necessario:
 - Assicurare la tempestiva fornitura alle strutture di mascherine protettive; guanti monouso; disinfettanti a base alcolica e di ogni altro presidio medico-sanitario necessario tenuto conto dell'emergenza epidemiologica da Covid-19;
 - Prevedere che l'ente finanziatore provveda alla sanificazione degli ambienti;
 - Garantire la distribuzione di schede prepagate affinché anche le donne prive di risorse possano usufruire della rete *internet* per l'accesso telematico alle strutture;
 - Prevedere l'annullamento dei costi delle utenze telefoniche e dei servizi di navigazione *internet* per il periodo di emergenza per le seguenti strutture: centri antiviolenza, case rifugio, sportelli antiviolenza e strutture anti tratta.

Infine, per poter assicurare ai minori ospitati nelle strutture insieme alle loro madri il diritto fondamentale allo studio occorre assicurare le dotazioni tecnologiche necessarie per seguire le attività formative svolte a distanza.

5. Prevedere ulteriori misure di protezione sociale per le donne vittime di violenza

Considerato il rallentamento dei percorsi di rafforzamento delle donne a causa della sospensione della maggior parte dei servizi delle reti territoriali necessari, sarebbe auspicabile:

- Prevedere un prolungamento del congedo straordinario dal lavoro per motivi di violenza, di cui all'articolo 24 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 80;
- Intervenire sulle modalità di fruizione dei congedi parentali previsti, con riguardo alla situazione attuale di emergenza, dal decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, assicurando che le limitazioni all'accesso a tali benefici operino solo nei casi in cui si tratti di coniugi conviventi;
- Introdurre, per il periodo di durata dell'emergenza, un fondo per erogare un contributo economico per le donne poste in protezione e prive di autonomia economica.

6. Prevedere specifiche misure per garantire l'accessibilità, l'accoglienza e la protezione delle donne migranti, richiedenti asilo, rifugiate e vittime di tratta

Sarebbe auspicabile incrementare l'informazione istituzionale sull'accesso ai servizi antiviolenza e anti tratta. Risulta che le donne accolte nelle strutture deputate sono informate circa la necessità di ridurre la mobilità e rimanere nelle strutture dove sono ospiti o delle proprie abitazioni per evitare il contagio e di limitare l'uscita a situazioni di necessità sanitaria o per fare la spesa. Si segnala tuttavia il sovraffollamento delle stesse strutture e la necessità di predisporre ulteriori e dedicate strutture di accoglienza per la popolazione migrante femminile e per i figli e le figlie minori al seguito onde evitare rischi di contagio.

Con riguardo ai Centri di permanenza per il rimpatrio (CPR) si segnala l'esigenza di assicurarne la sanificazione e di garantire al loro interno il pieno rispetto delle misure di sicurezza sanitaria previste dalla legislazione per il contrasto del Covid-19.

La condizione di trattenimento nei CPR, inoltre, nella situazione attuale in cui ogni possibilità di concreta esecuzione delle misure di espulsione è inattuabile, è da ritenersi ulteriormente lesiva dei diritti delle donne migranti e richiedenti asilo nonché contraria alle raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità

perché espone a gravi rischi la loro salute. Sarebbe opportuno prevedere l'immediato rilascio delle donne trattenute presso i CPR e che dichiarino di essere vittima di tratta o di violenza domestica o di genere, con la contestuale attivazione delle reti territoriali anti tratta e di protezione dei richiedenti asilo.

In considerazione dell'accesso limitato all'ufficio immigrazione si rende, inoltre, opportuna l'estensione per almeno ulteriori 6 mesi della durata dei permessi di soggiorno per ricongiungimento familiare, di cui agli articoli 18,18-*bis* e 22, comma 12-*quater*, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico immigrazione), dei permessi di soggiorno di cui all'articolo 5, comma 6 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico immigrazione) ancora diffusi, dei permessi come richiedenti asilo, considerata la sospensione delle audizioni presso le commissioni territoriali per la protezione internazionale e delle udienze in sede di impugnazione del diniego della protezione internazionale.

Si rileva, inoltre, l'urgenza dell'immediato rilascio da parte delle questure di permesso di soggiorno di cui ai citati articoli 18, 18-*bis* e 22, comma 12 *quater* del Testo unico immigrazione, per le persone offese di tutti i procedimenti penali pendenti per i reati legittimanti la richiesta della misura di protezione.

Si raccomanda, infine:

- Di chiarire che deve ritenersi espressamente applicato l'articolo 103 comma 2 del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18 a tutti i permessi di soggiorno in scadenza, compresi quelli di cui ai citati articoli 18, 18-*bis*, 22, comma 12-*quater* del testo unico immigrazione, dei permessi di soggiorno di cui all'articolo 5, comma 6 del testo unico immigrazione ancora diffusi e dei permessi come richiedenti asilo;
- Di precisare espressamente che tra i termini processuali sospesi rientrano anche quelli per l'impugnazione delle espulsioni e dei dinieghi di protezione internazionale, nell'ipotesi in cui la parte ricorrente prospetta di essere vittima di tratta o di violenza domestica o di genere.



Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA

N. MI-123-U-C-3-2-2020-25

Roma, 27 MAR. 2020

OGGETTO: Violenza di genere e violenza domestica. Azioni di sensibilizzazione.

AL COMANDO GENERALE DELL'ARMA DEI CARABINIERI	<u>ROMA</u>
AL COMANDO GENERALE DELLA GUARDIA DI FINANZA	<u>ROMA</u>
ALLA DIREZIONE CENTRALE ANTICRIMINE DELLA POLIZIA DI STATO	<u>ROMA</u>
AI SIGNORI QUESTORI	<u>LORO SEDI</u>

e, per conoscenza:

AL GABINETTO DEL MINISTRO	<u>ROMA</u>
ALLA SEGRETERIA DEL DIPARTIMENTO	<u>ROMA</u>
ALL'UFFICIO PER IL COORDINAMENTO E LA PIANIFICAZIONE DELLE FORZE DI POLIZIA	<u>ROMA</u>

La situazione emergenziale che si è determinata nel nostro Paese in relazione al contagio da *Coronavirus* ha imposto, come noto, l'emanazione di una serie di provvedimenti normativi volti al contenimento del diffondersi dell'epidemia.

In particolare, il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 9 marzo 2020, recante "*Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*", in considerazione dell'evolversi della situazione epidemiologica e del carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia, ha disposto che le misure di contenimento del COVID-19, già previste dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2020, venissero estese all'intero territorio nazionale.

Peraltro, le misure in parola, che sono state ulteriormente rafforzate da successivi atti normativi, impongono limitazioni alla circolazione dei cittadini e consentono spostamenti solo per comprovate esigenze lavorative, per situazioni di necessità o per motivi di salute.



Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA

Tali restrizioni hanno determinato, pertanto, una convivenza forzata e prolungata dei nuclei familiari, che potrebbe incidere negativamente sui contesti familiari più problematici, potendo portare, in casi estremi, alla possibile commissione di atti di violenza di genere e domestica.

I divieti imposti in materia di circolazione delle persone fisiche potrebbero, infatti, accentuare situazioni conflittuali preesistenti, determinando un sommerso di violenze e maltrattamenti.

A ciò si aggiunge la difficoltà per le vittime di potersi rivolgere agevolmente alle Forze di Polizia ed ai Centri Antiviolenza al fine di denunciare le situazioni di disagio o di violenza o, più semplicemente, di chiedere indicazioni sulle iniziative da intraprendere per reagire alle criticità sopravvenute.

Pur nella complessità operativa del periodo emergenziale in corso, le Articolazioni territoriali della Polizia di Stato e dell'Arma dei Carabinieri continuano ad assicurare quotidianamente tutti gli interventi necessari per tutelare le persone che subiscono violenza domestica con il ricorso a tutti gli strumenti normativi, procedurali e strumentali (informatici e telematici) disponibili.

La massima sensibilizzazione alla problematica in argomento in tale contesto del tutto eccezionale merita di essere incoraggiata, valorizzata e sostenuta attraverso un costante e puntuale richiamo all'osservanza delle *procedure* di primo intervento da parte degli operatori degli uffici che svolgono attività di controllo del territorio, a partire da quelli in servizio presso le sale operative.

Le prassi operative collaudate nel tempo permettono un primo intervento immediato ed efficace che consente una tempestiva tutela della vittima e previene ulteriori condotte violente. La particolare sensibilità degli operatori impiegati presso le sale operative in questo specifico frangente connotato da stringenti limitazioni della libertà di circolazione e da condizioni di coabitazione coartate può consentire di intercettare, anche attraverso il contatto telefonico, i segnali di un disagio la cui manifestazione da parte della vittima potrebbe non essere del tutto libera e piena. Un ulteriore innalzamento della soglia di attenzione, della capacità di percezione e di pronta risoluzione è, pertanto, richiesto da parte degli operatori in parola ove l'attivazione delle linee di emergenza possa far configurare, anche solo in via ipotetica, episodi di violenza domestica.

Sarà altrettanto indispensabile continuare ad assicurare il rispetto assiduo e scrupoloso delle *procedure e dei prontuari operativi* che attengono alla successiva fase investigativa, in conformità alle direttive impartite dall'Autorità Giudiziaria competente.

Il personale impiegato in tale delicato settore, che richiede professionalità e specializzazione, dovrà, pertanto, continuare a percepire la fondamentale rilevanza umana, sociale e istituzionale del proprio ruolo anche nella presente situazione di straordinarietà.



Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA

In tale ottica, potrà essere favorita ogni iniziativa volta a garantire quotidianamente, in maniera continuativa, l'operatività nei presidi territoriali di risorse qualificate che possano agevolare i percorsi di fuoriuscita dalle situazioni di criticità e possano garantire la massima tempestività nell'adozione dei provvedimenti di competenza e di quelli la cui titolarità sia propria dell'Autorità Giudiziaria.

Con l'obiettivo di garantire l'imprescindibile tutela delle donne vittime di violenza domestica e di atti persecutori ricorrendo anche al prezioso strumento delle misure di prevenzione personale, potranno, inoltre, essere promosse, con particolare sollecitudine, tutte le azioni finalizzate a consentire l'adozione da parte dei Signori Questori dei provvedimenti di ammonimento nei confronti dei responsabili.

Come misura a sostegno delle vittime in parola è attivo, come noto, il numero di pubblica utilità della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le Pari Opportunità 1522 che, nel sostenere l'emersione della domanda di aiuto, può veicolare, nei casi di emergenza, una richiesta di intervento alle Forze di Polizia, direttamente alle sale operative ovvero contattando il NUE 112.

Tale strumento di attivazione conserva la propria operatività anche nel delicato momento che il Paese sta affrontando e potrà rappresentare un ulteriore sensore al quale prestare la consueta, elevata attenzione in una prospettiva che contempra tanto interventi e misure preventive quanto l'eventuale avvio di iniziative investigative.

Si vorrà, altresì, rendere ancora più stretto il contatto degli Uffici e dei Reparti periferici con i Centri Antiviolenza e le Case Rifugio operativi sul territorio che costituiscono i più importanti recettori delle manifestazioni del disagio in questione.

In ambito locale dovrà essere realizzato, d'intesa con le Prefetture, un costante monitoraggio delle ulteriori soluzioni alloggiative, individuate in relazione alla necessità di garantire nelle strutture già esistenti il rispetto delle disposizioni tese a limitare le forme di contagio, ove consentire l'accoglienza delle donne vittime di violenza domestica, alle quali in ogni circostanza andranno offerte utili informazioni sulle reti di sostegno presenti sul territorio.

Qualsiasi iniziativa intrapresa, nell'ambito delle proprie competenze istituzionali, a tutela delle donne vittime di violenza, dovrà essere espressione di un'azione sinergica e di un impegno corale, condivisi con tutti gli attori del pubblico e del privato sociale,

Si ringrazia per la consueta collaborazione.

Il Capo della Polizia
Direttore Generale della Pubblica Sicurezza

Gabrielli

Il “dopo” Covid19

Vision,

Impatti economici e sociali



Joseph Stiglitz: «L'unica via d'uscita è la solidarietà»

Un Piano Marshall europeo? Per il premio Nobel per l'economia 2001, è questa la strada giusta per affrontare la crisi economica causata dalla pandemia. Con aiuti massicci ai Paesi più deboli, un progetto di ripresa e il superamento del tabù del debito. Perché nessuno si salva da solo.

L'articolo è pubblicato sul numero 15 di «Vanity Fair», in edicola fino al 15 aprile.

Il Covid-19 ha investito l'Europa con violenza, e due dei Paesi più devastati dal virus sono anche tra quelli meno in grado di sopportarne le conseguenze economiche: l'Italia, la cui economia versa in condizioni precarie da prima della pandemia, e la Spagna, già pesantemente colpita dalla crisi dell'eurozona del 2010. L'Europa ha gestito male quella crisi, imponendo ai Paesi afflitti sofferenze non necessarie e dosi di austerità francamente disumane; ha gestito male la crisi migratoria del 2015; e adesso rischia di fare lo stesso con l'emergenza coronavirus.

«In gioco» ha detto agli altri leader il presidente francese Macron, *«c'è la sopravvivenza stessa del progetto europeo»*.

I leader europei hanno adottato il linguaggio giusto: c'è bisogno di un Piano Marshall, in riferimento agli aiuti forniti dagli Stati Uniti all'Europa dopo la Seconda guerra mondiale. Comprensibile che sia stato fatto quel nome, dal momento che si trattò di una mastodontica iniziativa multilaterale, che vide una collaborazione interna all'Europa e tra l'Europa e gli Stati Uniti, e che ebbe grande successo, permettendo all'Europa di superare in tempi rapidi la capacità industriale che possedeva prima della guerra. Impedì quella che altrimenti sarebbe potuta diventare una catastrofe, destinata ad affamare interi popoli. E permise all'Europa di contrastare la minaccia del comunismo, trasformandosi nel baluardo della democrazia e dei diritti umani che è oggi.

Ma a giudicare dai primi segnali, le stesse divisioni che hanno impedito una risposta efficace alle crisi precedenti renderanno arduo implementare un nuovo Piano Marshall in Europa. Con un'America tanto assorbita dai propri problemi – e già impegnata in un programma per la ripresa che porterà il rapporto deficit/PIL a livelli che provocherebbero un infarto a un ministro delle finanze tedesco, dal 5% circa di prima della pandemia a quello che attualmente si prospetta come un 15% abbondante – è difficile immaginare che l'America First dell'amministrazione Trump possa tendere una mano. L'Europa dovrà guardare a se stessa, e in particolare alla solidarietà europea.

Durante il primo vertice europeo per affrontare la crisi Covid-19, però, quest'ultima è parsa scarseggiare. E l'assenza di una risposta adeguata rischia di essere particolarmente dolorosa per i Paesi dell'eurozona, i quali non potranno rivolgersi alle proprie banche centrali per il finanziamento del deficit che chiaramente serve oggi, perché alle loro banche centrali hanno di fatto rinunciato.

Anche sospendendo i vincoli imposti dal patto di stabilità e di crescita (3% del PIL), Paesi come l'Italia, molto semplicemente, non saranno in grado di finanziarsi. Va da sé che, se continuasse a valere il vecchio motto della Banca centrale europea – *whatever it takes* – a intervenire potrebbe essere la Bce, acquistando titoli di stato. Qualcuno si opporrà, come già accadde durante la crisi del 2010. Ma allora la Bce scelse di agire, sapendo che l'alternativa sarebbe stata disastrosa. Non farlo oggi lo sarebbe altrettanto, e provocherebbe, come ha suggerito Macron, la fine del progetto europeo, o come minimo l'uscita dall'euro di alcuni Paesi.

Esistono altri strumenti a cui l'Europa potrebbe ricorrere per reagire alla crisi: le risorse già presenti nel Meccanismo Europeo di Stabilità (MES), o l'emissione di euro bond, in questo caso ribattezzati corona bond. C'è chi teme, come alcuni Paesi dell'Europa settentrionale, che un tale indebitamento comporti un azzardo morale, alimentando la propensione alla spesa eccessiva. Essendo stato tra i primi economisti ad analizzare, quasi cinquant'anni fa, le implicazioni economiche dell'azzardo morale, ho sempre pensato che il termine fosse usato troppo spesso e a sproposito. Oggi non è neppure pertinente. La comparsa di questo terribile virus non deriva dal comportamento dei singoli Paesi. Si tratta di una circostanza unica, che impone una risposta decisa e immediata a livello europeo.

Il virus non rispetta i confini nazionali, e ha già superato molte frontiere senza bisogno di passaporto. E in un'economia europea già così integrata, il collasso di qualsiasi grande Paese o gruppo di Paesi porterebbe a un indebolimento economico di tutta la Ue.

Ecco perché l'altro argomento che si sente a sfavore di una risposta europea è tanto sbagliato: «Non siamo un'unione fiscale». Tuttavia, la premessa fondamentale di un'unione politica è che, nel momento del bisogno, una parte sostenga l'altra. È una questione innanzitutto umanitaria, ma anche di interesse nazionale.

Il Piano Marshall funzionò non solo per la sua entità, ma per il suo carattere progettuale. Lo stesso dovrebbe valere ora. Il primo apporto di risorse deve essere destinato al contenimento della malattia e dei decessi. Gli ospedali italiani e spagnoli sono messi a dura prova. C'è un bisogno evidente di aiuti massicci, e in fretta. Se arriveranno, Italia e Spagna, una volta superata la crisi, potrebbero essere in grado di aiutare i Paesi colpiti successivamente, soprattutto perché molti dei loro abitanti saranno dotati di anticorpi.

Il Piano Marshall, tuttavia, era incentrato sulla ripresa. Dovrebbe esserlo anche il prossimo. Servirà un intervento molto diverso da quello necessario per la ricostruzione dell'Europa all'indomani della guerra, e ancor di più da quello richiesto per le crisi del 2008 e del 2010. In quei casi, il problema era l'insufficienza della domanda aggregata. Oggi il problema è che il virus rende troppo rischiosa l'interazione tra gli individui, interferendo sia con la domanda che con l'offerta. Ma le conseguenze si protrarranno anche una volta debellato il virus: molte famiglie e aziende si ritroveranno con i bilanci devastati, cosa che intaccherà la loro capacità e il loro desiderio di consumare e investire. Molte aziende non sopravvivranno. Ci saranno decessi tra le persone che le guidano. Le aziende oggi in bancarotta rimarranno tali anche alla fine della pandemia.

Che la ripresa sia rapida e semplice, oppure difficile e prolungata, dipenderà in gran parte dagli sviluppi dei prossimi mesi. Se si supererà il tabù del debito e del pagamento degli interessi, meno aziende falliranno e i bilanci aziendali e familiari saranno maggiormente garantiti. Fornendo ora più sostegno economico a chi ne ha bisogno, una volta superata la crisi le famiglie potranno tornare a spendere.

Quanto all'Europa nel suo complesso, se ciascun Paese sarà abbandonato a se stesso, alcuni ne usciranno assai più indeboliti di altri, e gravati da un debito ben più massiccio. L'Europa potrebbe andare incontro a un'altra crisi del debito, stavolta forse più grave della precedente. I Paesi più colpiti saranno quelli più indebitati, e al tempo stesso le loro banche risulteranno indebolite, per il semplice fatto che si saranno verificati più fallimenti. Questo varrà indipendentemente dalla salute dei prestiti e dalla prudenza dei singoli governi: un'economia debole – e il coronavirus indebolirà fortemente l'economia – produce più fallimenti e un innalzamento del debito pubblico.

Da questa terribile tragedia stanno già emergendo diverse lezioni importanti, tutti temi centrali del mio libro *Popolo, potere e profitti. Un capitalismo progressista in un'epoca di malcontento*. Innanzitutto, il fatto che nell'economia del ventunesimo secolo lo stato è fondamentale. Il suo ruolo è stato minimizzato nell'era neoliberista, e lo stiamo pagando a caro prezzo. I mercati funzionano per alcune cose, ma non per altre. Quando la crisi colpisce (com'era già accaduto per altre crisi), ci rivolgiamo allo stato. Il settore privato non ci

protegge. La salute pubblica è un bene comune. L'azione dei singoli individui e dei singoli Paesi ha forti ricadute sugli altri. L'unico modo per proteggersi è agire insieme.

I mercati sono un investimento fallimentare, quando si tratta di interesse pubblico. Hanno la vista corta. Nel 2008 ci siamo resi conto che i mercati finanziari erano miopi e correvano rischi eccessivi, lasciando il conto da pagare ai contribuenti. Oggi ci rendiamo conto che molte aziende non si sono provviste di sufficienti riserve di capitale. Si è visto in maniera lampante negli Stati Uniti, dove le compagnie aeree e altre aziende, per fare un esempio, hanno ricevuto sgravi fiscali per oltre tremila miliardi di dollari, puntualmente elargiti ai propri azionisti: quasi tremila miliardi di dollari in riacquisto di azioni proprie nel corso di un anno.

Le aziende automobilistiche hanno tolto dai loro veicoli le ruote di scorta, risparmiando qualcosa sul breve periodo, ma imponendo costi enormi agli automobilisti cui capita di forare a chilometri di distanza dal carrozziere più vicino. Ci siamo vantati, noi americani, dell'efficienza economica dei nostri ospedali, con i loro posti letto occupati per il 95% del tempo: tutto molto bello, finché la domanda non aumenta. Ma la pandemia ci ha colto completamente impreparati.

In parallelo a questa sopravvalutazione della forza dei mercati, il neoliberismo ha prodotto un sistematico indebolimento dello stato. Anche in questo caso, l'esempio perfetto viene dagli Stati Uniti: prima dell'avvento di Trump avevamo creato istituzioni valide, se non perfette, per aiutarci a rispondere a crisi come questa. Alla Casa Bianca, presso il Consiglio per la sicurezza nazionale, esisteva un ufficio deputato a preparare il Paese all'eventualità di una pandemia. Punto focale della risposta era il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie (Cdc), che aveva già dimostrato le sue competenze durante la crisi dell'Ebola.

Avevamo riserve nazionali di forniture mediche, e un forte establishment scientifico, finanziato dallo stato, che ci avrebbe consentito di identificare e intervenire in caso di nuove malattie. Tutto ciò è stato rapidamente smantellato, a riprova dei danni che un presidente incapace può produrre in soli tre anni. Quell'ufficio alla Casa Bianca è stato soppresso, i budget destinati alla scienza e al Cdc decurtati – in alcuni settori pesantemente – e le riserve nazionali non sono più state rifornite. La manutenzione dei ventilatori polmonari si è interrotta.

A contrastare la politicizzazione della pandemia sono stati i professionisti della nostra amministrazione. Fosse dipeso da Trump, nulla si sarebbe mosso fino al punto di non ritorno. Anche così, i ritardi avranno un costo pesante: l'inerzia provocherà la morte di migliaia di persone. Il nostro presidente ha le mani sporche di sangue.

Il che mi porta al secondo dei temi del libro: spiegare cosa sia la ricchezza delle nazioni, per citare il titolo della celebre opera di Adam Smith del 1776, considerata dai più come il primo trattato di economia «moderna». Perché oggi siamo tanto più ricchi di 250 anni fa? In buona parte grazie ai progressi scientifici, fondamentali anche per la nostra capacità di rispondere a questo virus. Purtroppo, molti governi – tra cui quello di Trump – lesinano, quando non tagliano, i finanziamenti alla ricerca.

Terzo, ci troviamo di fronte a una crisi globale, che va affrontata a livello globale. Nessun Paese può farlo da solo.

Il Piano Marshall esprimeva questo genere di solidarietà globale. La solidarietà crea solidarietà; le divisioni producono divisioni. L'Europa si trova davanti a una scelta difficile. Mi auguro che decida per il meglio.

Joseph E. Stiglitz insegna economia alla Columbia University. Nel 2001 ha vinto il premio Nobel per l'economia. È stato vicepresidente e capo economista della Banca mondiale e presidente del Consiglio dei consulenti economici/ consulente economico del governo statunitense. Il suo ultimo libro, "Popolo, potere e profitti". Un capitalismo progressista in un'epoca di malcontento, è uscito il mese scorso per Einaudi.

(Traduzione di Matteo Colombo)



CENTRO STUDI LUCA D'AGLIANO



Back to Normal Centralità delle attività economiche e impatto della loro riapertura

Giorgio Barba Navaretti*, Giacomo Calzolari**, Andrea Dossena***, Alessandra Lanza*** e Alberto Franco Pozzolo**** 1 17 Aprile 2020 ¹

Executive Summary

Quali attività dovrebbero aprire nell'uscita dal lockdown su cui le autorità stanno lavorando in questi giorni? Ovviamente e correttamente l'attenzione di tutti è in questo momento focalizzata su questioni di sicurezza. Come riaprire i rubinetti dell'economia senza che questi diventino allo stesso tempo una nuova fonte di diffusione del virus?

In questo lavoro, volutamente, non ci occupiamo della questione della sicurezza. Continuando sulla metafora idrica, il nostro obiettivo è invece capire nel complesso sistema economico, pieno di intrecci e derivazioni, quali siano i nodi centrali che sarebbe necessario sbloccare per far ripartire rapidamente il sistema produttivo.

Quali sono i settori e le attività che ripartendo permetterebbero rapidamente di tornare a creare valore aggiunto e occupazione? Quali rubinetti dovrebbero essere riaperti, naturalmente se le condizioni di sicurezza lo permettono?

Anche qualora la decisione di chi ne ha la responsabilità fosse quella di riaprire completamente tutti i rubinetti, è importante che si giunga a questa valutazione considerando pro e contro. Inoltre, è importante che sia disponibile, prontamente, uno strumento che permetta questo tipo di valutazione anche per il futuro, dal momento che gli scenari della epidemia sono ancora incerti ed in evoluzione. Identificare le attività prioritarie non è semplice. Non è solo una questione dimensionale.

Dato l'intreccio delle catene del valore, ci sono attività che pesano poco da un punto di vista quantitativo, ma sono nodi 1 2 fondamentali per il funzionamento di diverse filiere, e dunque hanno un impatto indiretto molto significativo sulla capacità produttiva del Paese.

In questo lavoro proponiamo e applichiamo una metodologia per identificare le attività produttive la cui chiusura totale o parziale ha un impatto negativo maggiore sul PIL del Paese e la cui riapertura, di conseguenza, dovrebbe essere prioritaria per favorire la ripresa e la tenuta dell'occupazione. Lavorando a due livelli, integrando informazioni provenienti dalle matrici Input-Output (IO) dell'economia italiana (prodotte dall'Istat), con quelle provenienti dalla struttura a filiere costruita da Prometeia, è possibile identificare la rilevanza economica delle diverse attività sia in termini di peso sul PIL, sia in termini della loro centralità nell'insieme delle filiere produttive.

¹ * Università di Milano, Centro Studi Luca d'Agliano e CEPR; ** Istituto Universitario Europeo, Centro Studi Luca d'Agliano e CEPR; ***Prometeia; **** Università Roma 3, Centro Studi Luca d'Agliano

I nostri risultati dicono in modo chiaro come un'azione mirata e attenta su un numero limitato di settori, dove gran parte dell'attività è al momento chiusa, possa avere un impatto molto significativo sull'incremento dell'output del Paese. L'attivazione di 20 micro settori centrali nel sistema produttivo nazionale identificati con questo approccio permetterebbe di riportare il valore della produzione delle imprese italiane dal 56 al 76% rispetto ai livelli pre-Covid, con un impatto particolarmente forte in alcune filiere.

Per esempio la meccanica passerebbe da un output attuale al 37% all'84% e le costruzioni dal 31% al 77% rispetto al livello pre-Covid. L'impatto sul PIL sarebbe una minor riduzione del 16% in ragione annua, rispetto ai livelli di chiusura attuali, che determinano un calo complessivo del PIL stimato al 52% sempre in ragione annua².

Unita ad adeguate informazioni e procedure sanitarie, un'azione mirata sarebbe più conservativa e prudente di un'apertura generalizzata. Allo stesso tempo genererebbe un impatto economico rilevante, non molto lontano da un'apertura completa delle attività.

Questo saggio offre soprattutto una metodologia che può essere utilizzata dai decisori per valutare con attenzione l'impatto economico della riapertura di specifiche attività e combinarle con le informazioni sanitarie.

Allo stesso tempo, nell'ottica di riaprire particolari filiere (mentre scriviamo si sta parlando di costruzioni, automobili, moda), la nostra metodologia permette di identificare eventuali nodi, attività produttive, magari di dimensioni minori, ma che sono uno snodo fondamentale in quanto fornitrici di semilavorati e componenti, oppure per lo sbocco sui mercati. Infine, nell'eventualità, speriamo remota, di una ripresa del virus, il nostro lavoro permette anche di identificare quali attività potrebbero tornare in lockdown senza bloccare intere filiere o tutta l'economia.

Figura 1. Schema sintetico di filiera



Introduzione

Le proiezioni del Fondo Monetario Internazionale e di tutti i principali istituti di ricerca prevedono una riduzione sostanziale del PIL mondiale nel 2020 per via di due fattori. Da una parte l'impatto della Pandemia Covid 19 ha determinato incertezza sul futuro e dunque uno shock da domanda.

Dall'altra, l'azione di contenimento (lockdown) da parte dei governi di tutti i principali paesi colpiti ha invece generato un drammatico, per quanto necessario, shock di offerta sull'attività produttiva. Il lockdown è

² Questa stime non tengono conto, né in senso negativo, né in senso positivo, degli effetti indiretti del calo dell'offerta sulla domanda finale (incertezza, calo dei redditi ecc.).

particolarmente severo in Italia, con una riduzione complessiva del 44 % del valore dell'output potenziale prodotto, con punte fino al 69% per la filiera delle costruzioni e immobiliare e del 63% per la meccanica.

La ripartenza richiede un'azione attenta e bilanciata, che minimizzi i rischi sanitari per chi torna al lavoro e per il Paese. Allo stesso tempo è necessario far ripartire in modo prioritario le attività con un impatto maggiore sull'economia nel suo complesso. Al momento si discute molto sui criteri per operare in sicurezza. Le aperture sperimentali di fabbriche ed altre attività, concordate con i sindacati, aiutano a definire protocolli e procedure da estendere a tutto il sistema produttivo (vedi esperimenti Ferrari e FCA). Allo stesso tempo però, Regioni e Governo sembrano muoversi in ordine sparso sui tempi e le modalità delle riaperture.

Un'azione per ora non fondata sull'analisi sistematica dell'importanza relativa delle diverse attività economiche e dell'impatto potenziale sull'economia italiana della loro riattivazione. Le attività rimaste aperte durante il lockdown sono state definite sulla base di criteri di prima necessità dal punto di vista sanitario (farmaceutica) e dei bisogni essenziali della popolazione (alimentare).

Nella prospettiva di riattivazione delle attività limitate completamente o in parte dal lockdown è invece fondamentale identificare criteri economici con cui definire priorità oggettive ed evitare arbitrio nei processi di riapertura. Evitare, insomma, decisioni basate sull'emozione e sulla capacità di lobbying invece che sull'importanza relativa dei singoli settori.

Naturalmente, tenendo conto della possibilità di garantire adeguate condizioni di sicurezza a chi lavora. Anche qualora la decisione di chi ne ha la responsabilità fosse quella di riaprire completamente tutti i settori, è importante che si giunga a questa valutazione valutando pro e contro. Inoltre, è importante che sia disponibile, prontamente, uno strumento che permetta questo tipo di valutazione anche per il futuro, dal momento che gli scenari della epidemia sono ancora incerti ed in evoluzione. Identificare le attività prioritarie non è semplice. Non è solo una questione dimensionale.

Dato l'intreccio delle catene del valore, ci sono attività che pesano poco da un punto di vista quantitativo, ma sono nodi fondamentali per il funzionamento di diverse filiere, e dunque hanno un impatto indiretto molto significativo sulla capacità produttiva del Paese. In questo lavoro proponiamo e applichiamo una metodologia per identificare le attività produttive la cui chiusura totale o parziale ha un impatto negativo maggiore sul PIL del Paese e la cui riapertura, di conseguenza, dovrebbe essere prioritaria per favorire la ripresa e la tenuta dell'occupazione.

Lavorando a due livelli, integrando informazioni provenienti dalle matrici Input-Output (IO) dell'economia italiana (prodotte dall'Istat), con quelle provenienti dalla struttura a filiere costruita da Prometeia, è possibile identificare la rilevanza economica delle diverse attività sia in termini di peso sul PIL, sia in termini della loro centralità nell'insieme delle filiere produttive.

I risultati dicono in modo chiaro come un'azione mirata e attenta su un numero limitato di settori, dove gran parte dell'attività è al momento chiusa, possa avere un impatto molto significativo sull'incremento dell'output del Paese. L'attivazione di 20 micro settori centrali nel sistema produttivo nazionale identificati con questo approccio permetterebbe di riportare il valore della produzione delle imprese italiane dal 56 al 76% rispetto ai livelli pre-Covid, con un impatto particolarmente forte in alcune filiere.

Per esempio la meccanica passerebbe da un output attuale al 37% all'84% e le costruzioni dal 31% al 77% rispetto al livello pre-Covid. L'impatto sul PIL sarebbe una minor riduzione del 16% in ragione annua, rispetto ai livelli di chiusura attuali che determinano un calo complessivo del PIL stimato al 52%³.

Si identificano tre tipi di attività. Attività trasversali, soprattutto collocate a monte dei processi produttivi che sono rilevanti per molteplici filiere, ad esempio l'ingrosso di beni industriali e le macchine per il confezionamento e l'imballaggio. Attività il cui impatto è limitato ad una singola filiera, ma che hanno dimensioni significative e sono componenti centrali del made in Italy, ad esempio l'abbigliamento. Infine,

³ Questa stime non tengono conto, né in senso negativo, né in senso positivo, degli effetti indiretti del calo dell'offerta sulla domanda finale (incertezza, calo dei redditi ecc.).

attività che sono quantitativamente poco significative o centrali, ma la cui attivazione è indispensabile per il funzionamento di un'intera filiera, ad esempio la chimica per l'industria alimentare.

Alcuni caveat sono necessari sulla metodologia proposta e l'analisi. Primo, ci asteniamo da qualunque valutazione epidemiologica o sul relativo grado di sicurezza delle diverse attività e di come queste possano essere riorganizzate per ridurre il rischio di contagio tra lavoratori. Per scelta e per competenza, ci limitiamo a dare indicazioni di rilievo economico. E' evidente che le considerazioni di sicurezza dovranno avere rilievo prioritario nelle scelte di riapertura. Tali considerazioni dovranno però necessariamente confrontarsi con l'analisi di impatto economico quale quella sviluppata in questo lavoro.

Pertanto, in un secondo momento, e a fronte di analisi precise di rischiosità epidemica e possibilità di riorganizzare il lavoro, sarà possibile avere un quadro completo ed integrato delle due dimensioni del problema. Secondo, il lavoro si concentra sulla individuazione dei settori prioritari e non discute le altre policy necessarie alle imprese per affrontare la crisi e le diverse difficoltà affrontate, quali ad esempio il problema della liquidità. Allo stesso tempo non si tiene conto degli effetti indiretti sulla domanda di consumi e sugli investimenti dovuti al calo dei redditi e all'incertezza.

Terzo, l'impatto economico dei settori ha anche una fondamentale dimensione locale a livello regionale o provinciale, data la diffusione eterogenea delle attività economiche. A ciò si aggiunge, dal punto di vista della sicurezza, la distribuzione eterogenea dei contagi. E' nostra intenzione estendere il lavoro in un secondo tempo per includere anche queste considerazioni.

Infine, vi è una dimensione internazionale di cui tenere conto, data la natura globale delle catene del valore. Non stiamo affrontando solo un problema di mercati chiusi, sia dal lato della fornitura di componenti e semilavorati che delle esportazioni, ma anche di competizione strategica. Spesso le fabbriche che competono con le nostre sono rimaste aperte in altri paesi.

Ad esempio, in Francia e in Germania, gran parte delle attività produttive non sono chiuse per imposizione amministrativa e possono funzionare nel rispetto delle condizioni di sicurezza. E' dunque fondamentale evitare che le catene si possano spostare verso altri paesi. In questo lavoro ci limitiamo a tenere conto in termini generali del grado di apertura internazionale dei diversi settori, e ci focalizziamo sulla dimensione nazionale delle catene del valore.

Le informazioni per l'analisi: tavole input output e filiere

Idealmente, per valutare l'impatto aggregato della chiusura di una o più attività produttive sarebbe necessario conoscere con precisione sia la struttura delle relazioni produttive tra le imprese, sia il grado di sostituibilità tra imprese che producono i medesimi prodotti e tra i diversi fattori di produzione. Alcune imprese fornitrici possono infatti essere facilmente sostituite, altre meno.

Parallelamente, alcuni fattori di produzione sono essenziali e non possono essere eliminati, si pensi ad esempio all'energia, mentre altri potrebbero non essere necessari per la continuazione delle attività produttive, soprattutto se la carenza fosse limitata a un periodo di tempo non eccessivamente lungo. Informazioni individuali sulle relazioni tra le singole imprese non sono attualmente disponibili per l'analisi economica⁴.

Occorre pertanto utilizzare al meglio le informazioni disponibili, integrando fonti di informazioni diverse. La nostra analisi si basa su due principali fonti tra loro complementari: le matrici Input-Output (IO) dell'Istat e la struttura delle filiere produttive di Prometeia.

Le matrici IO riportano i flussi intermedi di beni tra le 63 branche produttive (settori) nelle quali è suddivisa l'economia italiana: per ciascuna branca si conosce quindi il valore dei beni acquistati da un'altra branca (e,

⁴ Le fatture elettroniche, dato esistente in Italia ma non disponibile per le analisi, potrebbero fornire preziose informazioni. Ma anche questi dati non consentirebbero di individuare esattamente i fattori di produzione necessari e il grado di sostituibilità tra i diversi fornitori.

simmetricamente, quello dei beni venduti a un'altra branca), il valore della domanda finale e quello degli altri fattori di produzione (capitale, lavoro e importazioni). I valori complessivi sono in raccordo con gli aggregati della contabilità nazionale.

Le matrici IO permettono di misurare sia il contributo diretto delle singole branche al PIL, sia la loro capacità di attivazione delle altre branche. Le ipotesi tecniche alla base della loro costruzione consentono di rilevare l'impatto dell'attivazione delle branche a valle del processo produttivo su quelle a monte⁵.

La seconda fonte di informazioni dell'analisi è appunto quella delle filiere che caratterizzano l'economia italiana. Le filiere sono state costruite da Prometeia partendo da principali prodotti/servizi destinati al mercato finale (es. abbigliamento, automobili, servizi turistici) e ricostruendo a ritroso, partendo dai coefficienti di attivazione delle matrici IO e utilizzando valutazioni quali-quantitative, le diverse fasi produttive.

Oltre agli input fisici, nelle filiere sono incorporati sia i settori dei servizi necessari al pieno funzionamento delle filiere stesse (progettazione, marketing, logistica, ecc.), sia quelli dei produttori dei beni strumentali prevalenti all'interno delle diverse filiere (macchine per l'industria tessile nella filiera moda), sia i canali distributivi, all'ingrosso e al dettaglio, necessari perché i prodotti finali raggiungano effettivamente il proprio mercato di riferimento⁶.

Le 12 filiere individuate, costituite da 192 micro settori⁷, coprono l'intera economia italiana, a parte il settore dell'amministrazione pubblica.

Ognuna è composta da 4 fasi di lavorazione/servizi e ogni fase è costituita da attività che raggruppano i micro settori simili sia per legami con le fasi a monte e a valle, sia per caratteristiche tipiche dei micro settori (processi produttivi, categorie di output: es. componenti elettroniche, meccaniche, servizi a supporto della produzione).

Ad esempio, la filiera agroalimentare vede in prima fase l'agricoltura e i grossisti di prodotti agricoli, in seconda la prima trasformazione dei prodotti agricoli (es. macellazione, molitura), i produttori di imballaggi per alimenti, i produttori di macchine per la lavorazione degli alimenti e l'imballaggio, i produttori di prodotti chimici per l'industria alimentare e delle bevande, in terza fase i produttori di prodotti alimentari finiti (pasta, birra, pet food, ...) e in quarta la distribuzione (all'ingrosso e al dettaglio: GDO, web, punti vendita specializzati), la logistica e il trasporto di prodotti alimentari e i servizi di supporto alle imprese alimentari (certificazioni, marketing).

Metodologia e risultati

La nostra analisi si basa su 3 passaggi, partendo dalle matrici IO, passando per l'analisi delle filiere, per poi ritornare ad una valutazione complessiva dei micro settori attivabili attraverso le matrici IO.

1) *Analisi delle matrici Input-Output (IO)*

Dalle matrici IO abbiamo individuato le branche la cui chiusura, totale o parziale, ha determinato un impatto maggiore sul PIL, misurato in ragione d'anno, utilizzando la metodologia proposta da Dietzenbacher e Lahr (2013) per simulare l'effetto della parziale riduzione di attività di una branca di attività economica. La ricostruzione del grado di chiusura di ciascuna branca è stata effettuata a partire dai singoli settori ATECO individuati nel DPCM del 10 aprile.

⁵ Le matrici IO sono però meno affidabili per la valutazione dell'impatto delle branche a monte del processo produttivo su quelle a valle, dove sono invece di grande utilità le informazioni sulla struttura delle filiere.

⁶ Le informazioni economiche organizzate in logica di filiera sono alla base di analisi circa le specializzazioni dei territori italiani e dei principali paesi esteri nelle diverse filiere e fasi produttive, sulle condizioni di liquidità e indebitamento all'interno delle filiere, sull'individuazione di profili competitivi tipici delle imprese in base alla loro collocazione all'interno delle diverse filiere.

⁷ I microsettori sono aggregazioni di codici Ateco al quinto o sesto digit in cluster omogenei per input, processi produttivi e mercati di riferimento.

Il dato ci dice quale è stato l'impatto negativo sul PIL, in ragione d'anno, delle chiusure imposte all'interno di ciascuna branca, siano esse totali o parziali.

Per effettuare questa simulazione è stato necessario ipotizzare, ragionevolmente, che in ciascuna branca il grado di attività fosse proporzionale alla quota del valore della produzione dei micro settori autorizzati a rimanere aperti, sul totale della produzione.

Riportiamo nella tabella che segue le branche per le quali le limitazioni dell'attività produttiva hanno determinato una riduzione del PIL 3%⁸. L'analisi può naturalmente essere estesa considerando un numero maggiore o minore di branche ed anche riaperture parziali.

La dimensione dell'impatto dipende da tre fattori. Primo, la dimensione del settore; secondo il grado di interconnessione del settore con altri settori sia a monte che a valle; terzo il grado di chiusura del settore imposto dal DPCM del 10 aprile (l'impatto sarà tanto maggiore quanto maggiore il grado di chiusura imposto dal DPCM).

I risultati evidenziano che l'impatto sul PIL della chiusura delle attività produttive non è uniforme: data la quasi totale chiusura della branca della fabbricazione di macchinari e apparecchiature n.c.a. (circa il 70% della produzione pre-crisi), la sua chiusura determinerebbe una contrazione del PIL di oltre il 10% all'anno; la limitazione delle attività nella branca delle costruzioni, oggi chiuse per due terzi, ha un impatto analogo. Le branche di attività economica sono tuttavia ampie e racchiudono al loro interno attività talora molto eterogenee.

Codice	Descrizione	Impatto % sul PIL
V28	Fabbricazione di macchinari e apparecchiature n.c.a.	-11,1
VF	Costruzioni	-10,7
V46	Commercio all'ingrosso, escluso quello di autoveicoli e di motocicli	-9,2
VI	Servizi di alloggio; attività di servizi di ristorazione	-8,7
V29	Fabbricazione di autoveicoli, rimorchi e semirimorchi	-8,3
V13_15	Industrie tessili, confezione di articoli di abbigl. e di articoli in pelle e simili	-7,6
V25	Fabbricazione di prodotti in metallo, esclusi macchinari e attrezzature	-7,5
V24	Attività metallurgiche	-6,4
V31_32	Fabbricazione di mobili; altre industrie manifatturiere	-3,4
V22	Fabbricazione di articoli in gomma e materie plastiche	-3,2
V27	Fabbricazione di apparecchiature elettriche	-3,2
V47	Commercio al dettaglio, escluso quello di autoveicoli e di motocicli	-3,1

Tabella 1: branche (settori) parzialmente chiusi per via de lockdown e aumento percentuale del PIL (base annua) indotto da una loro completa riapertura.

È infatti plausibile che l'apertura anche soltanto di una parte delle imprese che afferiscono a una certa branca possa fornire un contributo molto significativo al PIL, non soltanto in ragione della loro dimensione, ma grazie alla loro capacità di attivare indirettamente altre parti del sistema produttivo. Un'analisi analoga a quella sulla matrice IO ma ad un livello di classificazione fine delle attività economiche tale da individuare queste connessioni di attivazione non è tuttavia possibile, a causa della carenza di informazioni statistiche disponibili.

2) Analisi delle filiere

⁸ È esclusa la branca delle attività immobiliari, il cui contributo è sovrastimato a causa dell'imputazione degli importi figurativi degli affitti sulle case di proprietà.

Per ovviare in parte ai limiti dell'analisi a livello di aggregazione di branche, abbiamo quindi utilizzato la struttura delle relazioni tra i micro settori che contribuiscono alle 12 filiere descritte da Prometeia. Per l'analisi delle relazioni tra micro settori all'interno delle filiere e tra filiere si sono adottati i principi della network analysis e dei grafi.

Nel nostro caso, l'unità elementare di analisi sono i micro settori (i nodi del network) e i legami che ognuno di questi instaura con gli altri micro settori (collegamenti del network) in funzione della sua collocazione nelle filiere e nelle fasi all'interno di esse. Nell'analisi dei network, le misure più rilevanti fanno riferimento al grado di connessione dei nodi della rete, alle distanze tra i nodi, alla presenza di cluster o comunità.

Nel nostro caso, abbiamo preso in considerazione come misura delle centralità dei singoli nodi i valori di eigenvector centrality, una misura, frequentemente utilizzata, della rilevanza relativa del singolo nodo per i collegamenti di tutto il network.

Un nodo (micro settore), è tanto più centrale quanto più numerosi sono i suoi collegamenti (legami di filiera) con nodi (micro settori) a elevata centralità nel network. I valori di centralità indicano quindi quanto i singoli micro settori sono cruciali nell'abilitare la produzione dell'intero network⁹, ovvero quanto la cancellazione di quel micro settore (ad esempio per la chiusura delle attività produttive) renderebbe problematici i collegamenti tra micro settori e filiere.

Ogni filiera corrisponde naturalmente a un grafo orientato (dai fornitori ai clienti o viceversa) pesato (il numero di collegamenti a monte e valle), in cui l'orientamento corrisponde ai legami fornitori/clienti e il peso al numero di questi legami.

A livello complessivo di intera economia e di 192 micro settori, la matrice risulta composta da blocchi, ognuno dei quali corrispondente a una filiera. Poiché la struttura interna delle singole filiere presenta caratteristiche peculiari (in base alla loro articolazione tra fasi e ai mercati finali di destinazione, siano essi di beni o servizi, B2B o B2C), per la costruzione del grafo complessivo si è optato per non considerare l'orientamento, ma solamente la presenza in una o più filiere e il numero di micro settori presenti in ognuna.

La matrice di legami potenziali $(192 \times (192-1)) = 36.672$, ma solo la metà con informazione reale, essendo la matrice simmetrica) risulta così essere popolata per 12.838 coppie di micro settori (ogni coppia è presente da 1 volta, nel caso sia presente in una sola filiera, per un totale di 9.392 coppie, a un massimo di 8 volte, caso che si verifica per sole 8 coppie). In termini di singoli micro settori, il numero medio di legami è di poco superiore a 100, con 20 micro settori che ne hanno meno di 20 e altrettanti che invece ne hanno più di 250.

Nella figura seguente, la rappresentazione grafica del network delle filiere (ottenuta con la libreria Igraph di Python, utilizzando l'algoritmo di visualizzazione di Kamada-Kawai) mette in evidenza, nelle "code", i micro settori caratterizzanti singole filiere (es. automobili, abbigliamento, prodotti alimentari), che in quanto tali sono prevalentemente presenti all'interno di una sola filiera e hanno valori di centralità mediamente più bassi (in altri termini, la loro chiusura ha un impatto limitato sulle altre filiere del network), mentre avvicinandosi al centro si trovano i micro settori con valori maggiori di centralità, in quanto trasversali a più filiere (es. i grossisti di beni industriali intermedi) e, di conseguenza, con un ruolo di raccordo tra molti micro settori e tra filiere (al di là della loro dimensione, la loro chiusura avrebbe un impatto molto forte su molte sezioni del network)¹⁰.

⁹ Fatta 100 la somma di tutti i valori di centralità dei micro settori del network, a oggi le attività prevalentemente aperte in base al DPCM di Aprile ne rappresentano solamente il 33%, una quota che rende quindi critico il funzionamento del sistema economico nel suo complesso e nelle singole filiere, più di quanto potrebbe apparire considerando semplicemente i settori chiusi e o il loro diretto valore economico.

¹⁰ Sono 93 i micro settori con valori di centralità significativamente superiori a zero e i primi 10 micro settori assieme costituiscono i 2/3 della misura complessiva della centralità di questo gruppo.

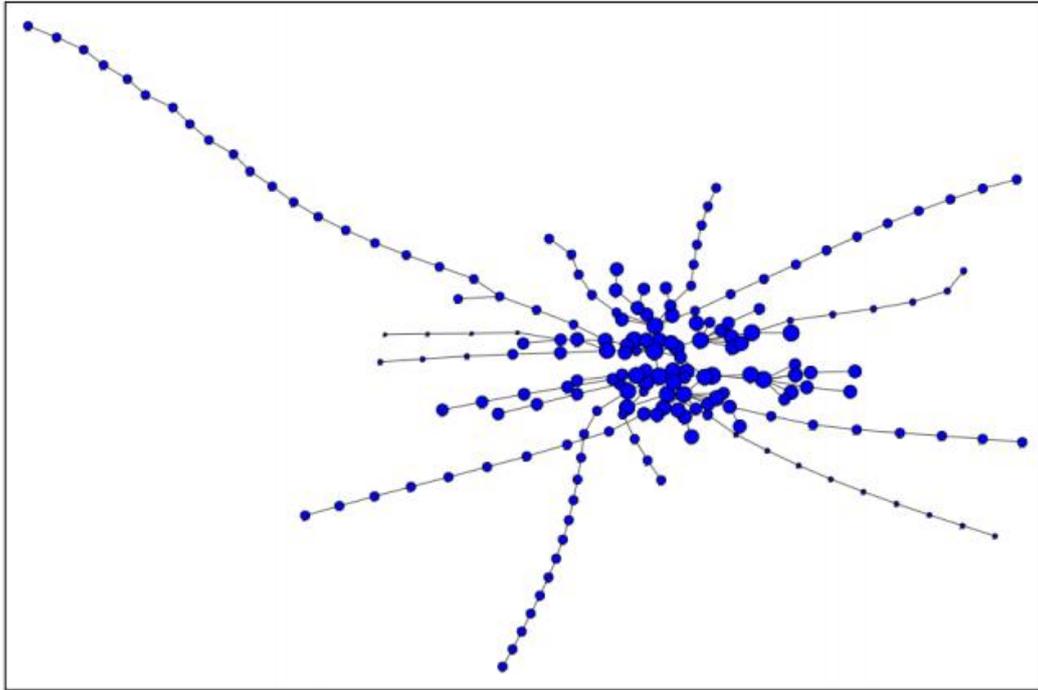


Figura 1: rappresentazione grafica del network delle 12 filiere produttive (i nodi corrispondono ai micro settori, la loro dimensione alla misura di centralità eigenvector centrality)

Partendo dai 95 micro settori presenti nelle branche individuate come strategiche dall'analisi delle matrici IO output ed elencati nella tabella 1 si è proceduto a selezionare quelli in grado di fornire un maggior contributo alla riattivazione delle filiere nazionali utilizzando un duplice criterio, che tenesse conto, da un lato, dei valori di centralità che questi micro settori presentano nel network sopra descritto e dall'altro del contributo percentuale che la parte di attività oggi chiusa dei micro settori potrebbe fornire al sistema economico nel suo complesso in caso di riattivazione e dal numero assoluto di filiere in cui tale contributo si manifesterebbe.

E' stato così individuato un primo gruppo di 20 micro settori (tra questi ad esempio l'ingrosso di beni industriali e le macchine per il confezionamento e l'imballaggio), con valore della produzione superiore a 820 miliardi (pari al 23% del totale economia), come riportato in tabella 2, ma che oggi, essendo la loro apertura mediamente del 13%, garantiscono solamente un apporto di 107 miliardi (3% dell'intera economia). Valori simili si riscontrano anche sul versante dell'occupazione: dei circa 4 milioni di occupati (22% dell'intera economia), oggi ne risulta al lavoro poco più di mezzo milione¹¹.

Questi micro settori consentirebbero, in linea teorica, alla produzione delle imprese italiane nelle diverse filiere di salire dal 56% attualmente attivo al 76% (valori simili si riscontrano anche per il numero di imprese e quello degli addetti). D'altra parte, in alcune filiere (ad esempio quella della moda) resterebbero comunque chiuse molte delle fasi core (abbigliamento, calzature, ecc.), rendendo di fatto inutile l'attivazione delle altre fasi all'interno della filiera stessa. Si può quindi ampliare il gruppo dei micro settori attivati per ottenere un doppio risultato: incrementare le percentuali di attivazione delle singole filiere (con effetti quindi sui legami intrafiliera) e, contemporaneamente, incrementare il valore di centralità del network (con effetti positivi quindi sui legami inter-filiera).

Tali risultati si ottengono con la riapertura di un secondo gruppo di ulteriori 20 micro settori, che con 304 miliardi di produzione valgono il 9% dell'intera economia, ma oggi risultano attivi solamente all'8%. In questo modo, il valore della produzione delle imprese italiane riattivata a livello complessivo salirebbe di altri 8 punti

¹¹ In termini di centralità del network, i valori di questi micro settori rappresentano il 30%, garantendo quindi con una loro completa riattivazione il raddoppio della percentuale complessiva del network (come sopra riportato, oggi limitato al 33% dalle chiusure imposte) e consentendo la riattivazione di importanti sezioni di intere filiere.

all'84%; tutte le filiere, a eccezione di quella di Costruzioni e immobiliare e Turismo, vedrebbero inoltre i propri livelli produttivi prossimi o superiori al 90%¹².

Infine, coniugando l'informazione sulla centralità del network con valutazioni qualitative circa l'articolazione delle singole filiere, è possibile individuare altri 10 micro settori, non particolarmente rilevanti in termini economici assoluti (garantirebbero circa il 2% di valore della produzione aggiuntivo, se completamente riattivati), ma cruciali dal punto di vista dell'abilitazione di intere filiere (ad esempio, la carta per imballaggi per l'industria alimentare o la nobilitazione tessile nella moda).

L'impatto dell'apertura di questi tre gruppi di micro settori sul valore della produzione delle filiere è riportato in Tabella 3 e sull'Occupazione in Tabella 4.

	Incidenza % sull'intera economia (pre Covid)		% attualmente sottoposte a chiusura	
	Produzione	addetti	produzione	addetti
20 principali	22.8	21.5	86.9	86.1
20 secondari	9.4	8.5	91.8	87.3
10 specifici di filiera	3.9	2.2	74.4	78.2

Tabella 2: Rilevanza economica dei microsettori riattivabili

Con i tre gruppi di micro settori così individuati, filiere come l'Agroalimentare, Media e TLC, Trasporti e logistica, Energia e utility, Salute e Meccanica risulterebbero quindi quasi del tutto attive (con valori della produzione potenziale, rispetto al 2019, tra il 93% e il 100%); per le filiere dell'arredamento e della moda sarebbero completamente riattivati alcuni importanti sbocchi commerciali, quali i mobili, il tessile casa e l'abbigliamento.

	attuale grado di apertura	con apertura 20 microsettori	con apertura 40 microsettori	con apertura 10 microsettori extra
Agroalimentare	81.4	94.2	94.2	95.8
Automotive	46.2	82.3	91.0	91.9
Home: arredo e design	45.3	86.1	90.3	91.7
Cantieristica e aerospazio	40.6	86.9	92.7	93.9
Costruzioni e real estate	31.0	76.8	80.5	81.6
Energia e utility	85.5	94.1	97.8	99.2
Meccanica	36.8	83.9	90.4	92.2
Fashion & beauty	48.5	75.2	88.9	90.8
Health	56.9	87.0	89.8	91.6
Media e TLC	96.6	96.6	96.6	100.0
Trasporti terrestri e logistica	100.0	100.0	100.0	100.0
Turismo	53.4	79.9	81.8	81.8

Tabella 3: Incidenza % sul valore della produzione delle imprese appartenenti alle diverse filiere

¹² I valori di centralità di questi secondi 20 micro settori portano la centralità del network al 75%, garantendo l'attivazione di numerosi nodi e legami dentro e tra le filiere.

	attuale grado di apertura	con apertura 20 microsettori	con apertura 40 microsettori	con apertura 10 microsettori extra
Agroalimentare	83.4	94.4	94.4	95.5
Automotive	58.9	88.4	93.6	94.4
Home: arredo e design	55.1	85.5	89.5	90.6
Cantieristica e aerospazio	56.9	89.9	94.8	95.7
Costruzioni e real estate	42.3	69.5	72.8	73.4
Energia e utility	86.2	94.5	97.3	98.7
Meccanica	58.5	86.3	92.0	93.7
Fashion & beauty	59.6	73.4	87.7	89.5
Health	54.9	80.4	82.5	83.4
Media e TLC	97.4	97.4	97.4	100.0
Trasporti terrestri e logistica	100.0	100.0	100.0	100.0
Turismo	47.8	73.6	75.8	75.8

Tabella 4: Incidenza % sugli occupati delle imprese appartenenti alle diverse filiere

2) L'impatto sul PIL dei micro settori attivabili

L'ultimo passaggio serve per misurare l'impatto sul PIL dell'apertura dei micro settori centrali individuati con i due passaggi precedenti. Utilizzando le tavole IO, abbiamo condotto un esercizio simile a quello effettuato in precedenza per individuare le branche la cui chiusura ha avuto un maggiore impatto sul PIL. In questo caso, rispetto ai dati riportati in tabella 1 e ripresi nella prima colonna, confrontiamo in Tabella 5 la perdita di PIL dovuti alle chiusure attuali alle perdite di PIL che si verificherebbero se venissero aperti i micro settori identificati dalla nostra analisi, ossia i 20 micro settori centrali. Replichiamo poi lo scenario con 40 settori.

Come in precedenza, abbiamo ipotizzato che l'impatto della riapertura di ciascun micro settore sulla branca di appartenenza fosse proporzionale alla sua quota sul fatturato dell'intera branca. I risultati, riportati nella tabella seguente, mostrano che già con la riapertura dei primi 20 micro settori verrebbe azzerato il forte impatto negativo, pari a oltre il 10% del PIL, delle limitazioni delle attività nella branca delle costruzioni.

Altrettanto rilevante sarebbe l'impatto sulle branche del commercio all'ingrosso, escluso quello di autoveicoli e di motocicli (dal 9,2% all'1,7%) e dei Servizi di alloggio; attività di servizi di ristorazione (dall'8,7% all'1,4%).

L'apertura del secondo gruppo di 20 micro settori avrebbe a sua volta un impatto rilevante soprattutto per la branca della Fabbricazione di autoveicoli, rimorchi e semirimorchi, permettendo di contenere la riduzione del PIL dall'8,3% all'1,4%.

L'apertura di ulteriori altri micro settori avrebbe un impatto particolarmente rilevante sulla fabbricazione di autoveicoli, sul tessile, sulla fabbricazione di prodotti in metallo e sul tessile.

Codice	Descrizione	Impatto % sul PIL		
		Attuale	+20 micro-settori	+ 40 micro-settori
V28	Fabbricazione di macchinari e apparecchiature n.c.a.	-11,1	-5,7	-4,4
VF	Costruzioni	-10,7	-0,0	-0,0
V46	Commercio all'ingrosso, escluso quello di autoveicoli e di motocicli	-9,2	-1,7	-0,3
VI	Servizi di alloggio; attività di servizi di ristorazione	-8,7	-1,4	-0,0
V29	Fabbricazione di autoveicoli, rimorchi e semirimorchi	-8,3	-8,3	-1,4
V13_15	Industrie tessili, confezione di articoli di abbigliamento e di articoli in pelle e simili	-7,6	-7,2	-5,2
V25	Fabbricazione di prodotti in metallo, esclusi macchinari e attrezzature	-7,5	-2,7	-0,4
V24	Attività metallurgiche	-6,4	-2,4	-0,0
V31_32	Fabbricazione di mobili; altre industrie manifatturiere	-3,4	-3,4	-2,3
V22	Fabbricazione di articoli in gomma e materie plastiche	-3,2	-1,1	-0,6
V27	Fabbricazione di apparecchiature elettriche	-3,2	-2,2	-1,1
V47	Commercio al dettaglio, escluso quello di autoveicoli e di motocicli	-3,1	-2,6	-1,6

Tabella 5: Simulazione dell'impatto della riapertura dei microsettori centrali

L'apertura di ulteriori altri microsettori avrebbe un impatto particolarmente rilevante sulla fabbricazione di autoveicoli, sul tessile, sulla fabbricazione di prodotti in metallo e sul tessile.

Conclusioni

L'economia italiana non può rimanere bloccata a lungo e, d'altra parte, la riattivazione dei settori attualmente oggetto del lockdown deve essere attuata con gradualità, riducendo al minimo il rischio di nuovi focolai epidemici. Per identificare i settori da aprire in questo processo graduale, abbiamo mostrato come sia possibile e utile combinare informazioni provenienti dalle matrici IO dell'economia italiana con quelle relative alle filiere produttive che la caratterizzano.

Questo approccio ha il vantaggio di coniugare informazioni sulla rilevanza economica dei settori, con informazioni più granulari sulle interconnessioni tra le varie fasi produttive. Lo strumento che abbiamo identificato (i) può essere ricalibrato contemplando gradi di riapertura più o meno ampi di branche, filiere e micro settori, a seconda delle valutazioni delle autorità preposte a questa decisione, (ii) permette di identificare in modo meno discrezionale i principali micro settori che potrebbero essere riattivati quando le condizioni sanitarie del paese lo permetteranno e le imprese saranno messe nelle condizioni di operare in sicurezza per i lavoratori e per tutto il paese.

Bibliografia

- Acemoglu, D., Carvalho, V. M., Ozdaglar, A., & Tahbaz-Salehi, A. (2012). The network origins of aggregate fluctuations. *Econometrica*, 80(5), 1977-2016.
- Barrot, J.N, Grassi, B. & Sauvagnat, J., (2020) "Sectoral Effects of Social Distancing", SSRN, mimeo.
- Dietzenbacher, E., & Lahr, M. L. (2013). Expanding extractions. *Economic Systems Research*, 25(3), 341- 360.

Post Covid-19, il governo dell'economia deve cambiare

7 Maggio 2020, 6:57 di Filippo Cavazzuti

Anziché puntare su provvedimenti di spesa pubblica a pioggia per sostenere i consumi a brevissimo termine, il Governo dovrebbe puntare sul potenziamento dell'offerta con investimenti pubblici ben selezionati e con effetti moltiplicativi sull'occupazione – Meno attenzione ai sondaggi e più visione di medio-lungo periodo

I provvedimenti annunciati dal governo per rimediare subito ai danni della pandemia e per il rilancio dell'economia nel medio e lungo periodo lasciano molti dubbi sulla loro efficacia complessiva, anche perché il governo dell'economia che ha affrontato la pandemia mostra l'urgenza di una radicale riforma sia nelle istituzioni sia nella progettazione e programmazione di nuovi strumenti. Pare invece che l'attuale governo dell'economia sia orientato a ristabilire la situazione precedente senza cogliere l'urgenza di riforme che la pandemia ha reso evidenti.

Se è la pandemia che sta ancora governando il paese, sorge il dubbio se i provvedimenti che il governo sta proponendo siano idonei a governare il post pandemia. Pare di capire che si stiano elaborando provvedimenti di spesa pubblica prevalentemente a pioggia e indifferenziata per sostenere nel brevissimo periodo i consumi, con effetti moltiplicativi sul lato dell'offerta modesti se non nulli.

Il lascito della pandemia dovrebbe invece orientare i provvedimenti, con diversa priorità, idonei a generare, tramite il potenziamento dell'offerta, effetti moltiplicativi sull'occupazione e sulle conseguenti remunerazioni dei fattori produttivi, ovvero tramite il potenziamento dell'offerta da parte del tessuto agricolo-industriale. Si chiedono a gran voce, ma in modo indifferenziato, investimenti pubblici senza indicarne la priorità. La pandemia ha invece mostrato un paese a macchie di leopardo, con inaccettabili diversità da zona e zona economica. Gli investimenti pubblici dovrebbero pertanto privilegiare il regresso di siffatte diseguaglianze generando un indotto da elevati effetti moltiplicativi sull'offerta e dunque sulla formazione di occupazione diffusa. Gli investimenti pubblici (vedi le esperienze di ENEL e delle autostrade) in alcune reti potrebbero costituire la via più idonea a tal fine.

Ad esempio, la pandemia ha certificato che l'economia italiana difetta di una rete digitale che copra l'intero paese. L'avvio del cablaggio dell'intero territorio nazionale, come fece l'Enel a suo tempo per la rete elettrica, comporta il potenziamento dell'intero settore indotto operante in ogni parte del paese, contribuendo così a "smacchiare il leopardo".

Gli investimenti nella rete scolastica, oltre a consentire alcune modalità di apprendimento, hanno non soltanto effetti nell'edilizia ma in molti settori dell'indotto ugualmente diffuso nell'intero territorio nazionale.

La rete degli acquedotti, antica e piena di perdite, oltre che all'attenzione della malavita organizzata, è un altro esempio di un investimento diffuso su tutto il territorio capace di garantire l'acqua a tutti, ma anche di generare sul lato dell'offerta rilevanti effetti moltiplicativi consentiti dall'indotto.

Nel complesso, si tratta di esempi che richiedono al governo dell'economia di fare i conti con le più che evidenti diseguaglianze economiche del paese e di porvi rimedio, chiedendo il consenso sulle strategie di medio e lungo periodo e non soltanto nell'attesa dei sondaggi del domani. Anche così cambia il governo dell'economia italiana.

Filippo Cavazzuti

Economista, è stato allievo di Beniamino Andreatta, con cui ha fondato nel 1974 l'associazione Prometeia. Senatore per quattro legislature, dal 1983 al 1996, per il centro sinistra. Durante il primo Governo Prodi (1996-1998) è stato sottosegretario al Ministero del Tesoro, Bilancio e Programmazione Economica. Professore emerito all'Università di

Bologna, dal 1999 al 2003 è stato commissario Consob. Collabora con FIRStonline, con cui ha anche pubblicato un fortunato ebook dal titolo "La magia della finanza: tra demoni e angeli, eretici e ortodossi" .

Il Sole **24 ORE**

Fmi: recessione globale nel 2020 (-3%) e per l'Italia Pil in calo del 9% Le previsioni del Fondo per il 2020: «Dati molto peggiori sono possibili e forse probabili». Incerta la ripresa (5,8%) nel 2021

di Gianluca Di Donfrancesco

Una contrazione del 9,1%: è questa la ferita che la pandemia di coronavirus lascerà sull'economia italiana nel 2020, secondo il Fondo monetario internazionale, che martedì 14 aprile ha diffuso le [previsioni di primavera](#). Un rapporto quanto mai atteso: l'economia mondiale entra in recessione, con una contrazione del 3% per l'anno in corso, seguita da un incerto rimbalzo del 5,8% nel 2021. A gennaio, prima dello scoppio della pandemia, l'Fmi stimava per il 2020 una crescita del 3,3%.

I dati

L'Italia è tra i Paesi più colpiti. Nel 2021 il rimbalzo previsto sarà del 4,8%, ma in Europa, solo la Grecia accuserà quest'anno una riduzione del Pil più acuta, con un calo del 10%. Oltre i confini europei, sono solo 3 i Paesi per i quali l'Fmi prevede uno shock peggiore: il Libano (-12%), il Venezuela (-15%, che però segue il -35% del 2019) e Macao (-29,6%). Per la Germania, la contrazione sarà del 7% quest'anno, seguita da un rimbalzo del 5,2% l'anno prossimo.

Nell'Eurozona, che nel complesso vedrà il Pil ridursi del 7,5% (con ripresa del 4,7% nel 2021), il Fondo raccomanda interventi mirati a sostegno dei Paesi più colpiti.

Per gli Stati Uniti, la contrazione sarà del 5,9%, alla quale seguirà una crescita del 4,7%. La Cina si salverà dal segno meno, ma la sua crescita si fermerà quest'anno all'1,2%, per poi accelerare oltre il 9%. Gli indicatori relativi a produzione industriale, vendite al dettaglio, investimenti fissi, «suggeriscono che la contrazione dell'economia cinese nel primo trimestre del 2020 potrebbe essere stata dell'8% su base annua», scrive il Fondo. Anche l'India si salverà dal segno meno, con una crescita dell'1,9% quest'anno e del 7,4% nel 2021.

La Corea del Sud, che sembra gestire la pandemia meglio di altri Paesi, se la caverà con una contrazione del Pil dell'1,2%, seguita da un rimbalzo del 3,4%.

Una recessione senza precedenti

Nella prefazione al rapporto, Gopinath ribadisce che la recessione generata dalla pandemia «non ha precedenti» e fa impallidire quella legata alla crisi finanziaria globale: nel 2009, la flessione fu dello 0,1%. Come ha già detto il direttore generale dell'Fmi, [Kristalina Georgieva](#), quella in corso sarà la recessione più severa dalla Grande depressione del 1929.

Il virus nell'economia



Ripresa incerta

Non solo. «Come durante una guerra o una crisi politica, c'è una perdurante e grave incertezza sulla durata e l'intensità dello shock», scrive Gopinath. Le stesse previsioni del Fondo ne risentono, con un'ombra sul rimbalzo atteso per il 2021, che potrà avvenire solo se la pandemia scomparirà nella seconda parte del 2020. Tuttavia, dati «molto peggiori sono possibili e forse addirittura probabili», avvisa l'Fmi, se la pandemia e le misure di contenimento dovessero prolungarsi, se l'impatto sulle economie emergenti fosse più severo, se lo stress finanziario persistesse, se fallimenti d'impresa e disoccupazione innescassero un effetto panico.

Il Fondo offre tre diversi scenari «peggiori» di quello assunto come più probabile. Nel primo caso, l'Fmi ipotizza che ci voglia più tempo del previsto per fermare il contagio: la recessione sarebbe di tre punti più grave rispetto a quella stimata, seguita da un rimbalzo di un punto inferiore nel 2021. Il secondo caso ipotizza invece una

seconda ondata nel 2021, che manderebbe in fumo la ripresa auspicata. Il terzo scenario prende in considerazione entrambe le ipotesi precedenti: il risultato sarebbe una grave recessione anche per il 2021, con un Pil di 8 punti più basso rispetto al 5,8% stimato.

La risposta alla crisi

«La priorità immediata è contenere» la pandemia, soprattutto aumentando la spesa a sostegno dei sistemi sanitari. Durante il periodo di [clausura](#) (lockdown), raccomanda il Fondo, i Governi devono mettere le persone nelle condizioni di provvedere ai loro bisogni e garantire che le imprese possano ripartire rapidamente appena sarà terminata la fase acuta della crisi. Per questo servono politiche di bilancio, monetarie e finanziarie consistenti e mirate. La scorsa settimana, il numero uno del Fondo aveva ricordato che le misure di sostegno messe in atto dai Governi alle prese con la pandemia ammontano nel complesso a circa 8 mila miliardi di dollari. A questi interventi vanno poi sommati quelli altrettanto senza precedenti delle [Banche Centrali](#), che, raccomanda il Fondo, devono incoraggiare gli istituti di credito a rinegoziare i prestiti concessi a imprese e famiglie in difficoltà.

In molti Paesi (tra cui l'Italia), la risposta è stata «rapida e significativa», riconosce il Fondo. Tuttavia, gli interventi di sostegno dovranno essere rafforzati se il blocco dell'attività economica sarà prolungato o se la ripresa sarà lenta, tenendo sempre in considerazione che gli incentivi pubblici avranno maggior efficacia quando le restrizioni alle attività sociali ed economiche saranno revocate.

La disoccupazione

Lo shock avrà un impatto pesante sul mercato del lavoro. Per l'Italia, il Fondo prevede una disoccupazione in aumento dal 10 al 12,7%. In Portogallo, il tasso raddoppierà a quasi il 14%. In Spagna salirà al 20,8%, in Grecia al 22,3%. L'Eurozona nel suo complesso vedrà i senza lavoro salire al 10,4%, con la Germania virtuosa che resta sotto il 4%.

Drammatico il balzo negli [Stati Uniti](#): dal 3,7% del 2019 al 10,4% del 2020. Al rallentamento dell'attività economica si accompagnerà una generalizzata gelata sull'inflazione, con indici dei prezzi allo 0,2% nell'Eurozona e allo 0,6% negli Usa.

Cooperazione internazionale

Il Fondo ribadisce l'appello alla cooperazione tra Stati per rallentare il contagio e sviluppare un vaccino: «Nessun Paese sarà al sicuro dalla pandemia e da una eventuale seconda ondata finché la trasmissione del virus continuerà da qualche parte».

Stress finanziario

In un altro rapporto (il [Global Financial Stability Report](#)) diffuso martedì 14 aprile, il Fondo sottolinea che la crisi minaccia «la stabilità del sistema finanziario globale», con una stretta delle condizioni di credito a una «velocità senza precedenti». I mercati emergenti attraversano una «tempesta perfetta», con disinvestimenti per 100 miliardi di dollari.

In generale, aumenta «il rischio che chi ha debiti non sia in grado di far fronte ai suoi impegni, mettendo sotto pressione le banche», la cui solidità, pur rafforzata dopo la crisi del 2007-09, potrebbe essere messa alla prova.

LA DISOCCUPAZIONE

Tasso di senza lavoro, in %

	2019	2020*	2021*
Grecia	17,3	22,3	19,0
Spagna	14,1	20,8	17,5
Portogallo	6,5	13,9	8,7
ITALIA	10,0	12,7	10,5
Irlanda	5,0	12,1	7,9
Francia	8,5	10,4	10,4
Stati Uniti	3,7	10,4	9,1
Regno Unito	3,8	4,8	4,4
Cina	3,6	4,3	3,8
Germania	3,2	3,9	3,5
Eurozona	7,6	10,4	8,9

(*) previsioni

Fonte: Fonte: Fmi - [Creato con Datawrapper](#)

Post – coronavirus: la sostenibile leggerezza della economia che ci attende

DI Giorgio Fiorentini su 14 maggio 2020 17:00

E' certo che dopo la recessione si andrà incontro a una decrescita sostenibile. Dallo sviluppo speculativo del 'mordi e fuggi' allo sviluppo di continuità equilibrata fra economico e sociale. Non ci può più essere altro modello di 'crescita', se vogliamo avere un futuro

Dopo la recessione nella quale già siamo piombati con il coronavirus Covid-19, si andrà incontro a una risalita che avrà, però, le sembianze di una decrescita sostenibile? E che cosa è la decrescita sostenibile e perché non è, di fatto, recessione? Sono due domande funzionali a sgombrare il campo da fraintendimenti e sciocchezze varie, anche da parte di certe forze politiche.

E' certo che dopo la recessione -che è già qui, ora- si andrà incontro a una decrescita sostenibile, non ci può più essere altro modello di 'crescita', se vogliamo avere un futuro. La tesi della decrescita come recessione si basa sul collegamento solo con il PIL, e non con l'integrazione equilibrata fra economico e sociale/ambientale e distribuzione del potere. Il termine decrescita potrebbe essere declinato come nuovo paradigma di sviluppo e non come 'depressione' del sistema. Cambiando la prospettiva: dallo sviluppo speculativo del mordi e fuggi allo sviluppo di continuità equilibrata fra economico e sociale.

La decrescita sostenibile è riconoscere che tutte le monete hanno due facce. Da una parte la faccia economica (per esempio indicatori del Prodotto Interno Lordo, il PIL) e dell'equilibrio fra costi e ricavi, e dall'altra la faccia del sociale e dell'ambiente (per esempio indicatori di Benessere Equo e Sostenibile, il BES), ove intendiamo una analisi multidimensionale degli aspetti rilevanti della qualità della vita dei cittadini, con una attenzione alla distribuzione delle determinanti del benessere tra soggetti sociali e con la garanzia dello stesso benessere anche per le generazioni future. Se le monete avessero le due facce uguali sarebbero false.

Oggi la sostenibilità implica scelte imprenditoriali che diano un futuro alle nuove generazioni e viene valutato non più e solo con il calcolo del PIL (Prodotto interno lordo), ma, tramite i nuovi indicatori di benessere, come per esempio il BES (Benessere Equo Sostenibile), l'indice di Benessere Economico Sostenibile (Index of Sustainable Economic Welfare, il ISEW), il Genuine Progress Indicator (GPI), The Human Development Index (HDI) ecc. che affrontano in termini globali i grandi temi della non autosufficienza e dell'invecchiamento attivo della popolazione, delle politiche di integrazione delle famiglie immigrate, della riconversione occupazionale dei lavoratori espulsi dalle imprese del manifatturiero, della gestione del patrimonio artistico e archeologico, delle politiche di welfare che mettono al centro il protagonismo delle famiglie, della finanza del microcredito, dei gruppi di acquisto sostenibile ed inoltre del commercio equosolidale. Il tutto nella prospettiva degli SDG's (Sustainable Development Goals) che è un programma d'azione che ingloba 17 obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile da raggiungere entro il 2030.

In un quadro macroeconomico europeo che, per esempio, relativizza il Pil, auspicando invece una crescita economica che si basa sulle condizioni strutturali e di cultura imprenditoriale diffusa orientata alla responsabilità sociale d'impresa.

Si pensi per esempio al Green Deal europeo che trasforma l'Unione in una economia moderna, efficiente sotto il profilo delle risorse, e sfidante rispetto all'equilibrio ambientale, visto come opportunità e non come limite. Anche in Italia si può vedere nel Decreto Crescitalia bis (2012, convertito con la legge 221/2012) una nuova categoria di imprese, quella delle start-up innovative e specificatamente quelle ad alto valore ambientale e sociale, le quali devono possedere ulteriori caratteristiche per essere considerate tali.

Oltre allo sviluppo di prodotti o servizi innovativi e ad alto valore tecnologico, le startup a vocazione sociale operano in esclusiva in determinati settori ove si considerano beni e servizi di utilità sociale quelli prodotti o scambiati nei seguenti settori: a) assistenza sociale; b) assistenza sanitaria; c) assistenza socio-sanitaria; d) educazione, istruzione; f) valorizzazione del patrimonio culturale; g) turismo sociale; h) formazione universitaria e post-universitaria; i) ricerca ed erogazione di servizi culturali; l) formazione extra-scolastica; m) servizi strumentali alle imprese sociali. Inoltre, indipendentemente dall'esercizio dell'attività di impresa nei settori precedenti, possono acquisire la qualifica di impresa sociale le organizzazioni che esercitano attività di impresa, al fine dell'inserimento lavorativo di soggetti che siano lavoratori svantaggiati e fasce deboli.

Attori imprescindibili di questa sostenibilità sono le imprese sociali non profit, profit e pubbliche che creano un sistema tripolare di organizzazioni economico-aziendali. E' una sorta di sostenibile leggerezza dell'impresa sociale.

Dopo il COVID l'Italia dovrà, giocoforza, imboccare la strada di un sistema economico e sociale dove tutte le imprese dovranno essere imprese sociali, passando dalle dichiarazioni programmatiche alle scelte operative, al 'mettere a terra' la responsabilità sociale in una logica di capitalismo che da 'compassionevole' si traduce in 'investimento sociale', pena il fatto che l'impreparazione a situazioni simil Covid-19 si traducono in un annullamento della domanda (quindi offerta consistente, ma domanda asimmetrica quantitativamente e qualitativamente rispetto all'offerta). L'obiettivo è costituire una simmetria fra domanda ed offerta in un contesto di sostenibilità del sistema. La scelta dello sviluppo della domanda selettiva sulla base di una economia sociale dovrà guidare la politica economica del sistema Nazione, e quindi le imprese.

Evidente, quindi, che la decrescita sostenibile non è recessione, anzi, è esattamente l'opposto, perché ci permette di avere 'domanda' oggi, e contestualmente creare le condizioni per averla domani, ma anche perché l'abbiano le future generazioni, perché il pianeta che ci ha 'saziati' oggi continui a farlo con le prossime generazioni.

Al di là dello stereotipo positivo che stiamo lavorando per le generazioni future e gli alberi, di cui oggi godiamo la (seppur insufficiente) sintesi clorofilliana, sono stati piantati dai nostri padri e quindi analogamente dovremmo fare noi, è necessario ricostruire il rapporto fra uomo e natura, fra economia e natura sulla base di due verità.

La prima prende atto che tutte le forme della vita sono interconnesse e la seconda è che la soddisfazione della domanda individuale deve connettersi con il bene comune.

Quindi la massima hobbesiana del 'homo homini lupus' può essere sostituita dalla massima dell'economista A. Genovesi. 'homo homini natura amicus'.