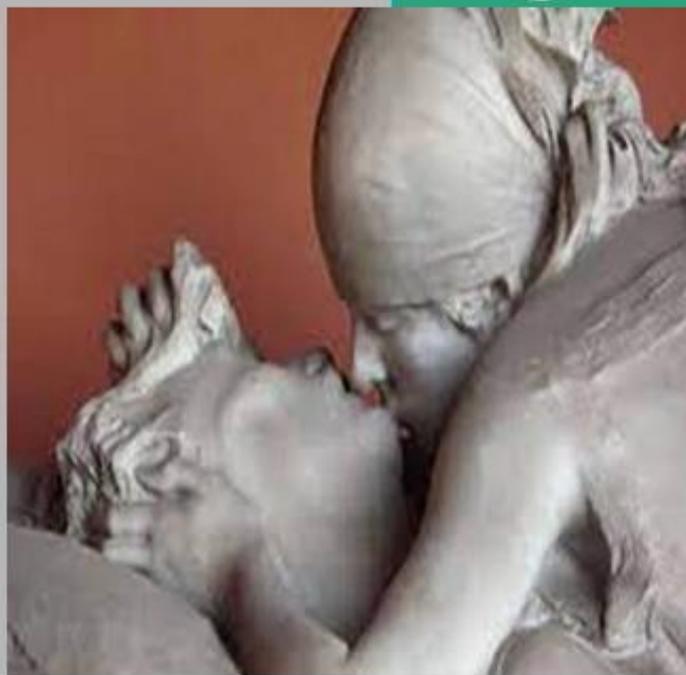


Collana Gruppi,
Organizzazioni, Comunità

COVID-19: questo (s)conosciuto. Tra la vita e la morte

Carlo Scovino
Marina Malgeri
Martina Viola

GOC



edizioni
ARCIPELAGO



edizioni
ARCIPELAGO



GRUPPI, ORGANIZZAZIONI, COMUNITÀ'

Collana promossa da ARIPS, diretta da Margherita Sberna

E' la naturale continuazione della Collana Gruppi & Comunità già edita da CittàStudi dal 1993 al 1998. Il desiderio di conservare questa tradizione affonda le sue radici innanzi tutto nel proposito di continuare ad offrire esperienze concrete ed orientamenti teorici attuali rispetto a quanto concerne l'area dell'immateriale e dei suoi servizi.

Non sono solo i professionisti ad essere i destinatari ideali di questa iniziativa. Anche tutti coloro che vivono nelle aggregazioni umane come semplici membri di esse, o come cittadini interessati ad influenzarne i destini attraverso l'impegno politico o civile o nel volontariato possono trovare argomenti interessanti nei volumi che saranno pubblicati.

Le aggregazioni umane, da quelle più piccole (come i piccoli gruppi e le famiglie) a quelle più estese (come le organizzazioni, le istituzioni, le città) sono da sempre oggetto dell'interesse dell'associazione. La quale fin dalla nascita ha concentrato i suoi studi sulla ricerca di strategie utili a mantenere vitali le aggregazioni ed a stimolarne il continuo sviluppo. L'immateriale, come oggi viene chiamato, si mostra come il settore più vivace e vitale nell'attuale società, a cavallo fra due millenni: qui si troverà lavoro nei prossimi anni, qui è concentrata l'attenzione dei legislatori che vogliono promuoverne l'evoluzione verso un maggiore benessere, qui vengono investiti patrimoni dalla neonata Unione Europea.

I gruppi, le organizzazioni, le comunità, i modi in cui gli individui vi abitano e le modalità per aumentarne le qualità, sono l'oggetto della ricerca, della sperimentazione e degli interventi di cui si parlerà nei contributi che verranno pubblicati in questa Collana.

Caratteristiche dei volumi saranno:

- la presentazione delle posizioni teoriche più avanzate ed evolute
- il collegamento fra principi e sperimentazione concreta sul campo
- la professionalità come procedura da applicare per raggiungere dei risultati.

ARIPS – Associazione Ricerche e Interventi Psicosociali e di Psicologia di Comunità – è un'aggregazione di ricerca, intervento e formazione, non profit e sostenuta dai soli soci. Fondata nel 1978, ha dato significativi contributi allo sviluppo delle scienze e delle pratiche psicosociali. Autori ed esperienza saranno membri di ARIPS, ma – nella filosofia di scambio e di confronto tipica dell'associazione – saranno accolti contributi di professionisti, studiosi, ricercatori esterni, che si sentono affini alle nostre impostazioni e alle nostre esperienze e che condividono la passione per lo studio e il desiderio di rifondazione delle scienze e delle pratiche sociali.

Ulteriori informazioni: www.arips.com

Collana: Gruppi, Organizzazioni, Comunità
C. Scovino, Marina Malgeri, Martina Viola
COVID-19: questo (s)conosciuto. Tra la vita e la morte

© Copyright 2021 Edizioni Arcipelago

www.edarcipelago.com

Via Brescia 6

25080 Molinetto di Mazzano - BS

Prima edizione elettronica Dicembre 2021
a cura di Edizioni Arcipelago

CARLO SCOVINO
MARINA MALGERI – MARTINA VIOLA

COVID-19: questo (s)conosciuto.
Tra la vita e la morte

INDICE

PREFAZIONE a cura di Paola Eginardo	pag. 7
INTRODUZIONE	pag. 11
I CAPITOLO a cura di Martina Viola	pag. 27
1.2. <i>Covid-19: tra agape e philia</i>	pag. 36
II CAPITOLO a cura di Carlo Scovino	pag. 45
2.1. <i>Covid-19: tra eros e thanatos</i>	pag. 45
2.2. <i>Covid-19: la sessualità</i>	pag. 58
III CAPITOLO a cura di Marina Malgeri	pag. 74
3.1. <i>Covid-19: salute, diritti e libertà</i>	pag. 74
3.2. <i>Inclusione, povertà e grave marginalità</i>	pag. 88
IV CAPITOLO a cura di Carlo Scovino	pag. 95
<i>Covid-19: questo (s)conosciuto</i>	pag. 95
CONCLUSIONI	pag. 125
BIBLIOGRAFIA	pag. 132
SITOGRAFIA	pag. 135

PREFAZIONE

a cura di Paola Eginardo¹

Il destino mi ha fatto incontrare gli autori di questo testo lungo il sentiero affascinante dell'educazione professionale. Carlo Scovino mi è collega e irrinunciabile interlocutore, Marina Malgeri e Martina Viola le destinatarie di un percorso formativo che hanno seguito con passione e cui hanno contribuito con una partecipazione illuminata dalla passione e dal desiderio di diventare educatrici capaci di abitare consapevolmente il lavoro pedagogico.

Teatro di questo incontro è stato il Corso di Laurea in Educazione Professionale, nel quale insegno a dotarsi di costrutti teorici, strumenti metodologici e competenze riflessive relativi allo *scrivere di educazione*.

È questa, dunque, la posizione nella quale mi sono accomodata per leggere questo scritto, intrigata dal tema proposto ma anche dall'aver in mano la *messa in opera* della necessità e della capacità di un educatore professionale di *mettere per iscritto* il proprio, particolarissimo modo di guardare il mondo.

Questo libro è testimonianza della disposizione riflessiva degli educatori professionali, e della capacità di trasformare

¹Pedagogista, Università degli Studi di Milano e di Milano-Bicocca.

l'esperienza in cognizione e argomentazione, proprio mediante il processo di scrittura.

Per un educatore professionale la scrittura non è solo documentazione del lavoro svolto, di qualcosa che si è già dato, ma azione che chiama a sé contenuti, pensieri, immagini, emozioni, ricordi per sottoporli ad un lavoro di riformulazione che ci si augura foriero di ulteriori sviluppi, grazie anche alla condivisione e circolazione che la pagina scritta consente. Da questo punto di vista, la scrittura si configura come atto generativo, e questo volume ne è fattiva testimonianza.

In questo testo i tre autori prendono in considerazione un evento epocale che, nella loro esistenza, non ha avuto precedenti. E se è vero che questo smisurato imprevisto esistenziale ha toccato l'intera umanità, è anche vero che, per un educatore professionale, questa esperienza ha imposto la ricerca di un dialogo tra la dimensione personale che quella professionale che è specifica del loro ruolo. Uomini e donne, cittadini a tutti gli effetti, ma anche professionisti impegnati, quotidianamente, a sostenere persone che, per ragioni diverse, faticano a far fronte alla complessità della vita.

Il tema dei diritti non può che essere caro ad un educatore; nulla può essere insegnato, nessuna esperienza educativa può essere costruita, nessun processo di apprendimento attivato se non a partire dal riconoscimento dal diritto a vivere in modo consapevole e progettuale, nel limite delle proprie possibilità autonomo e tutelato dalle istituzioni.

La questione dei diritti umani è trattata, nelle pagine che vi state accingendo a leggere, senza retorica né difensive idealizzazioni, bensì con il realismo che connota la capacità di interpretare il mondo che qualifica lo sguardo di chi ha alimentato, nel tempo, la propria anima pedagogica.

Uno sguardo che non si nutre solo di interesse per l'altro da sé (che, pure, di questi tempi, è raffinatezza non comune) ma

anche di un apparato culturale che attraversa e fonda le considerazioni presenti nel testo.

Quanto si dice, ciò che viene problematizzato e sottoposto a valutazione critica presenta una serie di ancoraggi (epidemiologici, statistici, ma anche storici, letterari, nonché politici) che dimostrano, a pieno titolo, la capacità degli educatori di essere presenti *nel* mondo e *al* loro mondo, esprimendosi a ragion veduta.

Nelle parole raccolte nelle pagine a seguire si affacciano educatori capaci di assumersi una serie di responsabilità: quella di dare voce alle ingiustizie, di nominare i principali rimossi dell'esistenza (e dell'educazione; uno per tutti il diritto alla sessualità), di mettere pensiero su fenomeni non ancora del tutto chiari in tutte le loro implicazioni, ma sui quali la sensibilità educativa può gettare una luce inedita e rischiarata di umana e ragionevole sensibilità.

Costitutiva dell'*essere* educatore è anche la capacità di assumere il vincolo come possibilità per *interrogare* l'esperienza e per chiedersi cosa sia possibile imparare da quanto esperito, per gettarsi (heideggerianamente), di nuovo, nel mondo, con una fisionomia diversamente delineata e desiderosi di esplorare scenari possibili.

Mi piace pensare che scrivere questo testo sia servito anche, a chi lo ha realizzato, per rielaborare vissuti potenti, gestire paure profonde, sostenere incognite incombenti, riconoscendo nel lavoro collettivo l'utilità, ma anche la bellezza, di sostenersi a vicenda in una congiuntura storica e sociale così implicante. Scrivere, e farlo a più mani serve, pure, a questo.

Infine, due parole sul passaggio quasi epocale che una scrittura di questo genere rappresenta. Solo qualche anno fa nessuno avrebbe immaginato che educatori professionali avrebbero preso parola, soprattutto parola scritta, per costruire argomentazioni attorno a temi che fuoriescono dallo stretto perimetro della relazione educativa che quotidianamente

intessono con le persone di cui si occupano. Di questa loro capacità, io vado immensamente fiera.

INTRODUZIONE

La scrittura di un libro sul Covid è stata presente “dentro” di me sin dall’inizio, ma aspettavo che il bisogno di scriverne si impossessasse di me. In verità alcuni amici, e non ultimo l’editore, mi avevano sollecitato a farlo ma quando mi sono deciso avevo chiaro che non volevo scrivere un testo con dati clinici (di cui ormai abbondano tutti i mass media e non sempre tutti sono attendibili) soprattutto perché non ho nessuna competenza per farlo. Volevo condividere con il lettore riflessioni di carattere antropologico ed esistenziale: le vite di milioni di persone sono ammaccate, distrutte, sospese e distrutte ma ciò che questa terribile pandemia non ha cancellato, e non deve cancellare, è la nostra umanità. L’eterna lotta tra eros e thanatos, tra philia ed agape è la trama, talvolta invisibile, che ci tiene legati gli uni agli altri senza distinzione di appartenenza etnica, colore della pelle, orientamento sessuale, professione di fede, ecc.

Continuo a credere nella scienza. e nella storia: l’essere umano ha sempre usato la scienza per risolvere i problemi che si è trovato ad affrontare. Quando ero bambino la figlia del medico condotto del paese dove sono nato aveva la poliomielite. Oggi la polio non c’è più, perché abbiamo il vaccino.

Prima dell’arrivo della pandemia da Covid-19 si respirava in molte parti del pianeta una sorta di senso dell’immortalità e di

onnipotenza e la Sars-CoV2 ci ha colpito in faccia con un pugno terribile, tramortendoci. Ma i virus preesistono all'umanità e hanno partecipato, come ogni forma vivente, all'evoluzione. Secondo alcuni, addirittura, senza di loro l'umanità non sarebbe mai esistita. È per questo che, fin dall'esordio dell'umanità a tutt'oggi, nonostante le conoscenze scientifiche in inarrestabile aumento, le epidemie continuano a imperversare e fare vittime. Uomini, donne e animali, piante messi in ginocchio dai virus: una guerra per la sopravvivenza senza precedenti che stravolge ogni giorno il pianeta. Una forza invisibile ha condotto il Covid in mezzo a noi a seminare terrore e questo è cieco e fa molte più vittime di quanto abbiamo fatto le ondate periodiche di epidemie e pandemie. Il terrore scoperchia paure ataviche, istinti inconfessabili, moti d'animo repressi e pronti a esplodere in qualsiasi momento. Il terrore non è il solo sentimento che è esploso a seguito dell'invasione massiccia e irrefrenabile del Covid-19. Grazie alla forza che ha spinto il virus in mezzo a noi quel terrore ha cominciato a cedere il passo alla coscienza che tanti avevano perduto. Tanti, anzi tantissimi, si sono riconosciuti fragili e piccoli e si sono resi conto di come tutto, da un momento all'altro, può finire esattamente come in un sogno. Così quei tanti, anzi tantissimi, hanno cominciato ad apprezzare i colori, i suoni, le forme della vita che sfuggivano loro da troppo tempo. Senza potersi baciare, stringersi le mani e abbracciarsi, si son arrampicati su balconi e terrazze, hanno cantato e urlato a squarciagola e, in quel preciso momento, si sono sentiti molto più vicini ai loro fratelli rispetto a prima. Dinanzi a tutto questo siamo rimasti sconcertati: la pandemia ha contribuito a un miracolo di cui continueremo a parlare a lungo. Nulla avviene per caso.

La crisi che ne è derivata provocherà, inevitabilmente, effetti profondi sugli equilibri sociali e politici. Si tratta di una crisi che la SARS-Cov-2 ha avuto solo la "colpa" (o forse, chissà, il "merito") di evidenziare. Abbiamo passato altre notti e altre

“guerre”, eppure, com’è inevitabile considerando l’inesorabile entropia che ci spinge verso il nulla e verso il buio, l’insegnamento che era bene trarne l’abbiamo presto dimenticato.

“Figlio, a che ora siamo della notte?” chiede Banquo “Non ho sentito l’ora, ma la luna è già calata” risponde Fleante...” *Calata a mezzanotte*” chiede Banquo...”*Direi che è un po’ più tardi, padre mio*” risponde Fleante...”*Toh, prendi la mia spada. Stanotte in cielo si fa economia: hanno smorzato tutte le candele*” afferma Banquo (Macbeth, tragedia in cinque atti di W. Shakespeare). La notte della pandemia, o il buio pandemico come l’ha definito una mia amica, sembra non finire mai: sul piano cognitivo *so* che finirà ma sul piano emotivo mi è diventato molto faticoso. Il problema non è che le notizie non vengono date né che dovremmo già rinunciare del tutto alla prudenza. Il problema è che né le notizie dei giornali né i messaggi delle autorità sanitarie hanno rispecchiato la realtà davvero sorprendente di questi vaccini.

Non c’è niente di sbagliato nel realismo e nella cautela, ma una comunicazione efficace richiede senso delle proporzioni, deve distinguere tra il giusto allarme e l’allarmismo, trovare un equilibrio tra la prudenza e l’evocazione della fine del mondo, la descrizione degli scenari peggiori e l’annuncio dell’imminente arrivo di una catastrofe. Dobbiamo essere in grado di accogliere con gioia le notizie positive, senza dimenticare il lavoro che abbiamo ancora davanti.

Da quando sono stati messi a punto i vaccini, al posto di un equilibrato ottimismo sono stati rovesciati sull’opinione pubblica i timori per le nuove varianti del virus, i dibattiti fuorvianti sull’inferiorità di alcuni prodotti rispetto ad altri e i lunghi elenchi di cose che chi è vaccinato non può ancora fare, mentre i mezzi d’informazione si chiedono se la pandemia finirà mai. In merito all’annuncio con il quale il governo statunitense ha espresso il proprio sostegno a favore della

deroga ai diritti di proprietà intellettuale sui vaccini contro il Covid-19, Eve Geddie, direttrice dell'ufficio di Amnesty International presso le Istituzioni europee, ha rilasciato la seguente dichiarazione

“L'Europa si trova di fronte una realtà politica nuova in cui la propria posizione nell'accaparramento dei diritti di produzione dei vaccini contro il Covid-19 è divenuta indifendibile. È ora che l'Europa metta la salute di tutte le persone e i diritti umani dinanzi ai guadagni. Adesso, i leader dell'Unione Europea devono partecipare allo sforzo mondiale per salvare innumerevoli vite umane in tutto il mondo sostenendo la deroga alle salvaguardie alla proprietà intellettuale relativa ai vaccini contro il Covid-19 e garantendo che le aziende condividano le proprie conoscenze, per permettere che la produzione possa aumentare fino a raggiungere quantitativi e velocità necessari. Il traguardo dei vaccini per tutti è ormai prossimo e il mondo ha gli occhi saldamente puntati sul coraggioso passo che devono compiere i leader europei”.

Nel mese di ottobre del 2020, India e Sudafrica hanno chiesto una deroga che consentirebbe ai paesi di non concedere né di applicare i brevetti e altri specifici diritti di proprietà intellettuale sui prodotti per il contrasto al Covid-19 fino al raggiungimento dell'immunità di gregge. Un grande numero di paesi a basso e medio reddito ha espresso il proprio sostegno a favore di questa proposta. La maggior parte dei paesi ad alto reddito, tra cui l'Unione Europea e i suoi stati membri, si è espressa in maniera sfavorevole. In caso di approvazione, la deroga sospenderebbe l'attuazione, l'applicazione e l'esecuzione di alcuni diritti di proprietà intellettuale, come i brevetti su prodotti farmaceutici, e faciliterebbe lo sviluppo e la produzione di un numero maggiore di test diagnostici, cure e vaccini contro il Covid-19. I principi dei diritti umanitari e le disposizioni in materia di commercio internazionale stabiliscono chiaramente che la protezione della proprietà intellettuale non deve mai avvenire a scapito della salute pubblica.

L'accordo sugli aspetti commerciali relativi ai diritti di proprietà intellettuale (TRIPS) dell'Organizzazione Mondiale del Commercio stabilisce degli standard minimi per molte forme di proprietà intellettuale che riguardano le aziende farmaceutiche, quali diritti d'autore, marchi registrati, brevetti, informazioni riservate (tra cui segreti commerciali e dati sperimentali) e pratiche anticoncorrenziali.

“mettersi d'accordo per prevenire future pandemie ha senso, ma è difficile crederci se gli stati e le aziende farmaceutiche non adottano le misure indispensabili per contrastare la pandemia in corso” ha dichiarato Tamaryn Nelson, consulente sulla salute di Amnesty International.

“il miglior modo per prepararsi alle crisi sanitarie è quello di prevenirle e i vaccini in questo giocano un ruolo cruciale. Un centinaio di stati, compresi USA ha capito l'importanza di una deroga ai diritti di proprietà intellettuale per poter aumentare la produzione dei vaccini e farla finita col Covid-19. Invece la Germania, l'Australia, il Regno Unito e vari stati membri dell'Unione europea hanno una posizione contraria. Di fronte alla morte quotidiana di migliaia di persone, è chiaro che il profitto non può venir prima della salute. Gli stati devono assumersi la responsabilità di premere sulle aziende farmaceutiche affinché condividano le loro tecnologie e conoscenze in modo che ognuno riceva equamente il vaccino. Secondo l'andamento attuale, gli stati meno sviluppati non riceveranno dosi tali da assicurare un'adeguata copertura vaccinale almeno fino al 2023. Pertanto, milioni di persone continueranno a morire senza le medicine e le cure mediche necessarie. Se il mondo intero non sarà protetto dalla pandemia, la salute delle persone sarà a rischio e le varianti continueranno a imperversare rendendo nulla l'efficacia degli attuali vaccini. Ma la soluzione c'è. Se le aziende farmaceutiche dessero seguito alla loro responsabilità in materia di diritti umani, smetterebbero di contrastare i tentativi di aumentare l'accesso ai vaccini e iniziassero a condividere le loro tecnologie e conoscenze, molti più vaccini potrebbero essere prodotti e a un costo più basso. Purtroppo, nessuna azienda ha accettato di condividere brevetti e conoscenze attraverso l'Organizzazione mondiale della sanità. È miope e discriminatorio affermare che gli stati in via di sviluppo, con le necessarie

risorse, non potrebbero produrre vaccini equivalenti sicuri e di buona qualità. L'unico modo per uscirne fuori è farlo globalmente. È giunto il momento che gli stati ricchi e le aziende farmaceutiche pongano le persone al di sopra del profitto”

ha concluso Nelson.

La pandemia ci ha sottoposti a un forte stress sociale, rivelando le crepe e i punti deboli delle nostre istituzioni e dei nostri sistemi. Alcuni di questi punti deboli sono la causa di molti problemi attuali, compresi quelli della politica. Altri sono più specifici della sfida attuale, anche se non esclusivi, come il divario tra il modo in cui funziona la ricerca accademica e il modo in cui l'opinione pubblica la percepisce, e il fatto che il meccanismo psicologico che ci aiuta ad affrontare la pandemia ha distorto la nostra risposta alla pandemia stessa. Conoscere queste dinamiche è importante, non solo per superare il periodo attuale, ma anche per capire come funziona la nostra società e dove sbagliamo. Dobbiamo cominciare a rafforzare le nostre difese, sia contro future pandemie sia contro le numerose sfide politiche, ambientali, sociali e tecnologiche che abbiamo davanti. Una delle cose che hanno danneggiato di più la risposta alla pandemia è stata la sfiducia e il paternalismo delle autorità e di molti esperti di sanità nei confronti della popolazione. Alla base di questo atteggiamento c'è il timore di una reazione imprudente delle persone a misure prese per aumentare la loro sicurezza, come le mascherine, i test rapidi e i vaccini. Alcuni esperti temevano che un maggior senso di sicurezza avrebbe spinto la gente a correre rischi che non solo avrebbero danneggiato i progressi, ma avrebbero fatto fare dei passi indietro. Nell'ultimo anno i mezzi d'informazione tradizionali e i social network sono stati impegnati in una serie di denunce e accuse, aggravate dal fatto di essere poco scientifiche e fuorvianti. In mezzo alla sfiducia e ai rimproveri è caduto nel dimenticatoio un concetto cruciale per la salute pubblica: ridurre il danno si-

gnifica riconoscere che, se c'è un bisogno umano insoddisfatto ma essenziale, non possiamo semplicemente augurarci che sparisca, dobbiamo consigliare alle persone come fare quello che vogliono in modo più sicuro. Il rischio non può essere mai completamente eliminato, è inutile cercare di ridurlo a zero. Fingere di poter eliminare la complessità con l'assolutismo è controproducente. Julia Marcus, un'epidemiologa e docente associata della facoltà di medicina di Harvard, ha affermato

“quando le autorità ritengono che i rischi possano essere facilmente eliminati, a volte trascurano le altre cose che contano per le persone: mangiare e avere una casa, essere vicine ai propri cari o semplicemente godersi la vita. La salute pubblica funziona meglio quando aiuta le persone a trovare il modo più sicuro per ottenere ciò di cui hanno bisogno e che desiderano”.

E a volte il modo in cui gli studiosi comunicano si è scontrato con il modo in cui le persone costruiscono la loro conoscenza. Nei momenti cruciali della pandemia questo ha provocato interpretazioni sbagliate e alimentato equivoci, che sono stati ulteriormente aggravati da posizioni diverse nei confronti delle conoscenze e delle teorie scientifiche precedenti. Certo, eravamo davanti a un coronavirus nuovo ma avremmo dovuto partire dal presupposto che si potevano fare alcune proiezioni ragionevoli in base alle conoscenze accumulate con gli altri coronavirus, cercando le possibili differenze.

I vaccini che riducono drasticamente i ricoveri e i decessi, e trasformano le malattie gravi in eventi rari, sono la cosa più vicina a un miracolo che sia successa durante questa pandemia, anche se in realtà sono il prodotto della ricerca scientifica, della creatività e del duro lavoro. Certo, esistono nuove varianti del virus, che alla fine potrebbero richiedere un richiamo, ma almeno finora i vaccini stanno resistendo molto bene. Le notizie provenienti dai posti in cui è stato vaccinato un gran numero di persone, perfino da quelli in cui le varianti sono diffuse, sono

estremamente incoraggianti, con una drastica riduzione dei casi e, soprattutto, dei ricoveri e dei decessi tra i vaccinati. L'equa distribuzione e l'accesso ai vaccini per tutti restano preoccupazioni cruciali, ma le forniture sono in aumento. Queste iniezioni ci permetteranno di fare qualcosa di più, prima nella nostra vita privata e con le altre persone vaccinate, e poi, gradualmente, anche nella vita pubblica. Ma ancora una volta, le autorità e i mezzi d'informazione sembrano più preoccupati per i comportamenti potenzialmente imprudenti dei vaccinati e tendono a dire loro cosa non possono fare, invece di fornire indicazioni più sfumate che riflettano l'incertezza e il fatto che la vaccinazione può cambiare i comportamenti. Nessuna linea guida può tener conto di ogni situazione, ma informazioni accurate e aggiornate possono aiutare tutti: i messaggi dall'alto non sono l'unico problema. I rimproveri, il rigore, l'incapacità di spiegare i lati positivi e negativi e le accuse di non preoccuparsi delle persone che muoiono non solo attirano l'attenzione dell'opinione pubblica, ma c'è perfino chi imita questi comportamenti, forse anche perché affermare l'importanza delle azioni individuali dà la sensazione di controllare gli eventi, nonostante tutte le incertezze.

Gli psicologi parlano di “luogo di controllo”: la forte convinzione che hanno certe persone di controllare il proprio destino. E distinguono tra quelle più orientate al controllo interno, che si sentono protagoniste del proprio destino, e quelle orientate al controllo esterno, convinte che la società, il destino e altri fattori al di fuori del loro controllo influiscano su ciò che succede. Quest'attenzione al controllo individuale va di pari passo con quello che si chiama “errore fondamentale di attribuzione”: quando succedono cose spiacevoli ad altre persone tendiamo a credere che sia colpa loro, mentre quando succedono a noi ce la prendiamo più spesso con la situazione o con circostanze fuori del nostro controllo. Anche in una pandemia si può capire il fascino di un luogo di controllo interno e individuale, perché

senza una cura un agente patogeno può diffondersi a livello globale, cambiare la nostra vita, farci ammalare e potrebbe rivelarsi fatale.

C'erano pochissime cose che potevamo fare a livello individuale per ridurre il rischio del contagio oltre a indossare le mascherine, stare distanti e disinfettarci. Il desiderio di esercitare un controllo personale contro un nemico invisibile e pervasivo è probabilmente il motivo per cui per molto tempo abbiamo continuato a insistere sulla pulizia delle superfici, con quello che viene giustamente chiamato "teatro dell'igiene", anche quando era ormai chiaro che gli oggetti non erano un fattore chiave della pandemia. La pulizia ossessiva ci ha dato qualcosa da fare e non volevamo rinunciarci, anche se si era rivelato inutile. Non c'è da stupirsi se tanti insistono nel dire agli altri di restare a casa – anche se per le persone che non possono lavorare da remoto non è una scelta – e nel rimproverare quelli che osano socializzare o godersi un momento all'aria aperta.

L'attenzione alle azioni individuali ha avuto i suoi lati positivi, ma ha anche portato all'esclusione di una parte considerevole delle vittime della pandemia dal discorso pubblico. Se le nostre azioni guidano tutto, allora quando le cose vanno male per gli altri, la colpa è loro. Il mantra che molti di noi continuavano a ripetere "*Metti la mascherina, resta a casa. Metti la mascherina, resta a casa*", ha tenuto nascoste molte delle vere vittime.

Uno studio dopo l'altro ha confermato che questa malattia ha colpito in modo sproporzionato i poveri e le minoranze, insieme agli anziani, particolarmente vulnerabili alle malattie gravi. Anche tra gli anziani, però, quelli che sono più ricchi e hanno un'assistenza sanitaria migliore se la sono cavata meglio. I poveri e le minoranze stanno morendo in numero sproporzionato per gli stessi motivi per cui soffrono di altre malattie: una vita di svantaggi, la mancanza di accesso all'assistenza sanitaria, condizioni di lavoro peggiori, alloggi affollati e risorse limitate.

Molti non avevano la possibilità di restare a casa proprio perché stavano lavorando per permettere agli altri di fare ciò che loro non potevano fare, riempiendo scatole, consegnando generi alimentari, producendo da mangiare. E anche quelli che potevano restare a casa hanno dovuto affrontare altri problemi dovuti alla disuguaglianza: gli alloggi affollati sono associati a tassi più elevati di infezione da Covid-19 e conseguenze più gravi, probabilmente perché molti dei lavoratori essenziali che vivono in abitazioni di questo tipo portano il virus in casa ai parenti anziani.

La responsabilità individuale ha svolto un ruolo importante nella lotta alla pandemia, ma molte vittime hanno avuto poco da scegliere. Concentrandoci in modo sproporzionato sulle scelte individuali, abbiamo nascosto il vero problema e non siamo riusciti a fare di più per fornire a tutti condizioni di vita e di lavoro sicure: per esempio, molti si sono lamentati di non poter andare al ristorante. Forse i luoghi di lavoro poco sicuri non sono in cima alle nostre priorità, ma rappresentano un vero pericolo. Nuovi dati evidenziano il terribile prezzo della disuguaglianza negli Stati Uniti: nell'ultimo anno l'aspettativa di vita è drasticamente diminuita e gli afroamericani hanno pagato il prezzo più alto, seguiti dagli ispanici. Le minoranze hanno anche una maggiore probabilità di morire di Covid-19 in giovane età. Ma quando la nuova direttrice dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Rochelle Walensky, ha visto questa terribile statistica, ha immediatamente esortato gli statunitensi a

“continuare a usare le misure di prevenzione già approvate: indossare una mascherina che aderisce bene al viso, stare a due metri di distanza dalle persone con cui non si convive, evitare gli assembramenti e i luoghi poco ventilati e lavarsi spesso le mani”.

I vaccini sono lo strumento che metterà fine alla pandemia: la storia del loro arrivo combina alcuni dei nostri punti di forza e

delle nostre debolezze, rivelando i limiti del modo in cui pensiamo e valutiamo le prove, forniamo linee guida e reagiamo a situazioni incerte e difficili. Ma è anche vero che, dopo oltre un anno così faticoso, forse è difficile per tutti – compresi gli scienziati, i giornalisti e le autorità sanitarie – immaginare questa fine, sperare. Ci adattiamo abbastanza rapidamente alle nuove condizioni, anche a quelle terribili. Durante questa pandemia ci siamo adattati a cose che molti di noi non avrebbero mai pensato fossero possibili. Miliardi di persone hanno condotto una vita drasticamente più limitata e circoscritta e hanno sopportato le scuole chiuse, l'impossibilità di vedere i propri cari, la perdita del posto di lavoro, l'assenza di attività comuni, la minaccia e la realtà della malattia e della morte.

La speranza ci nutre nei momenti peggiori, ma è anche pericolosa. Sconvolge il delicato equilibrio della sopravvivenza in cui smettiamo di sperare e ci concentriamo sul tirare avanti esponendoci a una cocente delusione se le cose non vanno a finire bene. Bisogna mantenere alta la sorveglianza epidemiologica di modo che, nel caso in cui emerga qualcosa in grado di minacciare i nostri progressi, si possa rispondere rapidamente. È arrivato il momento d'immaginare un futuro migliore, non solo perché si sta avvicinando, ma perché è così che supereremo il tempo che resta pur mantenendo alta la guardia.

Abbiamo bisogno che la strategia di uscita dalla pandemia sia ben definita, ma con una serie di misure graduali e mirate, non di messaggi generici. Dovremmo incoraggiare le persone a sognare la fine della pandemia parlandone di più e più concretamente: con i numeri, i come e i perché. Offrire una guida chiara su come andrà a finire può rafforzare la determinazione delle persone a sopportare tutto ciò che è necessario in questo momento, anche se non sono state ancora vaccinate, e costruire un'anticipazione realistica della fine della pandemia. La speranza ci aiuterà a superare tutto questo. E presto potremo scen-

dere dalla metropolitana per andare a un concerto, prendere un giornale e trovare il titolo trionfale “*Il Covid è stato sconfitto!*”. La pandemia Covid-19 (che prevedibilmente condizionerà ancora per qualche anno i nostri stili di vita in termini di distanziamento sociale), ma anche altri possibili eventi catastrofici, come altre pandemie o le emergenze climatiche, hanno finito e finiranno per acuire ulteriormente il distanziamento sociale delle persone fragili. La popolazione anziana è stata gravata di un più elevato impatto di incidenza e mortalità dell’infezione: gli anziani hanno mostrato di contrarre l’infezione in forma clinica più grave e ciò soprattutto in Europa che, avendo, dopo il Giappone, la più alta percentuale di soggetti anziani, ha pagato un tributo molto elevato in termini di mortalità. Più del 95% delle morti ha interessato soggetti di età superiore ai sessant’anni ed il 50% di tutte le morti avevano un’età ≥ 80 anni. È da rimarcare poi che le misure di distanziamento sociale hanno fortemente penalizzato gli anziani, dato che erano le persone più a rischio e quindi da isolare in quanto potevano fungere da portatori sani per la comunità e, nel caso si fossero ammalati, avrebbero prodotto una pressione straordinaria sulle terapie intensive. Il raggiungimento dell’obiettivo di contenimento della pandemia è risultato in un azzeramento dei servizi di assistenza territoriale, che ha confinato i pazienti più fragili e sofferenti per problemi cronici (cardiaci, renali, di deambulazione, ecc.) tra le mura di casa, limitandone anche gli accessi all’ospedale che, a causa dell’elevato numero di pazienti Covid, concedeva il ricovero ai soli casi di emergenza. Anche i medici di base sono stati invitati ad evitare le visite domiciliari e quelle in ambulatorio, con conseguenze sul piano socio-sanitario-assistenziale difficilmente quantificabili. Alle morti in casa, non censite come Covid, vanno aggiunte le

morti nelle strutture per anziani: esse in Europa rappresentano quasi il 50% dei morti per il nuovo coronavirus (*Hans Kluge, OMS Europa*). Per troppo tempo sui mass media molti medici e operatori dell'informazione, almeno nel primo mese dopo l'outbreak della pandemia, per tranquillizzare gli italiani dichiaravano che non era così letale perché erano morti solo vecchi che sarebbero morti comunque.

È vero: ma anche quegli stessi medici e giornalisti moriranno comunque. Anche io morirò come tutti, perché questo è il mio destino. Ma questo disprezzo per le persone e per il dolore di chi ha perduto i propri cari è indice, purtroppo, di una cultura che sta pervadendo la nostra società. È mostruoso il solo pensare che gli anziani, come tutti quelli che sono deboli e fragili, non vadano nemmeno curati troppo e né assistiti, perché sono vicini alla fine. Quello che è emerso dalla comunicazione di quei giorni è che gli anziani sono solo un costo, un peso sul Sistema Sanitario Nazionale. Essi, insieme a tutti coloro che presentano una condizione di disabilità o di fragilità, ci ricordano che dobbiamo guardare alla nostra natura e ai suoi limiti con maggiore solidarietà, ma questo costa una fatica enorme e troppo spesso ci richiudiamo nel nostro piccolo mondo.

Molte persone che vivono nell'Occidente industrializzato e ricco hanno dismesso l'esercizio della conoscenza di sé.

La paura continua a leggersi negli occhi smarriti degli anziani: quegli occhi raccontano il timore per una vita che si spegne, che in altri momenti sarebbe naturale, ma che oggi "*in questi giorni di tanta sofferenza*" – ha detto Papa Francesco – ha un non so che di ingiusto e tragico. È impossibile stringere la mano di chi si è amato tutta la vita, regalare una parola da conservare nel cuore. Nulla di tutto questo si può vivere. La loro scomparsa è perdita di saggezza, di memoria, di percorsi che possono ancora dire molto e di un dialogo che si interrompe con i giovani. Sono loro che, in molti casi, hanno pagato con la pensione le bollette dei figli che altrimenti non sarebbero state

pagate, sono i nonni i compagni di gioco per i nipoti, una forza che ha permesso ai figli anche di risparmiare i soldi per le baby-sitter, una spesa che avrebbe ridotto gli stipendi all'osso. In quei primi mesi devastanti dall'inizio della pandemia mi veniva in mente mia madre (morta a 91 anni 3 anni fa) e le morti di congiunti di amici e parenti: persone che fino all'altro giorno stavano bene e che poi sono morte da sole. Ho pensato a quando le loro salme sono state portate nelle camere mortuarie, da soli, senza essere visti neanche dai parenti e che poi le pompe funebri li portavano per andare al cimitero, e in quei terribili mesi anche fuori regione. Presumo che negli ultimi momenti della vita non si vuole restare soli: serve il contatto con la mano, perché aiuta le persone a non sentirsi sole e anche a fare l'ultimo tratto di questo pellegrinaggio umano con più serenità. Tra gli aspetti più tragici di questa ecatombe di anziani (ma a 65 anni si è anziani?) segnalo la solitudine di fronte alla morte, l'idea di doverla affrontare senza la possibilità di congedarsi dai propri cari. Nessuno merita di morire in solitudine, neppure in una circostanza come l'attuale. La pandemia da Covid-19 ha messo in evidenza quattro importanti questioni: il valore della solidarietà fra le generazioni senza discriminazioni e stigmi legati all'età; la necessità di controbilanciare il distanziamento fisico con una più forte vicinanza sociale, sia pur attuata con modelli nuovi; l'attenzione alla protezione e al rispetto dei diritti umani delle persone più deboli e, fra queste, degli anziani in particolar modo; l'esigenza di ascoltare anche la loro voce nel programmare le misure per un graduale ritorno alla ripresa della normalità. Ciascuna di esse merita forte attenzione perché il futuro della pandemia dipenderà non solo dal vaccino ma anche dalla nostra capacità collettiva di essere protagonisti di quel dovere di cui si fa artefice l'art. 2 della nostra Carta costituzionale: la solidarietà sociale. Un dovere costituzionale inderogabile (e non solo manifestazione di magnanimità o di benevolenza) che configura lo Stato stesso come sua estrinsecazione

e prefigura un'evoluzione del modo di interpretare il diritto/dovere di cittadinanza rendendo ciascuno responsabile della soddisfazione dei bisogni altrui e aperto verso la società.

“Un’utopia, secondo qualcuno, ma un’utopia non solo razionale ma soprattutto necessaria”(Rodotà, 2016) che supera le distanze esistenti e la cultura dell’indifferenza e che riemerge oggi in una modalità nuova, poco sperimentata dai più giovani: la solidarietà dovuta alle persone più anziane con la messa in atto di comportamenti realmente responsabili per contenere la propagazione del contagio che, nelle seconde, non è purtroppo quasi mai asintomatico.

«Senza stigmi perché gli anziani non siano nuovamente posizionati nella schiera degli umiliati e degli offesi» (Trabucchi, 2020).

La fragilità e la vecchiaia sono parte stessa dell’umano e ci appartengono ontologicamente.

Tutti abbiamo negli occhi l’immagine dei camion militari che, in rigorosa fila, trasportavano, partendo dall’Ospedale di Bergamo dirette verso gli impianti di incenerimento le salme dei morti da Covid-19 avvolte in sacchi di plastica. Quelle immagini non le dimenticheremo mai come non dimenticheremo mai la sofferenza dei tanti familiari che non hanno potuto salutare e abbracciare il loro congiunto nel momento della morte e prima della sua inumazione.



Il primo capitolo affronta i concetti di agape e philia durante il periodo pandemico.

Nel secondo, composto da due sotto capitoli, viene tematizzata la lotta tra eros e thanatos e vengono riportati alcuni dati di ricerche effettuate sull'impatto che il Covid-19 ha avuto sulla sessualità e sul sesso.

Nel terzo viene aperta un'ampia riflessione sui temi della salute, dei diritti e della libertà messi in crisi dai provvedimenti legislativi.

Nell'ultimo viene offerta una panoramica generale, e non esaustiva, dell'attuale pandemia e delle precedenti.

Dopo le conclusioni, il lettore troverà un'approfondita bibliografia e sitografia di riferimento.

La prefazione, in corso d'opera, ho deciso di affidarla a Paola Eginardo, consulente pedagogica e docente a contratto presso l'Università Bicocca di Milano. Il suo acume, la sua grande competenza linguistica e la sua vivida intelligenza sono per me un continuo stimolo. Inoltre, è una donna che sa ridere molto anche di sè...è questo è una grande dono.

I CAPITOLO

COVID-19: TRA AGAPE E PHILIA

a cura di Martina Viola

“Omnia vincit amor et nos cedamus amori”

La locuzione che apre questo capitolo è contenuta nella decima egloga delle Bucoliche scritte da P. V. Marone; la traduzione letterale è *“L’amore vince tutto, arrendiamoci anche noi all’amore.”*

Ciascun essere umano nel percorso della sua vita incontra l’amore e, attraverso sentimenti ed emozioni, procede nella sua conoscenza, spesso cedendo ad esso e lasciandosi coinvolgere dalla sua pienezza, vivendolo senza chiedersi cos’è.

Un gruppo internazionale di ricercatori ha mappato, attraverso un metodo comparativo², la percezione delle emozioni che derivano dall’amore nelle diverse lingue, che sono state raggruppate in cinque grandi categorie: lingue indoeuropee, caucasiche nordorientali, austronesiane, austroasiatiche e daciche. Quello che è emerso da questa ricerca è che il termine amore evoca sensazioni molto positive in tutte le lingue, nonostante in alcu-

²Misurazione della variabilità e della struttura dei significati associati alle parole che si fonda sulla *colexification*, fenomeno per cui una stessa parola assume più di un significato.

ne assuma più la sfumatura legata alla compassione.³ Ed è proprio perché leghiamo questa parola a sentimenti positivi, che il significato che le diamo è più profondo nel momento in cui la facciamo entrare pienamente nella nostra vita, accogliendo con lei la felicità che porta.

È quindi la positività che evoca l'amore a renderlo un sentimento puro, talvolta smisurato e disinteressato, che agisce senza cercare l'utilità in ciò che fa, spinto dal sentimento e non dall'interesse puramente egoistico, volto ad accogliere la persona amata per quello che è e non per quello che ha o per i bisogni che può soddisfare. Uno dei padri della psicologia umanistica, A. Maslow, nel 1954 riportò nella sua piramide dei bisogni il concetto di "amore" tra i bisogni di appartenenza. Questa categoria rappresenta l'aspirazione di ognuno di noi a essere un elemento integrante della società in cui vive. Egli afferma che se la persona basa le sue relazioni unicamente sul soddisfacimento del bisogno senza vivere l'amore nella sua pienezza rischia di costruire una relazione egoistica e priva del riconoscimento dell'altro come persona. Ed è chi coglie l'amore nella sua pienezza che riesce a viverlo in maniera disinteressata. Lo scrittore ceco M. Kundera illustra chiaramente la bellezza di un amore disinteressato in un passaggio del suo famoso libro "L'insostenibile leggerezza dell'essere"

"è un amore disinteressato: Tereza non vuole nulla da Karenin. Non vuole nemmeno l'amore. Non si è mai posta quelle domande che torturano le coppie umane: mi ama? Ha mai amato qualcuna più di me? Mi ama più di quanto lo ami io? Forse tutte queste domande rivolte all'amore, che lo misurano, lo indagano, lo esaminano, lo sottopongono a interrogatorio, riescono anche a distruggerlo sul nascere. Forse non siamo capaci di amare proprio perché desideriamo essere amati, vale

³ Viola R., *Quanto è universale la parola "amore"?* galileonet, 2019

a dire vogliamo qualcosa (l'amore) dell'altro invece di avvicinarci a lui senza pretese e volere solo la sua semplice presenza."⁴

Ma chi per primo iniziò a parlare di amore disinteressato? Questo concetto, identificato nel termine greco *agàpe* (in latino *caritas*), veniva utilizzato nella teologia cristiana per indicare l'amore di Dio nei confronti dell'umanità, un amore che porta a donarsi agli altri, differente dall'*eros*, concetto pagano, che indica un desiderio di possesso dell'altro e che identifica l'amore come un sentimento di tensione verso qualcosa o qualcuno. L'aspetto dell'amore come tensione non è negato dalla teologia cristiana ma viene reinterpretato; nei primi secoli del cristianesimo fu S. Agostino a parlare dell'amore sottolineando il suo essere un sentimento discensivo in contrapposizione alla visione della filosofia greca che, invece, lo vedeva come un sentimento ascensivo. Discensivo perché nel cristianesimo Dio non è l'obiettivo ultimo di chi ama ma è la fonte stessa dell'amore, colui che si è sacrificato per amore dell'intera comunità e l'uomo lo raggiunge unicamente imitandone le sue azioni e discendendo verso le fragilità e la sofferenza. Inizialmente *eros* e *agàpe* erano considerate due forme d'amore che avevano ben poco in comune ma l'incontro degli studi della filosofia platonica con il cristianesimo ha permesso la rivalutazione dell'*eros*, il quale legandosi all'*agàpe* rinnova qualitativamente l'essere umano.

Nella civiltà classica l'amore veniva personificato in due divinità, *Eros* e *Afrodite*; *Eros* indicava il desiderio amoroso che si concretizza nell'istinto sessuale mentre *Afrodite* indicava il sentimento d'amore che si esprime nelle azioni e nelle emozioni che vengono guidate da esso. Nella mitologia la figura di *Eros* viene rappresentata come una forza cosmogonica, una

⁴ Kundera M., *L'insostenibile leggerezza dell'essere*, Milano, Adelphi, 1989

passione travolgente, per dirlo con le parole di Saffo, poetessa di Lesbo, *“un vento che si abbatte sulle querce”*.

Inizialmente tra le divinità non vi era alcuna relazione. Esiodo racconta che in origine vi erano due entità naturali, Chaos e Gaia, dalla cui unione nacque Urano che unendosi con la madre Terra generò i Titani, l'ultimo dei quali era Crono, e una serie di esseri mostruosi come i Ciclopi. Urano, impaurito dalla presenza di tutti questi figli che un giorno avrebbero potuto spodestarlo, iniziò a rigettarli nel ventre della terra. Crono ricevette dalla madre Gaia la richiesta di evirare Urano così da impedirgli di generare altri figli. La leggenda narra che il membro di Urano caduto in acqua generò una schiuma (*afros*) dalla quale nacque la dea Afrodite. La versione di Omero, invece, è differente in quanto egli narra che Afrodite è figlia della ninfa Dione e del dio Zeus. Ma per tutti Afrodite incarna il principio del piacere fine a se stesso, rappresenta colei che ama per il piacere di amare, in modo disinteressato come esprime il concetto di agàpe.

La studiosa M.Caregaro sul fascino di Afrodite scrive

“ogni volta che ci occupiamo della bellezza del nostro corpo e del nostro spirito, o stiamo esprimendoci creativamente, o stiamo lavorando per creare armonia intorno a noi; ogni volta che ci innamoriamo di una persona, di una cosa o di un momento, oppure facciamo qualcosa che ci piace veramente fino in fondo; ogni volta che sentiamo di stare bene con noi stessi e di sprizzare amore da ogni poro della pelle, stiamo rendendo onore alla bella e sensuale Afrodite”.

Successivamente, con Platone le figure di Eros e di Afrodite si intrecciano perché attraverso lo spiritualizzarsi dell'Eros e il suo purificarsi tendendo verso valori morali esso si associa pienamente ad Afrodite, prima considerata unicamente come la dea della bellezza. Nella mitologia la dea Afrodite è sempre accompagnata da Eros e Imeros, rispettivamente l' Amore e il Desiderio; questo rappresenta come l'amore e il desiderio sono

gli strumenti per raggiungere il bello. Poeti e filosofi greci videro nel mito di Afrodite il simbolo della potenza dell'amore muliebre, che investe e lega tutte le parti dell'universo. Ma soltanto nell'etica trovò posto, da Platone in poi, una distinzione fra l'Afrodite Urania, quale dea dell'amore puro e ideale e l'Afrodite Pandemia (Πάνδημος), come dea dell'amore libero e della prostituzione: distinzione che non ha però riscontro né nel mito né nelle forme del culto, sulle quali piuttosto influì non di rado l'altra distinzione dei tre campi di attività della dea, in terra, in mare e in cielo.

Riguardo al concetto di bellezza San Paolo afferma:

“Questo mondo nel quale viviamo ha bisogno di bellezza per non sprofondare nella disperazione. La bellezza, come la verità, è ciò che infonde gioia al cuore degli uomini, è quel frutto prezioso che resiste al logorio del tempo, che unisce le generazioni e le fa comunicare nell’ammirazione.”

Il regista televisivo e direttore artistico italiano D. Rampello avviò degli studi sulla bellezza grazie ai quali individuò dieci modi che permettono alle persone di riconoscerla: muoversi, rallentare, assaggiare, osservare, imparare, manipolare, scegliere, innamorarsi, cambiare prospettiva e vivere la paura. Vediamo dunque che bellezza e innamoramento si intrecciano. Innamorarsi, infatti, significa nutrire grande amore e interesse per qualcosa che si ha o a cui ci si dedica con molto piacere. La dottoressa N. Cinotti, psicologa e pedagoga, afferma che è importante per la vita di ciascun individuo essere innamorato, perché la capacità di innamorarsi non si riferisce unicamente alle relazioni affettive ma anche al modo di entrare in relazione con le attività della vita quotidiana. L'innamoramento è un processo attrattivo che ha un inizio, uno sviluppo e una fine e che origina da una casualità che scatena emozioni indescrivibilmente potenti. Per Platone l'amore è sempre tensione verso qualcosa che è mancante; per questo è fondamentale conoscere

se stessi e capire cosa ci serve per soccombere a delle mancanze attraverso l'innamoramento che riempie le nostre vite. Provare amore per qualcosa o per qualcuno ci dà “una marcia in più” per affrontare le debolezze e le difficoltà in cui ci imbattiamo nella vita, soprattutto se si tratta di agàpe cioè di amore disinteressato.

Tra eros e agàpe i greci celebravano anche la presenza di un terzo volto dell'amore: philia, cioè l'amore sentimentale caratteristico di un rapporto di complicità e comunione di intenti. Quest'ultimo aspetto porta la persona che ne viene coinvolta a privilegiare la felicità dell'altro, dando a lui/lei conforto e protezione. Eros e philia hanno un'origine comune ma sono nettamente differenti: entrambi definiscono la tensione verso qualcosa ma il primo ha come obiettivo il possesso di ciò che manca mentre il secondo rappresenta il legame di affetto con qualcuno con cui si avverte di avere una certa affinità.

Il concetto di philia venne preso in considerazione da Aristotele il quale lo intendeva in modo più ampio rispetto al significato che noi oggi diamo al termine amicizia, essa infatti era una disposizione affettiva necessaria alla vita, un'attitudine che portava a compiere ripetutamente certi comportamenti che consentono di agire efficacemente all'interno della società; infatti attraverso l'analisi della philia Aristotele mette in luce la struttura fondamentale dell'essere animali sociali, vedendola come una componente naturale che si sviluppa con l'educazione, una capacità di agire stringendo legami e una disposizione affettiva reciproca.

Philia quindi si intreccia con agàpe per rivolgersi all'individuo con l'obiettivo di fornirgli aiuto e supporto di fronte alle difficoltà.

S.Tommaso d'Aquino definisce il concetto greco di *agàpe* come il “*voler il bene di un altro*”, attribuendogli le proprietà del dono e della fedeltà.

A fare del concetto di agàpe e di philia il motore della propria vita non solo personale ma anche lavorativa sono i professionisti sociosanitari e i volontari coinvolti nelle operazioni di aiuto e sostegno a chi si trova in posizioni di difficoltà. Con la più grande riforma di welfare che portò alla nascita del Sistema Sanitario Nazionale nel 1978, il rapporto tra operatore e utente è passato dal modello “*to cure*” dove ci si concentrava unicamente sulla patologia a quello di “*to care*” in cui ci si prende carico della persona nella sua globalità, quindi non solo dal punto di vista organico ma anche psicologico e sociale. Questo accadimento ha dichiarato esplicitamente che la *mission* di coloro che operano in ambito sociosanitario deve riguardare anche la costruzione di una “comunità di cura” che possa favorire la riabilitazione e la *recovery*⁵ della persona, partendo dai suoi desideri e dalle sue abilità. Essi, il più delle volte, non ambiscono solo al raggiungimento di un’ottima *performance* ma sono anche spinti da una motivazione estrinseca che ben si intreccia con il concetto di agàpe.

Fanno parte dei professionisti sanitari le seguenti figure professionali: medici, infermieri, psicologi, educatori professionali e altri professionisti della prevenzione.

Nella nostra società non siamo solo consumatori ma siamo anche produttori e, in quanto tali, veniamo spinti ad eseguire una *performance*; spesso puntiamo proprio ad eseguire “la migliore *performance*”. Il luogo in cui maggiormente perseguiamo questo nostro obiettivo, talvolta implicito, è l’ambito lavorativo che ci induce ad essere performanti per ottenere dei risultati soddisfacenti, nell’ottica quindi di essere valutati da qualcuno.

⁵ Il concetto di *recovery* è strettamente correlato a quello di empowerment, processo nel quale le persone scoprono ed esercitano appieno le proprie capacità di azione e auto-controllo sugli eventi della propria vita.

Affrontare il lavoro (e così la vita) come dei *performer* nasconde però i nostri sentimenti mettendo in gioco solo le pulsioni.⁶ In psicologia con il termine sentimento si fa riferimento all'affettività indicativa del carattere e dell'etica individuale, le radici del nostro essere. Tutti questi elementi si differenziano dalle emozioni le quali ci indicano in maniera quasi improvvisa le diverse sfumature del piacere o del dispiacere in relazione agli eventi che viviamo. In ambito professionale lasciarsi coinvolgere solo dalle emozioni immediate fa presto perdere di vista il focus e la motivazione che porta a svolgere il lavoro. Al contrario, nutrire un sentimento d'amore verso ciò che si fa porta il professionista non solo ad essere performante ma anche ad accettare i fallimenti e a coglierli come un punto di ripartenza e crescita.

Diversi studiosi hanno indagato qual è la motivazione che porta una persona a svolgere un determinato lavoro. Tra i primi ricordiamo F. W. Taylor, il quale, nei primi anni del '900, sosteneva che era necessario un incentivo a livello salariale per aumentare la qualità della produzione. Negli anni Quaranta, invece, si affermò il movimento delle Human Relations che aveva come capostipite E. Mayo, secondo il quale il fattore maggiormente motivante a livello produttivo era il rapporto interpersonale che si sviluppava sul luogo di lavoro. Successivamente, negli anni Cinquanta, emersero le scienze comportamentali che consideravano la motivazione l'espressione di un bisogno e il maggior teorico fu A. Maslow. Ma il padre della teoria sulla motivazione al lavoro fu però F. Herzberg, il quale condusse uno studio intervistando dei lavoratori e chiedendo loro cosa li facesse sentire soddisfatti sul lavoro e cosa no. Egli individuò la presenza in una persona di indicatori di diverso tipo: fattori di mantenimento e motivanti i quali stimolano costantemente

⁶Colamedici, A., Gancitano M., *La società della performance: come uscire dalla caverna*, Milano, Edizioni Tlon, 2018

alla crescita professionale e al raggiungimento dei propri obiettivi e sono fondamentali per svolgere un lavoro di qualità.

Come affermato precedentemente i professionisti sociosanitari operano perseguendo la *mission* di accompagnare la persona in difficoltà in un percorso di cura e riabilitazione. L'aiuto professionale che essi forniscono potrebbe diventare per loro un modo per nutrire la propria indole compassionevole o per cercare aiuto nell'aiuto che danno (motivazione auto-centrata, cioè rivolta a sé) ma rappresenta soprattutto un gesto d'amore verso il proprio lavoro, un gesto d'amore disinteressato perché va al di là del semplice soddisfacimento del bisogno economico e di appartenenza.

Il filosofo cinese del 500 a.C. Confucio pronunciò la celebre frase "*Fai quello che ami e non lavorerai un solo giorno della tua vita*", la quale rende evidente che il lavoro che svolgiamo e che occupa gran parte delle nostre giornate influenza in modo rilevante il nostro umore e di conseguenza il nostro essere felici. Fare un lavoro che si ama, a maggior ragione se mette direttamente a contatto il professionista con le persone, come nel caso delle professioni d'aiuto, porta ad operare non solo nell'ottica di soddisfare i propri bisogni ma anche di veder realizzarsi i bisogni di coloro con i quali ci si interfaccia (motivazione etero-centrata, cioè rivolta verso l'altro), attraverso la costruzione di una relazione d'aiuto. Quest'ultima viene definita dalla psicologa B. Zani come un processo relativamente complesso nel quale non c'è solo chi ha difficoltà e chi può aiutarlo, ma ci sono due soggetti profondamente coinvolti in una relazione di scambio, dalla quale entrambi impareranno qualcosa⁷; un rapporto asimmetrico e dinamico in cui ciascuno porta le proprie risorse ed emozioni. Proprio per questo chi svolge con passione un lavoro che lo mette direttamente in contatto

⁷ Zani B., Altruismo e solidarietà in Emiliani F. e Zani B., *Elementi di psicologia sociale*, Bologna, Il Mulino, 1998

con l'altro non lo fa solo per perseguire bisogni personali ma si lascia anche coinvolgere dall'amore disinteressato verso quello che sta facendo; proprio come hanno saputo dimostrare la gran parte dei professionisti sociosanitari nel corso della pandemia di Covid-19, dichiarata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità l'11 marzo 2020 a causa della diffusione del virus SARS-Cov2 a livello globale.

1.2 IL CONCETTO DI AGAPE AI TEMPI DELLA PANDEMIA DI COVID-19

*“L’inferno dei viventi non è qualcosa che sarà, se ce n’è uno, è quello che è già qui, l’inferno che abitiamo tutti i giorni, che formiamo stando insieme. Due modi ci sono per non soffrirne. Il primo riesce facile a molti: accettare l’inferno e diventarne parte fino al punto di non vederlo più. Il secondo è rischioso ed esige attenzione e apprendimento continui: cercare e saper riconoscere chi e cosa, in mezzo all’inferno, non è inferno, e farlo durare, e dargli spazio”*⁸

Italo Calvino

Inferno, dal latino *infernus* “che si trova in basso”, un luogo oscuro identificato dalla concezione pagana nell'oltretomba e da quella cristiana in uno stato di eterna sofferenza consistente nella privazione della visione di Dio. Le caratteristiche di questo luogo ultraterreno, quali la sofferenza e confusivi turbamenti, si riflettono in parecchie condizioni anche sulle nostre vite... la pandemia di Covid-19, nella quale siamo tutti direttamente coinvolti, ha dato luogo ad uno scenario infernale.

Nei giorni dell'emergenza, che ha costretto ciascun individuo a cambiare temporaneamente le abitudini, contrassegnati dalla limitazione delle libertà a causa del dovuto lockdown, dalle

⁸Calvino I., *Le città invisibili*, Mondadori, Milano, 2016

migliaia di morti e da una condizione di paura e di incertezza generalizzata, buona parte degli operatori socio-sanitari ha continuato a lavorare mossi da un sentimento di amore disinteressato verso ciò che stavano facendo: assistere e curare persone colpite dal virus, le loro famiglie e tutti coloro che hanno subito gli effetti collaterali della pandemia. Infatti, per quanto riguarda questi ultimi, bisogna sottolineare che il lockdown ha rallentato tutte le attività sanitarie non rivolte alla cura di pazienti affetti da Covid-19, chiuso le scuole di ciascun ordine e grado e le università, interrotto l'apertura di servizi per persone senza fissa dimora, sbarrato le porte al sistema di accoglienza e disattivato forme di tutela specifiche per le persone con disabilità. A causa di questo molte persone e famiglie si sono trovate in difficoltà dal punto di vista psicologico e sociale. Parlando di salute, come afferma l'OMS, non ci riferiamo soltanto alla salute fisica ma al complessivo stato di benessere fisico, psicologico e sociale⁹. Numerosi studi hanno rilevato che l'isolamento prolungato rappresenta un fattore di rischio per il declino funzionale e per lo sviluppo di malattie e disturbi, sia fisici che mentali, soprattutto depressione, ansia e ideazione suicidaria. Anche quando non determina gravi problemi di salute, l'isolamento tende comunque ad alimentare sentimenti negativi quali tristezza, insofferenza, irritabilità, rabbia e comportamenti-problema. L'OMS ha definito l'emergenza dettata dalla pandemia come non prettamente sanitaria ma anche psichica, sulla scia di quanto espresso all'interno della Dichiarazione di Helsinki "*Non c'è salute, senza salute mentale*". La Società Italiana di Psichiatria (SIP) ha previsto un aumento di trecentomila pazienti, tra coloro che soffrono di ansia post-traumatica per i lutti, le perdite, il danno economico e l'incertezza per il futuro e

⁹ Organizzazione Mondiale della Sanità, www.salute.gov.it

persone che svilupperanno disturbi psichici che le porterà a fare richiesta di aiuto ai servizi di salute mentale¹⁰.

Il sentimento di amore disinteressato, precedentemente citato in questo capitolo, nell'odierno periodo tragico più che in altri ha accompagnato e incentivato il lavoro dei professionisti sanitari, i quali hanno avuto una essenziale funzione di cura non solo fisica ma anche psicologica. I pazienti, non solo quelli malati di Covid ma anche coloro che per altre circostanze si sono ritrovati in ospedale, hanno conosciuto le terribili sfaccettature della solitudine, il terrore e il senso di smarrimento. I professionisti sanitari si sono dovuti adattare celermente alla situazione mettendo in campo la loro professionalità e umanità, adottando modalità di intervento che esulano dal tradizionale svolgimento del lavoro, ad esempio dando grande importanza al mantenimento della relazione familiare-paziente attraverso le videochiamate.

Così hanno dovuto fare tutti coloro che svolgono professioni d'aiuto, i quali hanno dovuto trovare metodi innovativi per garantire il follow-up da remoto degli utenti presi in carico, così da presidiare in modo continuativo le loro condizioni di salute. Il Servizio di Psichiatria e Psicologia di Napoli diretto da Andrea Bartolomeis ha creato un vero e proprio Ambulatorio Virtuale di Psichiatria e Psicologia che ha realizzato il monitoraggio attraverso la telemedicina. Naturalmente è importante che questi soggetti vengano supervisionati non solo dal punto di vista sanitario ma anche da quello psicologico, sociale ed economico. Il CPS di zona 4 dell'ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano ha svolto questo lavoro di follow-up attraverso chiamate di monitoraggio costanti e continuative ai pazienti presi in carico per monitorare le loro condizioni di vita e la eventuale mancanza dei beni di prima necessità, coinvolgendo nel sostegno di questi soggetti le associazioni presenti sul territorio. Il

¹⁰Millesi S., *Non c'è salute senza salute mentale*, www.vita.it, 4/2020

Dipartimento sopra citato ha attivato il servizio di psicologia per i famigliari che avevano perso i congiunti a causa del Covid-19, uno spazio di “primo soccorso” psicologico che prevede un aiuto umano e di sostegno a queste persone.

Dall’inizio della pandemia in Italia sono stati contagiati 122.717 professionisti sanitari, di cui 288 decessi (dati aggiornati al 24 febbraio 2021). Secondo un’indagine sull’impatto sociale degli operatori sanitari impegnati in prima linea per contrastare la diffusione del virus, condotta dalla Women For Oncology Italy, la quale ha coinvolto circa 600 professionisti della sanità italiani (di cui circa il 75% donne), il 72,4% degli intervistati ha affermato di aver timore di contagiare i propri familiari e che questa emergenza sta cambiando non solo le abitudini professionali ma anche quelle personali: molti di loro hanno scelto di allontanarsi durante la prima ondata della pandemia dal proprio nucleo familiare, specialmente laddove composto da soggetti fragili¹¹.

È bene ricordare che nonostante lavoro e vita personale si intreccino non sono la stessa cosa e che ciascuno di noi prima ancora di essere un professionista è una persona, con le sue fatiche e insicurezze.

Quando il professionista sanitario non riesce ad essere parte attiva nella relazione con il paziente, sia per cause esterne all’organizzazione che per cause personali, il suo “fare” diventa frustrante e a lungo andare può sfociare in un rapido *burnout*. Il termine stress deriva dal latino *strictus*, il cui significato letterale è compresso. Questa parola venne utilizzata nell’ambito della metallurgia dove “mettere sotto stress” le travi metalliche voleva dire provarne la loro resistenza. La medicina ha iniziato a parlare di stress negli anni Trenta del ‘900 quando il fisiologo austriaco H. Selye ha intrapreso degli studi

¹¹ Redazione Nurse24, Survey del disagio sociale degli operatori sanitari nell’era Covid-19, www.Nurse24.it, 4/2020

sulle risposte fisiologiche degli organismi dopo la somministrazione di sostanze nocive. Questi studi, e quelli successivi sulla tematica, hanno iniziato a definire lo stress come la risposta dell'organismo a continue stimolazioni che provengono dall'ambiente e che minano l'equilibrio interno portando, laddove l'individuo non riesce a far fronte in modo efficace ai cambiamenti e alle pressioni, a situazioni di crisi. Fu Selye ad identificare le due diverse tipologie di stress: il distress o stress negativo e l'eustress o stress positivo. Il primo si ha quando gli stimoli che aumentano a livello biologico le secrezioni ormonali minacciano l'efficacia delle capacità di difesa psicofisica dell'organismo; il secondo si ha quando più stimoli, anche di natura diversa, allenano la capacità di adattamento psicofisica dell'individuo. L'eustress si rivela quindi efficace per il nostro organismo perché porta a mettere in atto strategie di coping, ossia meccanismi di difesa che consentono al soggetto di fronteggiare positivamente situazioni pericolose per la propria integrità psicofisica. Il distress nasce quando la frequenza e la durata dello stimolo sono così intensi per le caratteristiche del soggetto, il quale non riesce ad attivare strategie di *coping*. Secondo i dati forniti dall'Agenzia Europea per la Sicurezza e Salute sul Lavoro, nell'Unione Europea più di un lavoratore su quattro soffre di stress correlato all'attività lavorativa, diventando una delle principali cause dei problemi di salute e della riduzione della produttività.

Il *burnout* che deriva dalla situazione di distress in ambito lavorativo non si manifesta all'improvviso ma è un processo graduale che si concretizza nel tempo, tant'è che viene riconosciuta come una vera e propria sindrome. L'OMS definisce come sintomi principali della *burnoutsyndrome* la sensazione di sfionamento, l'aumento di distacco mentale e di cinismo nei confronti del proprio lavoro e il calo dell'efficienza lavorativa. Altri sintomi che possono essere presenti sono: sintomi fisici come mal di testa, stanchezza, disturbi del sonno, tensioni, di-

sturbi gastrointestinali e tachicardia e sintomi psichici come calo della fiducia in sè stessi, senso di vuoto interiore, maggiore vulnerabilità, minor senso di soddisfazione, elevata sensibilità allo stress e depressione. Questa sindrome, dunque, può “attaccare” la persona a livello cognitivo ed emotivo, comportamentale e fisico. Essa è la conseguenza di uno stress cronico che può essere provocato da fattori di rischio interni o esterni. Tra i fattori di rischio interni si segnalano impegno esagerato in ciò che si sta facendo, elevate pretese da se stessi, perfezionismo, dubbi sul senso del proprio operato e aspettative eccessive. Tra i fattori di rischio esterni abbiamo: sovraccarico di lavoro, mancato riconoscimento da parte di colleghi e superiori, mobbing e scarso controllo sulle proprie mansioni. Il burnout è un problema di tutti i lavoratori ma colpisce con maggiore rilevanza coloro che svolgono ruoli assistenziali, di cura e di supporto in ambito sanitario, in quanto sono costantemente esposti a situazioni problematiche e delicate.

I professionisti sanitari, infatti, fanno dell’empatia un loro strumento privilegiato. L’empatia è la capacità di riconoscere le emozioni degli altri pur senza averle provate direttamente. Le neuroscienze riconoscono tre tipi di empatia: l’empatia emozionale, che pone al centro la condivisione dei sentimenti; la preoccupazione empatica, che ci spinge a far qualcosa per alleviare la sofferenza dell’altro; l’empatia cognitiva, che rappresenta la capacità di riflettere sui sentimenti dell’altro e di comprenderli. Essa è vista come un requisito fondamentale per costruire una relazione di cura fondata sulla fiducia, in grado di favorire un outcome ottimale del paziente¹².

Tuttavia, l’empatia, pur essendo un punto di forza, potrebbe risultare un rischio, specialmente quando si è a contatto con situazioni emotivamente pesanti che riguardano la malattia, la

¹² Caputo A., L’empatia è in grado di generare burnout, www.Nurse24.it, 8/2018

morte e la sofferenza. Come più volte affermato dallo psichiatra E. Borgna l'empatia è la capacità di mettersi nei panni dell'altro percependo, in questo modo, emozioni e pensieri. È un termine che deriva dal greco, en-pathos "sentire dentro", e consiste nel riconoscere le emozioni degli altri come se fossero proprie, calandosi nella realtà altrui per comprenderne punti di vista, pensieri, sentimenti, emozioni e "pathos".

L'empatia è un'importante competenza emotiva grazie alla quale è possibile entrare più facilmente in sintonia con la persona con la quale si interagisce.

Chiunque non riesca a immaginare, direbbe A. Adler, orizzonti funzionali di speranza, chiunque perda il significato prospettico della vita, chiunque retroceda davanti al peso della condizione umana, chiunque non intraveda neanche una "possibilità", imboccherà il sentiero che conduce inesorabilmente verso la fatale desertificazione del proprio mondo interno, emozionale e dialogico.

In particolare, la crisi sanitaria cui stiamo assistendo causata dalla diffusione del virus SARS-CoV2, ha aumentato in modo esponenziale i rischi dello sviluppo della sindrome da *burnout* perché, nonostante per alcuni professionisti sanitari abbia significato un incremento del senso di soddisfazione ed efficacia, per altri ha inciso negativamente sulla loro stanchezza fisica e sul loro benessere psicologico, portando ad un aumento di distress. L'epidemia ha avuto una diffusione molto rapida: il CDC (Centro di Controllo e Prevenzione delle Malattie) cinese ha identificato la presenza di un nuovo coronavirus nella popolazione il 9 gennaio 2020, a seguito di alcuni casi di polmonite ad eziologia non nota; lo stato di allerta venne dichiarato dall'OMS il 22 gennaio 2020, in Italia il primo caso accertato di Covid-19 si verificò il 20 febbraio 2020 e da quel momento si verificò un rapido aumento dei casi, della mortalità e di conseguenza un rapido sovraccarico dei servizi assistenziali nelle regioni più colpite. Questa diffusione rapida della malattia che

ha portato ad un sovraccaricarsi anche dei sistemi sanitari più resilienti non ha facilitato l'organizzazione e la presa di coscienza della situazione da parte dei professionisti sanitari direttamente coinvolti nell'emergenza. La situazione fu veramente angosciante e di difficile gestione, in considerazione del fatto che le terapie intensive italiane da marzo 2020 a fine aprile 2020 sono giunte a saturazione, nonostante l'allestimento di nuovi letti dedicati alla gestione intensiva fuori dalle aree di rianimazione. Durante la primavera del 2020 a Bergamo, territorio italiano maggiormente colpito da Covid-19 durante la prima ondata, i posti in terapia intensiva, che erano stati aumentati del 200% rispetto alla capienza usuale, vennero interamente occupati.

In questa situazione tragica e improvvisa l'empatia e la partecipazione emotiva non sempre sono bastate ad alimentare l'operato dei professionisti sanitari; molti di loro, infatti, trovandosi in un contesto prolungato di forte stress, esposti alla minaccia di trasmissione dovuta al loro diretto contatto con il malato e sottoposti a turni lavorativi estenuanti caratterizzati da alto carico emotivo, si sono trovati a fare i conti con il rischio di *burnout*.

Numerosi studi hanno evidenziato che tra l'11% e il 73,4% degli operatori sanitari (principalmente medici, infermieri e personale ausiliario), hanno riportato sintomi di stress post-traumatico con sintomi che possono durare dopo 1-3 anni nel 10-40% dei casi; tra questi si segnalano quelli depressivi, insonnia e ansia grave¹³. La ricerca promossa dal Centro di Ricerca EngageMinds HUB dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano ha constatato che su 1150 professionisti sanitari che hanno lavorato durante la prima ondata della pandemia, il 45% ha riportato di aver avvertito frequentemente un sintomo

¹³ Fatebenefratelli, Aiutiamo chi cura: un sostegno per gli operatori sanitari a rischio burnout, www.fatebenefratelli.it, 12/2020

di stress psicofisico e tra i più citati vengono registrati irritabilità, disturbi del sonno, crisi di pianto, palpitazioni, esaurimento emotivo (sensazione di essere emotivamente svuotati ed esausti) e sentimento di depersonalizzazione (tendenza ad essere cinici, trattare gli altri in maniera impersonale, sentirsi indifferenti rispetto ai pazienti e ai loro familiari).

Dai dati emerge, però, che gli operatori maggiormente orientati verso l'engagement dei pazienti e dei familiari si sono sentiti più gratificati dal lavoro svolto e hanno riportato, in generale, livelli di stress e *burnout* inferiori. Questo ci riporta al concetto di *agape* precedentemente affrontato: l'amore disinteressato quando diventa il motore del proprio operato alimenta lo spirito di resilienza. B. Cyrulnik, uno dei massimi studiosi di resilienza, l'ha definita come *“l'arte di navigare sui torrenti. Un trauma sconvolge il soggetto trascinandolo in una direzione che non avrebbe seguito. Cura di ... Il termine resilienza è stato ricavato dalla fisica per indicare la capacità di sostenere gli urti senza spezzarsi.*

Alle categorie professionali che si occupano della salute, della cura, della formazione e della riabilitazione delle persone è chiesto di essere professionisti della resilienza, di non focalizzarsi sul problema facendosi inghiottire dalla paura e dalle preoccupazioni ma di considerare le nuove opportunità che potrebbero nascere dagli ostacoli. Come afferma lo psichiatra R. Lezzi: *“Dobbiamo avere in mente diverse linee di condotta, da più prospettive. Diversi piani d'azione, così da non trovarci impreparati”*¹⁴.

¹⁴ Siracusano S., *Dal defusing al lessico della salute mentale*, www.sopsi.it, 4/2020

II CAPITOLO

COVID-19: TRA EROS E THANATOS

a cura di Carlo Scovino

Nell'Iliade Thanatos è presentato come il fratello gemello di Ypnos (il Sonno) e figli di Èrebo (la Tenebra infernale) e di Nyx (la Notte), o di Èrebo e di Astrèa (la Punizione). Thanatos era la personificazione della morte e veniva rappresentato come un nero fanciullo portato dalla Notte tra le sue braccia, oppure come un demone barbuto e alato che reggeva una fiaccola spenta. Di lui si diceva che avesse il cuore di ferro e le viscere di bronzo affinché fosse totalmente insensibile alle preghiere: egli era inaccessibile ad ogni sentimento di pietà.

Ypnos, il dio greco del sonno si colloca invece tra la vita e la morte, la quale non è da considerarsi un annientamento della persona, bensì come il trasferirsi dell'anima in un altro luogo o il suo permanere nel mondo, libera dal corpo. Il sonno è perciò ritenuto un momentaneo morire, un transitorio trasferirsi altrove dell'anima. Ypnos, fratello gemello di Thanatos e padre di Morfèo, di Fàntaso e di Fobètore, lo si rappresenta spesso alato mentre sorvola velocemente la terra e il mare facendo assopire gli esseri umani per mezzo dei papaveri e di una speciale verga da cui pendono lunghi lacci o le maglie di una fitta rete. Ypnos non è solo e semplicemente il dio del sonno ristoratore ma una divinità potente e temibile. Su ogni essere

animato, su tutto ciò che vive e si muove, sullo spirito più agile e sul pensiero più rapido egli getta le sue magiche reti paralizzanti simili a quelle invisibili che il suo gemello Thanatos getta sui mortali. Tutto si arresta al suo passaggio o al suo solo desiderarlo e nulla può più continuare a muoversi e gli stessi dèi non possono nulla contro il potere paralizzante di Ypnos. Presi nelle sue reti, la loro vivacità si spegne, la loro vigilanza si eclissa, i loro pensieri si offuscano ed essi precipitano in uno stato di torpore o di sonno profondo per tutto il tempo voluto da Ypnos e in questo stato essi sono vulnerabili.

Thanatos appare anche nelle antiche sculture con un viso dimagrito, gli occhi chiusi, coperto da un velo e mentre tiene una falce in mano. Questo attributo sembra significare che la vita viene raccolta come il grano: gli elementi comuni tra Thanatos e la madre Nyx (la Notte) sono le ali e una torcia spenta e rovesciata.

Per quanto riguarda Eros, il mito narra che il giorno della nascita di Afrodite gli dei diedero una festa e Poros (l'Espediente), che vi era stato invitato, bevve così tanto del nettare che in quel banchetto veniva distribuito che cadde ebbro nel giardino di Zeus. Penia (la Povertà), che aveva partecipato a quell'evento e come suo solito mendicava, lo vide e approfittando del suo stato giacque con lui restando incinta. Dalla loro unione nacque Eros ed egli se ne va in giro per il mondo "vestito di stracci" aguzzando l'ingegno per trovare il modo di "finalmente possedere". Esistono altri miti legati alla figura di Eros, tra questi si cita Platone (Il Simposio) che descrive Eros quale seguace e ministro di Afrodite, perché fu generato durante le feste dedicate alla dea.

Eros è povero ed è tutt'altro che bello e delicato, come credono i più. Egli è duro e ispido, scalzo e senza casa, si sdraia spesso per terra senza coperta e dorme all'aperto davanti alle porte o in mezzo alla strada, perché ha la natura della madre, sempre ac-

compagnato dalla povertà. Per ciò che riceve dal padre, invece, egli è insidiatore dei belli e dei buoni, è coraggioso, audace, impetuoso, straordinario cacciatore, sovente intento a tramare intrighi, appassionato di temperanza, pieno di risorse, straordinario incantatore e preparatore di filtri.

E per sua natura non è né mortale né immortale e ciò che si procura gli sfugge rapidamente di mano: Eros non è mai né povero né ricco.

Nella cultura greca la nozione generale di amore veniva coniugata in modi diversi:

- l'amore nei confronti di chi ci è vicino o affine era definito *philia*;
- l'amore nei confronti chi è diverso da noi oppure è "straniero" era la *xenia*;
- l'amore nei confronti di chi appartiene alla nostra famiglia si definiva *storghe*;
- l'amore incondizionato pronto al sacrificio veniva considerato *agape*;
- l'amore inteso come desiderio fisico era invece *eros*.

Il padre della psicanalisi Sigmund Freud (1856-1939), stimolato dalle novità scientifiche e punzecchiato dalle critiche di colleghi e detrattori, nel corso degli anni ha mutato sensibilmente le proprie posizioni e nello stesso tempo ha ampliato i propri orizzonti: è così che dalle originarie riflessioni sulla sessualità e le nevrosi Freud approdò a una spiegazione della dinamica della società basata sul contrasto tra i due principi della psiche umana, Eros e Thanatos.

Se è vero che l'eros aggrega, avvicina e coagula fra di loro gli esseri umani che, come animali sociali sono in grado di organizzarsi, di collaborare e di costruire dei legami; se è vero che la psiche, spinta dall'affinità e dall'amore, ha costruito il giardino che la rappresenta, che ne è di tutte quelle spinte che invece disgregano, disfano, allontanano e fomentano l'odio e la divisione?

Già Empedocle, uno dei presocratici, parlava dell'eterna lotta fra philia (amore, amicizia) e neikos (odio, discordia). Freud prende esplicitamente a prestito le riflessioni di questo filosofo quando, teorizzando quella che chiamò pulsione di morte nel suo testo "Analisi terminabile e interminabile" del 1937 affermava

“il nostro interesse si accentra su quella dottrina di Empedocle che si avvicina talmente alla dottrina psicoanalitica delle pulsioni, da indurci nella tentazione di affermare che le due dottrine sarebbero identiche se non fosse per un'unica differenza: quella del filosofo è una fantasia cosmica, la nostra aspira più modestamente a una validità biologica. I due principi fondamentali di Empedocle – philia (amore, amicizia) e neikos (discordia, odio) – sia per il nome che per la funzione che assolvono, sono la stessa cosa delle nostre due pulsioni originarie Eros e Distruzione”.

Io trovo altresì interessante la descrizione che di queste tendenze dà lo psicanalista, saggista e filosofo statunitense J.Hillman nel suo libro "Il mito dell'analisi"

“Eros è anche una faccia di Thanatos, racchiude entro di sé la morte (la componente inibitoria che tiene a freno la vita) e conduce la vita nell'invisibile regno psichico “al di sotto” e “al di là” della semplice vita, dotandola di significati conferiti all'anima dalla morte”.

Credo che tutti possiamo convenire che le due principali pulsioni che muovono gli esseri umani sono ciò che crea la vita e ciò che la distrugge.

Esattamente 100 anni fa l'influenza spagnola, come oggi il coronavirus, in due anni di epidemia (1918-1920) uccise milioni di persone in tutto il mondo, in prevalenza giovani,

trovando un terreno favorevole nelle condizioni sanitarie conseguenti alla Prima guerra mondiale: campi medici, ospedali sovraffollati, scarsa igiene, ecc. Le persone uccise dal morbo furono più numerose degli stessi soldati caduti nelle battaglie del sanguinoso conflitto. Anche la famiglia del fondatore della psicoanalisi, S. Freud, venne colpita nell'inverno del 1919 da questa grave pandemia: dapprima le figlie Anna e Mathilde, il figlio Ernst e poi la stessa moglie Martha. Le preoccupazioni per la salute si sommarono alle notizie circa la situazione economica del momento *“Tutto a Vienna è costoso, insostenibile. Chi lo sa quanti di noi sopravviveranno!”*. Così nel luglio di quello stesso anno scriveva all'allievo K. Abraham, preoccupato per le condizioni di salute della moglie e per le ristrettezze nella vita quotidiana dei viennesi. Ma è all'inizio del 1920 che un grave lutto coglie la famiglia: Sophie, la figlia trentasettenne muore a causa dell'influenza spagnola. A Freud, che sta invecchiando, tocca la sorte crudele di dover sopravvivere alla giovane figlia e alla morte si aggiunge l'impossibilità di partecipare ai funerali, ad Amburgo, a causa dell'assenza di treni che dall'Austria giungano in Germania. Il 25 gennaio 1920 scrive al genero Max Halberstadt

“quello che ci ha portato via la nostra Sophie è un atto insensato, brutale del destino, qualcosa contro cui non si può fare né rimuginare alcunché, si può solo piegare il capo sotto il colpo, da uomo indifeso, povero, con il quale giocano forze superiori”.

Sono righe che trasudano grande dolore, trattenuta ribellione e forzata rassegnazione. Dal matrimonio, erano nati due bambini: Ernst Wolfgang ed Heinz Rudolf, alla cui giovanissima morte, nel 1923, per tubercolosi miliare, Freud ammetterà *“Non ho più il piacere di vivere”*. Il primogenito, invece, è entrato a sua

insaputa nella storia della psicoanalisi: Freud assiste il nipotino di 18 mesi mentre gioca con un rocchetto di filo che lancia lontano da sé e poi lo fa ricomparire emettendo un “eccolo” di soddisfazione. Osservando questa scenetta domestica apparentemente ingenua, il nonno psicoanalista comprende che il piccolo mima l’assenza della madre simbolizzandola nella sparizione e riapparizione del rocchetto. Formula quindi la teoria della coazione a ripetere: esiste una tendenza inconscia a riproporre, tramite gesti e azioni quotidiane, degli schemi o dei modelli interni, che in passato hanno generato una ferita. Alcune sofferenze vengono rimosse ma non spariscono del tutto e possono indurre la persona a mettere in atto dei comportamenti volti a rivivere il ricordo rimosso come fosse un evento attuale. Ma quale rapporto ha Freud con l’esperienza del lutto? In un saggio del 1915 dal titolo “Considerazioni attuali sulla guerra e la morte” annota

“non sarebbe preferibile restituire alla morte, nella realtà e nel nostro pensiero, il posto che le compete, dando un rilievo un po’ maggiore a quel nostro atteggiamento inconscio di fronte alla morte che ci siamo fino a ora sforzati di reprimere con cura?”.

E conclude affermando che sopportare la vita è il primo dovere di ogni uomo, quasi un dovere naturale in senso aristotelico: se la lotta tra Eros e Thanatos fa parte della sua concezione della vita, alla morte egli sente il dovere di sopravvivere, resistere e al carattere paralizzante del dolore di reagire. Com’è possibile per Freud elaborare il lutto della figlia Sophie quando chi muore è una giovane donna, identificata quindi con la vita? Coerente con quanto scritto in precedenza, egli si tiene abbarbicato alla realtà e al quotidiano nella ricerca di una cura alla ferita tragica. L’assurdità della vita trova in Freud

l'ostinazione e la lotta per la vita come in Sisifo¹⁵. L'elaborazione del lutto comporta il tempo mentre, intanto, il lavoro quotidiano e il distacco dalla perdita gli consentono di sopportare il dolore e coltivare la vita. Forse, nell'elaborazione del lutto lo soccorre il nipotino Ernst con il gioco del rocchetto: riprendere il lavoro con i pazienti assume per lui il significato di padroneggiare la perdita come pure di sostenere l'illusione per cui all'uscire ed entrare di uno dei suoi pazienti possa inaspettatamente ricomparire la sua amata figlia Sophie.

Con il nome della divinità greca Eros, lo psicoanalista austriaco indica una tendenza all'aggregazione che agisce a livello biologico e psichico. Nel suo percorso di ricerca Eros è l'erede della libido, un'energia psichica legata alla pulsione sessuale che egli ha individuato molto presto e che ha costituito l'asse

¹⁵ Mentre Sisifo cercava di risolvere il problema della scarsità dell'acqua a Corinto, si ritrovò nei pressi della rocca dove vide Zeus con una bella ninfa di nome Egina che era figlia del dio fluviale Asopo, rapita dallo stesso Zeus. Il dio si presentò allora a Sisifo nelle sembianze di un vecchio e gli chiese notizie di sua figlia. Sisifo disse di averla vista, senza però rivelare subito chi l'aveva rapita, preferendo chiedere una fonte d'acqua per la sua città in cambio dell'informazione. Asopo promise che gli avrebbe dato la fonte e Sisifo, mantenendo il patto, rivelò che la ninfa era stata rapita da Zeus. Soddisfatto, Asopo fece dono al re di una sorgente perenne. Quando Zeus venne a sapere ciò che Sisifo aveva visto e rivelato ad Asopo, chiese a suo fratello Ade di mandare Thanatos per catturarlo e rinchiuderlo nel Tartaro. Quando Thanatos giunse a casa di Sisifo, questi lo fece ubriacare e lo legò con delle catene imprigionandolo. Con Thanatos incatenato la morte scomparve dal mondo e quando il dio Ares si accorse che durante le battaglie non moriva più nessuno e che quindi le battaglie stesse non avevano più senso, si mosse per prendere Sisifo e, liberato Thanatos, lo condussero nel Tartaro. Come punizione per la sagacia dell'uomo che aveva osato sfidare gli dèi, Zeus decise che Sisifo avrebbe dovuto spingere un masso dalla base alla cima di un monte. Tuttavia, ogni volta che Sisifo raggiungeva la cima, il masso rotolava nuovamente alla base del monte ed ogni volta, e per l'eternità.

portante della sua riflessione (egli però non abbandona il termine libido, ma lo usa per indicare gli aspetti energetici e comportamentali di Eros).

A un certo punto, però, Freud giunge alla conclusione che la vita psichica e i comportamenti si dimostrano irriducibili alla sola libido e al principio di realtà, anzi, quest'ultimo sembra nascere dalla stessa libido.

A questa esigenza teorica si accompagna l'osservazione: nei comportamenti dei sadici e dei masochisti non c'è solo il piacere ma anche una spinta alla distruzione. Nei bambini che ripetono sempre gli stessi gesti c'è qualcosa che sfugge al semplice piacere, perché, oltre un certo grado di ripetizione, al piacere subentra una situazione che impedisce un'evoluzione. Ma cosa giustifica questi comportamenti?

Freud mantiene un'impostazione dualista: ma al contrasto tra il principio del piacere e il principio di realtà sovrappone una nuova contrapposizione, quella tra gli istinti di vita e gli istinti di morte, che oltre a livello psichico sembrano appartenere alla materia vivente, che spingono verso uno stato di quiete e una condizione inorganica. In perenne movimento tra clinica, speculazione, filosofia e biologia, Freud è entusiasta di scoprire che secondo alcuni biologi la tendenza alla morte è connaturata alla materia organica, perché nella sostanza vivente esiste una parte destinata alla morte e una parte immortale: il "plasma germinale" al servizio della perpetuazione della specie.

Come interagiscono Eros e Thanatos? Il ragionamento di Freud parte dalla considerazione che ogni persona desidera la felicità, ma i limiti imposti dalla natura e dalla società spesso gli impediscono di raggiungere la meta. Gli uomini primordiali erano senza dubbio più liberi di quelli attuali, ma rischiavano la pelle ogni giorno, mentre nella più comoda civiltà odierna possono accontentarsi di surrogati. La società, infatti, mette a disposizione attività e comportamenti per indirizzare le pulsioni libidiche nel modo più inoffensivo come l'arte e la

scienza. Eros e Thanatos, afferma Freud, sono in lotta continua e l'evoluzione civile è un costante impegno volto a impedire alla seconda di mandare in rovina la società, che nasce dalla tendenza aggregativa della prima.

Lo stratagemma elaborato dalla società consiste nel rispedire al mittente la sua aggressività senza lasciargliela sfogare. L'energia pulsionale aggressiva, rinchiusa tra le pareti della mente, se la prende con l'unico che non può sfuggirle ossia l'individuo a cui appartiene: nasce così il senso di colpa. Freud individua quindi un fenomeno simile a quello che si sviluppa nei bambini che, frustrati per non poter sfogare la loro aggressività contro il padre per paura di perderne l'amore, generano dentro di sé il Super Io, un controllore interno.

La teoria contrasto tra Eros e Thanatos ha un potere di seduzione enorme, come spesso accade alle teorie dualiste. Formulato nell'interregno tra le due grandi tragedie del Novecento, la Prima e la Seconda guerra mondiale, sembra dare un senso psicologico alla follia distruttiva di quei decenni. Ma è anche vero che porta con sé gli echi di così tante teorie religiose e filosofiche, più o meno per ammissione dello stesso Freud.

In questo periodo storico attraversato dalla pandemia di Sars-Cov 2 è sotto gli occhi di tutti il conflitto tra la vita (Eros) e la morte (Thanatos) disputato nei termini di lotta tra salute e malattia che si combatte sul fronte del quale agiscono – e troppo spesso si ammalano o addirittura muoiono – i professionisti della sanità e coloro che svolgono attività definite essenziali. Ebbene, costoro impegnati ad arginare il dilagare della morte si trovano coinvolti anche in un altro sovrastante e sottostante conflitto che rischierebbe di essere sotterraneo se non fosse che è stato smascherato. Infatti, si può dire che è stato svelato nel momento in cui quei professionisti hanno preso posizione esplicitando che non volevano essere definiti eroi. Mal sopportavano di essere lusingati, incensati e

blanditi così da poter essere strumentalizzati e sfruttati, oggi, e magari sacrificati e azzittiti, domani. In altri termini affermavano di voler essere de-umanizzati, ridotti ad un'etichetta, ad un simbolo astratto; tanto più che non occorre essere discepoli di Freud per sapere che all'idealizzazione infantile può seguire a brevissimo giro una non meno puerile – e spesso programmata – demonizzazione. L'Eros si esprime nell'amore e nella costruttività, nella “tendenza dei molti a divenire uno”; invece Thanatos si esprime nell'odio e nella distruzione.

L'istinto thanatoico rende l'uomo aggressivo con se stesso e soprattutto con gli altri esseri della sua specie, mettendo a repentaglio la convivenza. Il ragionamento di Freud parte dalla considerazione che ogni uomo desidera la felicità, ma spesso limiti imposti dalla natura e dalla società stessa gli impediscono di raggiungere la meta. La civiltà è infatti minacciata dalla prevalenza dell'istinto di morte che provoca nelle persone sofferenza e angoscia che impediscono di vivere un'esistenza serena, talvolta anche perché gli esseri umani tendono a posporre e sacrificare la propria felicità in nome della tanto agognata convivenza civile.

Freud dimostra le sue perplessità ammettendo di temere che i turbamenti della vita collettiva possano controllare la vita delle persone ancora per molto, provocando in esse ulteriori ansie e preoccupazioni. L'istinto thanatoico è una pulsione di distruzione generata dalla nostra rabbia, tristezza e delusione, spesso dovute alla società stessa che provoca negli esseri umani la volontà di vedere l'ambiente esterno in decadenza, in uno stato di morte tale da non permettergli una futura rigenerazione. A questo istinto si aggiunge l'autodistruzione che si presenta come l'insieme di paure e rancori che suggeriscono alla mente come unica soluzione la distruzione dell'individuo stesso, per evitare che queste emozioni prendano il sopravvento. Dunque, nonostante Eros ci proponga attività e

comportamenti, come l'arte e la scienza, che potrebbero indirizzare le nostre pulsioni nei modi più inoffensivi, Thanatos si dirige all'esterno in una forma estremamente aggressiva.

Eros e Thanatos, oltre a essere personaggi della filosofia mitologica antica, sono due forze sempre presenti nella vita di ognuno di noi, in ogni momento: lo sciamanesimo li chiamerebbe "il vivente" e "il morente", l'oriente Yang e Ying, la psicologia – forse – come pulsione di vita e pulsione di morte. Eros e Thanatos non sono solo due immagini dell'antica mitologia greca, ma pulsioni interiori dell'uomo e della Natura stessa, direttrici di tutta l'esperienza di vita e dell'esistenza.

Il conflitto tra Eros e Thanatos, cioè tra l'istinto di vita e quello di morte, però, è anche quello tra, da un lato la possibilità di ciascuno di noi di pensare e pensarsi nel futuro, quindi di immaginarlo, anche con slanci idealizzanti e dall'altro, la difficoltà, se non l'impossibilità di realizzarlo. Quella che viviamo tutti, infatti, in un certo senso, è una sorta di esperienza di morte: mettendo da parte l'elemento della fede, nessuno sa con certezza se c'è un Aldilà e, se c'è, com'è, così ora viviamo una simile indicibilità sull'Aldiquà, ossia un'impossibilità di prefigurare nitidamente il poi, gli scenari futuri della nostra esistenza. Come sarà la nostra vita tra un mese, tra sei mesi, tra un anno? Nessuno è in grado di dirlo con ragionevole sicurezza. Cioè, non con quel livello di affidabile approssimazione di cui eravamo capaci prima. Ad esempio, non sappiamo dire con certezza se ci sarà un post-Coronavirus, inteso come completo ripristino della situazione anteriore, o se l'emergenza sia destinata a diventare, in qualche modo, un nuovo sistema e/o una consuetudine: insomma, una nuova realtà destinata a soppiantare la precedente finché quest'ultima non sbiadirà nelle dimensioni di un nostalgico ricordo.

Per contenere la diffusione del Coronavirus e ridurre le probabilità in favore del dominio della pandemia abbiamo dovuto chiudere e rinchiuderci, interrompere e serrare,

insomma fermarci. Siamo stati anche costretti ad arrestare le nostre pulsioni di vita (Eros), ad uscire, a muoverci, a fare, a lavorare... Abbiamo dovuto bloccare la nostra tendenza al movimento, che è, per definizione, la vita, la nostra innata propensione a non fermarci, per evitare di essere bloccati per l'eternità, cioè per non cadere nelle fauci di quella morte (Thanatos) rappresentata dal Coronavirus. Pertanto, c'è anche uno scontro tra le vitali ragioni dell'economia – che, per ciascuno di noi, nel concreto, hanno nomi diversi (impiego, impresa, lavoro, reddito, scuola, affitto, ecc.), ma che, comunque, rinviano al vivere o al sopravvivere – e quelle della salute, che per noi è ancor più preliminarmente vitale: dato che non si può andare a lavorare e né si può consumare se si è malati, moribondi o morti.

Il punto è che tanti fondamentali diritti (e doveri) sono stati sospesi perché ci è stato vietato di assecondare ed esprimere il nostro essere animali sociali, se non entro i limiti e le modalità consentite dalla tecnologia.

Il divieto di abbracciarsi, baciarsi, stringersi la mano, ecc., però, pone in ancor maggiore risalto il fatto che viviamo una specie di cortocircuito nelle nostre pulsioni di vita: è come se il nostro istinto di vita, per non essere meramente teorico e per non tradursi in condotte potenzialmente attuative di un istinto di morte, dovesse sottomettersi – parzialmente, ma in misura rilevantissima – proprio a Thanatos.

Peraltro, sarebbe bene anche riconoscere che il distanziamento fisico dà luogo anche all'impossibilità per moltissime persone di avere relazioni e rapporti sessuali con tutti i significati e i risvolti personali, affettivi ed emotivi che ne conseguono. Ma l'obbligo di restare a casa costringe anche ad un ininterrotto stare insieme. Così, anche a chi non si è ammalato o non ha subito dei lutti, anche a chi non vive in un locale di pochi metri quadrati con altri quattro o più famigliari, anche a chi non ha perso il lavoro o non sta vedendo squagliare tutto quel che ha

investito nella propria impresa, insomma anche a chi non ha patito l'urto violento del Covid-19, è diventato spettacolarmente evidente il disagio derivante dal distanziamento fisico: stare rinchiusi per giorni, per settimane e per mesi non ha alcuna parentela con il concetto di intervallo, di ricreazione o di vacanza. Anzi, è una notevole fonte di stress anche perché sottopone ad una tensione considerevole i rapporti e i legami tra le persone. Questo conflitto tra Eros e Thanatos così bizzarro, in cui le esigenze e le attitudini vitali sembrano avere un risvolto mortale, mentre quelle tipicamente mortifere hanno una valenza precauzionale, in parte, può spiegare perché non è così facile riuscire a restare tutti insieme, uniti e solidali, di fronte alla comune minaccia del Covid 19.

Forse, oggi ancor più di ieri potremmo legittimarci a riconoscere quanto il complicato intreccio conflittuale tra Eros e Thanatos sia capace di contagiarci. In astratto, infatti, è facile ammettere che Eros e Thanatos non possono che coesistere; com'è scontato, in teoria, pensare che la vita presuppone la morte e viceversa. Ma quando si passa dalla speculazione astratta al quotidiano, ai problemi pratici, ai bisogni e alle esigenze fondamentali delle persone e di intere popolazioni, ci si misura con l'aspra concretezza di questa realtà; e non è detto che si riescano a mantenere in primo piano quelle consapevolezze, né che si riesca ad attenuare il nostro dolore, la nostra rabbia o il nostro sgomento.

Sul piano collettivo c'è il rischio che questo confuso e confusivo conflitto tra Eros e Thanatos oscuri il fatto che tendenzialmente tutti si rappresentano come schierati dalla parte di Eros, non certo da quella di Thanatos, dando luogo a pericolosissime degenerazioni: ad esempio, producendo schieramenti contrapposti, creando fazioni, scatenando l'odio tra chi sostiene l'idea di una rapida riapertura, "perché ha paura della morte per fame", da un lato, e chi invece ritiene meglio proseguire il lockdown, "perché ha paura della morte per

Coronavirus”, dall’altro, portando entrambe le posizioni ad essere oggetto di delegittimazioni e de-umanizzazioni e ad accusarsi reciprocamente di “essere dalla parte di Thanatos, cioè della morte”.

2.2. CORONAVIRUS E SESSUALITÀ

Ancora non è chiaro se e come il Covid-19 possa aver influenzato le abitudini sessuali della popolazione. La rassegna condotta da Döring (2020) sulle recenti narrazioni dei media mondiali e sulle osservazioni e previsioni scientifiche degli effetti del Covid-19 legati alla sessualità presenta alcuni elementi interessanti relativi al comportamento sessuale e alla salute sessuale e riproduttiva. Inoltre, è rilevante il fatto che i rapporti sessuali mediati dalla tecnologia e la masturbazione con la pornografia e i sex toy siano stati così velocemente normalizzati, a tal punto da essere ufficialmente raccomandati da alcuni media e autorità sanitarie come comportamenti di prevenzione sanitaria. Non tutti gli studiosi, però, sembrano orientati ad osservare solo effetti positivi. Infatti, un gruppo di ricerca cinese (Li et al., 2020) ha rilevato una riduzione della soddisfazione e del desiderio sessuale durante il periodo di quarantena di quasi un terzo dei giovani cinesi intervistati. Gli interessanti risultati della ricerca sono stati pubblicati on line sulla rivista Science il 16 marzo 2020.

Il NY City Health Department (NYCHD) che può contare su 6000 dipendenti nei cinque distretti di New York è un istituto scientifico d’alto livello che vanta ufficialmente due secoli di storia. A metà Ottocento si è occupato di studiare l’epidemia europea di colera e di quelle di tubercolosi ed è stato anche impegnato nelle vaccinazioni di massa del 1947. Oggi è una delle maggiori agenzie sanitarie pubbliche del mondo e

protegge la salute di ben otto milioni di newyorkesi, verificando fra le altre cose, la qualità dei ristoranti (un po' come i nostri Carabinieri dei NAS); controllando il funzionamento delle cliniche sanitarie a basso costo e gratuite di quartiere; indagando su malattie sospette e gruppi di eventuale diffusione delle stesse (dall'obesità al diabete, dalle malattie cardiache all'HIV-AIDS, alla dipendenza da tabacco, all'abuso di stupefacenti alle minacce da bioterrorismo), vantando un nutrito staff di medici e ricercatori fra i quali molti virologi. Mai, però, si era trovato ad affrontare una pandemia tanto virulenta che ha colpito New York con più di 13.000 morti. Può sembrare curioso, ma fra le tante attuali e più concrete occupazioni il Dipartimento ha trovato anche il tempo per elaborare raccomandazioni su come comportarsi sessualmente "ai tempi del Coronavirus". Se è certo che il Coronavirus possa trovarsi nelle feci di contagiati, la scienza non ha ancora dimostrato la sua presenza nei liquidi seminale o vaginale. Per ora, dunque – sottolinea il NYCHD – il rapporto sessuale è consentito, ma con riserve, ovvero assolutamente senza baci (con o senza lingua) e solo con persone "assolutamente garantite", in linea di massima conviventi. Un po' come fu per l'AIDS: no a rapporti con sconosciuti, a scambi di coppia e orgette varie a meno che non si tratti di sesso virtuale.

Qual è dunque il partner più sicuro per il NYCHD? Se stessi. In pratica la masturbazione è il non plus ultra della sicurezza ed è raccomandatissima a patto di lavarsi molto bene le mani prima del contatto con i genitali.

I numeri confortano la raccomandazione e ormai i contatti nei siti porno o di esibizionismo telematico sono saliti incredibilmente: Pornhub, uno dei più noti e con 120 milioni di contatti quotidiani, si era persino offerto di dare una mano all'INPS quando alcuni mesi fa il sistema andò in tilt "*Vorremmo offrirvi aiuto per potenziare il vostro sito grazie ai*

nostri server, contattateci” scrissero i dirigenti di Pornhub rivolgendosi all’INPS. Ma è vero che con la quarantena cresce la fruizione di pornografia? Non è possibile dare una risposta certa, ma qualche indizio c’è. Pornhub ha dichiarato che nella notte tra il 12 e il 13 marzo 2020, dopo il lancio dell’iniziativa in favore degli utenti italiani, c’è stato un aumento considerevole. Guardando Google Trends (il servizio di Big G che dice quali sono le chiavi di ricerca più utilizzate), Pornhub ha avuto un picco con richieste raddoppiate rispetto ai livelli consueti. È molto probabile (ma non certo) che queste ricerche si siano tradotte in traffico verso il sito hard. L’interesse è confermato dalle ricerche correlate al nome del sito: pornhub premium e pornhub coronavirus. Si è quindi creato, almeno su Google, un accostamento bizzarro tra luci rosse e virus.

Molti italiani durante questa emergenza Coronavirus sono stati costretti a rimanere a casa con l’impossibilità conseguente di poter vedere e frequentare il/la proprio/a partner o incontrare nuove persone. Così molti individui sfogano le proprie naturali pulsioni sul web: in Europa i siti pornografici hanno registrato circa il 20% di traffico in più nelle ultime settimane (in Italia il 24%). Da segnalare anche come siano aumentate considerevolmente le visite ai siti per incontri nonostante non si possa uscire di casa (e se lo si può fare vanno osservate molte restrizioni). Eppure, non è così perché persa per ora la loro funzione originale di “dating”, permettere incontri online finalizzati a un appuntamento reale, diventano occasione per parlare, per stabilire rapporti approfonditi e scambiarsi sensazioni.

Un’interessante ricerca svolta dall’istituto Eumetra e Pornhub (noto sito di intrattenimento per adulti) rivela che durante il lockdown una parte consistente degli italiani (il 37%) ha rinunciato al sesso e l’attenzione si è spostata sui siti porno. La ricerca realizzata tra il 29 settembre e il 2 ottobre 2020 - è stata svolta su un ampio campione, ovvero 1202 casi rappresentativi

della popolazione italiana per genere, età, area geografica ed ampiezza demografica. Essa è nata come approfondimento sui temi emersi in un’analoga ricerca francese svolta dall’Institut Français d’Opinion Publique (IFOP).

Per oltre otto milioni di italiani il porno ha rappresentato un “aiuto per superare la quarantena”.

Durante il lockdown primaverile del 2020, il traffico su Pornhub proveniente dall’Italia ha subito un aumento medio giornaliero del 30%. In relazione a questa crescita, indicativa di quella complessiva del settore, è interessante notare come l’8% degli intervistati ha guardato per la prima volta siti di intrattenimento per adulti in coppia durante il lockdown. Pornhub ha offerto i contenuti premium gratis in tutta Italia per il mese di marzo 2020: un’iniziativa, spiega la piattaforma, per “invitare gli italiani a restare a casa durante queste settimane”. La quota che Pornhub ha incassato a marzo da Modelhub, sezione del sito che funziona come una sorta di Youtube a luci rosse, è stata destinata a rafforzare il reparto di terapia intensiva dell’Ospedale San Raffaele di Milano. Non è la prima iniziativa di questo genere: già alla fine di febbraio, il sito porno xHamster aveva offerto un abbonamento premium gratuito agli utenti di Lombardia e Veneto.

Tra coloro che li guardano in coppia (6%) troviamo anche chi ha una vita sessuale più viva, con rapporti sessuali da due a più di tre volte a settimana. Proprio durante il lockdown, inoltre, il 10% degli intervistati ha dichiarato di aver scoperto nuovi generi di contenuti pornografici. Chi ha scoperto generi nuovi poi nel 77% dei casi ha anche continuato a guardarli dopo la quarantena, specialmente tra gli uomini (82%), tra i giovani (18-34 anni, 83%), chi è single (86%) e tra chi abita in grandi centri urbani (87%). Secondo l’indagine, per quasi due italiani su dieci, i siti d’intrattenimento per adulti hanno aiutato a superare il periodo di lockdown (17%,). Questo sentimento è

particolarmente condiviso tra gli uomini (24%), tra i giovani (18-34 anni, 23%), e tra chi è in coppia (20%).

Secondo il 61% degli intervistati, per i single ora è più difficile incontrare un nuovo potenziale partner, e il timore del Covid ha influito in maniera sostanziale sul modo di vivere la propria vita sessuale e sentimentale: in media più di tre italiani su dieci hanno evitato situazioni in cui si sarebbe potuto instaurare un rapporto per paura del contagio.

Il 43% non ha frequentato luoghi in cui si sarebbe potuto incontrare un potenziale partner sessuale; il 34% ha evitato di baciare qualcuno e il 27% di fare l'amore con una persona che gli piaceva.

Secondo quanto riportato dagli Insights pubblicati sul portale di Pornhub, il sito web pornografico gratuito più popolare al mondo, si è registrato un consistente aumento del numero delle visite durante il primo periodo di quarantena.

L'intero traffico europeo è salito quando l'offerta è stata man mano allargata a molti paesi. Dopo l'Italia, il 17 marzo anche in Spagna il Premium è diventato gratuito e l'incremento di presenze sul sito è stato pari al 61,3%, mentre in Francia – dove l'iniziativa Premium free è stata resa disponibile lo stesso giorno – si è avuto un aumento delle visite pari al 38,2%. Facendo una media tra i vari paesi, il traffico europeo è aumentato ovunque raggiungendo il 20% in media in più di contatti.

Malgrado gli utenti principali di siti pornografici siano di sesso maschile, nella settimana dal 16 al 20 marzo 2020 su Pornhub si è assistito anche un incremento di visite femminili – pari a +36% – rispetto alla media giornaliera, con le italiane prime nella classifica. Tendenza confermata anche da Google Trends: dal 26 febbraio al 26 marzo, le ricerche sul motore di ricerca sotto la dicitura 'porno per donne' sono aumentate del 140%.

Il Coronavirus sta cambiando le nostre vite così come tutte le nostre abitudini. Contagio, isolamento, quarantena: queste

parole finora poco utilizzate sono ora sempre più presenti nei nostri discorsi. Di tutto questo cosa resterà? Non lo sappiamo. Di certo c'è che, se fino a un mese fa ci si dava l'appuntamento al bar, si andava al ristorante e si chattava su Tinder (o Grindr e Romeo per la comunità LGBTI+) per cercare compagnia, ora o la compagnia è diventata obbligata per via della convivenza forzata, o non si può avere compagnia perché il virus impedisce di vedersi, di stare insieme e di condividere.

Anche il Kinsey Institute for Research in Sex, Gender and Reproduction, prestigioso istituto americano fondato nel 1947 presso l'Indiana University, a Bloomington, da A. Kinsey, il biologo autore del noto e rivoluzionario omonimo rapporto che promuove la ricerca interdisciplinare nel campo della sessualità umana, si è occupato del tema. Un gruppo di suoi ricercatori ha intrapreso uno studio su scala mondiale il cui tema è Sex and Relationships in the Time of Covid-19 , studiando un questionario tuttora in fase di elaborazione e dal quale è già derivata una versione italiana.

La pandemia ha "contagiato" anche il sesso, provocando una vera e propria battuta d'arresto nella sfera intima di molte coppie. Sei uomini su dieci, durante l'isolamento della primavera 2020, hanno avuto disfunzioni sessuali, che, purtroppo, perdurano per il 24%. A segnalarlo è uno studio condotto online nel 2020 dalla Società Italiana di Andrologia (SIA), i cui primi risultati sono stati diffusi in occasione dell'avvio dell'iniziativa Keep in Touch 2021, un ciclo di incontri in diretta sul web per chiarire tutti i dubbi sulla salute maschile in tempo di pandemia.

Dopo la prima puntata dedicata alle disfunzioni sessuali, sono previsti altri 9 appuntamenti a cadenza quindicinale, il giovedì dalle 19 alle 20. *"L'arrivo della pandemia ha riscritto in modo radicale la vita delle persone impattando in maniera inevitabile anche sull'attività sessuale"*, osserva Alessandro

Palmieri, presidente SIA e Professore di Urologia Università Federico II di Napoli.

“sono stati molti i fattori che hanno messo a dura prova l'eros a cominciare dall'ansia e dalla preoccupazione su 'cosa accadrà': la faticosa gestione della nuova vita per l'eccessiva vicinanza con il partner o, al contrario, per l'eccesso di distanza per le coppie non conviventi”.

Per questo - precisa Palmieri – si è deciso di indagare la soddisfazione sessuale degli italiani attraverso uno studio clinico condotto online durante il primo lockdown della scorsa primavera, coinvolgendo 2692 persone da tutte le Regioni. I dati raccolti mostrano che in quarantena il 59% degli uomini, ha avuto disfunzioni sessuali. Non si sono rilevate differenze in Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna e Veneto, le Regioni con il più alto tasso di casi di Covid-19, né fra il personale sanitario. La funzione sessuale è migliorata quando le restrizioni sono state allentate, ma il 24% degli uomini ha confermato di avere ancora difficoltà sessuali – ha sottolineato Palmieri. Numerose rilevazioni confermano anche una diminuzione dell'attività sessuale durante la quarantena, tanto che solo un uomo su cinque afferma di aver mantenuto un livello di attività sessuale quasi uguale al periodo pre-Covid e 8 su 10 ammettono di aver avuto un calo del desiderio. Sempre Palmieri ha affermato

“L'ISTAT ha inoltre stimato conseguenze sulla natalità che vedrà un nuovo crollo delle nascite: si stimano appena 408.000 nuovi nati, ancora peggio dei livelli già bassi del 2019, quando ci sono state solo 420.000 nascite. Per questo abbiamo deciso di programmare, a cadenza quindicinale, un ciclo di appuntamenti online di informazione”.

Il lockdown ha portato molti italiani a rinunciare a momenti di tenerezza e intimità. Insomma, tra divieto di spostamento tra un

Comune e l'altro oppure tra Regioni, oltre alla paura e al rischio del contagio, il rapporto con il sesso è cambiato. A dover rinunciare alle effusioni amorose sono stati soprattutto i giovani, coloro che vivono da soli, chi intrattiene una relazione a distanza o, ancora, i single che hanno evitato situazioni in cui si sarebbe potuto instaurare un rapporto per paura del contagio. Col coronavirus la sessualità è da dimenticare, è pericolosa? *“Ma assolutamente no”* spiega Andrea De Maria professore delle Malattie Infettive dell'Università di Genova *“di per sé il sesso anche in tempi di coronavirus non fa male: il sesso è l'ultimo anello della catena”* afferma il professore (magazine on line GQ, 18 marzo 2020). L'intervista prosegue con il professore che dichiara

“il rischio di contagio da Covid-19 non è dato dal rapporto sessuale, visto che non c'è evidenza che il virus sia nelle secrezioni genito-urinarie, ma dalla vicinanza che il sesso richiede per essere praticato, e dallo scambio col partner delle secrezioni di bocca e naso. Questo significa che il problema è a monte”.

A proposito delle coppie il professore afferma

“diciamo che se entrambi i partner non escono per andare a lavorare, non utilizzano i mezzi, cercano di prendere tutte le precauzioni per non essere contagiati, il sesso può solo che aiutare a trascorrere meglio il tempo. Del resto, due persone che vivono insieme di fatto condividono il rischio di contrarre l'infezione tutti i giorni, nella vita quotidiana. Quindi che facciano sesso o no, cambia poco”.

E per quanto riguarda i single il professore sostiene

“in questo caso, l'attenzione deve essere massima. La sessualità con una persona che non conosciamo è di fatto più rischiosa per la semplice ragione che non sappiamo i suoi comportamenti, la sua capacità di rispettare le indicazioni date per arginare l'epidemia. Non vorrei essere filosofico, ma ripeto che il sesso non è contagioso. Voglio dire che una

volta arrivati a quel punto, sareste già stati contagiati per una parola o un bacio dato prima”.

Quindi il sesso non è pericoloso, almeno non di per sé. Ma se uno dei due partner avesse paura di essere contagiato? Come spiegare all'altro il perché si preferisca evitare? La sessuologa e psicologa Sara Padovano afferma

“in generale, in questo momento siamo ancora, con buona parte del cervello, sintonizzati sulla paura del contagio e quando abbiamo paura, la nostra modalità di funzionare è incompatibile con la sfera sessuale. La paura soffoca la libido. Bisogna parlare e spiegare il problema, senza sentirsi in colpa se l'altro non prova la stessa paura. L'empatia aiuta a sintonizzarsi, ad ascoltare e a capire le emozioni dell'altro”.

Il timore del contagio ha sostituito il famoso mal di testa, la più classica delle scuse. Oggi come oggi la motivazione dell'emicrania non sembra reggere più, perché il sesso sembrerebbe prevenire una serie di disturbi, per il rilascio di alcune endorfine durante l'attività sessuale. Il timore del coronavirus, al contrario, è quanto mai concreto. E se da un lato il lockdown avrebbe potuto portare le coppie a riscoprire i momenti di intimità, dall'altro il timore di ammalarsi ha condotto molti italiani a lasciar perdere i momenti di tenerezza. Ad essere maggiormente penalizzati sono state le persone che vivono da sole, chi ha una relazione a distanza o i single che hanno preferito evitare di inserirsi in situazioni che avrebbero potuto portare ad un rapporto per timore di un eventuale contagio.

La quarantena costringe le persone a restare a casa in quasi tutti paesi del mondo, rendendo praticamente impossibile (se non illegale) incontrarsi in alcuni Stati tra cui l'Italia. Tra i tanti a fare le spese di queste misure eccezionali per fronteggiare l'emergenza, ci sono i siti e le app di incontri online. Se non possono servire a darsi appuntamento, adesso questi siti

permettono di incontrarsi nella grande piazza virtuale. Visto che uscire con qualcuno ai tempi del coronavirus è diventato impossibile, uno tra i più celebri siti di incontri, Tinder, ha deciso di aiutare chi sta in casa a conoscere la possibile anima gemella per ora solo online, partendo dall'idea che avere qualcuno con cui parlare può fare davvero la differenza. E così, più aumentano le misure di isolamento fisico più crescono e si allungano le nuove conversazioni su Tinder e diventano internazionali. Dal 26 marzo al 30 aprile 2020, infatti, è stata data la possibilità gratuitamente a tutti, grazie a un aggiornamento di sistema, di decidere in quale città uscire, anche se per ora solo virtualmente, per conoscere persone nuove che vivono anche molto lontane dalla propria area.

Oggi anche dalle pagine social dell'app si leggono inviti a restare a casa con articoli che spiegano come continuare le relazioni intraprese su Tinder anche in assenza di incontri dal vivo. C'è addirittura un manuale sulle 29 cose da scrivere che non riguardino il coronavirus. Secondo i dati di Tinder, in Italia – così come in Spagna – c'è stato un incremento fino al 25% per quanto riguarda le conversazioni quotidiane e, in tutta Europa, in media la durata della conversazione è aumentata dal 10 al 30%.

L'industria californiana del cinema pornografico avrebbe qualcosa da insegnare per uscire in sicurezza dal lockdown e contenere la diffusione del virus nei luoghi di lavoro, racconta la rivista *Statt*. La sua esperienza in materia è cresciuta negli anni Novanta con l'epidemia di HIV, che metteva in serio pericolo la salute degli attori e di conseguenza anche le produzioni cinematografiche del settore, con il loro fatturato annuo di miliardi di dollari.

In quegli anni la Free Speech Coalition, una rete di avvocati che rappresenta diverse aziende dell'intrattenimento per adulti, aveva lanciato in California il piano Pass (Performer Availability Scheduling Services) ancora oggi operativo. Oltre

a offrire consulenze mediche e legali, il PASS fornisce a produttori e artisti un protocollo e un database di test per le malattie a trasmissione sessuale. Con la massima discrezione e tutela della privacy, gli attori si sottopongono a test frequenti ogni due settimane e in caso di positività non possono lavorare fino a che non risultino più contagiosi. Il programma di screening è su base volontaria, ma molti set cinematografici californiani ne richiedono l'adesione.

Il modello PASS, come sostenuto da alcuni, potrebbe essere quello di cui i governi hanno bisogno ora, anche se è difficile immaginare che i politici si rivolgano all'industria del porno per avere dei consigli su come gestire la ripresa delle attività lavorative. Per limitare il rischio di malattie infettive, i set dei film per adulti sono estremamente puliti e le rigorose misure di igiene sono da tempo procedure standard. *“Siamo già abituati a lavorare in un ambiente a rischio di contagio. Il resto del mondo lo sta imparando a fare solo ora”*, commenta Lotus Lain, attrice bisessuale della Free Speech Coalition.

Il piano PASS ha già affrontato alcune delle difficoltà con cui si scontrano oggi i programmi di screening e di salute pubblica per spegnere sul nascere i nuovi focolai d'infezione da Covid-19 e salvaguardare i luoghi di lavoro: dalla sicurezza dei database con informazioni mediche private, alla gestione dei falsi positivi, alla calendarizzazione dei test da ripetere periodicamente per garantire una sicurezza continua nei luoghi di lavoro. Lo stesso Ashish Jha, direttore del Global Health Institute dell'Università di Harvard, lo considera un modello a cui ispirarsi *“L'industria cinematografica per adulti ci insegna che questo strumento può funzionare”*. Nei contesti ad alto rischio, come gli aerei o gli impianti di lavorazione della carne, si potrebbe immaginare, continua Jha, un accesso condizionato all'esito del test: una compagnia aerea, per esempio, potrebbe verificare, accedendo a un database aggiornato, se il

passaggero ha fatto il test e dargli il permesso di viaggiare solo se il test è negativo.

Tuttavia, secondo Robert Gallo, il medico biologo che nel 1983 aveva scoperto il virus HIV insieme a Luc Montagnier e a Françoise Barré-Sinoussi, l'esempio del cinema per adulti è limitato. *“Prevenire la diffusione dell’HIV nell’industria cinematografica è un problema molto più gestibile, rispetto al tenere a freno il nuovo coronavirus”*. Ogni virus è a sé e richiede strategie di controllo diverse. C’è poi da considerare che i test per l’HIV sono stati introdotti per la sicurezza nei luoghi di lavoro un decennio dopo la comparsa del virus e solo dopo anni di ricerca, mentre quelli per il Covid-19 sono ancora in fase di perfezionamento e ci sono molte incognite, come la questione dei risultati falsi positivi causati dalla reattività incrociate con altri coronavirus comuni. Quindi i tempi potrebbero essere prematuri per adottare il modello del programma PASS o altri simili.

La stessa Free Speech Coalition considera che gli attuali test per il Covid-19 non possano essere inseriti nel programma PASS *“Sono utili per fare una diagnosi personale, ma non ancora abbastanza efficaci per garantire set cinematografici sicuri”*. Anche i test sierologici, aggiunge, hanno dei grossi limiti. Quello che funziona in alcuni contesti va considerato con prudenza, perché potrebbe non essere replicabile in altre situazioni, soprattutto se cambiano le condizioni di partenza: il Sars-Cov-2 è un virus sconosciuto, diverso dall’HIV e da molti altri virus.

La paura del contagio, l’impatto psicologico della quarantena e tutte le misure necessarie al contrasto del Coronavirus hanno preso a condizionare anche la vita di coppia interferendo anche con la sfera sessuale. È quanto risulta dal sondaggio svolto dalla Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica (FISS). Il modo in cui la pandemia ha inciso sull’intimità e sulla sfera erotica delle persone è dipeso dalla situazione di partenza dei

singoli soggetti. Per le coppie conviventi, il lockdown ha rappresentato una sorta di “vacanza forzata” che ha portato più tempo e modo per vivere una sessualità diversa.

Per le coppie non conviventi invece, la quarantena ha significato una parentesi più sofferta e che ha portato con sé un aumento dell’autoerotismo, un maggiore utilizzo di siti porno e pure di webcam, per mantenere un contatto virtuale con il partner. Infine, per i single, la quarantena ha significato un vero e proprio isolamento dal punto di vista sessuale e ha portato un grande utilizzo di Internet.

L’uso del materiale pornografico appare lo stimolo prevalente ma si registrano anche comportamenti più esplorativi, propositivi, di novità perché per esempio il 18% ha messo in atto fantasie, l’11% ha provato una nuova posizione, il 18% ha cercato informazioni sulla salute sessuale su Google e il 7% ha fatto telefonate sessuali. Il risultato della somma di maggior tempo a disposizione e di nuovi comportamenti è stato quello di un miglioramento dell’esperienza orgasmica.

La sessualità tra i giovani non sembra essere cambiata di molto con il Covid, perché nell’adolescenza esiste un senso di onnipotenza che è tipico e fisiologico dell’età. I giovani pensano che agli altri possa capitare qualcosa ma a loro no, non solo a livello sessuale ma in tutti gli ambiti.

Entrando nello specifico, per avere un buon desiderio sessuale bisogna stare bene con se stessi, non essere vittime di stress e preda di preoccupazioni. Sotto questo aspetto durante la pandemia sono i genitori a essere più colpiti dei giovani. Per chi ha perso il lavoro, il reddito o chi ha lavorato in smartworking con dei bambini piccoli a casa è stata una sfida complessa e articolata. Invece, i ragazzi che non hanno ancora questi pesi sulle spalle, ma si vedono sottrarre il futuro, possono entrare in una strada di depressione che è il contrario del desiderio.

L'elemento importante da sottolineare ancora una volta è che il Sars-Cov 2 penetra attraverso le vie respiratorie, ed è presente nella saliva e nelle secrezioni delle vie respiratorie.

Anche l'acquisto di sex toy è in netta ascesa: nel mese di marzo 2020, il vibratore MVP, o Womanizer che dir si voglia, ha registrato un'impennata negli acquisti del 175 per cento. E quando l'immaginazione è esausta c'è una pletera di contenuti adulti che soddisfa ogni desiderio: basta un click in Modalità Incognito.

Ma nessun aumento di engagement e visualizzazioni può astenere i produttori dell'industria del porno dall'ingoiare una pillola amara: al momento è impossibile creare nuovi contenuti. Gli shooting fissati sono stati cancellati, le uscite prontamente riprogrammate, i filmmaker si sono trovati disoccupati e senza alcun ammortizzatore sociale a disposizione. Intanto, gran parte delle sex worker si sono riversate sui siti di cam girl per avere almeno un'entrata stabile. Le case di produzione indipendenti apprezzano certo l'aumento di pubblico, ma nel frattempo sono obbligate a trovare nuovi metodi per riprendere, rischiando di finire i video da pubblicare già girati in precedenza.

Parlare di sessualità in questi tempi risulta un po' difficile: potrebbe sembrare di essere inopportuni di fronte alla sciagura, di contravvenire ad un tacito accordo censorio. Non nascondo che temevo di essere sanzionato (non da parte del mio editore), perché sconfinavo, semplicemente parlandone, dall'area di sicurezza. Sotto il peso dell'angoscia, del dolore e della morte che sta strappando via tante vite e tanti affetti ho avuto la paura di affrontare la vita, nonostante anch'io spesso mi sia sentito paralizzato da un senso di morte. Non sono mancate le fantasiose accuse alla sessualità quale responsabile del male, come in altre epoche: corsi e ricorsi storici.

Tra le strategie per difendersi dall'angoscia sono state utilizzate la negazione o il diniego ipomaniacale. Si è insinuata però

anche una difesa più proiettiva, di tipo paranoide, che trova nella persecutorietà la possibilità di scagliare all'esterno aspetti inaccettabili, inaffrontabili, la rabbia, l'impotenza e la paura. Una proiezione che testimonia il bisogno di individuare un colpevole, perché si rifiuta l'accettazione di una logica naturale. Ci sarà e chi sarà il responsabile? Qualcuno ha pensato di additare questa colpa proprio alla sessualità (ancora una volta!) come era già accaduto rispetto ad altre malattie e calamità.

Negli Stati Uniti il reverendo Drollinger della Casa Bianca, l'arcivescovo Carlo Maria Viganò e, in Europa, il patriarca d'Ucraina Filarete hanno affermato che l'attuale pandemia di Coronavirus sarebbe in parte causata dall' "ira di Dio" contro le persone che hanno una "propensione al lesbismo e all'omosessualità". Il cardinale Burke poi ha indicato il "gender" una delle cause di questa "punizione divina". La caccia all'untore riecheggia nuovamente!

La sessualità soffre anche perché si trova a fare i conti con la prepotenza di una pulsione di morte, Thanatos, rinfocolata dalla condizione attuale.

Se la pulsione di morte intrecciata ad Eros non conduce al disinvestimento, all'apatia, alla passività, alla noncurante ripetizione dell'identico, può aiutare a ridefinire creativamente aspetti identitari e permettere di godere di una sessualità non parziale e imbricata all'affettività.

Il distanziamento sociale rallenta la diffusione del virus ma reprime o cambia il nostro bisogno di relazione: dal ripiego nell'autoerotismo e allo spegnimento del desiderio.

La convivenza forzata e continuativa addormenta le fantasie e riduce (talora paradossalmente) gli spazi di intimità.

Gli innamorati distanziati vivono di videochiamate, di e-mail cariche di amore e di passione, di attesa e di desiderio. La sessualità depauperata si trasferisce in un apparecchio elettronico o scorre dentro il filo (nemmeno più quello!) del telefono. Il contatto attraverso lo schermo del cellulare o del

computer appiattisce il rapporto, riducendolo ai sensi dell'udito e della vista (e senza la possibilità di reciproco contemporaneo scambio degli sguardi): niente pelle, nessun odore, nessun calore.

Molti si affidano alle chat erotiche e la sessualità diventa sexting ¹⁶: l'altro perde ogni soggettività, predominano i desideri di possesso e le fantasie di appropriazione.

¹⁶invio di testi o immagini sessualmente espliciti

III CAPITOLO

COVID-19: SALUTE, DIRITTI E LIBERTA'

a cura di Marina Malgeri

L'11 marzo 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità dichiarò il COVID-19 pandemia.

Fino a quel momento l'epidemia si era diffusa a Wuhan, in Cina, dal dicembre 2019, portando il Centro di Controllo e Prevenzione delle Malattie cinese ad identificare una nuova patologia con agente eziologico il nuovo coronavirus. Il 22 gennaio 2020 l'OMS, pertanto, dichiarò lo stato di allerta, trasformato dopo soli otto giorni in stato di emergenza sanitaria globale.

Nel momento in cui si scrive questo testo, i casi confermati di Covid-19 nel mondo sono circa 174 milioni, e le persone decedute quasi 4 milioni.¹⁷

Quasi tutti i Paesi del mondo hanno imposto forme di restrizione alla libertà di movimento delle persone e altri diritti umani, nel tentativo di contenere la diffusione del virus.

Secondo l'OMS il Covid-19 ha caratteristiche peculiari e pericolose per le quali è necessario intervenire in maniera incisiva attraverso l'attuazione di specifici piani pandemici. Tali caratteristiche sono la diffusione rapida in tutto il mondo

¹⁷ Dato aggiornato all'11 giugno 2021, <https://covid19.who.int/>

della malattia, con un conseguente sovraccarico dei sistemi sanitari, anche quelli più organizzati; una letalità superiore al 3%, in particolare su gruppi di persone con età più avanzata e affetti da co-morbilità. Inoltre, si stima una criticità dei casi superiore al 20% degli infetti e un grave impatto sociale ed economico, dato dall'adozione di misure anti-contagio.

In Italia il primo paziente Covid-19 fu identificato il 20 febbraio 2020 a Codogno, in provincia di Lodi. L'inizio della fase pandemica e la diffusione sul territorio nazionale ha indotto il Governo italiano a dichiarare un lockdown nazionale, a seguito della chiusura locale di alcune aree più colpite, in particolare in Lombardia, portando così tutte le regioni ad attivare misure di contenimento. Queste sono rese necessarie per rallentare la diffusione del virus, per salvaguardare le fasce più fragili della popolazione e per evitare il collasso dei sistemi sanitari nazionali.

Tali misure, tuttavia, hanno prodotto effetti devastanti su molti ambiti della vita umana e organizzativa: l'aspetto sociale, lavorativo, economico, di aggregazione, culturale, formativo e di salute psicologica, sono solo alcuni delle aree minate nel tentativo di arrestare il Covid-19.

Le misure di contenimento della pandemia hanno portato al centro del discorso quotidiano alcune parole fondamentali, entrate nelle case di ciascuno a partire principalmente dalle disposizioni attuate sul territorio nazionale.

La parola essenzialità, ad esempio, continua ancora oggi ad essere parte della nostra esistenza. I lavoratori essenziali e i servizi essenziali hanno fatto sì che si facessero i conti con quella che, durante una grave emergenza sanitaria, è stata considerata l'essenza su cui si basa la nostra sopravvivenza.

Il concetto di sopravvivenza è iscritto in un arco temporale medio breve che presuppone lo stabilizzarsi di una situazione di emergenza in cui bisogna sapersi adattare e resistere, favorendo e attendendo il passaggio ad un tempo migliore.

Anche il concetto di essenziale, applicato ad una situazione di sopravvivenza, ci fa intendere la necessità di individuare gli elementi chiave per poter raggiungere il nostro obiettivo.

La pandemia da Covid-19 ha posto i popoli davanti alle condizioni sopra descritte. Ha fatto sì che gli obiettivi della nostra esistenza, e della nostra sopravvivenza, fossero ben chiari: non ammalarsi e continuare a soddisfare i bisogni primari, determinando così l'essenzialità dei nostri gesti quotidiani, dei mestieri da non mettere in discussione e dei servizi da dover garantire. E di conseguenza, ponendo le restrizioni necessarie su tutto ciò che mina il raggiungimento degli obiettivi citati.

Ciò che viene posto in secondo piano per garantire la sopravvivenza è quindi l'elemento relazionale e spirituale della nostra esistenza.

Il diritto alla salute inteso come diritto primario dell'individuo e interesse della comunità è posto al centro del dibattito, in quanto, in situazione di grave emergenza sanitaria, ha subito la necessità di un ripensamento. L'assenza di malattia, e non il completo benessere fisico, mentale e sociale, è stata la *conditio sine qua non* per una tenuta dei sistemi sanitari, della nostra capacità di protezione individuale e dei nostri cari e della capacità di tutela della collettività. Il diritto alla salute collettiva, obiettivo primario che ha condotto alle restrizioni di altre libertà, prende in origine in considerazione il concetto salute in maniera olistica.

Le conseguenze non immediate della pandemia hanno prodotto gravi crisi sul piano psichico, sociale ed economico ed è necessario evidenziarle se si vogliono apportare gli adeguati cambiamenti.

Insieme al discorso in merito al diritto di salute, sono stati limitate anche le libertà personali, di circolazione e di soggiorno, di riunione, di associazione, di istruzione e di cultura.

La gestione della pandemia ha colpito in maniera disuguale le fasce di popolazione, in base al reddito, all'estrazione sociale, alla condizione lavorativa e all'età. Il diritto alla salute è stato correlato al diritto alla vita, ma distanziato dal discorso medico e più attento all'aspetto sociale.

Se poi si pensa al diritto alla salute legato al tema delle garanzie alla cura, poi, esso ha subito un forte collasso legato all'impossibilità di tenuta del sistema sanitario, che ha portato i professionisti alla scelta di chi curare o ha reso superficiali le cure non salvavita.

La visione d'insieme del cambiamento del concetto di diritto alla salute permette di analizzare quanto emerso, ci fa prendere coscienza di quali sono gli scogli contro cui il nostro sistema si scontra e che necessitano, in una fase emergenziale, di essere gestiti a garanzia del più alto numero di tutele possibili, e in una fase successiva, di essere considerati e rivisitati con uno sguardo globale che tenga in considerazione la salute come benessere e il sistema sanitario pubblico come garante di quest'ultimo.

Come già accennato, le limitazioni hanno portato gli individui all'utilizzo di una grande componente resiliente per fronteggiare i fattori di stress. L'importanza di queste limitazioni, tuttavia, è accompagnata dal concetto di temporaneità, altro termine fortemente preso in considerazione in questo ultimo anno. Solo il carattere temporaneo è in grado di tramutare per l'individuo il concetto di limitazione con il concetto di responsabilità, fornendo una motivazione matura e di carattere collettivo utile per stare all'interno della regola.

L'emergenza, che per sua natura è circoscritta nel tempo, giustifica e motiva la capacità dell'individuo di affidarsi, anche all'interno di un sistema molto rigido.

Tutto questo non senza effetti collaterali, soprattutto quando la straordinarietà perde il suo elemento temporale, diventando ordinarietà con cui convivere.

A quanto citato fino ad ora si aggiungono ulteriori violazioni delle libertà, che si sono manifestate durante il corso di quest'ultimo anno, falsamente legittimate dal rischio epidemiologico.

La stampa ha denunciato l'utilizzo della forza da parte della polizia in Italia, in diverse occasioni, giustificata dal tentativo di fronteggiare l'emergenza sanitaria.

Il 14 aprile 2020 a Catania un uomo è stato aggredito da alcuni agenti ad una fermata dell'autobus. L'uomo si trovava all'esterno della sua abitazione senza motivi giustificabili e pare soffrisse di un disturbo psichico. Tuttavia, secondo quanto afferma Amnesty International, non c'erano elementi di pericolosità sociale che giustificassero un intervento coercitivo da parte della polizia.

A Milano, il 25 aprile 2020, un gruppo di attivisti è stato aggredito da parte delle forze di polizia mentre si recava verso una targa in commemorazione dei partigiani della Seconda guerra mondiale. Un video girato dai residenti mostra la forza spropositata utilizzata dagli agenti nei confronti del gruppo.

Il diritto internazionale sui diritti umani afferma che l'utilizzo della forza da parte del corpo di polizia può essere utilizzato solo se necessario al raggiungimento di uno scopo legittimo. Tuttavia, in nessuna circostanza le autorità possono fare ricorso all'utilizzo della forza o alla custodia cautelare per disperdere assembramenti creati durante il periodo di lockdown. Tale principio ha anche il fine di non favorire potenziali occasioni ulteriori di contagio: la vicinanza tra persone, il contatto o il sovraccarico del sistema carcerario rischiano di incrementare la diffusione del virus e affaticare ulteriormente il servizio sanitario.

In almeno 60 paesi in cui Amnesty International è attiva sono stati registrati episodi di utilizzo della forza spropositata da parte del corpo di polizia, che hanno trasformato un problema sanitario in una questione di ordine pubblico.

Inoltre, facendo leva sulla paura del contagio, molti paesi hanno introdotto limitazioni al diritto internazionale relativo all'accoglienza, ai diritti umani e alla libertà di espressione.

In materia di salute pubblica è necessaria l'adozione di provvedimenti inerenti che limitino o annullino l'utilizzo della forza e della repressione. È pertanto necessario l'intervento delle autorità pubbliche che circoscrivano le responsabilità e i compiti ad organi specifici, evitando di lasciare margine all'uso del potere personale. Inoltre, rimane di fondamentale importanza che l'utilizzo della forza risponda ai principi di necessità e proporzionalità.

Si riportano di seguito alcuni dati registrati da Amnesty International¹⁸ riguardanti l'uso della forza da parte della polizia in relazione alle misure anti-contagio: nella Repubblica Dominicana tra il 20 marzo e il 30 giugno 2020 sono state arrestate circa 85.000 persone con il sospetto di aver violato il coprifuoco; inoltre, diversi filmati, mostrano come la polizia abbia utilizzato la forza contro persone che non indossavano le mascherine senza adottare distanziamento fisico: in Angola sette uomini sono stati arrestati mentre si recavano a comprare del cibo; nelle Filippine 100.846 persone sono state arrestate per presunte violazioni alle regole anti-contagio; in Argentina il giovane Facundo Astudillo Castro è scomparso a seguito del suo arresto avvenuto il 30 aprile 2020 per violazione della quarantena nazionale e un corpo che potrebbe essere il suo è stato ritrovato nei primi giorni di settembre da una squadra indipendente; in Russia la dottoressa Anastasia Vasilyeva, leader del sindacato dei medici, è stata arrestata dopo aver denunciato le debolezze del sistema sanitario. Con lei erano presenti colleghi e giornalisti e l'arresto è avvenuto durante una consegna di rifornimenti sanitari. In Polonia in diverse

¹⁸Amnesty International, *Covid-19 Crackdowns. Police abuse and the global pandemic*, COVID-19-CRACKDOWNS.pdf

occasioni la polizia ha multato proteste pacifiche e nel rispetto delle norme anti-covid contro la decisione di condurre le elezioni presidenziali per via postale e contro la corruzione del sistema giudiziario. Centinaia di manifestanti sono stati arrestati per aver esercitato il diritto di assemblea.

Anche in materia migratoria sono stati registrati diversi abusi perpetrati dalle forze di polizia o dai governi, i quali hanno utilizzato la pandemia come giustificazione per espellere o non accogliere, violando il diritto umanitario. In molti casi sono stati registrati attacchi, insulti o utilizzo di capi espiatori contro persone migranti accusate di diffondere il contagio. In Libia sono stati portati avanti continui attacchi contro i migranti nei campi profughi, accusati di diffusione del Covid e, nel 2020, almeno 5000 persone sono state espulse senza la possibilità di richiedere la protezione internazionale. Essere portatori di malattie contagiose è stata una delle motivazioni citata per giustificare l'espulsione. Amnesty International ha dichiarato come alcune comunità siano state maggiormente soggette ai controlli della polizia, dimostrando pregiudizi razziali e mancata tutela dei diritti umani: a Londra gli arresti e le perquisizioni nei confronti delle persone di colore sono aumentati esponenzialmente; a Seine-Saint-Denis, un paese nella regione di Parigi, i controlli della polizia sono stati più del doppio della media nazionale e il numero di multe tre volte più alto che nel resto della Francia. Inoltre, in diversi contesti sono stati utilizzati insulti razziali durante i controlli anti-covid.

Anche i rifugi LGBTI+, ospitanti comunità informali di persone omosessuali o transgender, hanno subito incursioni delle forze dell'ordine, perquisizioni o arresti, con la motivazione di "diffusione di infezioni e disobbedienza", in particolare in Uganda, Kenya e Sri Lanka. Stessa sorte è toccata a *sex workers* e *homeless*, anche in Italia. Persone in emergenza abitativa e in condizioni di fragilità sono state spesso arrestate o multate in quanto non in grado di rispettare

le norme anti-contagio, vivendo in strada o all'interno di insediamenti informali, contesti di abusivismo e sovraffollamento.

Dati certi ormai indicano quanto, ancor di più in una condizione di pandemia, sia necessario moderare l'utilizzo di forza, abuso e arresti che, oltre a garantire i diritti dei più fragili, limita la diffusione del contagio. L'abuso della forza, in realtà, vanifica l'azione stessa di repressione se essa è svolta con la funzione di interrompere la diffusione del virus, creando un circolo vizioso in cui si incrementa la diffusione stessa, in particolare tra gli arrestati.

Le forze di polizia dovrebbero astenersi il più possibile da trattenere in custodia cautelare qualsiasi persona, adottare adeguate misure preventive durante gli arresti, ricorrere all'arresto e alla detenzione solo in situazioni di urgenza, evitare di utilizzare la forza o i gas lacrimogeni per disperdere gli assembramenti. Inoltre, gli Stati dovrebbero essere in grado di garantire luoghi di accoglienza per persone senza dimora, rifugiati, costrette a scappare perché vittime di violenza e evitare sfratti ed espulsioni illecite.

L'OMS a seguito della dichiarazione dell'11 marzo 2020, ha pubblicato alcune raccomandazioni sanitarie, con il fine di prevenire la diffusione del contagio e parallelamente limitare gli effetti negativi della pandemia. Gli Stati dovrebbero pertanto dovrebbero introdurre misure restrittive garantendo alcuni criteri: le basi scientifiche prese in esame, l'utilizzo di misure meno invasive possibili e ragionevolmente disponibili e il rispetto dei diritti umani e delle libertà fondamentali degli individui.

Una valida risposta all'emergenza sanitaria è data dal più alto livello di equilibrio possibile tra il mantenimento dei diritti imprescindibili e la tutela della salute pubblica.

Il diritto internazionale, tuttavia, prevede la limitazione della maggior parte dei diritti umani in condizioni di straordinarietà

date, ad esempio, dalla protezione della salute collettiva. Tali limitazioni devono necessariamente essere dettate dalla legge ed essere proporzionate all'ottenimento di un obiettivo legittimo.

Di fronte all'emergenza in corso, pertanto, è necessario ritrovarsi sempre più preparati per trovare un equilibrio che garantisca il maggior livello di godimento dei diritti all'interno del vincolo delle limitazioni giuste e necessarie per la tutela della salute pubblica. Bisogna altresì tenere in considerazione quanto ogni diritto umano imprescindibile sia in stretta correlazione con gli altri e che la tutela e la garanzia di una possa, in un'ottica circolare e complementare, portare beneficio e godimento anche degli altri, compreso il diritto alla salute.

A livello europeo, la Segretaria Generale del Consiglio d'Europa, Marija Pejčinović Burić, ha pubblicato un toolkit per tutti i governi sul rispetto dei diritti umani, della democrazia e dello Stato di diritto durante la crisi pandemica

*“Il virus sta distruggendo un gran numero di vite umane e molto altro di tutto ciò che abbiamo di più caro. Non dobbiamo permettere che distrugga i nostri valori fondamentali e le nostre società libere. La principale sfida sociale, politica e giuridica che devono affrontare i nostri Stati membri sarà quella di dimostrare la loro capacità di reagire efficacemente a questa crisi, garantendo al contempo che le misure adottate non pregiudichino la nostra reale attenzione sul lungo periodo alla salvaguardia dei valori fondanti dell'Europa: rispetto dei diritti umani, della democrazia e dello Stato di diritto”*¹⁹

Il toolkit contribuisce a supportare e garantire che le misure adottate dagli Stati membri mantengano l'equilibrio prima citato e verte su quattro aree: le deroghe concesse alla convenzione europea dei diritti dell'uomo in situazioni di emergenza; il ri-

¹⁹ <https://www.coe.int/it/web/portal/-/coronavirus-guidance-to-governments-on-respecting-human-rights-democracy-and-the-rule-of-law>.

petto dello Stato di diritto e dei principi democratici; le norme in materia di tutela dei diritti umani e in particolare della libertà di espressione, della tutela dei dati personali, della discriminazione e del diritto all'istruzione; infine, la tutela da criminalità e violenza, in particolare di genere.²⁰

L'emergenza sanitaria ha costretto gli individui alla drastica modifica delle loro abitudini e ha portato alla limitazione delle libertà individuali. I provvedimenti presi hanno cambiato il *modus operandi* dei servizi socio-sanitari-assistenziali e culturali e, nello specifico, i sistemi d'accesso. I servizi per persone con disabilità, l'assistenza sociale, le scuole di ogni ordine e grado, i sostegni dedicati alle persone con fragilità, le cure sanitarie o sociosanitarie legate a tutte le patologie, hanno subito degli arresti o dei rallentamenti nella prima fase di pandemia.

In un discorso di tipo sociologico e antropologico più ampio, si prende qui in considerazione una doppia reazione della popolazione di fronte all'emergenza descritta.

L'epidemia da Covid-19 ha evidenziato ovunque grandi occasioni di solidarietà. In Italia si è vista l'attivazione e la disponibilità, soprattutto tra le fasce più giovani della popolazione che, considerandosi meno a rischio da un punto di vista della salute, si sono rese disponibili per aiutare famiglie, anziani e adulti in condizione di fragilità attraverso differenti azioni.

A Milano, per esempio, hanno preso vita le Brigate Volontarie per l'Emergenza, raggruppando giovani già attivi in forme autorganizzate, ed entrate a far parte della rete comunale ed istituzionalizzata metropolitana. Tali organizzazioni hanno portato avanti la raccolta, lo stoccaggio e la distribuzione

²⁰ È possibile consultare il toolkit completo al seguente link: <https://rm.coe.int/sg-inf-2020-11-respecting-democracy-rule-of-law-and-human-rights-in-th/16809e1f40>

capillare sul territorio di pacchi alimentari e beni per l'infanzia o di cancelleria.

A Padova è nata l'iniziativa Segni Dalla Strada, il progetto che ha visto nove artisti realizzare opere d'arte, il cui ricavato è stato destinato al supporto delle persone più fragili. L'iniziativa ha fatto parte di "Noi ci siamo", campagna promossa dal Comune insieme al CSV (Centro Servizi per il Volontariato) e alla diocesi, finalizzata al supporto dei cittadini più colpiti dalla pandemia.

In tutto il territorio hanno preso sempre più vita gruppi di persone che hanno messo le loro competenze a disposizione della collettività: tecnici informatici in grado di rigenerare computer per permettere ad adulti e bambini in difficoltà di poter lavorare in smartworking o seguire la didattica a distanza, medici e operatori sanitari che dopo il turno di lavoro si sono recati a domicilio o in altre strutture per fornire assistenza, fattorini e operatori disposti alla distribuzione dei pasti alle persone senza dimora.

Le persone in condizione di grave marginalità ed emergenza abitativa hanno beneficiato di grande sensibilità in diverse grandi città italiane, dove si sono attivati centri di accoglienza temporanea in collaborazione con le ONG competenti, con la funzione di accogliere e allo stesso tempo prevenire il contagio.

²¹ Un'altra attenzione e sensibilità è stata data ad individui soggetti a discriminazione e violenza domestica, costretti in casa durante il lockdown, attraverso linee telefoniche di supporto e alla disponibilità di volontari in grado di supportare e aiutare in momenti di grave pericolo.

Parallelamente a queste forme di solidarietà sono state attuate discriminazioni importanti nei confronti dei lavoratori sanitari e sociali essenziali, sia da parte dell'opinione pubblica che da

²¹ Per maggiori approfondimenti si veda il paragrafo 3.2

parte dei sistemi sanitari non in grado di garantire tutele efficaci.

Amnesty International al riguardo propone diversi report interessanti; nell'ottobre 2020 ha scritto

“Anche se non esiste attualmente un tracciamento globale, sappiamo che oltre 7000 operatori sanitari sono morti a causa del Covid-19. Gli stati con il maggior numero di morti tra gli operatori sanitari sono Messico (1320), Usa (1077), Regno Unito (649), Brasile (634), Russia (631), India (573), Italia (241), Sudafrica (240), Perù (183), Iran (164) ed Egitto (159). I dati sono tuttavia incompleti e registrati con diverse modalità dai singoli stati. Molti governi non hanno introdotto tutte le tutele necessarie per il loro lavoro, esponendoli a rischi e danni gravissimi. In quasi tutti i 63 paesi presi in esame, Amnesty International ha rilevato scarsa disponibilità di dispositivi di protezione individuale (DPI), con molti operatori costretti ad acquistarli personalmente e altri a protestare per ottenerli, come in Sudafrica”²²

In molti paesi gli operatori che hanno denunciato o scioperato sono stati sottoposti a richiami, a licenziamento o a rappresaglie e arresti (ad es. in Egitto). In Nicaragua, onde evitare allarmismo, in una prima fase gli operatori sono stati obbligati a non utilizzare DPI. Lo stesso è avvenuto al Pio Albergo Trivulzio di Milano, dove ancora oggi sono in corso indagini per l'accusa di omicidio ed epidemia colposa; gli infermieri interrogati hanno dichiarato di aver subito minacce e intimidazioni per evitare che usassero le mascherine e spaventassero i pazienti.

In tutto il mondo gli operatori sanitari sono stati sottoposti a carichi di lavoro eccessivo senza un'adeguata retribuzione e il Covid-19 non è stato riconosciuto malattia professionale. Infine, spesso sono stati soggetti di discriminazione e stigma, etichettati come “untori”, anche in Italia.

²²T. Marinari, *Covid-19 Operatori Sanitari a Rischio*, IAMNESTY, n. 4, ottobre 2020, pag. 8

Gli operatori sanitari in prima linea sono stati attaccati dai parenti dei pazienti e colpiti da dure critiche per le carenze e per le scelte adottate dai ministeri della salute o dagli organi di competenza. È risaputo che durante la prima fase della pandemia è stato necessario, talvolta, prendere alcune scelte su chi curare a causa della mancanza di posti letto, portando il personale ospedaliero ad un alto livello di esposizione ad attacchi verbali e fisici.

Gli operatori sanitari sono stati per lunghi mesi a contatto con la morte e con la sofferenza, spaventati dall'idea di potersi contagiare o di contagiare i propri pazienti e familiari a casa. Le forti condizioni di stress, i prolungati orari di lavoro, il mancato riconoscimento della propria professione o delle indennità previste, i mancati riconoscimenti per tutti coloro che sono stati in prima linea ma non sono stati riconosciuti come operatori sanitari da tutelare (farmacisti, infermieri a domicilio, coordinatori di strutture di accoglienza con un alto numero di ospiti) hanno creato gravi ripercussioni sulla salute mentale. Chiamarli "eroi" non ci deve far dimenticare l'elemento di umanità di tutti coloro che hanno messo da parte la propria sicurezza per occuparsi degli altri, che li rende persone a rischio e portatori di un diritto di maggiore tutela e supporto che, ancora oggi, non siamo riusciti a garantire.

Altra attenzione particolare, già accennata sopra nominando il Pio Albergo Trivulzio di Milano, è data agli anziani e alla gestione della pandemia all'interno delle residenze per anziani. Tra gennaio e maggio 2020 in Lombardia sono stati registrati 16.262 decessi COVID-19. Secondo quanto dichiarato dall'ex assessore al Welfare della Regione Lombardia Giulio Gallera, nello stesso periodo i decessi nelle RSA sono stati 3139, ovvero 1/5 dei decessi totali. Nel conteggio dei dati bisogna tenere comunque presente l'assenza di tamponi di quel periodo, per cui rimangono esclusi tutti coloro deceduti per i quali non si è potuto accertare la presenza di covid-19.

*“Nel rispondere alla pandemia, il governo italiano e le autorità regionali non sono riusciti a intraprendere misure tempestive per tutelare la vita e i diritti delle persone anziane presenti nelle strutture residenziali sociosanitarie e, di fatto, hanno adottato politiche e consentito pratiche che hanno messo a rischio la vita e la sicurezza sia degli ospiti che degli operatori sanitari. Tali decisioni e politiche hanno prodotto o contribuito a determinare violazioni dei diritti umani degli ospiti anziani residenti, in particolare del diritto alla vita, alla salute e alla non discriminazione. Hanno anche avuto un impatto sui diritti alla vita privata e familiare degli ospiti delle strutture ed è possibile che, in certi casi, ne abbiano violato il diritto a non essere sottoposti a trattamenti inumani e degradanti”.*²³

Le residenze per anziani non erano preparate, nonostante la maggiore condizione di vulnerabilità dei propri ospiti alla pandemia. Le visite dall'esterno di parenti e conoscenti sono state lasciate alla discrezionalità delle regioni o dei dirigenti fino a metà marzo 2020 circa e, nel mentre, all'interno delle strutture sono stati inviati dagli ospedali pazienti covid positivi senza che ci fossero delle adeguate misure di prevenzione della diffusione del contagio. L'8 marzo dello stesso anno, al culmine della pandemia e con l'Italia intera in lockdown, la Regione Lombardia assume la decisione di dimettere pazienti covid positivi dai reparti ospedalieri con l'intento di liberare posti letto, inviandoli nelle RSA. Da diverse interviste condotte dal gruppo Amnesty emergono testimonianze di operatori sanitari che confermano come i pazienti venissero spostati all'interno delle strutture per anziani, talvolta senza specificare se fossero covid positivi o, addirittura, dichiarando la negatività senza un tampone realmente effettuato. Infermieri e personale sanitario, inoltre, veniva continuamente spostato da un reparto

²³ Amnesty International Italia, *Abbandonati: violazione del diritto alla vita, alla salute e alla non discriminazione delle persone anziane nelle strutture sociosanitarie e socioassistenziali durante la pandemia in Italia, 2020*

all'altro, contribuendo alla diffusione del contagio. Molti dirigenti di RSA affermano di essersi sentiti obbligati ad accettare pazienti covid-19 di fronte alla richiesta delle Regioni, principali finanziatori delle strutture private accreditate.

Inoltre, anche in questo caso, l'assenza di DPI e tamponi ha rappresentato uno dei problemi principali che ha condotto all'incremento delle mortalità tra gli ospiti più fragili e il contagio tra il personale.

Il 30 marzo 2020 la Regione Lombardia, attraverso una direttiva, dichiara opportuno che ai pazienti delle strutture sociosanitarie, di età superiore ai 75 anni, con sintomi COVID-19 e con presenza di più co-morbilità, vengano prestate le cure presso le strutture stesse, limitandone l'accesso all'ospedale. La decisione, che in un momento di grave affaticamento del sistema sanitario doveva prevedere una valutazione caso per caso dei bisogni clinici, si è spesso tramutata in un rifiuto generalizzato di accogliere i pazienti anziani, senza veri e propri triage, violando così apertamente il diritto alla salute previsto dalla Costituzione italiana.

3.2 INCLUSIONE, POVERTÀ E GRAVE MARGINALITÀ

L'articolo 32 della Costituzione italiana stabilisce che *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*.

La modifica delle modalità di accesso e fruizione dei servizi essenziali ha fortemente messo in discussione questo diritto.

Se a pagarne le conseguenze in un primo momento è stata la quasi maggioranza della collettività, con il passare del tempo gli effetti dell'impossibilità di pieno godimento del diritto alla salute sono stati visibili, come spesso accade, sui gruppi più marginalizzati che faticano ad accedere al servizio sanitario o non sono in possesso di standard igienici necessari per evitare la contrazione del virus.

La salute, come ormai assodato, non è solo salute fisica, ma completo benessere fisico, psicologico e sociale.

L'OMS ha definito la pandemia in corso non solo emergenza sanitaria ma anche psichica.

La situazione di lockdown ha provocato solitudine; come riportato da numerosi studi, il prolungato senso di isolamento rappresenta un fattore di rischio per il benessere cognitivo e psichico, oltreché sociale, favorendo lo sviluppo di malattie e disturbi neurologici e mentali, come ansia e depressione, spesso anche con ideazioni suicidarie. In condizioni meno allarmanti, l'isolamento provoca flessioni dell'umore, tristezza, insofferenza, rabbia, comportamenti aggressivi e oppositivi.

Dal punto di vista dell'inclusione sociale, alcune prime stime dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL) evidenziano che

*“la crisi economica e del lavoro causata dal COVID-19 potrebbe incrementare la disoccupazione nel mondo di quasi 25 milioni. Sulla base di possibili scenari delineati dall'OIL, le stime indicano un aumento della disoccupazione globale che va da 5,3 a 24,7 milioni. Questa si sommerebbe ai 188 milioni di disoccupati nel mondo nel 2019.”*²⁴

Le stime inoltre prediligono una maggiore crisi nelle fasce già fragili della popolazione, con un conseguente incremento delle disuguaglianze. Lavoratori molto giovani o molto anziani e

²⁴https://www.ilo.org/rome/approfondimenti/WCMS_739996/lang--it/index.htm

lavoratori migranti rischiano di rimanere esclusi da un mondo del lavoro sempre più fermo, settoriale e improntato sull'uso delle nuove tecnologie.

Le donne rappresentano un'altra grande categoria a rischio nel mondo del lavoro e i passi avanti svolti negli ultimi anni per la loro uguaglianza sociale sono stati parzialmente vanificati a causa delle misure anti-contagio che hanno previsto la chiusura delle scuole.

La pandemia ha reso normale il lavoro da remoto. Da un'inchiesta dell'Economics si evince che negli Stati Uniti solo una donna su 50 lavorava da casa a tempo pieno prima della pandemia. Ad aprile 2020 1 donna su 3 utilizzava lo smartworking. Se questa scelta, spesso, si sposa bene con la necessità di accudimento dei propri figli, tuttavia si evince anche che nella scelta tra uomo e donna, sarà per prima la donna a subire una variazione contrattuale e di stipendio data dal lavoro agile e che solo le donne con maggiori strumenti e posizioni lavorative altolocate riusciranno a proseguire: le donne meno istruite subiranno un calo di offerte di lavoro e un aumento di incombenze familiari che renderanno le prospettive di inclusione lavorative più scoraggianti.

L'esclusione dal mondo del lavoro nell'ultimo anno ha portato, soprattutto nelle fasce più deboli, un incremento di stress con patologie legate all'ansia e alla depressione. L'impatto psicologico dato dalla solitudine, dalla difficoltà economica e dalla mancanza di attività durante il giorno rischia di portare ad un generale stato di apatia, alla difficoltà a riattivarsi, a fatica nel controllo delle emozioni nella conduzione della vita quotidiana. A questi fattori si aggiungono i già ampiamente nominati studi sugli impatti psicologici e sociali di coloro che hanno contratto il virus.

Il Covid-19 ha aggravato situazioni già ampiamente compromesse; inoltre, la tutela dei diritti umani, che

rappresenta una battaglia quotidiana in talune occasioni, ha subito un grave contraccolpo.

Dal rapporto 2020-2021 di Amnesty International emergono alcune situazioni che evidenziano come il settore della grave marginalità ne sia rimasto fortemente colpito. Nonostante in Italia siano stati sospesi gli sfratti dalle abitazioni, ad agosto 2020 l'insediamento Rom al Foro Italico a Roma ha subito uno sgombero che ha visto centinaia di famiglie senza un luogo dove vivere in un momento di grave emergenza sanitaria. Persone senza dimora in tutta Italia non hanno potuto accedere ad alloggi, mense, centri diurni, dormitori e docce pubbliche a causa della chiusura. A Milano i nuovi ingressi presso i dormitori sono stati bloccati e questi ultimi hanno subito gravi fattori di stress nel tentativo di contenere la diffusione del virus al suo interno. Casa Jannacci, il centro di accoglienza per persone senza dimora di proprietà del Comune di Milano, che accoglie fino a 630 posti nel periodo invernale, ha dovuto alleggerire e smistare i suoi ospiti in due centri di accoglienza temporanei, il primo allestito presso il Centro Sportivo Saini e il secondo presso la tensostruttura Social Music City in Scalo Romana. L'alleggerimento è avvenuto nel tentativo di contenere la diffusione del virus penetrato nella struttura e dall'impossibilità di garantire il distanziamento sociale nelle stanze. Nonostante il prolungamento della permanenza all'interno delle strutture temporanee anche per ospiti in dimissione o inseriti all'interno del Piano Freddo, che solitamente si conclude a marzo e che è stato portato avanti fino a maggio 2020, le scelte direttive delle strutture vanno necessariamente verso la riduzione e la modifica dei piani di ospitalità, per garantire maggiore sicurezza agli ospiti. Gli effetti sociali sulla grave marginalità, a Milano, così come altrove, anche da questo punto di vista sono gravissimi e di difficile gestione. Sempre a Milano, si è stimato un aumento di

circa il 10% della fila di persone all'esterno di Pane Quotidiano, una ONLUS che distribuisce ogni giorno pacchi alimentari.

Il lavoro educativo, sociosanitario e socioassistenziale necessita di preparazione e flessibilità perché la pandemia ha prodotto un cambiamento individuale, sociale ed economico.

Si va sempre di più verso una fase di supporto e assistenza che ha bisogno di darsi come primo obiettivo la vicinanza e l'accompagnamento dell'altro in un processo di riattivazione, di supporto delle proprie competenze e di accompagnamento in forme nuove e creative dove potersi spendere. È necessario, pertanto, fare i conti con un incremento di fragilità sociali e psichiche che nel lavoro quotidiano si andrà ad incontrare, e con la necessità di far sì che giovani, adulti e anziani ritrovino spazi di confronto con l'altro. All'interno delle agenzie educative e sociali è importante che si creino spazi di incontro protetti e di rimessa in gioco della personalità di ciascuno.

In questo ultimo anno il lavoro di prossimità ha subito un grande freno e si è dovuto rinnovare con formule nuove. Si sono visti educatori domiciliari svolgere le loro attività attraverso lo schermo di un computer, assistenti sociali condurre colloqui di approfondimento di situazioni estremamente delicate al telefono, senza la possibilità di cogliere la comunicazione non verbale necessaria a supportare l'altro, infermieri aiutare i pazienti attraverso tute anti-contagio che limitavano le interazioni.

Il lavoro educativo è stato spogliato di un suo elemento fondamentale, la relazione, formata da vicinanza, ascolto, affetto e dialogo. Inoltre, come specchio della quotidianità di ogni individuo, il lavoro educativo ha subito un rallentamento in due dei suoi elementi principali: l'elemento progettuale, che ha lasciato posto alla gestione delle nuove fatiche date dall'emergenza, e il lavoro spirituale, per lasciare posto alla gestione dell'essenziale già sopra citato.

Nella ripresa graduale il lavoro di prossimità deve essere in grado di riappropriarsi di tutti questi elementi: la relazione con l'altro, che non può essere realizzata a distanza, ma che deve tornare ad essere piena partecipazione e vicinanza.

E infine, lo spirito. Il lavoro educativo ha bisogno di costruire intorno alla persona la dimensione artistica e di bellezza che aiuta l'altro (e ognuno di noi) a vivere, anziché sopravvivere.

La grave crisi che la pandemia da Covid-19 ha causato e alcune delle conseguenze sopra citate porteranno alla definizione di nuove realtà e difficoltà importanti a cui sarà necessario saper rispondere attraverso la riappropriazione delle peculiarità del lavoro sociale e il rafforzamento delle reti territoriali di supporto, cura e vicinanza.

Lo scenario è desolante, ma non deve condurci allo sconforto, soprattutto quando il lavoro degli operatori sanitari e sociali si nutre continuamente di relazione e di prossimità e fa quotidianamente i conti con le fragilità.

La pandemia da Covid-19 ci pone come professionisti di fronte a nuove delicatezze che mettono in discussione quanto svolto fino ad ora facendoci concentrare sulle emergenze e sulla loro gestione. Si aggiunge complessità quando, a cascata, rimaniamo vittime delle scelte dettate da una disorganizzazione pervasiva.

Il distanziamento sociale, l'utilizzo dei DPI, l'impossibilità di lavoro in grandi gruppi devono rappresentare la cornice, non solo della nostra vita privata, ma anche della nostra vita lavorativa, in quanto abbiamo la necessità di lavorare in sicurezza.

All'interno di questa cornice, tuttavia, è necessario portare avanti l'accoglienza nei confronti dell'altro, a testimonianza della capacità continua di ideare, pensare e progettare.

L'accompagnamento dell'altro, con le sue fragilità anche legate al periodo pandemico, ha bisogno di ascolto e vicinanza emotiva, ragionamento su strategie di soluzione e tentativi di

ristabilire ordinarietà in una situazione del tutto straordinaria e destabilizzante.

La restituzione di piccole libertà e la riappropriazione dei propri diritti, nel lavoro sociosanitario, necessita ancor di più, in questa fase, di passare attraverso piccoli gesti di prossimità, capaci di spezzare la catena di abbandono e isolamento.

La nostra attività quotidiana ha pertanto bisogno di rinominare la validità del lavoro con l'altro per non cadere nel vortice di impotenza dettato da tutto quello che non è possibile affrontare perché più grande di noi.

IV CAPITOLO

COVID-19: QUESTO (S)CONOSCIUTO

a cura di Carlo Scovino

A dicembre 2019, nel mercato della città cinese di Wuhan, il virus SARS-CoV-2 esce allo scoperto. L'impatto globale della malattia Covid-19, a livello economico, sociale, storico, istituzionale e scientifico è (e sarà) profondo.

Dalla Cina all'Italia- e poi al resto del mondo in poche settimane - la velocità di trasmissione di questo nuovo virus è stata alta, molto di più rispetto al SARS-CoV-1. Questa caratteristica va di pari passo con la crescente globalizzazione, perché senza aerei, treni, auto e navi, il virus non avrebbe raggiunto l'altro capo del mondo in così poco tempo, arrivando a contagiare più di 15 milioni di persone. La scienza si è mobilitata contro il SARS-CoV-2 con centinaia di pubblicazioni in poco tempo evidenziando lo sforzo di trovare una soluzione anche grazie alla condivisione di informazioni tra i vari gruppi di ricerca.

Per massimizzare gli sforzi della scienza nella lotta alla SARS-CoV-2, l'OMS ha lanciato un trial clinico che coinvolge molti paesi per studiare potenziali terapie per il trattamento dell'infezione Covid-19. Lo studio, chiamato SOLIDARITY, ha l'obiettivo di testare quattro farmaci (o combinazioni di

farmaci) già autorizzati e usati per altre malattie. I farmaci da testare sono:

l'antivirale remdesivir - una combinazione di due farmaci anti-HIV,

il lopinavir e il ritonavir;

il lopinavir e il ritonavir più l'interferone beta;

la cloroquina, un farmaco antimalarico.

Il Covid-19 Solidarity Response Fund ha raccolto oltre 43 milioni di dollari di finanziamento da oltre 173mila donatori, tra privati e organizzazioni.

La solidarietà e la collaborazione internazionale sono più che mai fondamentali: medici, infermieri e operatori sanitari di tutto il mondo, impegnati a curare i pazienti, continuano ad essere a rischio di contagio. Episodi di discriminazione, di caccia all'untore e di disinformazione, purtroppo, rappresentano una parte dell'emergenza stessa e, fin dai tempi antichi, hanno sempre accompagnato epidemie e pandemie. Come scritto in un articolo sulla storia delle epidemie di David S. Jones, pubblicato su The New England Journal of Medicine

“Il futuro di COVID-19 non è ancora chiaro (e potrei rimpiangere queste parole entro la fine dell'anno). Ciononostante, i cittadini e i loro leader devono riflettere attentamente, soppesare i rischi nel contesto e perseguire politiche commisurate all'entità della minaccia. La storia delle epidemie offre notevoli consigli, ma solo se la gente conosce la storia e risponde con saggezza”.

Nella storia dell'umanità, i virus ci sono sempre stati e sempre ci saranno, anche grazie alla loro innata capacità di mutare e saltare da un ospite all'altro e anche da una specie all'altra (il cosiddetto spillover). Più nello specifico, i coronavirus appartengono a una grande famiglia di virus in grado di provocare sintomi influenzali blandi ma anche alcune infezioni più serie. Sono stati scoperti negli anni '60 e sono la causa del raffreddore nell'uomo, dell'epatite nei topi e della

gastroenterite nei maiali, ecc. La SARS-CoV-1 è stato il primo rappresentante dei coronavirus a causare una grave sindrome nell'uomo, seguito a ruota dall'attuale virus. La SARS-CoV-1 è infatti il virus responsabile dell'epidemia (Sindrome Acuta Respiratoria Severa) e ha un genoma simile a quello dell'attuale SARS-CoV-2 (per questo il nome analogo). In pochi mesi, tra il 2002 e il 2003, la SARS-CoV-1 ha causato più di 8.400 casi e 812 decessi (dati OMS). Fu una epidemia a focolai localizzati e, grazie alle misure adottate (e a una buona quantità di fortuna), non sfociò in una pandemia.

Ma perché i virus sono così sfuggenti?

“Perché sono davvero minuscoli organismi con una struttura semplice ma ingegnosa, un'anomalia biologica che permette loro di risparmiare risorse ed è, in certi casi, diabolicamente subdola. Gli esperti non sono nemmeno certi che si tratti di veri e propri esseri viventi”

spiega D.Quammen nel libro intitolato Spillover. Ancora oggi, gli scienziati non sono certi che questi piccoli organismi parassiti possano essere inclusi tra i viventi, a causa della loro semplice struttura e di alcune caratteristiche che gli altri esseri viventi hanno. Non possono trasformare il cibo attraverso un sistema metabolico, non possono riprodursi da soli e non hanno vita autonoma bensì hanno bisogno di altre cellule. E sono “diabolicamente subdoli”, come afferma Quammen nel suo libro, un saggio scientifico ma anche un reportage, in cui viene descritto il lavoro dei cosiddetti cacciatori di virus: scienziati alla ricerca di informazioni sulle malattie infettive in posti remoti del mondo, tra foreste e grotte abitate dai pipistrelli e altri animali. Pubblicato nel 2012, ma quanto mai attuale, in questi mesi il volume è tornato in vetta alle classifiche di vendita. È un testo che ho letto due anni fa e che consiglio a tutti: il linguaggio è divulgativo e le informazioni scientifiche sono spiegate in modo chiaro.

Ogni singola particella da cui è composto Sars-CoV2 – che in linguaggio tecnico si chiama virione – misura 90 nanometri (un nanometro è un miliardesimo di metro). Per fare un paragone, è 10.000 volte più piccolo del diametro di un capello umano. Al suo interno contiene quattro proteine essenziali e un piccolo pezzo di materiale genetico sotto forma di RNA. Il nome coronavirus fa pensare a una corona, ma perché? I virus appartenenti a questo gruppo hanno la caratteristica di avere sulla superficie delle proteine, chiamate spike, che funzionano come una sorta di uncino e che permettono a questi virus di legarsi alle cellule dell'ospite (animale o umano) e di entrare al loro interno. La SARS-CoV-2 si lega in modo preferenziale alle cellule del tratto respiratorio, causando gli ormai ben noti sintomi. Una volta entrato nella cellula il virus rilascia il proprio RNA che contiene le informazioni per la produzione di nuovi virioni, i quali, poi potranno infettare altre cellule.

Approfondire la conoscenza del SARS-CoV-2 ci permette di trovare 'armi' efficaci contro la malattia Covid-19. Ad esempio, alcuni farmaci possono agire nell'ambito del processo di replicazione dell'RNA, cioè la fase in cui l'informazione 'vitale' del virus viene 'fotocopiata' per essere collocata in nuovi virioni. Un'alternativa prevede l'utilizzo di molecole in grado di comportarsi come analoghi e di sostituire i singoli 'mattoncini' (nucleotidi) che compongono l'RNA. Con questa tecnica, durante la "fotocopiatura" dell'informazione, vengono inserite alcune parti non funzionanti in maniera tale da interrompere il processo e da rendere inutile o dannosa l'informazione stessa.

Il primo coronavirus fu scoperto nei polli negli anni '30 e a metà del 1960 fu identificato il primo coronavirus umano, ma solo dal 2003 è emerso come un virus pericoloso per la salute umana, contagioso e capace di provocare anche pandemie su scala planetaria. I coronavirus si trovano in tutto il mondo e sono responsabili di circa il 10-15% dei raffreddori comuni,

soprattutto durante l'inverno. Sono spesso rilevati contemporaneamente ad altre infezioni respiratorie prevalentemente batteriche. I coronavirus che causano malattie all'uomo originano in genere dai pipistrelli che sono i loro reservoir o ospiti permanenti. I virus vengono poi trasmessi dai pipistrelli ad altri animali detti "ospiti intermedi". In alcuni casi i coronavirus negli ospiti intermedi fanno il cosiddetto "salto di specie" (spillover) dando origine a un nuovo coronavirus che ha la capacità di trasmettersi direttamente all'uomo. Elemento fondamentale per la gestione delle patologie da tutti i virus SARS-CoV, MERS e SARS-CoV-2 è la valutazione della propagazione dei contagi. L'indicatore principale per tale valutazione è il cosiddetto "R0", il numero di riproduzione di base, ovvero il numero medio di infezioni secondarie prodotte da ciascun individuo infetto in una popolazione completamente suscettibile e mai venuta a contatto con il nuovo patogeno emergente. Questo parametro misura la potenziale trasmissibilità di una malattia infettiva ed è da considerare sempre quando si devono gestire e monitorare epidemie/pandemie. Nel caso di SARS-CoV-2, R0 è circa due o tre (sebbene alcune stime più recenti dell'R0 stimino anche circa cinque), il che significa che ogni persona contagiata può infettare altre due o tre persone fino a cinque. Altro fattore importante per l'elevata contagiosità di SARS-CoV-2 è l'entità della sintomatologia che può essere molto lieve e in alcune persone assente. Tali persone contagiate ne possono comunque infettare altre determinando tassi di contagi più alti di qualsiasi altro coronavirus.

Sembra ormai accertato che SARS-CoV-2 fosse già presente in Cina dal novembre 2019, soprattutto a Wuhan, capoluogo della provincia di Hubei, nella Cina Centrale. In quel periodo, le patologie polmonari (poi attribuite a SARS-CoV-2) venivano considerate come "polmoniti anomale". Solo il 31 dicembre 2019 veniva data notizia ufficiale dei "numerosi casi anomali"

da parte delle autorità cinesi. Il 9 gennaio 2020 era stato ufficialmente riconosciuto dal governo cinese che i casi anomali erano dovuti ad un virus della stessa famiglia di SARS-CoV e MERS. Parallelamente venivano prese rigorose misure di contenimento a Wuhan e poi nel resto della Cina.

In Italia, a Roma, venivano isolati due turisti cinesi all'Ospedale Spallanzani risultati contagiati da SARS-CoV-2. Sembrava che il focolaio fosse molto contenuto, invece a fine di febbraio 2020 veniva identificato il primo focolaio autoctono in Italia a Codogno che poi si è progressivamente diffuso in tutto il Paese e in particolar modo nelle regioni del nord, specialmente in Lombardia. Successivamente i focolai si sono estesi in tutta Europa, poi in tutti i paesi del mondo. L'OMS ha dichiarato ufficialmente l'11 marzo la pandemia da SARS-CoV-2.

Mentre a fine dicembre 2019 e inizio gennaio 2020 pensavamo ai buoni propositi per l'anno nuovo ed eravamo del tutto ignari dell'emergenza sanitaria che si sarebbe scatenata, un nuovo virus altamente contagioso e completamente sconosciuto al nostro sistema immunitario aveva iniziato a circolare in una regione remota del globo. Non avremmo mai pensato, all'epoca, che questo virus apparentemente così lontano avrebbe potuto diffondersi e causare tanti problemi a livello individuale e collettivo, per la salute, per i sistemi sanitari ed economici. Ma in poco più di due mesi lo scenario globale è cambiato radicalmente e noi abbiamo dovuto adattarci e far fronte alle nuove esigenze. Inizia il primo lockdown di massa della storia. 60 milioni di persone (il numero di abitanti dell'Italia intera!) residenti nella provincia di Hubei -di cui 11 nella sola città di Wuhan- entrano in un rigido lockdown. Strade deserte e servizi ridotti al minimo. Le immagini che giungono dalla Cina sembrano quelle di un film. Nessuno immagina lontanamente che le stesse misure verranno varate anche nel nostro paese poco più di un mese e mezzo dopo. Nelle settimane successive

il virus ha un nome, Sar-Cov-2. Le prime indagini indicano che il virus è identico per il 96,2% del genoma al coronavirus tipico del pipistrello.

Le conseguenze più significative della pandemia comprendono preoccupazioni sull'instabilità economica. La crisi politica ha incluso anche il licenziamento di diversi capi locali del Partito Comunista Cinese per la loro scarsa risposta allo scoppio della pandemia. In diversi paesi sono stati segnalati episodi di xenofobia e razzismo contro persone di origine cinese e dell'Asia orientale. La diffusione di disinformazione e fake news sul virus, principalmente online, è stata descritta dall'OMS come una "infodemia".

L'11 febbraio è arrivato il nome della nuova malattia causata dal coronavirus. Il nome, scelto dall'OMS, è Covid-19 (*Co* e *vi* per indicare la famiglia dei coronavirus, *d* per indicare la malattia - *disease* in inglese - e infine 19 per sottolineare che era stata scoperta nel 2019).

All'epidemia di Covid-19 si affianca quella dell'informazione, con notizie non sempre veritiere. Tanto che ai primi di febbraio proprio l'OMS parla per la prima volta di infodemia, neologismo con il quale si indica il sovraccarico di aggiornamenti e news non sempre attendibili.

Sono emblematiche le parole del direttore dell'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesu

"Nelle ultime due settimane il numero di casi di COVID-19 al di fuori della Cina è aumentato di 13 volte e il numero di paesi colpiti è triplicato, ci sono più di 118.000 casi in 114 paesi e 4.291 persone hanno perso la vita. Altre migliaia stanno lottando per la propria vita negli ospedali. Nei giorni e nelle settimane a venire, prevediamo che il numero di casi, il numero di decessi e il numero di paesi colpiti aumenteranno ancora di più. L'OMS ha valutato questo focolaio 24 ore su 24 e siamo profondamente preoccupati sia dai livelli allarmanti di diffusione gravità, sia dai livelli allarmanti di inazione. Abbiamo quindi valutato che Covid-19 può essere caratterizzato come una pandemia".

A poco più di due mesi dall'identificazione della sequenza virale di Sars-Cov-2 iniziano le prime sperimentazioni dei vaccini contro il Covid-19. A dare il via ai trial clinici è l'azienda farmaceutica Moderna e da quel momento ad oggi sono 69 i vaccini in fase sperimentale nell'uomo.

Nonostante i vari tentativi nella ricerca di farmaci efficaci contro il virus, l'unica molecola che si è dimostrata avere grandi effetti nel ridurre il numero di decessi nei casi più gravi di Covid-19 è il desametasone. Tale molecola, un vecchio farmaco antinfiammatorio, si è dimostrata utile nel ridurre di oltre un terzo le morti in quei pazienti più gravi sottoposti a ventilazione meccanica. Ad annunciarlo è l'Università di Oxford sulla base dei dati raccolti nello studio RECOVERY (Randomised Evaluation of COVID-19 Therapy).

Dopo un'estate in cui in Europa i casi si sono ridotti al minimo, Francia, Spagna, Germania e successivamente Italia sperimentano la risalita nel numero dei contagi. Al di là del numero totale di casi -non comparabile tra la prima e la seconda ondata-, in Italia si è assistito ad un contagio diffuso su tutto il territorio nazionale. Una situazione differente rispetto a marzo quando la maggior parte dei casi e dei decessi si era registrata al Nord.

Dopo gli annunci avvenuti in novembre, a metà dicembre è stato ufficialmente approvato dalla FDA (Food and Drug Administration) -e in seguito dall'EMA (Agenzia Europea del Farmaco) - il primo vaccino della storia contro il Covid-19. Si tratta di BNT162b2svilupato da Pfizer BioNTech, il primo vaccino con tecnologia a mRNA²⁵. Un'approvazione a cui

²⁵L'mRNA, o *RNA messaggero*, è il materiale genetico che contiene le istruzioni per la sintesi di nuove proteine. Di norma l'mRNA trasporta le informazioni genetiche codificate dal DNA del nucleo della cellula fino al citoplasma cellulare, dove queste istruzioni sono utilizzate per mettere assieme i mattoncini costituenti le proteine, gli amminoacidi. Questo processo serve a

segue, da parte Moderna. Il 27 dicembre 2020 segna una data storica per della FDA, quella di mRNA-1273 sviluppato da l'Unione Europea: nella mattinata iniziano contemporaneamente in tutti gli Stati membri le prime iniezioni del vaccino. L'inizio di una nuova era nel contrasto alla pandemia.

Il periodo di incubazione (il tempo che intercorre tra l'infezione e l'insorgenza dei sintomi) varia da 1 a 14 giorni, sebbene sia più comunemente di cinque giorni. Tuttavia, viene segnalato un caso con un periodo di incubazione di 27 giorni.

Le misure raccomandate per contenere e prevenire l'infezione variano a seconda della probabilità che le persone possano entrare in contatto con soggetti malati.

Non ci sono prove che animali domestici, come cani e gatti, possano trasmettere il virus.

Molti governi hanno sconsigliato tutti i viaggi non essenziali verso i paesi e le aree colpite dall'epidemia. La Cina ha vietato il commercio e il consumo di animali selvatici. Il tracciamento dei contatti è un metodo importante per le autorità sanitarie per determinare la fonte di un'infezione e prevenire un'ulteriore trasmissione. Si raccomandano anche misure di allontanamento sociale per impedire la trasmissione all'interno delle comunità.

Allo scopo di limitare la diffusione del contagio, l'OMS ha raccomandato di lavarsi le mani regolarmente per più di 20 secondi, coprendo bocca e naso quando si tossisce e starnutisce

costruire, riparare e mantenere le fondamentali funzioni biologiche: il nostro corpo *lo sa fare*, e lo fa in continuazione. Un vaccino a mRNA contiene la "ricetta" per creare le proteine principali che aiutano il coronavirus SARS-CoV-2 a infettare l'organismo, come la proteina spike, che rappresenta la chiave di ingresso nelle cellule. I ricercatori hanno quindi prodotto in laboratorio piccoli segmenti di RNA che, catturati dalle nostre cellule, dirigono la formazione della proteina spike - e non di tutto il resto di cui il virus ha bisogno per infettare altre cellule. Ma la proteina spike prodotta in questo modo è sufficiente a stimolare la produzione di anticorpi.

ed evitare un contatto ravvicinato con chiunque mostri sintomi di malattie respiratorie (come tosse e starnuti). Simili consigli sono stati emanati anche dai centri statunitensi per la prevenzione e il controllo delle malattie, aggiungendo consigli sui disinfettanti per le mani. A chiunque sospetti di essere infetto è stato chiesto di indossare una maschera chirurgica e chiamare un medico.

Da parte della popolazione in generale si è assistito a maggiori precauzioni rispetto a quanto consigliato dalle autorità sanitarie. L'autoisolamento a casa è stato raccomandato per coloro a cui è stata diagnosticato il Covid 19 e per le persone che sospettano di essere stati infettate. Il CDC ha emesso istruzioni di autoisolamento che includono la notifica per telefono degli operatori sanitari e la limitazione di tutte le attività al di fuori della casa, ad eccezione delle cure mediche.

Coloro che hanno recentemente viaggiato in un paese con contagio diffuso o che sono stati in diretto contatto con qualcuno a cui è stata diagnosticato il Covid19 sono stati invitati da alcune agenzie sanitarie dei governi a mettersi in quarantena o praticare l'allontanamento sociale per 14 giorni dal momento dell'ultima possibile esposizione. Il distanziamento sociale comprende azioni di controllo delle infezioni intese a rallentare la diffusione della malattia minimizzando lo stretto contatto tra individui. Le misure includono stare lontano dai malati, evitare aree affollate, applicare restrizioni di viaggio e implementare quarantene. Gli adulti più anziani e quelli con gravi condizioni croniche affrontano un aumentato rischio di gravi malattie e complicanze da Covid 19 e sono stati avvisati dal CDC degli Stati Uniti di evitare la folla e di rimanere il più possibile a casa nelle aree di epidemia della comunità.

Alcuni paesi, come l'Italia, il Canada o gli Stati Uniti, hanno pubblicato linee guida invitando a non stringere la mano, abbracciare e baciare.

L'attenzione sui vaccini era iniziata a crescere dall'agosto 2020: Trump ne annuncia l'arrivo entro il 2020 e in Russia inizia la somministrazione del vaccino "Sputnik V". A settembre alcuni vaccini entrano nella terza (e ultima) fase della sperimentazione, che consiste nella somministrazione del vaccino a decine di migliaia di volontari per studiarne gli effetti durante i mesi successivi. Tra questi c'è il vaccino frutto della collaborazione tra Pfizer e BioNTech, ma anche quello di Moderna, Astrazeneca e Johnson & Johnson. Nel novembre 2020 vengono annunciati i risultati delle analisi preliminari della sperimentazione di alcuni vaccini. Nel dettaglio, il 9 novembre Pfizer attesta l'efficacia del proprio vaccino al 90%, segue il 16 novembre l'annuncio di Moderna secondo cui il loro vaccino avrebbe un'efficacia del 94,5%. Il 2 dicembre 2020 il Regno Unito approva il vaccino Pfizer-BioNTech (chiamato Comirnaty). L'8 dicembre è il giorno della prima somministrazione di un vaccino contro il nuovo coronavirus: è una cittadina inglese novantenne, Margaret Kennan, la prima a riceverlo. Da questo momento il vaccino Comirnaty verrà approvato prima negli Stati Uniti, dove la FDA dà il via libera il 14 dicembre e la somministrazione inizia il giorno successivo, poi nell'Unione Europea, dove l'EMA garantisce la qualità e la sicurezza del vaccino

La risposta della Cina al virus, rispetto all'epidemia di SARS del 2003, è stata elogiata da alcuni capi stranieri. Il presidente degli Stati Uniti Donald Trump ha ringraziato il presidente cinese Xi Jinping *"a nome del popolo americano"* il 24 gennaio 2020 su Twitter, affermando che *"la Cina aveva lavorato molto duramente per contenere il coronavirus. Gli Stati Uniti apprezzano molto i loro sforzi e la loro trasparenza e dichiarano che andrà tutto bene"*. Il ministro della sanità tedesco Jens Spahn, in un'intervista alla Bloomberg TV, ha dichiarato, confrontando la risposta cinese alla SARS nel 2003 *"C'è una grande differenza ora rispetto a quello che successe"*

con la SARS. Abbiamo una Cina molto più trasparente. L'azione della Cina è già molto più efficace dai primi giorni". Ha anche elogiato la cooperazione e la comunicazione internazionale nel trattare il virus. In una lettera a Xi, il presidente di Singapore Halimah Yacob si è congratulato con le *"misure rapide, decise e globali"* della Cina nel salvaguardare la salute del popolo cinese, mentre il primo ministro di Singapore Lee Hsien Loong ha osservato *"la risposta ferma e decisa della Cina nelle comunità colpite dal virus.* Congratulazioni simili sono state espresse dal presidente russo Vladimir Putin.

In una messa domenicale in piazza San Pietro a Città del Vaticano, il 26 gennaio 2020, papa Francesco ha elogiato *"il grande impegno della comunità cinese che è già stato messo in atto per combattere l'epidemia"* e ha promosso una preghiera per *"le persone malate a causa del virus che si è diffuso in Cina"*.

Ritornando a parlare dell'Italia, nel mese di marzo 2021 Oslo ha dato il benestare per la designazione del corpo sanitario italiano al premio Nobel per la Pace 2021, mediante una comunicazione ufficiale alla Fondazione Gorbachev.²⁶La sottoscrittente Lisa Clark²⁷, ha dichiarato *"L'abnegazione di infermieri e*

²⁶Nata nel 1998, la Fondazione che ha la sua attività più caratterizzante proprio nell'organizzazione dei summit mondiali dei premi Nobel per la Pace, fin dalla metà del 2020 ha raccolto circa 350mila adesioni in numerose istituzioni a supporto dell'iniziativa da essa ideata. Il testimonial dell'iniziativa promossa dalla Fondazione è Luigi Cavanna, primario di oncematologia all'ospedale di Piacenza, noto per essersi impegnato personalmente nel prestare soccorso ai malati di Covid nelle proprie abitazioni, supportando l'incidenza della medicina territoriale.

²⁷Lisa Clark, statunitense di nascita ma residente in Toscana, ha prestato attività di assistenza volontaria nel corso della pandemia. È copresidente dell'International Peace Bureau, fondata nel 1891, e rappresenta la più antica associazione umanitaria mondiale per la diffusione

medici è stata toccante, qualcosa di simile a un libro delle favole". Alla base della richiesta di candidatura c'è la motivazione che il personale sanitario italiano è stato il primo – nel mondo occidentale – a dover affrontare una gravissima emergenza sanitaria, in cui ha fatto ricorso ai possibili rimedi di medicina di guerra lottando in trincea per salvare vite e, non di rado, perdendo la propria.

Lo scorso anno, il Nobel è stato assegnato al World Food Programme delle Nazioni Unite per la lotta alla fame e la promozione della pace in aree di conflitto.

Il parere positivo alla proposta che arriva dal Comitato norvegese (che assegna il riconoscimento a figure e organizzazioni che si sono distinti per l'alto valore etico e umanitario del loro operato ed è l'unico Nobel che per volontà di A. Nobel, il suo fondatore, viene conferito e consegnato fuori dalla Svezia) rende merito ad un paese, l'Italia, il cui personale sanitario si è sacrificato (e continua a farlo) – a livello umano e professionale, giorno dopo giorno – in un contesto mai così difficile e sfiancante.

A proposito dei vaccini Amnesty International ha dichiarato che la corsa al vaccino contro il Covid-19 sta acquisendo ritmo e sembra intravedersi una luce in fondo al tunnel. Ma men-

del concetto di pacifismo. La Clark ha vinto il premio Nobel per la pace nel 2018 e nell'ottobre del 2020 aveva sostenuto la candidatura al Nobel partita da Piacenza (città tra le più colpite dal Covid nella prima ondata, a pochi chilometri da Codogno dove il 21 febbraio dello scorso anno furono attestati i primi 21 casi di infezione), sede della Fondazione Gorbachev e del Segretariato permanente dei premi Nobel per la Pace.

"A gennaio candiderò il corpo sanitario italiano al premio Nobel per la Pace" – aveva dichiarato – "poiché la sua abnegazione è stata commovente...Il personale sanitario non ha più pensato a se stesso ma a cosa poteva fare per gli altri con le proprie competenze"

tre i paesi ricchi continuano ad accumulare dosi, il potenziale impatto salvavita rischia altrove di essere compromesso dall'ineguaglianza e dagli interessi aziendali.

Quella della pandemia da Covid-19 è una crisi globale che terminerà solo grazie alla cooperazione globale e il rispetto per i diritti umani.

I governi dovranno anche considerare quei fattori riguardanti i diritti umani che pongono più a rischio singole persone e intere comunità. Oltre ad avere acuito le preesistenti ineguaglianze, la pandemia ha avuto un impatto sproporzionato su gruppi storicamente discriminati e marginalizzati.

Nella valutazione del rischio di contagio e dunque delle decisioni su chi deve avere la priorità, bisogna prendere in considerazione fattori quali le condizioni di vita, di lavoro e l'accesso ai servizi igienico-sanitari. Una limitata definizione dei fattori di rischio potrebbe impedire l'accesso al vaccino a persone che ne hanno più bisogno.

Ai sensi del diritto internazionale dei diritti umani, gli stati hanno l'obbligo di collaborare per reagire a una pandemia e quelli più ricchi hanno la responsabilità specifica di sostenere quelli con meno risorse a disposizione. Purtroppo, alcuni governi hanno già adottato l'approccio del "prima io", che potrebbe compromettere l'efficacia del vaccino.

Una ricerca condotta da Oxfam ha rilevato che gli stati più ricchi, che rappresentano solo il 14 % della popolazione globale, hanno già acquistato oltre la metà delle dosi di vaccino che saranno messe a disposizione dalle cinque principali aziende farmaceutiche autorizzate o in via di autorizzazione alla produzione. Alla fine del mese di novembre 2020, oltre l'80 per cento della produzione di vaccini prevista per il 2021 da Pfizer/BionTech e da Moderna era stato già venduto ai paesi ricchi.

Oltre a negare a milioni di persone i loro diritti umani, la politica del "nazionalismo dei vaccini" è di corte vedute. L'OMS

stima che per raggiungere l'immunità di gregge sarà necessario vaccinare circa il 70 per cento della popolazione mondiale. Accumulare vaccini per pochi non porrà fine alla pandemia. Lo schema Covax, messo a punto dall'OMS, è un modo per unire le risorse dei paesi e di investirle nell'acquisto del maggior numero possibile di vaccini, distribuendoli in modo equo. Finora 178 stati hanno aderito allo schema con, purtroppo, eccezioni di rilievo, tra cui Stati Uniti d'America e Russia. Resta da vedere se lo schema Covax sarà in grado di raggiungere l'obiettivo di una distribuzione rispettosa per tutti.

Quando viene sviluppato un nuovo farmaco, all'azienda che lo ha prodotto vengono solitamente riconosciuti i diritti di proprietà intellettuale. Questo significa che quell'azienda è l'unica che può produrre quel farmaco per un dato periodo di tempo e stabilirne il prezzo. Le leggi sulla proprietà intellettuale possono inoltre limitare la condivisione delle informazioni sulla ricerca e lo sviluppo del farmaco: quindi, se un'azienda farmaceutica scopre un vaccino efficace contro il Covid-19, ha il diritto di tenere per sé le relative informazioni.

Per anni le persone che avevano l'HIV/AIDS sono state penalizzate da aziende farmaceutiche che producevano scarse quantità di medicinali e le immettevano sul mercato a prezzi incomprensibilmente alti. Queste aziende hanno fatto profitti vendendo i loro farmaci nei paesi ricchi mentre milioni di persone non erano in grado di accedere a cure mediche in grado di salvare vite umane.

Gli standard internazionali sui diritti umani sono chiari: la salute pubblica ha la precedenza sul diritto delle aziende a proteggere la loro proprietà intellettuale. Per incoraggiare le aziende farmaceutiche a condividere le loro informazioni, l'OMS ha istituito il Pool di accesso alla tecnologia riguardante il Covid-19 (C-Tap), in cui esse possono condividere informazioni e licenze sulle loro scoperte. Se le aziende aderissero al C-Tap, la quantità di ricerche disponibili pubblicamente aumenterebbe, la

produzione dei vaccini contro il Covid-19 crescerebbe e i costi delle dosi diminuirebbero. Purtroppo, ad oggi nessun'azienda ha aderito al C-Tap. Oxford/AstraZeneca è l'unica azienda a essersi impegnata a vendere il vaccino senza fare prodotti finché durerà la pandemia. Altre aziende dovrebbero imitarla emanando licenze aperte e non esclusive per assicurare che il vaccino arrivi al maggior numero possibile di persone.

Come ogni impresa economica, anche le aziende farmaceutiche hanno responsabilità in materia di diritti umani. Nel 2008 l'esperto sul diritto alla salute delle Nazioni Unite ha pubblicato delle linee-guida su come le aziende farmaceutiche dovrebbero adempiere alle loro responsabilità, tra cui la valutazione del modo in cui rendere economicamente accessibili i loro prodotti al maggior numero possibile di persone.

L'OMS ha stimato che un investimento di 38 miliardi di dollari per finanziare al 100 per cento una delle iniziative collettive in favore dell'accesso globale ai prodotti sanitari contro il Covid-19 verrebbe recuperato attraverso attività economiche *“in meno di 36 ore, una volta che la mobilità e i commerci riprenderanno”*.

I vaccini devono essere in linea con i più recenti standard in termini di sicurezza ed efficacia sviluppati dalla comunità scientifica: la salute è più importante della velocità.

Ciò significa che i governi dovranno fornire informazioni chiare sui benefici della vaccinazione, contrastare la cattiva informazione ed essere trasparenti su ogni fase dello sviluppo del vaccino. I benefici del vaccino dovranno essere spiegati e comunicati in modo comprensibile da tutte e da tutti, in lingue conosciute e in formati comunicativi accessibili.

L'OMS ha recentemente dichiarato che la *“pandemia ha dimostrato le conseguenze del sotto-investimento cronico nella sanità pubblica”*. In alcuni paesi infrastrutture carenti e attrezzature inadeguate hanno sopraffatto i sistemi sanitari già prima della pandemia. Per contrastare lo stigma nei confronti degli opera-

tori sanitari e, più in generale, nei confronti dei lavoratori “essenziali”, gli stati devono fornire informazioni accurate e verificate sul Covid-19, incluse quelle relative alla sua diffusione e prevenzione. Devono anche dichiarare, pubblicamente, il loro supporto agli operatori sanitari.

Il diritto al più alto standard di salute mentale raggiungibile è sancito dal diritto internazionale, ma a livello globale relativamente poche persone hanno accesso a servizi di salute mentale di qualità.

L’OMS afferma che nei paesi a basso e medio reddito, oltre il 75% delle persone con disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze non riceve alcun trattamento. Il Covid-19 ha esacerbato il problema: un recente sondaggio dell’OMS ha rilevato che la pandemia ha interrotto o sospeso servizi essenziali di salute mentale nel 93% dei paesi del mondo. Nel frattempo, la richiesta di questi servizi è in aumento.

Sebbene tutti abbiano percepito l’impatto psicologico della pandemia, gli operatori sanitari sono stati esposti ad eventi traumatici su base quotidiana e necessitano di un supporto supplementare. Ma l’Italia non sempre è il fanalino di coda! Il primo studio al mondo sulle conseguenze psicopatologiche correlate allo stress dovuto dalla pandemia in individui affetti da disturbi mentali importanti è stato condotto dall’Università Federico II di Napoli e pubblicato sulla rivista *Psychological Medicine*. Questo studio ha messo alla luce che le persone affette da disturbi mentali hanno manifestato un disagio correlato alla pandemia molto più grave rispetto al resto della popolazione a causa di maggiore stress, ansia generalizzata e sintomi depressivi tali da portare allo sviluppo di una sintomatologia severa. Lo studio aggiunge anche che la situazione si aggrava laddove le condizioni socioeconomiche sono più complesse. I diversi servizi sanitari che si occupano di salute mentale hanno cercato con metodi innovativi di garantire il follow-up da remoto degli utenti presi in carico, così da monitorare in modo continuativo

le loro condizioni di salute mentale. Il Servizio di Psichiatria e Psicologia di Napoli diretto dal dottor A. Bartolomeis ha creato un vero e proprio Ambulatorio Virtuale di Psichiatria e Psicologia che ha realizzato il monitoraggio attraverso la telemedicina. Naturalmente è importante che questi soggetti vengano supervisionati non solo dal punto di vista sanitario ma anche da quello psicologico, sociale ed economico. Il Centro Psico Sociale (CPS) di zona 4 dell'ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano ha svolto questo lavoro di follow-up attraverso chiamate di monitoraggio costanti e continuative ai pazienti presi in carico per verificare le loro condizioni di vita e la eventuale mancanza dei beni di prima necessità, coinvolgendo nel sostegno di queste persone le associazioni presenti sul territorio. Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze ha attivato il servizio di psicologia per i familiari che avevano perso i congiunti a causa del Covid-19, uno spazio di “primo soccorso” psicologico che prevede un aiuto umano e un sostegno psicologico.

Durante la pandemia l'accesso al diritto alla salute è stato ostacolato dalla revisione delle modalità di fruizione di tanti servizi essenziali non sempre sufficientemente rapida o chiara nelle indicazioni fornite. Soprattutto, come spesso accade, i gruppi più marginalizzati sono anche quelli che più a fatica riescono a usufruire del servizio sanitario e a vedere garantiti, per la propria persona, quegli standard igienico-sanitari essenziali la cui sussistenza è cruciale in caso di epidemie, per salvaguardare la salute del singolo e quella pubblica. La marginalità sociale ci conduce a un altro grande tema: quello dello svantaggio socioeconomico. Le sacche di povertà già presenti si sono allargate arrivando a includere persone che, fino a pochi mesi prima, non avevano bisogno di chiedere aiuto. Si è allargata la forbice della disegualianza e il bacino di individui vulnerabili si è esteso, ampliando la platea di coloro che sono più esposti al rischio di discriminazione che si è realizzata attraverso la difficoltà o l'impossibilità di accesso ai servizi sociosanitari.

Ci sono molte azioni concrete che i gestori delle strutture sanitarie possono intraprendere: dovrebbero prevedere una rotazione per i lavoratori che svolgono funzioni maggiormente stressanti a quelle con minore stress; facilitare la collaborazione dei lavoratori inesperti con i loro colleghi più esperti, oltre ad avviare, incoraggiare e monitorare le pause di lavoro. È fondamentale che prevedere flessibilità per i lavoratori che sono direttamente colpiti dal virus e che tutto il personale riceva informazioni su come accedere ai servizi sociosanitari.

La dedizione degli operatori sanitari è certamente meritevole, ma chiamarli “eroi” ci fa dimenticare che si tratta di esseri umani. E nessuna persona può uscire indenne da mesi di contatto stretto con la morte e la malattia, orari di lavoro lunghi ed estenuanti e salari minimi.

Parlando di salute, come afferma l’OMS, non ci riferiamo soltanto alla salute fisica ma al complessivo stato di benessere fisico, psicologico e sociale . In tema di benessere psico-emotivo, la situazione di lockdown ha messo in difficoltà in modo preponderante le famiglie di soggetti con disabilità a causa della mancanza di un supporto educativo diretto e della frustrazione negativa che ne è derivata. Numerosi studi hanno rilevato che l'isolamento prolungato rappresenta un fattore di rischio per il declino funzionale e per lo sviluppo di malattie e disturbi, sia fisici che mentali, soprattutto depressione, ansia e ideazione suicidaria. Anche quando non determina gravi problemi di salute, l'isolamento tende comunque ad alimentare sentimenti negativi, come tristezza, insofferenza, irritabilità o rabbia, e comportamenti-problema, come esacerbazione delle stereotipie, aggressività o opposizione. Alcuni comportamenti possono aggravare i suddetti rischi da isolamento, come ad esempio non comunicare con gli altri utilizzando tutte le tecnologie disponibili; alterare i ritmi e le attività domestiche; trascorrere molto tempo al computer, a guardare la televisione o a giocare ai videogiochi; evitare anche le poche e brevi uscite di

casa ancora possibili; dormire troppo o in orari diversi da quelli abituali; mangiare troppo o troppo poco.

L'OMS ha definito l'emergenza Covid come non prettamente sanitaria ma anche psichica, sulla scia di quanto espresso nella Dichiarazione di Helsinki "*Non c'è salute, senza salute mentale*". A lanciare l'allarme la Società Italiana di Psichiatria (SIP) che ha previsto un aumento di trecentomila pazienti, tra coloro che soffrono di ansia post-traumatica per i lutti, le perdite, il danno economico e l'incertezza per il futuro e persone che svilupperanno disturbi psichici che le porterà a fare richiesta di aiuto ai servizi di salute mentale .

Anche la Cina lancia l'allarme rivolto alla condizione delle persone più fragili e vulnerabili della società, invitando ad ascoltare in modo attivo questa parte della popolazione in maniera tempestiva.

Visto il periodo di pandemia che stiamo vivendo è assolutamente necessario garantire condizioni di serenità e continuità nell'esercizio della propria attività a chi si trova esposto in prima linea come gli esercenti e i professionisti sanitari (medici, farmacisti, infermieri, ecc.); i quali hanno pagato un tributo di vittime elevatissimo (forse il più elevato tra le categorie dei lavoratori) come evidenziato dai dati pubblicati da Amnesty International.

Il professore universitario e direttore di una delle U.O.C. di psichiatria e psicologia clinica di Roma, A. Siracusano, parla dell'importanza di dotarsi di un nuovo lessico professionale che congiunga le grandi emozioni di preoccupazione, solitudine e separazione portate dalla pandemia con quelle che ci permettano di aumentare la nostra resilienza, legate alla libertà, alla fantasia e al confronto empatico. Per rendere effettive le tutele proclamate sulla carta occorre invece agire in molteplici direzioni, sul piano normativo certamente, ma anche nei servizi, negli ospedali, nelle scuole, nelle università, e non ultimo nelle aule di giustizia.

Alle categorie professionali che si occupano della salute, della cura, della formazione e della riabilitazione delle persone è chiesto di essere professionisti della resilienza, di non focalizzarsi sul problema facendosi inghiottire dalla paura e dalle preoccupazioni ma di considerare le nuove opportunità che potrebbero nascere dagli ostacoli. Come afferma lo psichiatra R. Lezzi: *“Dobbiamo avere in mente diverse linee di condotta, da più prospettive. Diversi piani d'azione, così da non trovarci impreparati”*. In Italia il Consiglio dei ministri dichiarò lo stato di emergenza sanitaria nazionale il 31 gennaio 2020, data in cui ha iniziato a stanziare fondi necessari all'attuazione delle misure precauzionali e in cui si è costituito il Comitato Tecnico Scientifico (CTS) con competenze di consulenza e supporto relativi all'emergenza. È l'inizio della fase pandemica e la conseguente diffusione acuta sul territorio nazionale ha indotto il Governo italiano a dichiarare un lockdown nazionale che ha condotto tutte le Regioni ad attivare misure di contenimento della trasmissione. L'OMS ha attribuito alla pandemia da Covid-19 le seguenti caratteristiche:

- velocità a scala, ossia diffusione rapida in tutto il mondo della malattia che ha portato al sovraccarico dei sistemi sanitari, anche i più resilienti;
- gravità, in quanto più del 20% dei casi è grave/critico e la letalità è superiore al 3%, rilevandosi più elevata nei gruppi di persone con età più avanzata e affetti da co-morbilità;
- grave impatto sociale ed economico dato dalle misure prese per controllare la trasmissione, che ha portato ad un forte impatto sui sistemi sanitari e sociali.

Dal 21 marzo al 4 maggio 2020 è iniziata la fase post-acuta caratterizzata da un lento e graduale ripristino delle funzioni assistenziali e sanitarie, favorito dalla riduzione dei casi di contagio. Da maggio abbiamo assistito ad una riapertura graduale delle attività lavorative, commerciali e ludiche e un progressivo ripristino della mobilità intra-regionale e internazionale. Le re-

gioni si sono attivate per potenziare le attività di prevenzione e controllo dell'infezione, aumentando gli accertamenti diagnostici e le modalità di contact tracing. Verso fine agosto 2020 si è registrato un lieve ma progressivo aumento dell'indice di contagio Rt, il quale ci dice quante persone possono essere in media contagiate da una persona sola in un certo periodo di tempo. Per affrontare la fase autunno-inverno lo Stato ha potenziato il coordinamento nazionale, le strategie di comunicazione del rischio per accrescere la consapevolezza della popolazione e contrastare le fake news, le attività di sorveglianza attraverso la costruzione di team di risposta rapida, le attività di IPC (Infection, Prevention and Control), la gestione clinica dei casi, le attività di ricerca su farmaci e vaccini per contrastare il virus e la presenza di terapie intensive. Queste ultime da marzo 2020 a fine aprile 2020 erano giunte a saturazione, nonostante l'allestimento di nuovi letti dedicati alla gestione intensiva fuori dalle aree di rianimazione. Durante la primavera del 2020, a Bergamo, territorio italiano maggiormente colpito da Covid-19 durante la prima ondata, i posti di terapia intensiva, aumentati del 200% rispetto alla capienza usuale, sono interamente occupati. Sulla base degli scenari che l'Italia si è trovata a vivere dall'inizio della stagione autunnale, il 6 novembre 2020 è stata divisa in tre diverse aree di rischio (zona gialla, arancione e rossa), con restrizioni differenti in base alla gravità della situazione epidemiologica. Dall'inizio della pandemia ai primi di novembre 2020 i casi totali di Covid-19 sono stati 902.490, di cui 41.063 deceduti.

La trasmissione di questo nuovo virus rispetto al virus SARS-CoV emerso nel 2002 ha portato ad immediati effetti negativi su larga scala perché il periodo di incubazione è più lungo (mediamente 5-6 giorni) ed è in grado di prolungarsi anche per settimane dopo la comparsa dei primi sintomi, i quali possono essere lievi. Inoltre, la presenza di numerosi casi asintomatici e

paucisintomaci²⁸ che possono trasmettere l'infezione aumenta il rischio di contagio. Proprio per questo motivo sono stati messi a punto sin da subito importanti i protocolli di prevenzione e informazione riguardanti i Dispositivi di Sicurezza Individuale (DPI) da indossare per diminuire la probabilità di trasmissione del virus anche dei casi asintomatici.

Per quanto riguarda la Lombardia, la giunta regionale e nello specifico il presidente e l'ex assessore al welfare, durante tutta la fase della pandemia hanno dimostrato disorganizzazione, ritardi, omissioni, appalti fasulli, vaccini antinfluenzali introvabili (ma disponibili, a caro prezzo, nelle strutture sanitarie private...), medici di famiglia abbandonati a se stessi, case di riposo riempite insensatamente di malati di Covid e via elencando.

La pandemia ha portato a delle negative conseguenze indirette sulla cura delle altre malattie presenti nel mondo. Dal mese di marzo 2020 la continuità terapeutica di importanti malattie croniche è stata compromessa dal Covid-19. La situazione è stata denunciata da alcune importanti fondazioni come la Fondazione Italiana per il Cuore oppure la Fondazione Italiana di Ricerca sulle Malattie dell'Osso (FIRMO). Il presidente

²⁸Con questo termine si intende un paziente infetto che ha sintomi lievi di Covid-19, la malattia causata dal nuovo Coronavirus SARS-CoV-2. Non tutte le persone manifestano il Covid-19 allo stesso modo: alcune persone non sviluppano mai i sintomi, sono gli asintomatici; alcune persone manifestano i sintomi in forma lieve, sono detti paucisintomatici; alcune persone vengono colpite da una forma grave della malattia. Essere paucisintomatico vuol dire avere soltanto qualche colpo di tosse secca, una febbriola al di sotto di trentasette e mezzo che dura uno o due giorni, un generale senso di stanchezza. È la forma più difficile da individuare e da diagnosticare perché, avendo sintomi così modesti, spesso passa completamente inosservata o può essere confusa con altre malattie simili.

dell'Associazione di Iniziativa Parlamentare e Legislativa per la Salute e la Prevenzione, A. Tomassini ha dichiarato

“da quanto avvenuto nell'emergenza Covid-19 si deve imparare a dare un nuovo peso alla cronicità, soprattutto a quella dei pazienti più a rischio, che più rischiano di essere penalizzati dalle difficoltà di accesso alle cure. Abbiamo di fronte una grande occasione: ripensare e semplificare i modelli di assistenza per essere più vicini alle esigenze dei pazienti, limitando sempre di più la burocrazia.”.

L'OMS ha affermato che il primo passo per tutelare la salute del personale sanitario durante l'emergenza è l'attuazione di tutte le misure necessarie a proteggerne la sicurezza occupazionale. Il datore di lavoro deve sempre garantire le forniture adeguate dei dispositivi di protezione individuali protettivi e preventivi. Anche la salute mentale degli operatori sanitari è un aspetto che deve necessariamente essere salvaguardato e monitorato durante un'epidemia. Da alcuni studi si rileva che, rispetto ad altre situazioni di emergenza come le catastrofi naturali, durante un'emergenza sanitaria gli operatori possono essere colpiti da un importante stress psicofisico dovuto principalmente alla preoccupazione di contagiarsi e di contagiare pazienti e familiari. Inoltre, il carico di lavoro aumentato riduce il confronto con i colleghi e aumenta la probabilità che possano emergere emozioni di rabbia, frustrazione o ansia.

Il 6 marzo 2020 l'OMS ha diffuso un documento rivolto agli operatori sanitari contenente alcune raccomandazioni necessarie per favorire la gestione dello stress dovuto all'emergenza sanitaria; di seguito ne verranno elencate alcune:

- facilitare l'accesso ai servizi di supporto psicologico in via telematica;
- riferire riscontri positivi utili a rafforzare il valore del lavoro svolto;
- promuovere il lavoro in gruppo favorendo il sostegno reciproco;

- garantire un'efficace comunicazione fornendo ai professionisti aggiornamenti precisi su ciò che sta accadendo.

Per far fronte alla necessità degli operatori sanitari di raccontare quello che stava e sta ancora oggi succedendo è nato il progetto narrativo “Scriviamo la storia” avviato dalla Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI). Davanti a queste situazioni raccontare e condividere è importante, non solo perché permette di far conoscere all'esterno quello che sta succedendo e per documentare episodi salienti della storia dell'umanità, ma anche perché permette ai protagonisti di queste vicende di dare senso a quello che vivono, di renderlo comprensibile prima di tutto a se stessi e di generare pensieri che attivano la resilienza.

La resilienza, ossia la capacità dell'individuo di far fronte in maniera positiva ad eventi traumatici, è stata ed è ancora oggi la risposta più idonea e adeguata a fronteggiare l'emergenza. Siccome la resilienza porta ad una ristrutturazione del sistema che non può tornare esattamente come prima essa dovrà essere anche una delle caratteristiche essenziali della fase post pandemia.

Molti individui hanno faticato a far emergere la loro componente resiliente a causa di diversi fattori, tra cui lo stress causato dalle numerose limitazioni della libertà. Questa situazione eccezionale ha richiesto, infatti, l'adozione di misure eccezionali che hanno limitato le libertà civili per concentrarsi sul diritto alla salute, che non solo è un diritto primario dell'individuo ma è anche un interesse dell'intera comunità.

I diritti costituzionali che sono stati limitati o annullati dai provvedimenti sino ad ora adottati sono stati: la libertà personale, la libertà di circolazione e di soggiorno, la libertà di riunione, il diritto di associazione, il diritto di professare liberamente la propria fede religiosa, il diritto di agire in giudizio e di difesa di giudizio, il diritto per il condannato di essere rieducato e il diritto all'istruzione e alla cultura.

G. Azzariti, docente di diritto costituzionale all'Università La Sapienza di Roma, sottolinea l'importanza di queste limitazioni in questo delicato periodo di pandemia, a patto che esse siano del tutto limitate nel tempo. Nel concetto di temporaneità risiede il rispetto del singolo cittadino al quale non viene tolta la libertà ma gli viene richiesto di essere responsabile verso la collettività e di comprendere le scelte prese a fronte della situazione.

La responsabilità può essere definita come la possibilità di prevedere le conseguenze del proprio comportamento e durante la pandemia ognuno di noi si è direttamente confrontato con questo stato. La convivenza con il senso di responsabilità di fronte alle restrizioni che hanno limitato la libertà non è stata per tutti facile e nei casi in cui si è rivelata difficoltosa è stato essenziale, ancora una volta, il supporto dei servizi di cura che hanno saputo attrezzarsi con la telemedicina e la teleriabilitazione.

Si discute ancora della correlazione tra il senso di responsabilità e la pandemia in corso, sia per quanto riguarda le riproposte misure di prevenzione che ancora una volta vedono una limitazione della nostra libertà che per l'opportunità di vaccinarci contro il Covid-19.

È grazie ai progressi della scienza che abbiamo avuto la possibilità di ottenere un vaccino contro il virus Sars-Cov-2 in tempi celeri rispetto a quelli abituali. Dobbiamo però riconoscere che, ultimamente, i politici e i governi stanno sopprimendo la scienza con la scusa di farlo nell'interesse pubblico, per supportare l'innovazione e portare i prodotti sul mercato a una velocità senza precedenti. Se i governi continuano ad annunciare comunicazioni legate alla scienza tramite comunicati stampa poco chiari essa continuerà ad essere soggetta a manipolazioni e messa in discussione. La politicizzazione della scienza tende a sopprimerla e ad arricchire chi detiene il potere. Per salvaguardare la scienza è fondamentale la piena e trasparente divulga-

zione degli interessi del governo, l'approvvigionamento dei test diagnostici e la consegna dei vaccini.

L'Italia dovrà presentare alla Commissione Europea nell'ambito del Next Generation EU, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), un programma di investimenti per rispondere alla crisi pandemica in atto. Le sfide di questo Piano sono quattro: migliorare la resilienza e la capacità di ripresa del nostro paese, ridurre l'impatto economico e sociale della crisi pandemica, sostenere la transizione verde e digitale e innalzare il potenziale di crescita dell'economia e la creazione di occupazione. Queste sfide verranno affrontate lavorando in sei direzioni:

- digitalizzazione, innovazione e competitività;
- rivoluzione verde e transizione ecologica;
- salute;
- infrastrutture per la mobilità;
- istruzione, formazione, ricerca e cultura;
- equità sociale, di genere e territoriale.

Dobbiamo riconoscere però che i fondi messi a disposizione dal Governo spesso creano delle limitazioni. È importante, dunque, che le associazioni e i diversi settori intervengano proponendo un piano d'azione trasversale al PNRR che possa lavorare per garantire la ripresa, basandosi sulla resilienza.

Tuttavia, proprio l'emergenza-Covid ha mostrato un sistema sociosanitario e assistenziale non in grado di governare la pandemia, in primis l'assenza del territorio come primo presidio: pesano le decine di migliaia di morti lombardi, quasi la metà del totale nazionale. Un'organizzazione efficiente della sanità pubblica (che in Lombardia è sempre meno pubblica, ma concepita a misura di privati e man mano spogliata dei servizi di base – a livello epidemiologico, di medicina di famiglia - ecc.) avrebbe potuto limitare la stessa diffusione del virus. Nel SSL (Sistema Sanitario Lombardo) la sanità privata da sempli-

ce ‘portatore dei propri interessi’, è divenuta prima un partner paritario del pubblico, poi, di fatto, l’alter ego della Regione.

Le numerose inchieste giudiziarie per epidemia colposa e omicidio colposo – con sequestri di documenti in ospedali, case di riposo e uffici della Regione – ci faranno sapere se, oltre a un’evidente responsabilità politica, c’è anche una responsabilità penale.

Va detto che in Lombardia non mancano, anzi abbondano, le strutture di eccellenza – pubbliche o private, convenzionate con la Regione – in vari campi della medicina, tanto che è meta di “pellegrinaggi della salute” dal resto del paese e anche dall’estero. Però è mancata un’organizzazione sanitaria diffusa sul territorio, insieme alle competenze necessarie per gestirla; eppure questo tipo di organizzazione dovrebbe essere un pilastro dell’igiene pubblica in un paese come l’Italia, tanto più in un’area all’avanguardia qual è la Lombardia. Sono state poi mortificate e trascurate la medicina preventiva e quella di base, che riducono i ricoveri ospedalieri. Si sconta insomma, il fatto che da più di vent’anni la politica sanitaria, in Lombardia più che in altre regioni, si è dimostrata molto più attenta a incentivare la cura delle patologie molto remunerate, nell’interesse della privatizzazione della sanità. Le inefficienze e la disorganizzazione del sistema sanitario lombardo, che la pandemia ha scoperto, è diretta conseguenza di un sistema “ospedalocentrico” con un significativo indebolimento della medicina territoriale e con i medici di base allo sbaraglio, privi delle indispensabili tutele.

“c’è stato un clamoroso fallimento, e di questo ne dovremo prendere atto per il futuro, della medicina territoriale. Tutto quello che avrebbe dovuto essere applicato sul territorio non è venuto fuori come doveva. Non c’era potenziale per fare tamponi. Qualcuno è stato incapace di moltiplicare potenzialità diagnostiche. Ammettiamolo e riconosciamo questo aspetto”,

ha dichiarato M. Galli (Direttore del Dipartimento Malattie Infettive dell'ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano) in una trasmissione Rai.

Secondo l'OMS, l'Italia, dal 1997 al 2013, ha più che dimezzato i posti letto per i casi acuti e per la terapia intensiva, finendo agli ultimi posti nella classifica europea. Secondo i dati forniti dalla stessa amministrazione regionale, elaborati dalla professoressa M. E. Sartor (docente di Programmazione, organizzazione e controllo nelle Aziende Sanitarie all'Università degli Studi di Milano)

“la supposta parità fra erogatore pubblico e privato, alla resa dei conti, non si è dimostrata tale, proprio nel momento in cui ce ne sarebbe stato più bisogno. Al 29 febbraio 2020 in Lombardia le strutture di ricovero e cura in prima linea nell'emergenza Coronavirus erano solo quelle pubbliche, cioè nel periodo sostanziale nell'emergenza in Lombardia, quando la richiesta era drammatica, la sanità privata era assente”.

Lo studio di Sartor documenta che, prima dell'emergenza, le strutture private gestivano più del 50 per cento dei ricoveri ordinari: dalla metà degli anni Novanta al 2018 i posti-letto pubblici sono stati più che dimezzati e nello stesso arco temporale i posti-letto privati sono considerevolmente aumentati. Tutte queste valutazioni hanno trovato un ulteriore supporto nelle osservazioni della Corte dei conti italiana sul sistema sanitario italiano pubblicate il 29 maggio 2020, la quale ha affermato che la concentrazione delle cure nei grandi ospedali verificatasi negli ultimi anni e il conseguente impoverimento del sistema di assistenza sul territorio, divenuto sempre meno efficace, ha lasciato la popolazione italiana senza protezioni adeguate di fronte all'emergenza Covid.

“E' sempre più evidente che un'adeguata rete di assistenza sul territorio non è solo una questione di civiltà a fronte delle difficoltà del singolo e

delle persone con disabilità e cronicità, ma rappresenta l'unico strumento di difesa per affrontare e contenere con rapidità fenomeni come quello che stiamo combattendo. L'insufficienza delle risorse destinate al territorio ha reso più tardivo e ha fatto trovare disarmato il primo fronte che doveva potersi opporre al dilagare della malattia e che si è trovato esso stesso coinvolto nelle difficoltà della popolazione, pagando un prezzo in termini di vite molto alto”.

CONCLUSIONI

a cura di Carlo Scovino

L'Unione Europea sin dall'inizio della pandemia ha adottato misure straordinarie per rispondere in maniera efficace agli urti provocati dal coronavirus. All'inizio di aprile 2020 sono state inviate in Italia équipe mediche europee composte da medici e infermieri provenienti dalla Romania e dalla Norvegia attraverso il meccanismo di protezione civile della UE e coordinate dal Centro di Coordinamento della risposta alle emergenze europee. La pandemia di Covid 19 sta colpendo tutti gli Stati membri dell'UE e la tutela della salute pubblica e del benessere dei cittadini della UE è la priorità assoluta dell'Unione. I suoi Stati membri hanno sviluppato un approccio comune a vaccini sicuri contro il Covid 19, il coordinamento delle strategie di test e l'agevolazione della fornitura di dispositivi di protezione e attrezzature mediche in tutta Europa.

La campagna vaccinale è iniziata nella UE nel dicembre 2020 ma i paesi della UE soffrono ancora a causa della pandemia. I leader europei si riuniscono periodicamente per scambiare strategie e coordinare lo sforzo collettivo volto a limitare la diffusione del virus e sostenere i nostri sistemi sanitari. Le discussioni si concentrano su diversi filoni:

- strategie di test e uso dei test antigenici rapidi,
- riconoscimento reciproco dei test,

- diffusione dei vaccini,
- approccio comune alle restrizioni di viaggio e ad altre misure di sanità pubblica.

Per combattere il Covid 19 è stato fondamentale rafforzare la preparazione e la cooperazione tra i paesi della UE, accelerare gli sforzi di vaccinazione e promuovere la solidarietà europea. Bisogna avere il coraggio di aprire una discussione sulla base dei presupposti e dei principi sui quali essa è nata, a partire dal Manifesto di Ventotene di A. Spinelli ed E. Rossi. A quel punto, i governanti di quei paesi che s'ispirano e si riconoscono nei principi di identità culturale, di solidarietà e libertà devono porre un aut-aut a quei governanti che non vi si riconoscono e trarne le dovute conseguenze. Mi mancano tanto l'abbraccio e i baci dei miei amici, che non solo non posso abbracciare ma neanche vedere se non tramite le video-chiamate e con WhatsApp, mi manca la socialità e la convivialità.

So di certo che non dobbiamo illuderci che, anche se potremo lasciare la casa, non potremo subito tornare ad abbracciare le persone alle quali vogliamo bene o a dare una forte stretta di mano. Dovremo ancora aspettare molto e continuare ancora a usare ogni precauzione, a portare la mascherina e i guanti e mantenere le distanze finché non sarà trovata una cura.

Io so anche che il mondo in cui viviamo non è a misura d'uomo, è impregnato di egoismo, di solitudine, di conflitti e di violenze di ogni genere in cui esistono vergognose disuguaglianze e dove è un tabù parlare di tassa patrimoniale o fare pagare di più ai ricchi come prescrive l'art. 53 della nostra Costituzione. È un mondo dove manca la solidarietà all'interno dello stesso paese, dove la riforma costituzionale del Titolo V del 2001 (alle Regioni è stata riconosciuta autonomia legislativa, ovvero la potestà di dettare norme di rango primario come la sanità) ha creato le premesse di una balcanizzazione dell'Italia, di cui già si vedono i prodromi attraverso il

disordine nella circostanza del coronavirus, in cui ogni regione ha preso autonomamente le sue decisioni, e continua a farlo.

Ho la speranza che la tragica esperienza che stiamo vivendo, che il ricordo e il rispetto delle tante persone che sono morte, impegni tutti cittadini del mondo a mobilitarsi per un nuovo modello di produzione che metta al centro le persone e l'ambiente, perché insieme possiamo guarire la terra, costruire un mondo più giusto e uguale, dove nessuno resti indietro e dove ciascuno abbia garantiti i diritti umani fondamentali, dall'abitare al mangiare, all'accesso allo studio e alla cultura, alla salute.

L'aspetto esistenziale sta prendendo il posto di quello progettuale, la libido (nella sua accezione più ampia) di molte persone si sta spegnendo e la lotta tra Eros e Thanatos vede per ora una supremazia di quest'ultima e quando essa impera c'è poco spazio per i progetti di vita.

Non è certo la prima volta che nella storia si verifica una crisi di tipo pandemico, che riguarda cioè tutta la popolazione mondiale (pandemos tutta la popolazione) e che produce drammi e sconquassi inenarrabili sia sanitari che sociali. Si ha memoria di malattie di questo tipo dai tempi della peste di Atene nel 400 a.C. (di cui si stima un impatto in termini di morti di 100.000 persone), e poi a proposito della peste di Giustiniano (500 a.C. e 100 milioni di morti stimati), della peste nera del 1300 (50 milioni di morti stimati), e dell'Influenza Spagnola del 1918-1919 (con una stima di morti nel mondo di 50 milioni di persone). Dalla seconda metà del secolo scorso si segnalano l'Influenza Asiatica del 1957-58 (con un milione di morti); l'Influenza di Hong Kong (1968-1970, un milione di morti), l'HIV (32 milioni di morti), la Sars (2002-2003, 770 morti); l'Influenza suina (2009-2010, stime tra 150.000 e 600.000 morti); Ebola (2014-2016, 11.300 morti), e ora Covid-19 (ad oggi 160.000 morti accertati).

E la drammaticità dell'emergenza e la potenza delle risposte sanitarie introdotte si rispecchiano nelle metafore utilizzate per descrivere la situazione in questi mesi. Alcune, come quella della guerra, usata soprattutto nei primi tempi, rendono efficace l'idea della letalità del morbo e quella dello sforzo immane da compiere per fronteggiarlo. Altre, come quella della tempesta, rimanda al dramma delle forze della natura che si scatenano, ma anche alle prospettive di una navigazione coraggiosa e di una ripresa della rotta a tempesta finita o attenuata. Tutte fanno riferimento alla drammaticità di una situazione densa di pericoli ed incertezze da affrontare con coraggio.

Ma possiamo dirci altrettanto consapevoli ed attrezzati rispetto alle dinamiche sociali innescate dalla pandemia ed agli effetti di lunga durata, per ora meno evidenti di quelli sanitari, ma destinati a pesare a lungo nel tempo e forse a stravolgere la vita delle persone dal punto di vista sociale e psicologico?

La totalità della vita si tocca attraverso l'eros ma soltanto sul versante complementare della morte che diventa il segno nero capace di trasformare ogni altro aspetto dell'esistenza. Questa continua oscillazione tra vita e morte, tra pieno e vuoto determina la coscienza di una relativa precarietà che permea e mette in dubbio la superba compattezza dell'Io.

I divieti e le costrizioni producono anche l'ossessione e l'interdizione dell'eros da parte della società.

Un'infodemia infarcita da un lato di allarmismi e discreti livelli di confusione, e dall'altro di una retorica di facile e superficiale ottimismo ("andrà tutto bene", "ce la faremo"), frutto anche di una sorta di accaparramento, da parte del mondo della comunicazione pubblicitaria, di formule comunicative che si pensa possano attenuare la depressione dei consumatori. A ben vedere le questioni più rilevanti che la società si è trovata ad affrontare sono quelle sociali e psicologiche che si sono sviluppate all'interno delle abitazioni e tra le persone nel

periodo di lockdown, e che ancora oggi sussistono in regime di distanziamento fisico ancora in atto.

Abbiamo vissuto involontariamente una sorta di esperimento sociale anomalo e totalmente inedito, che mai avremmo avuto il coraggio di affrontare se non vi fossimo stati costretti da un'emergenza eccezionale. L'esperimento, cui hanno dovuto partecipare tutti, loro malgrado e nessuno escluso, è consistito nella sospensione del tempo, della mobilità e dei contatti umani e sociali esterni alla propria abitazione. Sia che si abiti da soli, sia che si viva con i propri famigliari, sicuramente siamo stati tutti colti da una sensazione di profondo stupore rispetto al silenzio delle strade, alle immagini delle città vuote, alla solitudine diffusa. Una prova dura, che ci ha posto di fronte a una realtà sconosciuta e articolata secondo almeno tre tipologie, quella della solitudine totale per alcuni, quella del contatto obbligato e continuo con i propri famigliari o conviventi in spazi in qualche caso ristretti per altri, e quella dell'interruzione delle relazioni amicali, scolastiche e lavorative per tanti. Abituati come eravamo a vivere vite disordinate e frettolose, distratti da mille stimoli spesso superficiali (chat, media, informazioni, pubblicità, divertimenti...), la situazione anomala ci ha messo di fronte in maniera inusuale alla nostra intimità psichica ed al vissuto più profondo delle nostre relazioni sentimentali, interpersonali e sociali. Il silenzio e la solitudine sono diventati uno spazio vuoto nel quale si sono moltiplicati il disagio esistenziale, l'insicurezza e la paura. Paura della malattia ma anche del proprio caos interiore, con i suoi contenuti sia di tipo emozionale (ansia, depressione, preoccupazione per i propri cari) che di tipo razionale (scelte da compiere, analisi critica del proprio vissuto, del proprio impegno lavorativo, compiti d'assolvere). E non è passata inosservata l'impreparazione di fronte al venire meno degli spazi di intrattenimento e di occupazione del tempo libero. È il tema della solitudine

dell'uomo moderno, calato in una realtà sociale densa e massificata, che ci vede in gran parte soli nella moltitudine.

Le famiglie con bambini sono state e sono in grande difficoltà, sia laddove genitori attrezzati culturalmente ed economicamente hanno trasformato la casa in una classe di scuola o di asilo nido, sia laddove la carenza di adeguate risorse umane e materiali ha provocato ripercussioni di vario genere sull'equilibrio psicologico e sociale dei soggetti più deboli. È lecito chiedersi però, se la sospensione, la solitudine ed il silenzio ci abbiano insegnato qualcosa di nuovo e di più, sia rispetto al proprio io e alla propria interiorità sia rispetto alla propria vita nella società. Al di là delle illusioni rispetto al fatto che “tutto possa tornare come prima”, in molti ambiti della società, si coglie la voglia di ripensare il nostro modello di sviluppo socioeconomico, ed in particolare il rapporto tra individuo e comunità, quello tra salute e lavoro e quello tra umanità e pianeta.

La paura del contagio, dell'apocalisse (vi ricordate il passaggio dal vecchio al nuovo millennio?) e del disordine è una caratteristica di molte epoche storiche e le persone hanno temuto la disintegrazione dell'ordine sociale ed economico e sono ricorsi a regole rigorose per allontanare la paura e il senso di morte. Alla base della nostra umanità e dignità ci sono l'amore, la fiducia e la speranza. Durante i terribili mesi della pandemia, spero che la maggioranza delle persone abbia imparato che noi non siamo mai completamente indipendenti dagli altri e autosufficienti.

Nelle relazioni umane la dipendenza e l'indipendenza si mescolano sempre ad una possibilità di trasformazione e di rinascita: nel loro dipanarsi si impara anche a stabilire un diverso rapporto con il tempo, che non è mai una variabile indipendente, e si impara che il futuro non è mai chiuso per sempre e si può sempre agire per fare in modo che lo spazio delle possibilità si espanda. Quando riteniamo che l'altro sia

sempre una minaccia significa, in fondo, che non abbiamo fiducia in noi stessi.

Ci eravamo dimenticati quanto fosse importante la socializzazione e la solidarietà e ci siamo accorti di quanto tempo ed energie abbiamo perso rincorrendo stupide e finte problematiche e litigando.

Ci siamo accorti di quanto sia importante un'informazione corretta e consapevole e ci siamo accorti di quanto siano importanti le competenze e la professionalità. Ci siamo accorti di quanto sia importante una sanità pubblica efficace ed efficiente.

Ma più di tutto ci siamo accorti di quanto siamo fragili e vulnerabili e spesso è proprio questo concetto basilare che ci sfugge e ci fa rincorrere chissà quali effimeri risultati.

Abbiamo toccato con mano come solo la solidarietà comunitaria sul territorio sia in grado di colmare le lacune di un sistema di welfare che lascia troppe persone sole con i propri problemi sociali e di salute.

Nel libro *Le affinità elettive* W. Goethe scriveva:

“...non permettere a un malinteso di dividerci: non far sì che il molle insegnamento della moderna cosiddetta bellezza ti privi dell'importante durezza, affinché la tua emozione malaticcia non si riduca a sopportare soltanto una levigatezza senza significato”.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Amnesty International, trimestrale del 4/10/2020
- 2) Borgna E., *Le parole che ci salvano*, Einaudi, Torino, 2017
- 3) Borgna E., *Come se finisse il mondo*, Feltrinelli, Milano, 2015
- 4) Calvino I., *Le città invisibili*, Mondadori, Milano, 2016
- 5) De Mei B., Lega I., Sampaolo L., Valli M., *Covid-19: gestione dello stress tra gli operatori sanitari*, *Epicentro - Epidemiologia per la sanità pubblica ISS*, 4/6/2020
- 6) Federici S., De Leonibus R., Lepri A., Castellani Mencarelli A., Zingone E., Acocella A.M., Roy T.D., Micoli M., Giammaria A. (2020), *Tra Eros e Thanatos: il vissuto sessuale di giovani adulti italiani durante la quarantena (lockdown)*, Report finale
- 7) Freud S., *Analisi terminabile e interminabile*, Bollati Boringhieri, Torino, 1977
- 8) Freud S., *Considerazioni attuali sulla guerra e la morte*, Edizioni Studio Tesi, Roma, 1991
- 9) Freud S., *Tre saggi sulla teoria sessuale. Al di là del principio di piacere*, Bollati Boringhieri, Torino, 2012
- 10) Hanfmann G. M. A., *Oxford Classical Dictionary*, Oxford University Press, 1970. In italiano *Dizionario delle antichità classiche*, Cinisello Balsamo, Paoline, 1995
- 11) Hillman J., *Il mito dell'analisi*, Adelphi, Milano, 1979
- 12) Iasevoli F., Fornaio M., D'Urso G., D. Galletta, Casella C., Paternoster M., C. Buccelli, De Bartolomeis A., the COVID-19 in Psychiatry Study Group, *Psychological distress in patients with serious mental illness during the COVID-19 outbreak and one-month mass*

- quarantine in Italy*, Cambridge University Press, 19/5/2020
- 13) Kundera M., *L'insostenibile leggerezza dell'essere*, Milano, Adelphi, 1989
 - 14) Malaguti E., Cyrulnik B., *Costruire la resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*, Erikson, Trento, 2005
 - 15) Marzano M., *Avere fiducia*, Mondadori, Milano, 2014
 - 16) Milella L., *Coronavirus, Azzarriti: "Le misure sono costituzionali a patto che siano a tempo determinato"*, la Repubblica, 8/3/2020
 - 17) Valdrè R., *La morte dentro la vita*, Rosenberg & Sellier, Torino, 2006
 - 18) Viola M., *Covid - 19: tra salute, sicurezza e diritti*, Nurse24, gennaio 2021

SITOGRAFIA

- I. www.iss.it
- II. <http://science.sciencemag.org/content/early/2020/03/13/science.abb3221>
- III. www1.nyc.gov
- IV. www.eumetramr.com
- V. www.kinseyinstitute.org
- VI. www.gqitalia.it
- VII. www.freespeechcoalition.com
- VIII. www.fiss.it
- IX. <https://www.huffingtonpost.it/>
- X. Caputo A., *L'empatia è in grado di generare burnout*, www.Nurse24.it, 8/2018
- XI. Colamedici A., Gancitano M., *La società della performance - come uscire dalla caverna*, Milano, Edizioni Tlon, 2018
- XII. Siracusano A., *Dal defusing al lessico della salute mentale*, www.sopsi.it, 4/2020
- XIII. Zani B., Altruismo e solidarietà in Emiliani F. e Zani B., *Elementi di psicologia sociale*, Bologna, Il Mulino, 1998
- XIV. *Aiutiamo chi cura: un sostegno per gli operatori sanitari a rischio burnout*, www.fatebenefratelli.it, 12/2020
- XV. Organizzazione Mondiale della Sanità, www.salute.gov.it
- XVI. Redazione Nurse24, *Survey del disagio sociale degli operatori sanitari nell'era Covid-19*, www.Nurse24.it, 4/2020
- XVII. Millesi S., *Non c'è salute senza salute mentale*, www.vita.it, 4/2020
- XVIII. Viola R., *Quanto è universale la parola "amore"?galileonet*, 2019

Il Covid-19 visto da angolazioni diverse, non sanitarie, ma che sono condivise dalla gente, benchè qui presentate in versione paludata e colta, a spiegazione del sentire comune. Utile per avviare una riflessione sulle conseguenze della pandemia ad ampio raggio sulla vita futura e non solo sulla salute e magari per avviare un cambiamento.

Carlo Scovino - è laureato in Scienze della Formazione e svolge da molti anni un'intensa attività di formazione e sensibilizzazione su temi di carattere sociologico, civile e sociosanitario in Italia e all'estero. Ha pubblicato numerosi articoli e libri su tematiche sociali, sull'empowerment, sui diritti umani, sulla diversity e sull'inclusion ed ha partecipato a numerosi convegni e seminari in Italia e all'estero in qualità di relatore. E' docente a contratto presso l'Università degli Studi di Milano. Ha conseguito la certificazione per il Master Monitoring The Human Rights of LGBTI Persons e Memories Sites and Human Rights e il Master di secondo livello EMMAS (Dirigenti Strutture Sanitarie e Socio-Assistenziali) presso l'Università Bocconi di Milano.

Marina Malgeri - è assistente del prof. C. Scovino nel CdL di Educazione Professionale presso l'Università degli Studi di Milano, Facoltà di Medicina e Chirurgia; è docente nei corsi OSS per la Fondazione Clerici, educatrice presso la Casa Arcobaleno di Milano. Da alcuni anni si occupa dello sviluppo del lavoro di rete e di rigenerazione urbana, di *housing* e di *empowerment*. Ha pubblicato alcuni articoli sui diritti umani e sulla pandemia Covid-19. E' laureata in Educazione Professionale.

Martina Viola - è laureata in Educazione Professionale presso l'Università degli Studi di Milano. Attualmente lavora presso l'UONPIA (Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) presso il Centro IRCCS Santa Maria Nascente di Milano. Ha pubblicato i seguenti articoli: *International Classification of Functioning (ICF) e salute mentale: una questione ancora aperta, Strumenti di valutazione: una riflessione sulla pratica educativa e riabilitativa*. Ha conseguito il certificato "Memory Sites and Human Rights" del Global Campus MOOC.