

Comunicare nella pandemia

Maurizio Bonati

Dipartimento di Salute Pubblica
Istituto di Ricerche Farmacologiche
Mario Negri IRCCS, Milano
maurizio.bonati@marionegri.it

Nei due anni di pandemia l'azione costante e quotidiana che ha caratterizzato e influenzato la vita di tutti i cittadini è stata la comunicazione. Il trasmettere ad altri informazioni, decisioni, raccomandazioni, quando non imposizioni, sia organizzative che comportamentali, dovrebbe basarsi sull'interazione tra soggetti che sono disponibili e interessati a relazionarsi. Condividere conoscenze, in particolare quelle scientifiche, in un contesto nazionale di analfabetismo scientifico e sanitario quale è quello italiano, nel corso di una pandemia globale e secolare determinata da un virus solo in parte conosciuto, non era facile, anche perché impreparati a comunicare. Eppure, alcuni per dovere altri per opportunità, i comunicatori della pandemia hanno accompagnato, e in parte guidato, gli andamenti delle positività, dei ricoveri, dei decessi, della disponibilità dei vaccini, delle inoculazioni, dell'andare a lavorare o dell'andare a scuola, del... presente e del futuro dei cittadini. Al limite sconcertante dei comunicati stampa degli organi istituzionali (molto spesso avrebbero fatto meglio ad attenersi a tradurre, possibilmente senza fare errori, i comunicati di Agenzie o Istituti internazionali o ministeri di altre nazioni più preparati nel comunicare) ha supplito il suo mediatico con lo scambio caotico e non sempre limpido di esperti che mai si sono confrontati tra di loro prima di proferire pareri personali di portata nazionale. Molti di loro hanno già scritto in proposito un libro divulgativo in tema di pandemia, un libro simile ma diverso da quello del collega; altri lo faranno, il tutto governato dal marketing editoriale.

Come succede in un'aula scolastica, ma anche in famiglia, informare fa rima con educare, quindi promuovere anche conoscenza. L'educazione scientifica dovrebbe iniziare sin dalla scuola d'infanzia: purtroppo non succede neppure all'università per molti corsi di laurea. L'abilità comunicativa va gestita con cura, appresa, nutrita e mantenuta nel tempo, per evitare che diventi essa stessa un rischio. Comunicare il rischio, impresa principale per la prevenzione e controllo di qualunque malattia^{1,2}, non è semplice. Eppure la pandemia è stata anche un'occasione di educazione scientifica nazionale, di prevenzione collettiva, di solidarietà collettiva... in gran parte sprecata.

2020 la mortalità. Nel corso del 2020 in Italia sono decedute complessivamente 764.146 persone ovvero 100.526 in più rispetto alla media dei cinque anni precedenti: un eccesso del +15,6%, il dato più alto mai regi-

La comunicazione è un'abilità che può offrire un contributo allo stesso processo di pianificazione e di organizzazione, in quanto la comunicazione non si esaurisce nel passaggio di informazioni, ma è la risorsa che permette di creare rapporti e collaborazioni, di affrontare momenti di difficoltà e di conflitto, sempre presenti in ogni piano d'intervento, in modo particolare nell'emergenza.

EpiCentro¹

EDITORIALE

strato nel nostro Paese dal secondo dopoguerra³. L'eccesso dei decessi è stato attribuito all'incremento delle morti della popolazione fragile e in particolare della popolazione anziana. Dei 764.146 decessi 75.891, il 10,2%, sono stati registrati come decessi avvenuti in persone positive all'infezione di SARS-CoV-2. Durante i primi mesi di pandemia non tutti i deceduti, in particolare quelli non ricoverati in ospedale, sono stati testati per il virus. Quindi il numero dei casi registrati può essere stato inferiore a quello reale. Attribuire a Covid-19 la causa del decesso è difficile e solitamente inaccurato perché è possibile che il decesso sia avvenuto durante l'infezione, ma dovuto ad altre cause. I criteri di codifica delle cause di morte sono soggetti a distorsioni, non ultima la soggettività del medico⁴. Diversi limiti condizionano quindi la stima dei morti per Covid-19 sul totale degli infetti (la letalità). Nel corso del 2020 sono stati segnalati al Sistema di Sorveglianza Integrato 2.105.738 casi positivi di Covid-19 dei quali 75.891 deceduti: letalità 3,6%. Tra la popolazione che non risultava positiva all'infezione (57.535.750 persone) nel corso dell'anno sono decedute 670.255 persone (1,12%), quindi proporzionalmente è stato oltre tre volte il rischio di morire nelle persone anche infette da SARS-CoV-2 rispetto a chi non ha contratto l'infezione (3,6/1,12=3,21; Rischio Relativo). Si può anche dire che il 69% dei decessi in persone positive per Covid-19 si sarebbe potuto prevenire qualora la popolazione non si fosse infettata (3,6-1,12/3,6= 69%; Rischio Attribuibile all'essere infetto). Queste considerazioni fatte per la popolazione più fragile aumentano ulteriormente il rischio rispetto sia ai meno fragili e ancor più ai sani. Questo il riassunto esemplificativo degli esiti estremi della pandemia nel corso del 2020, un anno scandito da: la caratterizzazione del virus (10 gennaio) a pochi giorni del cluster di casi a Wuhan; la nascita della Covid-19 come malattia che si trasmette da persona a persona (20 gennaio) per un coronavirus molto simile a quello del pipistrello; l'identificazione, il 21 febbraio, del primo caso italiano dopo i due turisti cinesi; la prima ondata pandemica iniziata con i focolai del Nord Italia e lo stato di *lockdown* nazionale a partire dall'8 marzo; la dichiarazione, da parte dell'OMS, dello stato di pandemia (11 marzo); l'annuncio da parte di Moderna dell'inizio della sperimentazione di un vaccino mRNA (16 marzo) e dalla cinese CanSino di un vaccino a vettore virale; l'inizio della seconda ondata pandemica a fine ottobre; l'approvazione, il 14 dicembre, dalla FDA del primo vaccino ad uso umano con tecnologia a mRNA contro il virus SARS-CoV-2: il BNT162b2 sviluppato da Pfizer BioNTech, a cui segue quella di mRNA-1273 sviluppato da Moderna; l'avvio, il 27 dicembre, contemporaneamente in tutti gli Stati membri europei, delle prime iniezioni del vaccino.

2021 i vaccini e i vaccinati. Il 5 febbraio 2020 è stato istituito il Comitato Tecnico Scientifico (CTS) con competenza di consulenza e supporto alle attività di coordinamento per il superamento dell'emergenza epidemiologica dovuta alla diffusione del coronavirus. In pratica è l'organo che ha indirizzato tutti i provvedimenti (norme, circolari e ordinanze) nazionali: *lockdown*, chiusura delle scuole, sospensione delle attività, i colori delle regioni, ecc. Un organo competente, ma di una competenza rappresentativa; di una

Attribuire a Covid-19 la causa del decesso è difficile e solitamente inaccurato.

Il ruolo del CTS è stato ed è di supporto e coordinamento per il superamento dell'emergenza epidemiologica.

rappresentanza delegata, non partecipata e basata sulla fiducia: caratteristica/qualità che va creata e mantenuta anche con la comunicazione^{1,5}. L'area esitante a vaccinarsi del 2021 è in parte attribuibile ad una comunicazione inefficace, quando non appropriata, anche perché non partecipata (praticamente un fattore del rischio attribuibile, in questo caso prevedibile e prevenibile).

Proprio nella campagna vaccinale (nella scelta dei vaccini, degli schemi di somministrazione, delle priorità delle classi di popolazione da vaccinare) la comunicazione fatta ha mostrato i suoi limiti e addirittura generato incomprensioni. I primi risultati pubblicati sono stati quelli concernenti l'uso del vaccino sviluppato da Pfizer BioNTech e pubblicati il 31 dicembre sul *New England Journal of Medicine*⁵. A 40.137 volontari con età superiore ai 15 anni, residenti in 6 nazioni, è stato somministrato ad una metà il vaccino a mRNA BNT162b2 all'altra il placebo. Ci sono stati 9 casi di Covid-19 tra i partecipanti allo studio che hanno ricevuto il vaccino e 169 casi tra quelli che hanno ricevuto il placebo: il vaccino è risultato efficace al 95% nel prevenire l'infezione Covid-19 nei due mesi successivi alla seconda dose. Quindi, il vaccino dopo la somministrazione di due dosi distanziate di 21 giorni una dall'altra, in soggetti con età maggiore di 15 anni, risulta efficace nel prevenire l'infezione da SARS-CoV-2 e l'efficacia si mantiene per almeno due mesi dalla seconda somministrazione. 169 dei 20.172 (0,008; 8 ogni mille) non vaccinati hanno contratto l'infezione, mentre solo 9 dei 19.965 vaccinati (0,0004; 4 ogni 10.000): il rischio relativo di contrarre l'infezione è del 5% per i vaccinati rispetto ai non vaccinati (0,0004/0,008=0,05); quindi la riduzione relativa del rischio di infezione vaccinandosi (efficacia del vaccino) è del 95% (0,008-0,0004/0,008=0,95); o in altre parole ancora, vengono prevenute il 95% delle infezioni tra i vaccinati. Per sapere se l'efficacia si mantenesse e per quanto tempo si è dovuto attendere che il tempo trascorresse e venissero presentati i risultati della valutazione dello stato di salute dei partecipanti allo studio che, comunque, continuava. Cosa che è avvenuta il 4 novembre 2021 con la pubblicazione dei risultati ai sei mesi dalla vaccinazione⁶.

Nel 2021 l'eccesso di mortalità è stato più contenuto, circa 59mila decessi in più pari al +9,2%, una riduzione del 41% rispetto a quanto avvenuto nel 2020. Sebbene anche il cosiddetto effetto *harvesting* (il fatto che molti decessi provocati dalla Covid-19 nel 2020 abbiano colpito particolarmente la popolazione più fragile)⁷ abbia potuto contribuire alla riduzione della mortalità, la disponibilità del vaccino e l'attuazione di una massiccia campagna di vaccinazione hanno rappresentato l'azione più efficace e non solo in Italia.⁸

La partecipazione. Il 31 marzo 2022 cesserà lo stato d'emergenza che giustificava interventi restrittivi su ambiti di vita fondamentali: la limitazione della circolazione delle persone, la chiusura di spazi pubblici, le misure di quarantena precauzionale, il divieto di assembramento, la limitazione e la sospensione di attività sportive, ricreative e culturali, nonché di cerimonie civili e religiose e tante altre limitazioni. Disposizioni che hanno limitato, sebbene in modo indiretto, anche le prestazioni sanitarie non salvavita. Il

Proprio nella campagna vaccinale, la comunicazione ha mostrato i suoi limiti e generato anche incomprensioni.

Disponibilità del vaccino e attuazione di una massiccia campagna vaccinale sono state le azioni più efficaci, in Italia come altrove.

miglioramento delle condizioni di vita quotidiane percepito da tutti i cittadini forse non necessita di spiegazioni per la cessata emergenza. Tuttavia, il virus continuerà a circolare anche nei prossimi mesi (anni?) e quindi la comunicazione dovrebbe essere accurata e completa per “contribuire al processo di pianificazione e di organizzazione”¹ futuro. “Non c’è immunità collettiva, di qualunque tipo, se non c’è solidarietà collettiva”⁹ e questo va comunicato e ribadito in modo esplicito.

La salute pubblica è quell’area della medicina che per definizione dovrebbe essere partecipativa (come la democrazia) con il diretto coinvolgimento dei cittadini nei percorsi di prevenzione, di cura e nei processi decisionali. Cittadini “consenzienti” perché (anche) informati. Cittadini fiduciosi perché attivi e non deleganti. Cittadini partecipi di una medicina (democrazia) deliberativa attraverso modelli quali le giurie dei cittadini e le conferenze di consenso con la partecipazione delle associazioni di cittadini e pazienti¹⁰. In emergenza, specie se ci coglie impreparati, non c’è tempo per questi approcci. Tuttavia se mai ci si prepara in questa direzione, sempre si ricorrerà alla delega. Così, a due anni di distanza dall’entrata in *lock-down* molti cittadini si chiedono ancora se è servito. È una domanda inopportuna? Errata? Sono stati distratti? Forse non è stato comunicato loro in modo appropriato facendoli partecipare al “dialogo”, alla discussione, alla costruzione di prove di efficacia nella pratica corrente rispetto a quelle limitate prodotte dai trial e diventate decreti. Finora è mancato... il senso dell’insieme¹¹. **R&P**

Coinvolgere i cittadini, per avere cittadini “consenzienti” perché informati. Perché la salute pubblica è per definizione quell’area della medicina che dovrebbe essere partecipativa.

BIBLIOGRAFIA

1. EpiCentro. Cosa significa comunicare su un rischio in situazioni di emergenza. https://www.epicentro.iss.it/focus/flu_aviaria/pdf/DeMei2.pdf
2. World Health Organization. Emergencies: Risk communication. 15 January 2020. <https://www.who.int/emergencies/risk-communications>
3. Istat. Impatto dell’epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente anno 2020. 5 marzo 2021. https://www.istat.it/it/files/2021/03/Report_ISS_Istat_2020_5_marzo.pdf
4. Gatti MG, Carozzi G, Caranci N, Di Girolamo C, Fortuna D, Giorgi Rossi P. Un decalogo per interpretare correttamente la mortalità da Covid-19. *Scienzainrete* 17/02/2022. <http://www.scienzainrete.it/articolo/decalogo-interpretare-correttamente-mortalit%C3%A0-da-covid-19/maria-giulia-gatti-giuliano>
5. Polack PP, Thomas SJ, Kitchin N, et al. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. *N Engl J Med* 2020; 383: 2603-15.
6. Thomas SJ, Moreira ED, Kitchin N, et al. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine through 6 Months. *N Engl J Med* 2021; 385: 1761-73.
7. Mazzucco S, Campostrini S. Life expectancy drop in 2020. Estimates based on Human Mortality Database. *PLoS ONE* 2022; 17: e0262846.
8. Ziakas PD, Kourbeti IS, Mylonakis E. Comparative analysis of mortality from coronavirus disease 2019 across the European union countries and the effects of vaccine coverage. *Open Forum Infect Dis* 2022; 9: ofac006.
9. Saracci R. Solidarietà, covid-19 e una leva senza fulcro. *Recenti Prog Med* 2022; 113: 24-9.
10. Bonati M. La fiducia. *Ricerca & Pratica* 2022; 38: 3-8.
11. Ambrosino F, De Fiore R. Il senso dell’insieme. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2021.