

# Sommario Rassegna Stampa

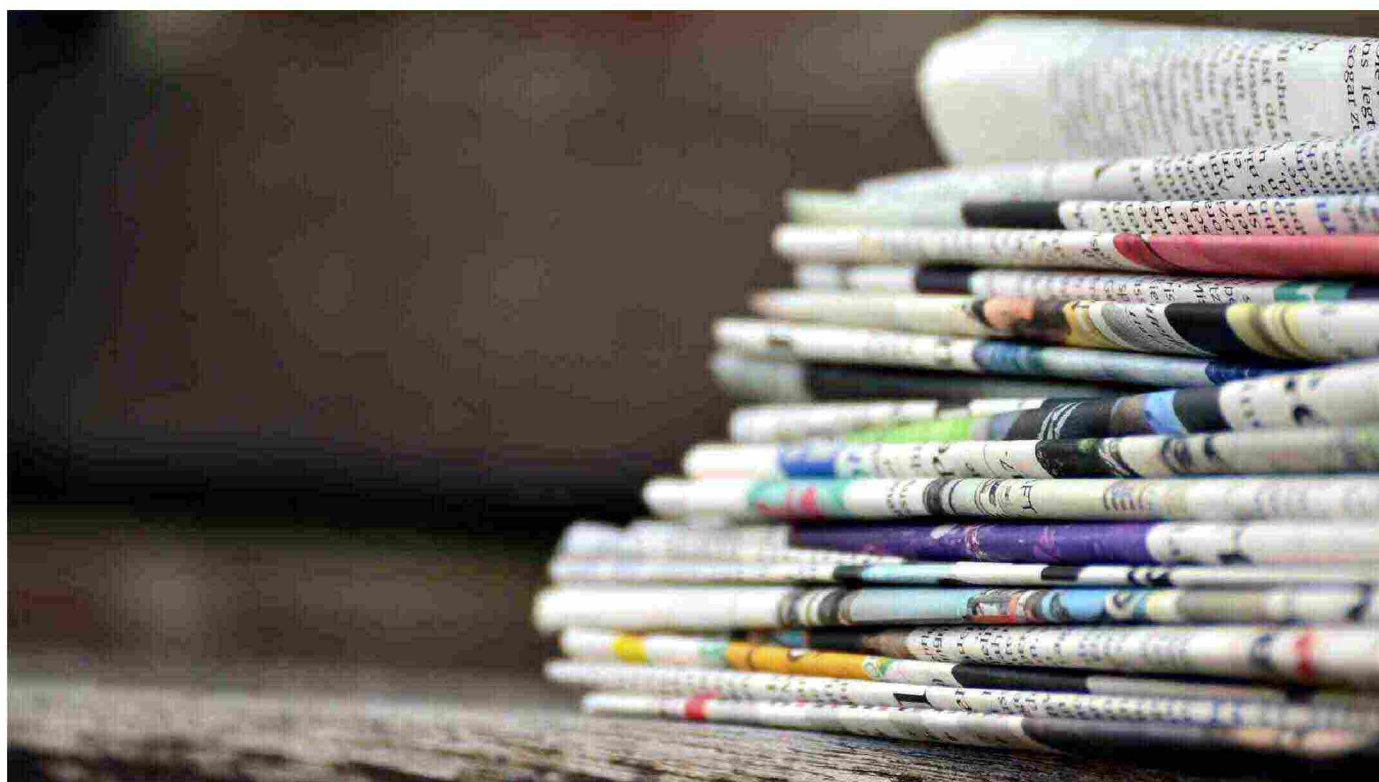
<b>Pagina</b>	<b>Testata</b>	<b>Data</b>	<b>Titolo</b>	<b>Pag.</b>
<b>Rubrica</b>	<b>Cnr - siti web</b>			
	Rivistamicron.it	04/03/2020	<i>LA COMUNICAZIONE AI TEMPI DEL CORONAVIRUS</i>	2
	Scienzainrete.it	03/03/2020	<i>COVID-19: TENIAMO INSIEME SALUTE DELL'UOMO E DEL PIANETA</i>	6
	Scienzainrete.it	25/02/2020	<i>COVID-19: LETALITA', MORTALITA', GUARIGIONE MANEGGIARE CON CURA</i>	14
	Scienzainrete.it	25/02/2020	<i>LA PAURA AI TEMPI DEL CORONAVIRUS</i>	17
	SNPAMBIENTE.IT	25/02/2020	<i>INFODEMIA, LA PAURA AI TEMPI DEL CORONAVIRUS</i>	22

[HOME](#) / [APPROFONDIMENTI](#)

# La comunicazione ai tempi del Coronavirus

*In questi tempi di crisi sanitaria, abbiamo visto che la Comunicazione scientifica deve trovare il modo di emergere con autorevolezza e informazione completa nel mare magnum di disinformazione, allarmismo, fake news, bufale, indicazioni contrastanti.*

 [Condividi](#) — LILIANA CORI, FABRIZIO BIANCHI, 04 MARZO 2020



**Liliana Cori**

Istituto di Fisiologia Clinica del  
[CNR](#) a Pisa



Diversi operatori delle agenzie ambientali, delle strutture sanitarie e degli assessorati di molte regioni hanno partecipato alla formazione promossa dal progetto del Ministero Salute rete di epidemiologia ambientale [EpiAmbNet-CCM](#), sul "[Documento guida sulla comunicazione del rischio ambientale per la salute](#)". Il passaggio dall'informazione alla comunicazione assicurando la partecipazione connota un sempre maggiore grado di interazione e complessità, che si accentua nelle circostanze di crisi come quella che stiamo vivendo.

Nel documento-guida vengono riproposti e analizzati i tre diversi contesti di comunicazione proposti da Lundgren e McMakin (1998), per orientare i pianificatori e consentire alle strutture responsabili di preparare strategie e strumenti da mettere

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

**Fabrizio Bianchi**Istituto Fisiologia Clinica Cnr -  
Pisa**Tag**

comunicazione

in atto quando necessario:

- la **comunicazione che accudisce, protegge e si preoccupa** (o anche fa preoccupare)
- la *care communication* (inarrivabile potenza della lingua inglese), che spesso si occupa di contaminanti emergenti, cioè ancora non noti ai più, o che non preoccupano chi invece dovrebbe mettere in atto misure di protezione;
- la **comunicazione che mira al consenso** perché parte da una situazione di effettivo o potenziale conflitto - la *consensus communication*, storicamente gli OGM, la collocazione di un impianto pericoloso o di antenne di telefonia in città (contesti locali su cui è necessario un continuo aggiornamento);
- la **comunicazione in situazione di emergenza o crisi** - la *crisis communication* - in caso di terremoti, attacchi terroristici, esplosioni (che dovrebbero in molti casi avere già piani di sicurezza); una comunicazione centralizzata e organizzata, che richiede pianificazione e deve essere preparata "in tempo di pace".

Per ciascun contesto vengono illustrati diversi esempi italiani, che sono utili ad analizzare i problemi e le soluzioni pratiche adottate dai protagonisti dei casi studio. L'attuale caso del Coronavirus rientra nel primo o nel terzo "modello" di comunicazione? Attori sono gli amministratori pubblici e il governo, il sistema delle istituzioni pubbliche sanitarie e ambientali, il mondo della ricerca che fornisce le conoscenze, i soggetti economici, il terzo settore e l'associazionismo dei cittadini, e i media.

Quando si analizza l'epidemia in corso appaiono con evidenza alcuni fattori chiave: il tempo, la qualità delle conoscenze, la scala delle decisioni e gli attori in gioco.

È chiaro che, prima dell'arrivo di **Covid19** in Italia, una comunicazione che accudisce, protegge, si preoccupa e introduce qualche elemento di preoccupazione avrebbe potuto preparare il terreno dei diversi attori in gioco, ciascuno dei quali poteva cominciare a pensare come si sarebbe comportato in caso di arrivo del virus e come rapportarsi con gli altri.

In effetti poteva succedere, il materiale di riferimento c'era già, almeno a leggere i documenti prodotti da diversi progetti che hanno affrontato il tema delle emergenze sanitarie, come "TELLME: Comunicazione trasparente nelle epidemie: lezioni apprese dall'esperienza per trasmettere messaggi efficaci e fornire prove scientifiche" (*Transparent communication in Epidemics: Learning Lessons from experience, delivering effective Messages, providing Evidence*). Un progetto, completato nel 2014 con una conferenza a Venezia, che sul sito web elenca nove progetti europei, in diversa maniera orientati al migliore utilizzo dei dati, alla gestione di fenomeni epidemici, alla sorveglianza, alla comunicazione, e dopo quella data molte altre esperienze si saranno sviluppate. Sicuramente conosciuti almeno dagli addetti ai lavori, ma come sempre difficili da mettere in pratica al momento del bisogno, specie quando si presenta con caratteristiche inattese, ed anche su questo bisognerà riflettere.

Invece, non appena planato il COVID-19 nel nostro paese, si è precipitati in una crisi in cui la comunicazione ha funzionato a scoppio alternato, creando vortici centrifughi, mostrando attori che fornivano notizie in ordine sparso che, amplificate, hanno creato continue fratture. Dopo circa dieci giorni è emersa una strategia di *crisis communication*, che ha provato faticosamente a farsi strada.



Non è ancora il tempo di fare valutazioni, che andranno eventualmente sviluppate assieme ai molti attori che hanno fatto parte del "gioco", ma si possono proporre alcuni primi elementi di discussione.

I tempi sono stati rapidissimi, anche perché la Cina ha nascosto quanto ha potuto lo scoppio dell'emergenza nel paese, quindi la *care communication* non si è riuscita ad attivare. Rimane l'interrogativo se si sarebbe potuta realizzare, e se avrebbe contribuito a una migliore gestione.

Una volta esplosi i primi casi di Coronavirus in Italia poi, gli attori responsabili della gestione del rischio hanno preso decisioni e le hanno comunicate secondo lo schema - ben conosciuto in comunicazione del rischio - DAD, **Decidi, Annuncia e Difendi**. Ciò significa che viene presa una decisione, che non prevede rimesse in discussione, si comunica a chi deve obbedire e di seguito si difende con ogni argomentazione ciò che si è stabilito. Se ci sono conflitti tra istituzioni di diverso livello e tra gli esperti in campo questa modalità di comunicazione "dall'alto verso il basso" non solo perde di efficacia ma aumenta il disagio e l'incertezza tra chi "subisce" le decisioni.

Bene inteso, le opinioni diverse tra scienziati sono in larga misura inevitabili e sintomo di vivacità del dibattito. Tuttavia, in situazioni critiche, quando gli esperti sono chiamati a dire la loro e sono essi stessi soggetto e oggetto di spettacolarizzazione, il disaccordo dovrebbe essere gestito in modo adeguato, in particolare da parte degli scienziati che operano nelle istituzioni pubbliche. In ballo c'è la fiducia del pubblico verso le istituzioni, incluse quelle scientifiche.

Il ruolo del ricercatore è delicato perché è portatore di conoscenza scientifica ma ha anche le sue opinioni (**esperto e cittadino**) e nell'arena della comunicazione viene tirato in ballo sui temi di cui non è competente, mentre le stesse conoscenze scientifiche sono tirate per i capelli da una o dall'altra parte politica. Qui l'esperto che opera nelle istituzioni, pagato sulla fiscalità generale per svolgere un ruolo pubblico, deve decidere con responsabilità che ruolo vuole ricoprire, nella consapevolezza che le sue dichiarazioni hanno un peso, e che possono contribuire a aumentare conoscenze e fiducia, o al contrario, confusione e sfiducia.

È chiaro che non siamo di fronte a un problema di comunicazione, ma di gestione del rischio ma più propriamente di *risk governance*.

La *governance* è un sistema complesso, cui l'Unione Europea associa i principi di trasparenza, partecipazione, responsabilità, efficacia, coerenza. La *governance* del rischio è oggetto di studi e costituisce una vera e propria disciplina, che connette diverse competenze scientifiche, destinate a supportare la produzione di conoscenze e i percorsi decisionali, per definire responsabilità e interazioni tra gli attori coinvolti.

Nel modello proposto dall'International *Risk Governance Center* di Losanna, in Svizzera, la *risk governance* è un ciclo iterativo che va dall'identificazione del rischio, alla sua caratterizzazione sia quantitativa (scientifica e fattuale) che qualitativa (con strumenti sociologici), alla gestione. Al centro del ciclo ci sono: la comunicazione, il coinvolgimento di tutti gli attori rilevanti e l'analisi del contesto, cioè la definizione degli attori, degli interessi, dei ruoli e delle responsabilità. Uno schema di questo tipo consente a chi deve tenere le fila della *risk governance* di tenere diverse variabili sotto controllo e conservare la flessibilità di un sistema sensibile ai mutamenti di contesto e all'apporto di nuovi elementi di conoscenza. ([Introduction to the IRGC Risk Governance Framework; EPFL, 2017](#)).

Durante i percorsi formativi sopra menzionati sul Documento guida sulla comunicazione del rischio ambientale per la salute, assieme alle strutture sanitarie e ambientali di diverse regioni italiane si è discusso a lungo sulla comunicazione e le sue modalità di attuazione nei diversi territori.

Le singole agenzie ambientali e il sistema [SNPA](#) hanno sottolineato in più occasioni la centralità della comunicazione e la necessità di aumentare la cultura sul tema. La costruzione di una competenza in comunicazione dei funzionari delle ARPA può contribuire all'identificazione dei bisogni informativi e di comunicazione sul territorio e alla definizione delle priorità per le single agenzie.

Non solo, c'è la necessità di consolidare le conoscenze scientifiche sia nel lavoro quotidiano che nella vita sociale per rafforzare la capacità della comunità nel suo insieme e della società di affrontare emergenze come quella in corso.

Ciascuno nel suo ruolo di funzionario pubblico delle Arpa e del servizio sanitario nazionale si può sentire coinvolto per contribuire a costruire la EHL, *Environmental Health Literacy*, una **alfabetizzazione su ambiente e salute**, definita come "una combinazione di procedure e principi ricavati da ricerche in comunicazione e comunicazione del rischio, scienze ambientali, protezione e sicurezza e alfabetizzazione sanitaria". Sulla EHL, non intesa come sommatoria della alfabetizzazione sanitaria più quella ambientale ma mirata alla relazione ambiente-salute, torneremo a scrivere a breve giro.

## Commenti dei lettori

Il tuo indirizzo email non sarà pubblicato. I campi obbligatori sono contrassegnati \*

Commento

Nome \*

Email \*

Sito web

Do il mio consenso affinché un cookie salvi i miei dati (nome, email, sito web) per il prossimo commento.

[Pubblica il commento](#)



Eva Benelli

# Covid-19: teniamo insieme salute dell'uomo e del pianeta

**Health Literacy**

di **Fabrizio Bianchi, Paolo Lauriola, Liliana Cori**



Publicato il 03/03/2020  
Tempo di lettura: 13 mins



L'emergenza delle malattie infettive, resa così evidente dalla crisi del COVID-19, la pandemia silenziosa delle malattie da inquinamento e i legami complessi che le legano, non sono sufficientemente considerati nella pianificazione di un futuro "sostenibile". Senza un approccio integrato per mitigare le conseguenze dell'emergenza del cambiamento ambientale, le capacità dei paesi di raggiungere gli obiettivi di sviluppo sostenibile (Sustainable Development Goal) saranno compromesse. Per questo è importante adottare una prospettiva One Health, ribadire la centralità del Sistema sanitario pubblico, imparare a gestire l'incertezza, e ridare dignità alla prevenzione. Immagine: l'opera "Mobile World Virus" installata a Barcellona da Tvboy, febbraio 2020.

**COMUNICAZIONE | SALUTE**

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

058509



Mentre i numeri delle vittime da COVID-19 si susseguono nella loro drammaticità, alcuni elementi generali di conoscenza sembrano stabilizzarsi: il virus era presente già da vari mesi prima della registrazione dei primi casi confermati e quindi aveva avuto una sua diffusione oltre confini tracciati dagli uomini; le chiusure - più o meno - ermetiche di intere aree geografiche possono essere decise dopo che si verificano i focolai ma, considerando il tempo di incubazione, molte persone asintomatiche possono uscire prima della chiusura; la distribuzione dell'infezione è differente da paese a paese in ragione del diverso tempo di esordio e diffusione; i servizi sanitari nelle aree più colpite sono messi a dura prova, specie le terapie intensive per i casi con affezioni respiratorie più gravi; i danni materiali e immateriali sono enormi e destinati a crescere.

Nell'area rossa cinese di Hubei la letalità cumulativa si mantiene elevata (circa 4%), ma i nuovi casi sono in netta e rapida diminuzione. Nel resto della Cina la letalità è 1/5 rispetto a quella nell'area rossa, i nuovi decessi sono praticamente esauriti (casi sporadici da diversi giorni), il peso sulla mortalità generale è ridottissimo.

In altri paesi ci sono fenomeni ancora in crescita, come in Corea del sud, in Iran e anche in Europa e in particolare in Italia, seppure con numeri contenuti. Altri paesi ancora risultano fortunatamente, al momento, non interessati.

In Italia la letalità oscilla intorno al 2,5%, è soggetta a variazioni giornaliere, comunque con un peso bassissimo sulla mortalità giornaliera per tutte le cause (<1 ogni 10.000 decessi per altre cause) [1].

## Contestualizzare i dati

Per contestualizzare i dati, senza scopo di confronto, ma per inquadrarli in un quadro più ampio di sanità pubblica, i circa 8.000 decessi annuali per influenza su oltre 5 milioni di infettati hanno una letalità molto bassa (0,2%), ma una mortalità non trascurabile (> 1% rispetto alla mortalità totale per altre cause).

L'impatto sulla mortalità dell'inquinamento atmosferico è 5 volte più pesante, ma si ragiona per dati aggregati e non per individui, o in altre parole tra i decessi per malattie cardiovascolari, respiratorie o altre ancora, si sa che l'esposizione ambientale produce casi in eccesso rispetto a quelli "normalmente" attesi ma non si può dire chi sono (salvo nel caso di studi analitici cioè basati su individui).

## Usare l'esperienza per affrontare il futuro

Nonostante la sostanziale differenza tra le malattie infettive (hanno un'unica causa necessaria, anche se talvolta non sufficiente) e le malattie non trasmissibili (che hanno molteplici cause che non sono di solito né necessarie né sufficienti e agiscono mediante una "rete di causazione"), c'è un grande rischio che incombe su entrambe.

I Cambiamenti climatici (CC) sono una minaccia riconosciuta per la salute umana, per l'assistenza sanitaria, con impatti riconosciuti sia sulle malattie trasmissibili che sulle non trasmissibili.

Il tutto è aggravato dal fatto che molte regioni del mondo con più alta vulnerabilità ai CC hanno anche la copertura di servizio sanitario più bassa e questo genererà problemi non solo in quei paesi. Basti pensare alle migrazioni ambientali che riguarderanno centinaia di milioni di persone (secondo l'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati, UNHCR, e l'Organizzazione internazionale per le migrazioni, OIM, entro il 2050 potranno essere 200-250 milioni i rifugiati costretti a spostarsi dalle proprie terre per motivi climatici, con una media di 6 milioni di persone ogni anno), ma **ci sono stime molto più preoccupanti**.

Gli effetti dei cambiamenti climatici sul carico di malattia sono documentati da moltissimi lavori scientifici, che via via hanno portato a raffinare e rafforzare le stime. Per avere un quadro aggiornato e sintetico si rimanda ad un recente lavoro pubblicato sul *BMJ* che brevemente riassumiamo di seguito [2].

Per un solo grado di temperatura ambientale in più si stimano incrementi di mortalità e morbosità per molte malattie diverse tra loro: +3,4% di mortalità cardiovascolare, +3,6% di mortalità per cause respiratorie, +1,4% di mortalità cerebrovascolare. Le alte temperature sono legate ad aumento dei ricoveri ospedalieri per malattia coronarica, eventi cardiovascolari sono anche associati all'esposizione a inquinamento atmosferico, come particolato fine, PM2.5 e ozono che è amplificato dalle variazioni di temperatura. In particolare:

- temperature elevate producono più incendi, stagioni polliniche più severe e lunghe, più inquinamento atmosferico e maggiore carico di malattie respiratorie;
- dati preliminari riportano anche un aumento di incidenza di diabete di 0,314 per 1.000 persone per ogni aumento di 1 °C;
- la malattia renale cronica a eziologia ignota è stata associata all'aumento dello stress da calore in molte regioni, in particolare nelle comunità agricole;
- condizioni meteorologiche estreme, portano a migrazioni forzate aumento di violenza e impatto sulla salute mentale.

Sono poi da considerare le malattie occupazionali, infatti a temperature più elevate, aumenta il rischio di infortuni e malattie sul lavoro tra i lavoratori interni ed esterni. In particolare, i lavoratori all'aperto affrontano un aumentato rischio di malattie legate al calore poiché le ondate di calore diventano più frequenti e durano più a lungo.

Ma anche sulle malattie infettive l'impatto atteso non è certo da trascurare:

- La capacità di trasmissione della malaria è aumentata di oltre il 20% dal 1950, specie in Africa. L'OMS prevede aumenti significativi di mortalità per malaria correlati ai CC nelle regioni centrali-orientali dell'Africa sub-sahariana;
- Dagli anni '50 è aumentata del 7,8-9,6% la capacità di trasmissione vettoriale della dengue;
- Temperature più calde sono state associate a malattie di origine alimentare, come la salmonella;
- +1 C può portare a +0,8-2,1% di Malattia Mani-Piedi-Bocca [3].



## Imparare a gestire l'incertezza

L'OMS aggiorna periodicamente l'elenco di malattie con elevato potenziale epidemico per le quali, per mancanza o insufficienza di strumenti di controllo e contenimento, si impone la necessità di investimenti in ricerca. Nel 2018 sono state inserite la febbre Congo-Crimea, la malattia da virus Ebola, la febbre emorragica di Marburg, la febbre di Lassa, l'infezione da virus Nipah e la febbre della Rift Valley, la malattia da virus zika, la sindrome respiratoria acuta grave (SARS) e la sindrome respiratoria mediorientale da coronavirus (MERS).

E' interessante sapere che nella lista stilata dal gruppo di lavoro OMS sulla strategia globale R&D Blueprint, preparatoria a eventuali epidemie e pandemie, è stata introdotta anche la condizione "malattia X", assumendo che un'epidemia grave e globale o sovranazionale possa originare da un patogeno al momento non identificato.

E poi ci sono le incertezze nelle stime, spesso dimenticate anche se non sarebbe consentito, specie quando la dimensione dell'incertezza è maggiore di quella della misura stessa, cosa che accade in particolare quando si ha a che fare con numeri piccoli.

Tutto questo dà la misura di quanto dovremo imparare a gestire meglio l'incertezza, sia nella fase valutativa sia in quella della comunicazione. Questo è tanto più vero alla luce del fatto che l'incertezza nelle scienze osservazionali è inevitabile e incompressibile al di sotto di livelli che non sono dati per sempre, ma sono da stabilire sulla base di valutazioni costo-beneficio, sociale innanzitutto.

I cambiamenti climatici pongono una sfida globale di ordine superiore, che andrà affrontata con una strumentazione ben più potente sul piano della governance del rischio e della sua comunicazione.

Se pare urgente una riflessione dentro la comunità scientifica ciò non di meno anche la relazione scienza-politica dovrà trovare un piano diverso e più alto per affrontare sfide come quelle dei cambiamenti climatici.

## Imparare a gestire l'incertezza

L'OMS aggiorna periodicamente l'elenco di malattie con elevato potenziale epidemico per le quali, per mancanza o insufficienza di strumenti di controllo e contenimento, si impone la necessità di investimenti in ricerca. Nel 2018 sono state inserite la febbre Congo-Crimea, la malattia da virus Ebola, la febbre emorragica di Marburg, la febbre di Lassa, l'infezione da virus Nipah e la febbre della Rift Valley, la malattia da virus zika, la sindrome respiratoria acuta grave (SARS) e la sindrome respiratoria mediorientale da coronavirus (MERS).

E' interessante sapere che nella lista stilata dal gruppo di lavoro OMS sulla strategia globale R&D Blueprint, preparatoria a eventuali epidemie e pandemie, è stata introdotta anche la condizione "malattia X", assumendo che un'epidemia grave e globale o sovranazionale possa originare da un patogeno al momento non identificato.

E poi ci sono le incertezze nelle stime, spesso dimenticate anche se non sarebbe consentito, specie quando la dimensione dell'incertezza è maggiore di quella della misura stessa, cosa che accade in particolare quando si ha a che fare con numeri piccoli.

Tutto questo dà la misura di quanto dovremo imparare a gestire meglio l'incertezza, sia nella fase valutativa sia in quella della comunicazione. Questo è tanto più vero alla luce del fatto che l'incertezza nelle scienze osservative è inevitabile e incomprimibile al di sotto di livelli che non sono dati per sempre, ma sono da stabilire sulla base di valutazioni costo-beneficio, sociale innanzitutto.

I cambiamenti climatici pongono una sfida globale di ordine superiore, che andrà affrontata con una strumentazione ben più potente sul piano della governance del rischio e della sua comunicazione.

Se pare urgente una riflessione dentro la comunità scientifica ciò non di meno anche la relazione scienza-politica dovrà trovare un piano diverso e più alto per affrontare sfide come quelle dei cambiamenti climatici.

## Planetary Health, Global Health, One Health

Se il dibattito su e intorno all'attuale crisi da epidemia (o pandemia?) da COVID-19 registra posizioni diverse su molti argomenti, a volte anche distanti tra loro, non ci pare invece ci siano dubbi sul fatto che sia un fenomeno complesso e delicato da maneggiare, non solo per la gestione dell'oggi ma per gli scenari inquietanti del domani. La **moltitudine di articoli scientifici che stanno uscendo con velocità crescente abbraccia praticamente tutte le discipline biomediche e di sanità pubblica** e sono richiamati termini e concetti come quelli della "Planetary Health", "Global Health", e "One Health", conosciuti nella comunità scientifica, ma destinati a breve a diventare molto familiari nel grande pubblico.

Secondo Raffaella Bosurgi, capo redattore di *Lancet Planetary Health*, "Mentre la sanità pubblica si occupa della protezione e della promozione della salute all'interno dei sistemi sanitari e la salute globale esamina come migliorare la salute delle popolazioni di tutto il mondo, la salute planetaria amplia questo impegno osservando le società, le civiltà e gli ecosistemi da cui dipendono". **La salute planetaria sembra dunque l'approccio più adeguato** alla sfida che abbiamo davanti "per trovare soluzioni alternative per un futuro migliore e più resiliente, in quanto mira non solo a studiare gli effetti dei cambiamenti ambientali sulla salute umana, ma anche a studiare sistemi politici, economici e sociali che regolano tali effetti".



Con “One Health” si fa riferimento agli “sforzi collaborativi di più discipline che lavorano a livello locale, nazionale e globale, per raggiungere una salute ottimale per le persone, gli animali e il nostro ambiente”, come definito dalla One Health Initiative Task Force (OHITF). Una iniziativa nata su spinta dei veterinari statunitensi che, a seguito delle paure globali attorno ai focolai di influenza H5N1 (aviaria) della prima metà degli anni 2000, nel 2006 istituivano una OHITF, alla quale aderiva l'anno successivo l'American Medical Association e poi la FAO, l'OMS e l'UNICEF. Dal 2008 l'Unione europea “ha promosso l'approccio OH ed è già stato integrato in documenti strategici della CE ed è inserita nei bandi di ricerca H2020” (**Promoting One Health in Europe through joint actions on foodborne zoonoses, antimicrobial resistance and emerging microbiological hazards**).

Questi concetti non devono essere visti in modo astratto ma come chiave per individuare e suggerire soluzioni e strumenti per affrontare in modo adeguato i problemi di salute sia a livello globale che locale [4].

Un recente articolo pubblicato su *Nature Microbiology* sul fenomeno dell'antibiotico resistenza (AMR) mette in relazione il contesto globale e locale sottolineando come la integrazione tra microbiomi degli esseri umani, animali, piante, acqua e suolo possono realizzarsi a livello locale, ma anche soprattutto riflettersi a livello globale [5].

E' riconosciuto che modificando un equilibrio naturale se ne crei un altro e che questo vada a discapito della capacità dei sistemi biologici complessi ad adattarsi a nuovi equilibri, se non in tempi lunghi, con conseguenze sulla salute umana e animale. E' stato scritto ripetutamente che molti dei virus con i quali abbiamo acquisito familiarità negli ultimi anni provengono da animali selvatici, come Ebola, HIV, Sars e ora dei coronavirus.

E' altrettanto documentato che la maggior parte delle nuove malattie infettive proviene dalla fauna selvatica ma meno studiato è come e quanto i cambiamenti ambientali stanno accelerando questo processo. Urbanizzazione e movimenti planetari di persone sono alla base della sempre più facile diffusibilità di queste malattie permettendo loro di diffondersi più rapidamente.

Complessità, dinamicità e incertezza sugli scenari impongono lavoro di squadra per migliorare la comprensione dei fenomeni biologici ed ambientali e il loro impatto sanitario, economico, sociale ed anche psicologico.

## Centralità del Servizio sanitario pubblico

Il servizio sanitario pubblico si trova quindi investito di una grande impegno per fronteggiare l'oggi e il futuro, cosa che non potrà essere fatto in regime di risparmio. Nella concezione ampia di servizio sanitario non sembra essere ancora compreso appieno il ruolo dei medici di famiglia (MF), medici di medicina generale e pediatri di libera scelta sul versante dell'advocacy e della prevenzione (compresa la conoscenza del territorio), oltre che della cura degli assistiti.

Infatti, i MF se adeguatamente sensibilizzati, formati ed organizzati, possono rappresentare un “anello di congiunzione” tra evidenze scientifiche, problemi globali ed azioni locali [6]. A questo proposito, diverse recenti e autorevoli pubblicazioni hanno sottolineato le grandi potenzialità offerte dal coinvolgimento dei *Primary Care Providers* [7, 8, 9, 10].

Nella realtà italiana un loro coinvolgimento aiuterebbe non solo a raccogliere informazioni in modo tempestivo su aspetti dello stato di salute della popolazione, ma anche e soprattutto nel trasmettere un immediato senso di protezione da parte del Servizio sanitario nel cittadino che nel 95% dei casi viene rappresentato dal MF [11, 12].



## Prevenire

Solo 6 settimane dopo l'inizio dell'osservazione dei primi casi contagiati dal nuovo coronavirus, è stato stimato che la malattia e la paura della malattia hanno avuto impatti sanitari, sociali e economici considerevoli (le attuali stime del danno economico sono superiori a 150 miliardi di dollari) e sono destinati a crescere a dismisura.

La domanda che sembra urgente quanto logica è se non convenga investire risorse in prevenzione e rafforzamento dei servizi sanitari anziché spenderle per rincorrere le mucche già scappate dalla stalla (si pensi a cosa ha provocato “sigillare” aree contaminate quando i possibili infetti hanno circolato liberamente per settimane) [13].

Per concludere, il cambiamento climatico e i cambiamenti ambientali perturbano gravemente gli ecosistemi e hanno effetti diretti sulla salute umana e animale, esacerbando vecchie malattie e provocandone nuove, sia infettive che non trasmissibili. L'emergenza delle malattie infettive, resa così evidente dalla crisi del COVID-19, la pandemia silenziosa delle malattie da inquinamento e i legami complessi che le legano, non sono sufficientemente considerati nella pianificazione di un futuro “sostenibile”.

Senza un approccio integrato per mitigare le conseguenze dell'emergenza del cambiamento ambientale, le capacità dei paesi di raggiungere gli obiettivi di sviluppo sostenibile (Sustainable Development Goal) saranno compromesse [14].

## Postfazione

Il 28 gennaio 1919 Max Weber teneva a Monaco di Baviera una conferenza, diventata poi famosa, sul tema Politica come professione. Weber introduceva la famosa distinzione tra etica dei principi e etica della responsabilità. Rispettivamente, un'etica assoluta, di chi opera solo seguendo principi ritenuti giusti in sé e indipendentemente dalle loro conseguenze, e un'etica riferita alle presumibili conseguenze delle scelte e dei comportamenti messi in atto. Weber, facendo riferimento all'uso di mezzi sospetti anche per il perseguimento di obiettivi buoni, sostenne che chi non tiene conto che dal bene non scaturisce sempre il bene e dal male non deriva sempre il male “in politica è un fanciullo”. Weber stressava come le due etiche non sono antitetiche ma si completano a vicenda, anche se tra esse non potrà mai esserci “armonia a buon mercato”, e introduceva la responsabilità come atto che può risolvere nell'operare pratico i dilemmi etici che si presentano a chiunque abbia responsabilità verso il prossimo.

#### Note

- [1]. Il numero di contagiati (cioè il denominatore per il calcolo del tasso di letalità) dipende dalla capacità di identificarli che risente sia dal sistema di prima osservazione sia dal secondo livello di conferma. Ambedue sono soggetti alla probabilità di produrre dei falsi negativi (sensibilità), ad esempio è plausibile che molti soggetti asintomatici o lievi sfuggano, ma anche falsi positivi, ad esempio se il test di conferma è poco specifico si sovrastima, fatto che giustifica l'indicazione della non appropriatezza di proporre il tampone agli asintomatici (oltre che per il carico sul servizio sanitario).
- [2]. Renee N Salas, Ashish K Jha. Climate change threatens the Achievement of effective universal healthcare. *BMJ*. 2019; 366: l5302.
- [3]. La malattia mani-piedi-bocca è una malattia infettiva causata da virus intestinali molto contagiosi appartenenti al genere enterovirus (della famiglia dei picornaviridae). I ceppi più comuni che la causano sono il coxsackievirus A16 e l'enterovirus 71. La malattia mani-piedi-bocca fa parte delle cosiddette malattie esantematiche. Colpisce soprattutto i bambini sotto i 10 anni di età ma l'infezione può essere trasmessa anche ad adolescenti e adulti. È altamente contagiosa e si diffonde per via aerea, attraverso tosse e starnuti, tramite il contatto diretto con muco, saliva o feci di una persona infetta o attraverso il contatto con superfici contaminate da tali materiali biologici.
- [4]. Buse CG et al. Public health guide to field developments linking ecosystems, environments and health in the Anthropocene. *J Epidemiol Community Health*. 2018 May;72(5):420-425. doi: 10.1136/jech-2017-210082. Epub 2018 Jan 12.
- [5]. [Hernando-Amado S et al. Nature Microbiology, VOL 1432 4, SEPTEMBER 2019, 1432-1442.](#)
- [6]. Lauriola P et al. Sentinel practitioners for the environment and their role in connecting up global concerns due to climate change with local actions: thoughts and proposals. *Epidemiologia e Prevenzione*, 2019; 43 (2-3):129-130. doi: 10.19191/EP19.2-3.P129.05
- [7]. Xie E et al. "Challenges and opportunities in planetary health for primary care providers." *The Lancet Planetary health* 2.5 (2018): 185-187
- [8]. Haines A et al. *N Engl J Med* 2019;380:263-73. DOI: 10.1056/NEJMra1807873
- [9]. Walker R et al. Health promotion interventions to address climate change using a primary health care approach: a literature review. *Health Promotion Journal of Australia*. 22.4 (2011): 6-12.
- [10]. [Declaration calling for family doctors of the world to act on planetary health. WONCA.](#)
- [11]. Hummers-Pradier E et al. The Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe. Part 1. Background and methodology1 *European Journal of General Practice*, 2009; 15: 243-250
- [12]. Green LA et al. The Ecology of Medical Care Revisited October 18, 2001 *N Engl J Med* 2001; 345:1211-1212 DOI: 10.1056/NEJM200110183451614.
- [13] Su questo si veda anche il libro di Paolo Vineis, Luca Carra, Roberto Cingolani "Prevenire. Manifesto per una tecnopolitica", Einaudi, 2020.
- [14]. Di Marco M. et al. Opinion: Sustainable development must account for pandemic risk. *PNAS* February 25, 2020 117 (8) 3888-3892; first published February 14, 2020.

217 letture

# Covid-19: letalità, mortalità, guarigione... maneggiare con cura

COVID-19

di **Fabrizio Bianchi**



Publicato il 25/02/2020  
Tempo di lettura: 5 mins



Le parole sono importanti. Tasso di letalità, è il rapporto tra morti per una malattia e il numero totale di soggetti affetti dalla stessa malattia. Tasso di mortalità, è il rapporto tra il numero di morti sul totale della popolazione media presente nello stesso periodo di osservazione (e non sul numero di malati). Quindi parlare mortalità del 2 o 3% per il Covid-19 senza dire che cosa è il 100, è un errore macroscopico e non può che generare disorientamento, confusione, paura: si pensi che la mortalità per tutte le cause nel Nostro Paese è circa 1 su 100 abitanti. La distinzione tra tasso di letalità e tasso di mortalità non è semantica ma sostanziale sia per fare chiarezza sull'impatto nella popolazione sia per decidere azioni di sanità pubblica. Mappa in tempo reale della [Johns Hopkins University](#)

## SALUTE

Tra le tante imprecisioni che si sentono e si leggono in questi giorni, purtroppo anche da parte di addetti ai lavori, una riguarda l'uso piuttosto disinvolto di letalità e mortalità come sinonimi. La così detta **letalità**, una abbreviazione usata per il tasso di letalità, è il rapporto tra morti per una malattia e il numero totale di soggetti affetti dalla stessa malattia. Questa misura di incidenza, basata cioè sul numero di nuovi casi, è strettamente dipendente dalla finestra temporale di osservazione, giornaliera, settimanale, mensile e cumulativa se si sommano i casi osservati dal primo giorno.

È diffuso l'errore di confondere il tasso di letalità con quello di **mortalità**, che è concettualmente diverso e porta a risultati molto diversi, in quanto mette a rapporto il numero di morti sul totale della popolazione media presente nello stesso periodo di osservazione (e non sul numero di malati). Quindi parlare mortalità del 2 o 3% per il Covid-19 (ne sono pieni i giornali) senza dire che cosa è il 100, è un errore macroscopico e non può che generare disorientamento, confusione, paura: si pensi che la mortalità per tutte le cause nel Nostro Paese è circa 1 su 100 abitanti.



Molti dati diffusi dai media sono affetti da imprecisioni e semplificazione, oltre all'immane sensazionalismo, e non assolvono i bisogni informativi. Specie in situazioni complesse, come quella che stiamo vivendo, sono da evitare gli errori e non è possibile semplificare oltremisura, perché non si aiuta a comprendere davvero la situazione reale, mentre sicuramente si contribuisce a diffondere la paura o alimentare la sfiducia verso le istituzioni. Per dirla con Albert Einstein "Fate le cose nel modo più semplice possibile, ma senza semplificare."

## Covid-19: letalità discreta, mortalità bassissima

Per il Covid-19 siamo di fronte a un fenomeno a discreta letalità e bassissima mortalità. Questo è tanto più vero quanto più si contiene la diffusione del contagio che se invece proliferasse darebbe luogo sia a più casi di morti, aumentando i contagiati. E questo giustifica l'approccio precauzionale, anche se nelle decisioni occorre inserire molti altri elementi.

È importante, prima ancora che interessante, notare che in **Cina** la situazione è molto diversa tra l'area epicentro dell'epidemia (Hubei, 59 milioni di abitanti) che ha registrato il numero maggiore di contagiati e di morti (64.287 e 2.495, tasso cumulativo di letalità=3,9%) e continua a registrare molti casi (149 decessi anche ieri), rispetto al resto della Cina (1,42 miliardi di abitanti), che ha registrato una letalità dello 0,8% e che sembra avere esaurito la spinta (1 decesso ieri su 187 nuovi casi confermati o sospetti).

Quindi **una notizia buona e una più preoccupante**. La buona è che anche nell'area di Hubei stanno calando i nuovi casi (confermati o sospetti) mentre meno buono è il fatto che ancora non diminuisce la mortalità, probabilmente a causa di malati da tempo, alcuni dei quali si aggravano e muoiono.

Nel **resto del mondo** nel suo complesso la situazione è molto più attenuata, con una letalità stimata all'1,1%. In Italia, la curva epidemica è nella fase crescente e trattandosi di piccoli numeri sia di contagiati confermati che di decessi collegati, la letalità oscilla tra il 2% e il 3%. (1)

La distinzione tra tasso di letalità e tasso di mortalità non è semantica ma sostanziale sia per fare chiarezza sull'impatto nella popolazione sia per decidere azioni di sanità pubblica.

In Cina il tasso di mortalità da Covid-19 è di circa 40 per milione nell'area rossa ma 0,07 per milione nel resto della Cina, valori che hanno un peso sulla mortalità per tutte le cause rispettivamente inferiore a 1 su 100 e 1 su 100.000. In Italia la mortalità per Covid-19 ha oggi e avrà anche dopo la crescita che ci si può ragionevolmente attendere un peso inferiore a 1 decesso ogni 10.000 morti per altre cause.

## Covid-19 e influenza

Rispetto alla normale influenza stagionale, **Covid-19** è quindi un fenomeno con **letalità più elevata ma con mortalità molto più bassa** (sebbene il confronto è inevitabilmente viziato da diverse metodologie di conferma dei casi di Covid-19 e di influenza).

Pochi concetti epidemiologici e relativi numeri che appunto dicono che non bisogna né sottovalutare, perché la letalità non è bassa, ma non si può nemmeno sopravvalutare, non solo perché la mortalità è contenuta ma anche perché le possibilità di risposta del pur buono servizio sanitario non sono illimitate e se si tirasse la coperta tutta da una parte bisogna pensare a cosa rimarrebbe scoperto.

## Screening e tassi di guarigione

Quello che in molti, anche nella comunità scientifica, si chiedono, è **con quale accuratezza sia possibile rilevare tutti i soggetti infettati**, e se questa sia comparabile tra nazioni. È infatti evidente la difficoltà di rilevare i casi asintomatici e anche quelli lievi, specie in un periodo di sovrapposizione con la "normale"

influenza stagionale (nella 7ª settimana del 2020, il Dipartimento delle Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità stima 656.000 casi con influenza, per un totale dall'inizio della sorveglianza stagionale di 5.632.000 casi. (2)

Per avere numeri attendibili occorrerebbe uno **screening di massa** che nessun servizio sanitario al mondo potrebbe permettersi e che non sarebbe neanche giustificato. (3) Anche idee di screening parziali, come quella recentemente proposta di sottoporre a tampone le persone con temperatura corporea alterata, dovrebbero essere valutate alla luce dei criteri e dei dati suddetti e quindi, come appropriatamente sostenuto da Walter Ricciardi, non sono all'ordine del giorno.

Oltre ai tassi di letalità e mortalità occorre poi non dimenticare il **tasso di guarigione**, sicuramente molto alto per le Covid-19, ma anche qui la stima dipende da cosa si mette al denominatore e dal tempo di osservazione visto che bisogna dare tempo alle persone di guarire e quindi non si può calcolare troppo precocemente.

In tempi così difficili occorre fare ricorso a tutte le competenze e l'equilibrio di cui la comunità nel suo complesso dispone, anche in tema di comunicazione.

#### Note

(1) [Coronavirus disease 2019 \(COVID-19\) Situation Report - 35](#).

(2) ISS, [Rapporto Epidemiologico InFluNet n. 16 del 19.02.2020](#).

(3) Si ricorda in proposito che con **screening** si indica una strategia di indagini diagnostiche generalizzate, utilizzate per identificare in una popolazione quei soggetti a rischio di malattia, che si reputa sufficientemente elevato da giustificare la spesa e lo stress di cercarla.

# La paura ai tempi del Coronavirus

## Infodemia

di **Fabrizio Bianchi, Liliana Cori**



Publicato il 24/02/2020  
Tempo di lettura: 6 mins



Insieme all'epidemia si diffonde e cresce la paura. Non è una novità, anzi è una costante che riguarda soprattutto le malattie infettive, mentre è molto attenuata o flebile a riguardo delle malattie non trasmissibili. Il perché è rintracciabile nella teoria della comunicazione del rischio, riscontrabile nella storia della salute pubblica, e confermato anche dalla attuale vicenda del COVID-19.

Nella moltitudine di interventi sui media si ritrovano tutti gli ingredienti tipici delle epidemie: accuse, complotti, strumentalizzazioni, interessi oscuri, pochi che provano a tranquillizzare troppo e molti che pretendono collaborazione e

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



razionalità di fronte a scenari complessi (che nessuno riesce a conoscere in modo esaustivo).

Riemergono paure sperimentate nel passato lontano (peste), più vicino (vaiolo) e mai dimenticate. Emergono uno per uno gli elementi che caratterizzano la percezione del rischio, che deve essere considerata per gestire la comunicazione del rischio in modo consapevole. Essi consentono di capire le differenze tra malattie infettive e malattie non trasmissibili.

E' evidente il ruolo di tanti fattori sociali, culturali e di contesto che influiscono sulla percezione dei rischi. Come scrive Andrea Cerase nel suo bel libro "Rischio e comunicazione. Teorie, modelli, problemi" (2017), "I risultati del vasto insieme di ricerche hanno consentito di evidenziare alcune caratteristiche chiave per spiegare la percezione del rischio e influenzare le decisioni: la familiarità, la controllabilità, la volontarietà dell'esposizione, il potenziale catastrofico, l'equità, l'immediatezza del pericolo e il livello di conoscenza". Secondo questa impostazione, e riprendendo Sandman (1993), la percezione del rischio è il giudizio soggettivo che le persone elaborano riguardo alle caratteristiche, alla gravità e al modo in cui viene gestito il rischio stesso. Uno degli elementi chiave è il senso di oltraggio e indignazione che provoca il rischio, *outrage*, strettamente collegato alla fiducia nelle persone/enti di controllo e alla familiarità del contesto. Sandman propone il rischio come prodotto tra il pericolo (*hazard*) e l'*outrage*.

Il rischio va inteso come valutazione probabilistica (prodotto tra la probabilità che l'evento si verifichi e gravità del potenziale danno). Tale valutazione probabilistica è influenzata dall'*outrage*, elemento chiave per stimare il rischio, che riguarda sia la natura del rischio che la sua gestione.

Nel recente documento guida sulla comunicazione del rischio ambientale per la salute ([EpiAmbNet-CCM](#), [Ministero della Salute](#)) sono illustrati gli elementi che aumentano o attenuano la paura.

- La volontarietà: se il rischio è volontario sembra più basso, se è imposto da altri o non si ha la possibilità di controllarlo viene percepito come maggiore. E' chiaro che questa del COVID-19, come tutte le epidemie, non solo è involontaria, ma evidentemente incontrollabile dai singoli, e sembra poco controllabile anche dalle autorità.
- La conoscenza: un rischio nuovo fa più paura e quello di oggi è stato imposto sulla scena come un virus del tutto sconosciuto e senza rimedio. Un rischio per cause naturali fa meno paura di uno provocato da qualcuno, e le teorie complottiste aumentano la sensazione di disagio. Un rischio reversibile fa meno paura di un rischio irreversibile, e se esiste un rischio ma ci sono vantaggi potrebbe anche essere accettabile. Ma in questo caso si vede come tutti abbiano svantaggi, e la paura della morte, su cui si insiste continuamente, incombe su tutti i contagiati (a prescindere dal tasso di letalità).
- La fiducia: se si ha fiducia in chi gestisce il rischio, non lo si percepisce così alto. Ma in questo caso tante voci si levano, anche in modo opportunistico, per minare la credibilità delle istituzioni sanitarie. E una volta persa la fiducia è difficilissimo riconquistarla. Le divergenze nel mondo scientifico in una situazione di emergenza possono essere devastanti perché impongono scelte

di campo invece di aumentare conoscenze e fiducia.

Alla luce di quanto detto si comprende perché l'attenzione per l'evoluzione di questa epidemia non sia comparabile con quella dedicata alle malattie non trasmissibili, in particolare a quelle provocate dall'inquinamento ambientale.

Il primo elemento di distinzione è che la paura per malattie con meccanismo deterministico, cioè con trasmissione diretta (il contatto determina l'infezione) è ben diversa dalla paura per malattie con meccanismo probabilistico, in cui a una esposizione (a inquinamento) corrisponde un aumento della probabilità di ammalarsi. In termini più formali, le malattie infettive hanno un'unica causa necessaria mentre le malattie non trasmissibili hanno molteplici cause (rete di causazione) che non sono di solito né necessarie né sufficienti.

COVID-19 non si sottrae a tutto questo. La paura è insita nelle sue caratteristiche e non è completamente gestibile, tanto meno con richiami generici a dominare la paura, come non è evitabile un sovrappiù di preoccupazione pubblica per la gestione di un problema così complesso.

In nome del dovere di informare e del diritto di conoscenza, ambedue sacrosanti, tutti gli organi di informazione e i social-media offrono in diretta l'aggiornamento del numero dei contagiati e di ogni nuovo decesso, corredati col numero di cittadini sottoposti a misure di contenimento. Ogni decesso assume un peso enorme e aumenta paura e smarrimento.

In realtà, l'OMS rilascia rapporti giornalieri con il necessario livello di dettaglio per valutare non solo l'entità complessiva del fenomeno ma anche la sua progressione.

Nei rapporti si trova la popolazione residente, il numero di casi contagiati confermati (secondo la definizione OMS) per giorno e cumulati, il numero di morti per giorno e cumulati letalità cumulato, e altre informazioni, inclusi i casi sospetti e la curva dell'andamento epidemico. Il tasso di letalità calcolabile, usando come denominatore non i casi malati ma tutti i casi contagiati (che, fortunatamente, solo in parte sono o diventeranno malati), da una informazione interessante sulla diversa fase temporale delle epidemie in Cina e negli altri Paesi. Al 23 febbraio, il tasso di letalità in Cina è attestato attorno al 3,2% mentre negli altri Paesi è di circa l'1%. In Italia, in considerazione del fatto che l'epidemia è in fase crescente, il tasso di letalità varia tra il 2% e il 3%, ma l'attenzione è tutta spostata sulla progressione dei contagiati e dei morti: numeri assoluti molto piccoli che producono una paura molto grande.

Ci si avvia così in una danza macabra dell'informazione che non ha riscontro in nessun altro campo della sanità.

Non per le influenze "normali", che producono ordini di grandezza in più di contagiati (l'ISS stima che ogni anno le sindromi simil-influenzali coinvolgono circa il 9% dell'intera popolazione italiana) e oltre 6.000 decessi per cause dirette e indirette. Si tratta di un tasso di letalità di circa 1 su 1.000 che, pur essendo molto più basso rispetto a quello del COVID-19, in considerazione dell'elevatissimo numero di contagiati, produce un numero non trascurabile di decessi.

Nessun confronto viene fatto poi con i decessi dovuti all'inquinamento dell'aria, oltre 100 al giorno in Italia (con stime più prudenziali) o il doppio secondo le stime dell'Agenzia Europea per l'Ambiente, ma ai quali è data meno attenzione perché ritenuti, a torto, aleatori.

Dunque, respirare o ingerire un virus pericoloso, come COVID-19, evocano un timore diverso e solitamente maggiore rispetto a respirare o ingestire una particella ultrafine carica di sostanze cancerogene.

Un altro elemento che differenzia le malattie infettive da quelle non trasmissibili è la possibilità di contenere il problema: da una parte l'isolamento, la chiusura di aree e funzioni per evitare che le persone si trasmettano il virus, dall'altra le azioni per abbassare l'esposizione a inquinanti ormai ubiquitari, con discussioni infuocate sull'efficacia delle misure (es. dibattito sullo stop alle auto euro x).

La combinazione tra modalità di trasmissione, meccanismo di generazione di malattia, gestione del rischio e paura intrinseca travalicano l'entità dell'impatto sulla salute.

Si tratta di una paura ben diversa da quanto preconizzato da Hans Jonas, secondo il quale la responsabilità verso il futuro implica una "euristica della paura", una paura che sarebbe da recuperare dal nostro bagaglio biologico per imparare ad usarla come uno strumento che ci induce alla prudenza.

2869 letture

altri  articoli

# Covid-19 fra precauzione, comunicazione e diritti

di **Luca Carra**

Pubblicato il 24/02/2020





Dire alla gente “non fatevi prendere dal panico” è perfettamente inutile. Essenzialmente per due motivi: 1. In presenza di un decreto che blocca tutto, chiude scuole e teatri, cancella convegni, etc. si crea una fastidiosa dissonanza. 2. Anche in assenza di queste misure, nella frase “Niente Panico” il Panico cancella il Niente, e resta padrone del messaggio.

[Continua a leggere](#)

1183 letture



**ZADIG**

LO STILE  
DELLA RAGIONE

Scienzainrete.it è una Testata Giornalistica registrata presso il Tribunale di Milano Aut. n° 292 del 24/05/2011



HOME CHI SIAMO ATTIVITÀ DATI PUBBLICAZIONI AMBIENTEINFORMA PROGETTI SERVIZI TERRITORI 

TEMI SI-URP

Home > TEMI > Ambiente e salute > Infodemia, la paura ai tempi del Coronavirus

TEMI Ambiente e salute Comunicazione, educazione, partecipazione Comunicazione e informazione IN PRIMO PIANO

FONTI DIVERSE Varie (CNR, Enea, Ingv, Istat, ecc.)

# Infodemia, la paura ai tempi del Coronavirus

25/02/2020

 3415



Fabrizio Bianchi e Liliana Cori (Istituto di Fisiologia Clinica del [CNR](#)) hanno pubblicato una articolata riflessione sulla rivista online "Scienzainrete", in merito al diffondersi di fake news, di allarmismo, di paure e quindi di comportamenti incontrollati che si stanno diffondendo insieme all'epidemia di Coronavirus in atto.

"Insieme all'epidemia si diffonde e cresce la paura. Non è una novità, anzi è una costante che riguarda soprattutto le malattie infettive, mentre è molto attenuata o flebile a riguardo delle malattie non trasmissibili. Il perché è rintracciabile nella teoria della comunicazione del rischio, riscontrabile nella storia della salute pubblica, e confermato anche dalla attuale vicenda del COVID-19.

Nella moltitudine di interventi sui media si ritrovano tutti gli ingredienti tipici delle epidemie: accuse, complotti, strumentalizzazioni, interessi oscuri, pochi che provano

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



Seguici



Cerca in questo sito

Ricerca avanzata

Cerca

Cerca nei siti Ispra/Arpa/Appa/Assoarpa

Pubblicazioni

Linee Guida per l'applicazione della disciplina End of Waste di cui all'art.184 ter...

12/02/2020

La qualità dell'ambiente in Emilia-Romagna, l'annuario Arpae

31/01/2020

Eventi e formazione



a tranquillizzare troppo e molti che pretendono collaborazione e razionalità di fronte a scenari complessi (che nessuno riesce a conoscere in modo esaustivo).

Riemergono paure sperimentate nel passato lontano (peste), più vicino (vaiolo) e mai dimenticate. Emergono uno per uno gli elementi che caratterizzano la percezione del rischio, che deve essere considerata per gestire la comunicazione del rischio in modo consapevole. Essi consentono di capire le differenze tra malattie infettive e malattie non trasmissibili.

E' evidente il ruolo di tanti fattori sociali, culturali e di contesto che influiscono sulla percezione dei rischi. Come scrive **Andrea Cerase** nel suo bel libro "Rischio e comunicazione. Teorie, modelli, problemi" (2017), "I risultati del vasto insieme di ricerche hanno consentito di evidenziare alcune caratteristiche chiave per spiegare la percezione del rischio e influenzare le decisioni: la familiarità, la controllabilità, la volontarietà dell'esposizione, il potenziale catastrofico, l'equità, l'immediatezza del pericolo e il livello di conoscenza". Secondo questa impostazione, e riprendendo Sandman (1993), la percezione del rischio è il giudizio soggettivo che le persone elaborano riguardo alle caratteristiche, alla gravità e al modo in cui viene gestito il rischio stesso. Uno degli elementi chiave è il senso di oltraggio e indignazione che provoca il rischio, *outrage*, strettamente collegato alla fiducia nelle persone/enti di controllo e alla familiarità del contesto. Sandman propone il rischio come prodotto tra il pericolo (*hazard*) e l'*outrage*.

Il rischio va inteso come valutazione probabilistica (prodotto tra la probabilità che l'evento si verifichi e gravità del potenziale danno). Tale valutazione probabilistica è influenzata dall'*outrage*, elemento chiave per stimare il rischio, che riguarda sia la natura del rischio che la sua gestione.

Nel recente documento guida sulla comunicazione del rischio ambientale per la salute (EpiAmbNet-CCM, Ministero della Salute) sono illustrati gli elementi che aumentano o attenuano la paura.

- La volontarietà: se il rischio è volontario sembra più basso, se è imposto da altri o non si ha la possibilità di controllarlo viene percepito come maggiore. E' chiaro che questa del COVID-19, come tutte le epidemie, non solo è involontaria, ma evidentemente incontrollabile dai singoli, e sembra poco controllabile anche dalle autorità.
- La conoscenza: un rischio nuovo fa più paura e quello di oggi è stato imposto sulla scena come un virus del tutto sconosciuto e senza rimedio. Un rischio per cause naturali fa meno paura di uno provocato da qualcuno, e le teorie complottiste aumentano la sensazione di disagio. Un rischio reversibile fa meno paura di un rischio irreversibile, e se esiste un rischio ma ci sono vantaggi potrebbe anche essere accettabile. Ma in questo caso si vede come tutti abbiano svantaggi, e la paura della morte, su cui si insiste continuamente, incombe su tutti i contagiati (a prescindere dal tasso di letalità).
- La fiducia: se si ha fiducia in chi gestisce il rischio, non lo si percepisce così alto. Ma in questo caso tante voci si levano, anche in modo opportunistico, per minare la credibilità delle istituzioni sanitarie. E una volta persa la fiducia è difficilissimo riconquistarla. Le divergenze nel mondo scientifico in una situazione di emergenza possono essere devastanti perché impongono scelte di campo invece di aumentare conoscenze e fiducia."

Napoli, Green Symposium 2020 rimandato ad aprile

28/02/2020

Alfabeto per l'ecologia: aria

27/02/2020

Rinviato al 5 giugno il primo Festival del giornalismo ambientale

27/02/2020

Carica altri >

#### Lavora con noi

Concorso per 15 ingegneri indetto da Arpa Veneto

24/02/2020

Selezione pubblica per un incarico a tempo determinato di dirigente ambientale in Arpa Veneto

14/02/2020

Carica altri >

#### Video

Il riscaldamento globale sta accelerando

11/03/2020

Il laboratorio multisito di Arpa Umbria

10/03/2020

Il monitoraggio aerobiologico in Umbria degli ultimi anni

05/03/2020

Carica altri >



L'articolo integrale su [Scienzainrete](#)

Sempre Liliana Cori e Fabrizio Bianchi, sulla rivista Micron, hanno scritto [La comunicazione ai tempi del Coronavirus](#)

Pietro Greco tratta degli stessi argomenti su "Strisciarossa": [Coronavirus, è emergenza. Informazione e trasparenza per evitare la psicosi](#)

Giancarlo Sturloni lo fa su OggiScienza: ["Quel che bisogna sapere adesso che il Coronavirus è in Italia"](#)

lo stesso Fabrizio Bianchi, sempre su Scienzainrete ha scritto anche: ["Covid-19: letalità, mortalità, guarigione... maneggiare con cura"](#)

[Altri articoli sulla comunicazione del rischio](#)

[Il decalogo ISS-Ministero della Salute sul Coronavirus](#)

[Le pillole antipanic dell'ISS](#)

TAGS

[comunicazione del rischio](#)[Coronavirus](#)

ARTICOLI CORRELATI

[ALTRO DALL'AUTORE](#)[Arpa Lombardia](#)[COVID-19 #FERMIAMOLOINSIEME](#)[Arpatnews](#)[Il riscaldamento globale sta accelerando](#)[Ambiente e salute](#)[La lezione di Covid-19 sul clima](#)

2 Commenti



**Federica Fregonese** 28/02/2020 at 09:18

Aggiungerei, fra coloro che trattano gli stessi argomenti, scandalizzandomi del Vostro silenzio che sa di fedeltà al sistema, il Dott. Roberto Gava con il suo articolo: ["Infezione da Coronavirus: informazioni e consigli."](#)

Risposta



**Salvatore Tonti** 28/02/2020 at 09:34

Gentile signora Fregonese, come dipendente di una delle Agenzie regionali in rete, mi sento offeso dalla sua affermazione pretestuosa incline alla stucchevole



Tag

[Annuario dati ambientali](#) [App](#)

[Clima](#) [climatologia](#)

[comunicazione del rischio](#)

[Conferenza nazionale Snpa](#)

[Consiglio Snpa](#)

[Controlli ambientali](#)

[Droni](#) [Ecolabel](#) [Emas](#)

[Epidemiologia ambientale](#) [Formazione](#)

[Frane](#) [glifosato](#) [GPP](#)

[indicatori ambientali](#)

[Inquinamento atmosferico](#)

[Luca Marchesi](#) [meteorologia](#)

[Modellistica](#) [Montagna](#) [Neve](#)

[Normativa](#) [open data](#) [Ostreopsis ovata](#)

[Ozono](#) [pfas](#) [plastica](#) [pm10](#)

[PrePair](#) [progetti europei](#)

[protezione civile](#)

[Raccolta differenziata](#)

[Rapporto Ambiente Snpa](#)

[rapporto stato ambiente](#) [rifiuti urbani](#)

[Riviste](#) [siccità](#) [siti contaminati](#)

[specie aliene](#)

[Stefano Laporta](#) [Summer School](#)

[terremoto](#) [Urp](#)