



Scuola Internazionale Superiore di Studi Avanzati

Master in Comunicazione della Scienza “Franco Prattico”

# **Emergenza Covid-19**

## **La comunicazione pubblica in Italia durante la pandemia**

**Relatore**

Bartolomeo Brattoli

**Candidato**

Caterina Fazion

Anno accademico 2019/2020

*La comunicazione avviene quando,  
oltre al messaggio,  
passa anche un supplemento di anima.  
(Henri-Louis Bergson)*

## Indice

<b>1. Introduzione.....</b>	<b>1</b>
1.1 Obiettivo.....	3
<b>2. Inquadramento del contesto.....</b>	<b>4</b>
2.1 Cronologia dell'epidemia di Covid-19.....	4
2.2 Focus sulla situazione italiana.....	7
2.3 Focolaio Lombardo.....	7
2.4 Focolaio Veneto.....	8
2.5 Diffusione nelle altre regioni.....	8
2.6 Parametri applicati per il conteggio dei casi.....	9
2.6.1 Nuova definizione di “caso”.....	10
2.7 Controversie sui tamponi.....	12
2.8 Controversie sulle mascherine.....	13
2.9 Disposizioni del Governo.....	15
<b>3. Coronavirus Sars-CoV-2.....</b>	<b>20</b>
3.1 Caratteristiche generali.....	20
3.2 Origine.....	20
3.3 Dal virus alla malattia Covid-19.....	21
<b>4. Metodologia e strumenti.....</b>	<b>23</b>
4.1 Istituzioni protagoniste nella gestione dell'emergenza.....	23
4.2 Canali di comunicazione.....	25
4.2.1 Governo Italiano.....	25
4.2.2 Ministero della Salute.....	26
4.2.3 Dipartimento della Protezione Civile.....	27
4.2.4 Istituto Superiore di Sanità.....	27
4.3 Materiali considerati per l'analisi.....	28
4.4 Raccolta del materiale.....	28
4.5 Criterio di analisi.....	29
4.5.1 Comunicazione del Rischio.....	29
4.5.2 Capisaldi considerati per l'analisi.....	35
4.5.3 Esperti intervistati.....	36
<b>5. Analisi delle azioni di comunicazione.....</b>	<b>37</b>
5.1 Informazioni di servizio per la cittadinanza.....	37
5.1.1 Opuscoli social del Ministero della Salute.....	37
5.1.2 Campagna di comunicazione del Ministero della Salute.....	41
5.2 Informazione di crisi: l'andamento della pandemia.....	44
5.2.1 Conferenza stampa della Protezione Civile.....	44
5.2.1.1 Gli esordi dell'emergenza.....	44

5.2.1.2 Allerta crescente.....	48
5.2.1.3 L'emergenza.....	52
1. Comportamenti da seguire.....	53
2. Dati comunicati: ne emerge l'inaffidabilità.....	55
3. Caratteristiche dei deceduti.....	56
4. Situazione all'interno degli ospedali.....	57
5. Fenomeno del "capro espiatorio".....	58
5.2.1.4 Stabilizzazione della curva e iniziale decrescita.....	59
5.2.1.5 Temi più dibattuti.....	62
1. Ruolo degli asintomatici.....	62
2. Confusione tra piano scientifico e decisionale.....	63
3. Focus sulle mascherine.....	64
4. Focus sui tamponi.....	67
5.2.2 Istituto Superiore di Sanità.....	70
5.2.2.1 Conferenze stampa sull'analisi epidemiologica.....	70
<b>6. Conclusioni.....</b>	<b>73</b>
<b>7. Bibliografia e sitografia.....</b>	<b>79</b>
<b>8. Appendice.....</b>	<b>86</b>
8.1 Approfondimento su Sars-CoV-2.....	86
8.2 Interviste agli esperti.....	101

## **Prefazione**

*Scrivere questa tesi mi ha messa alla prova. Non perché le informazioni da reperire fossero numerose, confuse e spesso difficili da trovare, e nemmeno perché il tempo fosse poco e le cose da dire molte.*

*Questa tesi mi ha impedito di dimenticarmi anche solo per poco la situazione che tutti, indistintamente, stavamo e stiamo tutt'ora vivendo. Sono stata focalizzata costantemente sul coronavirus, diventato l'argomento principe di tutte le trasmissioni televisive e dei post sui social.*

*Non ho mai spento la televisione o evitato un tweet, ogni informazione sembrava potesse essere utile alla stesura della tesi; ma soprattutto ho subissato mio padre e mio fratello di domande, per sapere cosa realmente stesse succedendo negli ospedali di due delle regioni più colpite: Lombardia ed Emilia Romagna. E forse è proprio questo il vero motivo per cui è stato difficile scrivere la tesi, dovendo riconoscere quante cose siano state confuse, mal spiegate e in parte celate.*

*Quando sai che tuo fratello ha visto morire decine di persone, ha dovuto veder scegliere chi intubare e chi no, ha indossato tuta e dispositivi di protezione per 16 ore di seguito, ben oltre il tempo raccomandato per operare in sicurezza, e quando sai che tuo padre, a sessant'anni, non è mai stato sottoposto a un tampone nonostante infilasse manualmente sondini naso gastrici a pazienti con coronavirus, e nonostante abbia portato gli stessi calzari per settimane perché non ce ne erano a sufficienza, risulta difficile scrivere senza rabbia, sentendo dire dalle istituzioni che non ci sono state criticità nelle terapie intensive e che i tamponi vengono fatti a chi davvero ne necessita.*

*Conscia del fatto che questa tesi sia solo una minima parte di tutte le approfondite analisi che verranno proposte in futuro, sono ugualmente soddisfatta. Nonostante la reticenza e il rifiuto che spesso mi hanno accompagnata, ho cercato di capire cosa potrà essere migliorato per le emergenze future, che spero profondamente possano trovarci più preparati, forti, ma soprattutto trasparenti nel dirci onestamente come stanno le cose.*

## 1. Introduzione

Siamo ben consapevoli di come sia difficile cambiare tutte le nostre abitudini, ma non c'è tempo. Dobbiamo farlo, ora. Dobbiamo tutti rinunciare a qualcosa per il bene dell'Italia<sup>1</sup>.

Così esordiva il presidente del Consiglio Giuseppe Conte durante la conferenza stampa del 9 marzo 2020, poco più di due mesi fa, quando annunciava agli italiani che la nostra penisola era, ed è tuttora da considerarsi nella sua interezza “zona protetta”, fino a disposizioni future. Il perché lo conosciamo: il virus Sars-Cov-2, comunemente chiamato coronavirus, che provoca la malattia respiratoria Covid-19, sta infettando migliaia di italiani da molte settimane. Partito dalla città di Wuhan, in Cina, nel mese di dicembre, è rapidamente arrivato a noi e nel resto del mondo. L'Italia però, ne risulta particolarmente colpita, posizionandosi oggi al secondo posto per numero di deceduti, dopo gli Stati Uniti d'America e al quinto posto per numero di contagiati dopo Stati Uniti, Russia, Inghilterra e Spagna.

Da due mesi ormai abbiamo dovuto cambiare le nostre abitudini, in maniera sempre più consistente: scuole chiuse, uscite limitate alle esigenze lavorative e a necessità irrinunciabili, divieto di assembramenti in strada o in luoghi chiusi, obbligo di stare lontani almeno un metro gli uni dagli altri, bar e ristoranti chiusi. A risentire di questo inaspettato lockdown<sup>2</sup> sono i rapporti sociali e umani, le piccole e grandi imprese, le situazioni familiari; ma questi sono sforzi che ci viene chiesto di fare per cercare di contenere il più possibile l'avanzata del coronavirus, con il minor numero di effetti negativi. Se per alcuni l'infezione comporta solamente sintomi lievi, per una percentuale non trascurabile porta con sé complicazioni importanti come polmoniti, sindrome da distress respiratorio acuto<sup>3</sup>, e in alcuni casi decesso del paziente. Le terapie intensive, soprattutto del Nord Italia, sono state affollate per tutto il mese di marzo, i posti letto scarseggiavano, e spesso si è reso necessario il trasferimento in altri ospedali; i medici e gli infermieri non riuscivano a garantire gli opportuni trattamenti, come l'ossigenazione artificiale, ai pazienti che ne

---

1 Conferenza stampa del Presidente del Consiglio Giuseppe Conte, 9 marzo 2020  
<https://www.youtube.com/watch?v=5GSzjlSUtA>

2 Lockdown: letteralmente confinamento.

Indica l'insieme di misure di confinamento, contenimento, blocco che costituiscono un protocollo d'emergenza che impone restrizioni alla libera circolazione delle persone per diverse ragioni, siano esse relative alla salute o inerenti a questioni di pubblica sicurezza.

3 Sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS, Acute Respiratory Distress Syndrome): tipo di insufficienza respiratoria polmonare determinata da diverse patologie responsabili dell'accumulo di liquido nei polmoni e della riduzione eccessiva di ossigeno nel sangue.

necessitavano. Nell'ultimo mese abbiamo assistito a un lento, ma progressivo alleggerimento dei ricoveri grazie ai contagi in calo, segno dell'efficacia delle misure prese in questi mesi.

Da una decina di giorni siamo ufficialmente entrati in quella che è chiamata fase 2, nella quale alcune misure sono allentate: si può fare sport, e non solo a pochi metri da casa, si può finalmente tornare alla propria residenza e alcune aziende possono riaprire. Quello che resta invariato è il distanziamento sociale che deve essere mantenuto, le mani costantemente lavate, le superfici igienizzate. La voglia di recuperare la nostra libertà a lungo negata non deve però farci abbassare la guardia, il prezzo da pagare sarebbe una ripresa dei contagi e un ritorno al totale lockdown.

Da quando la notizia della diffusione del nuovo virus è arrivata in Italia, i primi di gennaio, le informazioni che hanno iniziato a circolare su questo nuovo coronavirus sono state innumerevoli, provenienti dalle fonti più disparate; dunque capire quali notizie siano attendibili o meno risulta tuttora difficile.

In queste situazioni di emergenza, quello che i cittadini si aspettano e di cui hanno bisogno, sono indicazioni chiare e attendibili che possano aiutare ad affrontare la difficoltà e soprattutto a chiarire i numerosi dubbi. Paura e incertezza sono dettate da un virus completamente sconosciuto, di cui nome, provenienza, pericolosità e caratteristiche fino a poco fa erano un mistero, e ancora oggi sono oggetto di studi e ricerche. In Italia il Ministero della Salute, la Protezione Civile e l'Istituto Superiore di Sanità, sono le istituzioni che, insieme al Governo, si stanno occupando di monitorare i contagi e di gestire la situazione dettata dalla diffusione del virus Sars-Cov-2, tramite i siti ufficiali e i canali social, laddove presenti. Con questa tesi mi propongo di capire se le istituzioni prese in considerazione siano riuscite nell'intento di fare da guida all'Italia, accompagnandola in questo difficile periodo, fornendo ai cittadini informazioni chiare, trasparenti e soprattutto coerenti, per limitare dubbi e allarmismi e per avere un chiaro quadro della situazione.

## 1.1 Obiettivo

Durante l'attuale epidemia di Covid-19, il Ministero della Salute, la Protezione Civile e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), di concerto con il Governo, sono protagonisti nella gestione e nella comunicazione dell'emergenza.

La domanda a cui questa tesi vorrebbe rispondere è quanto queste istituzioni siano in grado di fungere da guida per il Paese riuscendo a fornire informazioni chiare e coese, sia per quanto riguarda il contenuto, sia per la trasmissione di dati attendibili sul numero di contagi e di decessi. Solo una presenza costante e solida delle istituzioni può evitare di lasciare spazio a confusione, allarmismi, fake news e diffusione di dati sovrastimati o sottostimati che rendono la gestione dell'emergenza ancora più complicata, e la durata della crisi ancora più lunga. Proprio a tal proposito l'Organizzazione Mondiale della Sanità, i primi di febbraio, ha messo in guardia il mondo dall'infodemia, l'epidemia cioè di informazioni sproporzionate e talvolta false sul virus e sulla sua diffusione<sup>4</sup>.

Fondamentale per l'analisi è considerare l'oggetto della comunicazione, ovvero un'emergenza sanitaria che rientra a tutti gli effetti in quella che è definita comunicazione del rischio. Come tale dovrebbe vedere soddisfatti i requisiti fondamentali, riconosciuti a livello internazionale, della comunicazione del rischio per tutelare la salute, affrontare le emergenze, gestire le controversie e orientarsi nell'incertezza.

L'analisi coprirà un lasso di tempo di circa tre mesi: da fine gennaio 2020 al 17 aprile 2020. Per valutare la coerenza e la trasparenza della comunicazione delle istituzioni italiane, l'analisi terrà conto di quanto dichiarato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), istituzione per eccellenza che rappresenta il mondo intero a livello sanitario, e dal Centro Europeo per la Prevenzione e per il Controllo delle Malattie (ECDC).

Conscia del fatto che la situazione sia ancora in piena evoluzione, questa tesi non ha la pretesa di essere un'analisi puntuale e impeccabile; vuole piuttosto fornire un quadro generale della situazione, dalla nascita all'inizio dell'allentamento dei contagi, raccontata non ex post, bensì con gli occhi di chi si è trovato nel pieno dell'emergenza.

---

4 WHO, "Novel Coronavirus (2019-nCoV)- SituationReport 13", 2 febbraio 2020  
[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200202-sitrep-13-ncov-v3.pdf?sfvrsn=195f4010\\_6](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200202-sitrep-13-ncov-v3.pdf?sfvrsn=195f4010_6)



## 2. Inquadramento del contesto

### 2.1 Cronologia dell'epidemia di Covid-19

A dicembre 2019 iniziano a verificarsi alcuni casi di polmoniti virali di origine sconosciuta nella città di Wuhan, capitale della regione cinese di Hubei. I pazienti che mostrano sintomi come febbre e difficoltà respiratorie, vengono messi in quarantena<sup>5</sup>.

Le autorità cinesi informano l'Oms di questa situazione il 31 dicembre, spiegando che probabilmente i 59 casi di polmoniti verificatesi, sono causate da una zoonosi, ovvero una malattia infettiva proveniente da una fonte animale, successivamente trasmessa all'uomo. L'origine probabile del virus è rappresentata da un mercato all'ingrosso di frutti di mare, con circa un migliaio di bancarelle su cui si vendono oltre al pesce, anche polli, fagiani, pipistrelli, pangolini, serpenti e organi di animali selvatici, localizzato nella città di Wuhan. Gran parte dei pazienti infetti ha avuto infatti qualche relazione con il mercato appena descritto.

Il 7 gennaio le autorità cinesi confermano il precedente sospetto: è stato identificato un nuovo virus appartenente alla famiglia dei Coronavirus che prende il nome provvisorio di 2019-nCoV (novel CoronaVirus 2019, in quanto nuovo virus appartenente alla famiglia dei Coronavirus, emerso nel 2019). Il mondo intero conosce già altri coronavirus che causano numerose patologie, dal comune raffreddore alle più pericolose SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) e MERS (Middle East Respiratory Syndrome).

Il 17 gennaio l'Ecdc, innalza il livello di rischio circa la possibilità che il virus raggiunga l'Europa da "basso" a "moderato"<sup>6</sup>.

Il 22 gennaio, a seguito del numero crescente di casi confermati (312) e di decessi (6), il Governo Cinese mette in quarantena l'intera città di Wuhan, vale a dire 11 milioni di persone, nel tentativo di contenere l'epidemia virale; questa misura è stata successivamente estesa a quasi tutta la provincia di Hubei. Vengono sospesi aerei, treni,

---

<sup>5</sup> Quarantena: periodo di isolamento di 14 giorni, che corrisponde al periodo di incubazione del virus Sars-Cov-2 prima che inizi a dare sintomi.

Genericamente indica un isolamento forzato, utilizzato per limitare la diffusione di uno stato pericoloso (spesso una malattia). Il termine deriva da quaranta giorni, la durata tipica dell'isolamento cui venivano sottoposte le navi provenienti da zone colpite dalla peste nel XIV secolo.

<sup>6</sup> European Centre for Disease Prevention and Control, "Rapid Risk Assessment: Cluster of pneumonia cases caused by a novel coronavirus, Wuhan, China, 2020", 17 gennaio 2020

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-cluster-pneumonia-cases-caused-novel-coronavirus-wuhan>

autobus e traghetti in entrata e in uscita dalla città; l'autorità sanitaria rende obbligatorio l'utilizzo di maschere facciali nei luoghi pubblici.

Nei giorni successivi vengono prese decisioni circa l'annullamento dei festeggiamenti del Capodanno Cinese (25 gennaio 2020), adottate, oltre che da Wuhan, da Pechino e Macao. Questo evento infatti avrebbe messo in contatto migliaia di persone e determinato spostamenti da molte parti del mondo, aumentando il rischio dei contagi.

Il 26 gennaio il Presidente della Repubblica popolare cinese, Xi Jinping in un comunicato ufficiale, dichiara che la situazione che la Cina sta affrontando è grave, data l'accelerazione dell'espansione del virus; successivamente l'Oms alla luce delle nuove notizie, alza il livello di pericolosità della Cina a "Molto Alto", e nel resto del mondo a "Alto"<sup>7</sup>. Nel frattempo i casi iniziano a essere registrati anche in molti altri stati: Thailandia, Stati Uniti, Lapponia, Emirati Arabi Uniti, Canada, Germania.

Il 30 gennaio, con 170 morti e oltre 7700 contagi in Cina, l'Oms, in una conferenza straordinaria di aggiornamento sullo stato della sanità globale in merito alla malattia provocata dal virus che prende il nome di 2019-nCoV ARD (2019 novel Coronavirus Acute Respiratory Disease), dichiara ufficialmente tale virus un rischio per la salute pubblica mondiale, fornendo direttive<sup>8</sup> alle nazioni sulla corretta gestione del problema. Vengono accertati per la prima volta in Italia due casi di persone infette, si tratta di due turisti cinesi in vacanza a Roma. L'Italia blocca tutti i voli da e per la Cina e il 31 gennaio proclama lo stato di emergenza sanitaria per 6 mesi.

Attorno all'8 febbraio quando in Cina i morti sono arrivati a 722, l'Oms dichiara che i casi di contagio (34.500) si stanno stabilizzando. Quasi la totalità di contagiati e dei morti sono registrati in Cina, ma i 161 infetti al di fuori, sono sparsi ormai per tutto il mondo; è per questo che il Direttore Generale dell'Oms Tedros lancia un'allerta: «Un virus può creare più sconvolgimenti politici, economici e sociali di qualsiasi attacco terroristico: il mondo si deve svegliare e considerare questo virus come il nemico numero uno»<sup>9</sup>.

---

7 WHO, "Novel Coronavirus (2019-nCoV)- Situation Report 6", 26 gennaio 2020  
[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200126-sitrep-6-2019--ncov.pdf?sfvrsn=beae0c\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200126-sitrep-6-2019--ncov.pdf?sfvrsn=beae0c_4)

8 Who, "Novel Coronavirus (2019-nCoV)-Situation Report 10", 30 gennaio 2020  
[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200126-sitrep-6-2019--ncov.pdf?sfvrsn=beae0c\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200126-sitrep-6-2019--ncov.pdf?sfvrsn=beae0c_4)

9 Redazione, "Coronavirus, Oms: "Nemico numero uno, peggio del terrorismo"", 11 febbraio 2020  
[https://www.ilmessaggero.it/economia/news/coronavirus\\_oms\\_nemico\\_numero\\_uno\\_peggio\\_del\\_terrorismo-5044776.html](https://www.ilmessaggero.it/economia/news/coronavirus_oms_nemico_numero_uno_peggio_del_terrorismo-5044776.html)

Il 12 febbraio l'International Committee on Taxonomy of Viruses decide ufficialmente di chiamare la malattia COVID-19 (COronaVirus Disease 19), mentre il virus SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2); passo fondamentale per evitare la stigmatizzazione della popolazione cinese evitando nomi che facciano riferimento alla zona geografica di diffusione del virus.

Il 21 febbraio in Italia vengono confermati diversi nuovi casi locali di coronavirus: un focolaio nella zona di Castiglione D'Adda, in Lombardia, e due casi a Padova. Da questo giorno i contagi in Italia continuano ad aumentare, portando il Paese ad affrontare a marzo il peggiore momento in termini di contagi, decessi e soprattutto saturazione del sistema sanitario.

Il 24 febbraio i ricercatori dell'Oms sono arrivati alla conclusione che «in Cina la diffusione del coronavirus ha raggiunto il suo picco tra il 23 gennaio e il 2 febbraio. E da allora ha cominciato a diminuire in maniera consistente»<sup>10</sup>.

L'11 marzo la Cina dichiara che i nuovi contagi sono praticamente azzerati, mentre nel resto del mondo l'epidemia è in pieno corso; l'Oms infatti dichiara la pandemia<sup>11</sup>.

Oggi, 14 maggio 2020, secondo i dati dell'Oms, i contagi totali nel mondo sono 4.307.287 e i morti 295.101. In Italia invece si registrano oltre 223.000 contagi e 31.000 decessi<sup>12</sup>. La situazione, per quanto migliorata, è ancora in piena evoluzione e continuerà a essere monitorata anche dopo la consegna di questa tesi che si ripropone di analizzare la comunicazione dell'emergenza Covid-19 fino al 17 aprile 2020.

---

10 Redazione, "Coronavirus, 7 morti e oltre 200 contagiati. Conte: gestione di un ospedale fuori protocollo. Al Nord Serie A a porte chiuse", *La Stampa*, 24 febbraio 2020.

<https://www.lastampa.it/cronaca/2020/02/24/news/quarta-vittima-del-coronavirus-in-italia-morto-un-uomo-di-84-anni-ricoverato>

11 Pandemia: (dal greco pan-demos, "tutto il popolo") è una malattia epidemica che, diffondendosi rapidamente tra le persone, si espande in vaste aree geografiche su scala planetaria, coinvolgendo di conseguenza gran parte della popolazione mondiale, nella malattia stessa o nel semplice rischio di contrarla.

12 WHO, "Coronavirus Disease Dashboard", 14 maggio 2020  
<https://covid19.who.int>

## 2.2 Focus sulla situazione italiana

Misterioso virus in Cina, 59 colpiti da polmonite<sup>13</sup>

Ultimi aggiornamenti su una “strana” polmonite che si sta diffondendo in Cina. Tutto è partito da un mercato del pesce<sup>14</sup>

I primi di gennaio i titoli di alcuni articoli sono questi. Si parla di qualcosa di lontano e misterioso, che tutti purtroppo abbiamo imparato presto a conoscere bene. L'epidemia di Covid-19 in Italia viene dichiarata il 30 gennaio, quando due turisti cinesi sono risultati positivi per il virus Sars-CoV-2, a Roma. Successivamente la coppia, originaria di Hubei, è stata ricoverata presso l'Istituto nazionale per le malattie infettive Lazzaro Spallanzani. Lo stesso giorno il Ministro della Salute decide di emanare un'ordinanza<sup>15</sup> che prevede la sospensione di tutti i voli da e per la Cina. Il giorno successivo viene inoltre dichiarato lo stato di emergenza<sup>16</sup> da parte del Presidente del Consiglio dei Ministri. Il 2 febbraio i virologi dello Spallanzani riescono a isolare la sequenza genomica del virus, fondamentale per studiare terapie profilattiche e curative, iniziate immediatamente.

Il 21 febbraio vengono confermati 16 casi (14 in Lombardia e 2 in Veneto). Solo il giorno successivo entrambe le regioni presentano ognuna un decesso avvenuto a causa della malattia Covid-19.

## 2.3 Focolaio Lombardo

Ufficialmente il primo italiano a essere infettato è un uomo di 38 anni di Codogno, in provincia di Lodi. Dopo aver riscontrato problemi respiratori, il 21 febbraio effettuato il test, risulta positivo al virus Sars-CoV-2, così come la moglie incinta e un amico. Lo stesso giorno vengono confermati altri tre casi, dopo che i pazienti avevano presentato sintomi di polmonite. Il giorno successivo si registra il primo decesso lombardo: un'anziana signora di 77 anni, residente a Casalpusterlengo, nel Lodigiano, muore nella propria abitazione; è la seconda vittima italiana del coronavirus dopo il 78enne di Vo' Euganeo, in provincia di

---

13 E. Dusi, “Misterioso virus in Cina, 59 colpiti da polmonite”, *La Repubblica*, 6 gennaio 2020

[https://www.repubblica.it/salute/2020/01/06/news/misterioso\\_virus\\_in\\_cina\\_59\\_colpiti\\_da\\_polmonite-245096236/?refresh\\_ce](https://www.repubblica.it/salute/2020/01/06/news/misterioso_virus_in_cina_59_colpiti_da_polmonite-245096236/?refresh_ce)

14 R. Burioni, “Casi sospetti di polmonite in Cina: un nuovo virus all'orizzonte. Attenzione”, *Medical Facts*, 8 gennaio 2020

15 Ministro della Salute, Ordinanza del 30 gennaio 2020

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/02/01/20A00738/sq>

16 Consiglio dei Ministri, Dichiarazione dello stato di emergenza, 31 gennaio 2020

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/02/01/20A00737/sq>

Padova. Rapidamente si diffondono altri casi in tutta la Lombardia, che per l'intera emergenza risulterà la regione più colpita. Il 27 febbraio sono 403 i casi confermati, 37 le guarigioni avvenute e 17 i decessi. Oggi, a distanza di 3 mesi i contagi totali in Regione sono 83.820, i guariti 38.568 e i deceduti 15.296<sup>17</sup>.

## **2.4 Focolaio Veneto**

Il 21 febbraio due persone vengono riscontrate positive per l'infezione da Covid-19 in Veneto. Il giorno successivo, uno di loro, un uomo di 78 anni decede all'Ospedale di Schiavonia di Padova, diventando la prima vittima censita del virus in Italia. L'uomo viveva nel comune di Vo', che è stato consequenzialmente messo in quarantena.

## **2.5 Diffusione nelle altre regioni**

Numerosi casi di Covid-19, che potrebbero essere isolati e non associati ai focolai del Nord Italia, sono emersi in tutte le altre regioni.

A seguito della dichiarazione dello stato di emergenza, il capo del Dipartimento della Protezione Civile Angelo Borrelli viene nominato responsabile per la gestione dell'emergenza relativa al coronavirus; in particolare il suo ruolo è quello di organizzare le attività di prevenzione del nostro territorio. A causa della portata dell'emergenza e delle numerose criticità relative al reperimento di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) e delle attrezzature sanitarie necessarie per il supporto ventilatorio, il 16 marzo Domenico Arcuri viene nominato dal premier Conte, Commissario per il potenziamento delle infrastrutture ospedaliere, necessarie a far fronte all'emergenza coronavirus.

Le regioni inizialmente più colpite sono Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna, ma alla data del 3 marzo 2020, registrano come confermato almeno un caso di infezione tutte le regioni italiane. Nel corso delle settimane la Lombardia resta la regione più colpita insieme a Emilia Romagna, Veneto, Piemonte, Toscana e Marche.

Marzo rappresenta il mese più difficile in termini di gestione dell'assistenza sanitaria, del numero dei decessi e dei nuovi contagiati. Verso il 19 marzo inizia una graduale diminuzione del numero di nuovi casi giornalieri, e un progressivo alleggerimento delle terapie intensive e dei reparti ospedalieri.

---

<sup>17</sup> Dipartimento della Protezione Civile, "COVID-19 Italia - Monitoraggio della situazione"

<http://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/b0c68bce2cce478eaac82fe38d4138b1>

	19 marzo <sup>18</sup>	17 aprile <sup>19</sup>	14 maggio
<b>Casi totali</b>	41.035	172.434	223.096
<b>Nuovi positivi</b>	5.322 (+14,90%)	3.493 (+2,07%)	992 (+0,45%)
<b>Guariti</b>	4.440 (+10,31%)	42.727 (+6,38%)	115.288 (+2,44%)
<b>Deceduti</b>	3.405 (+14,34%)	22.745 (+2,59%)	31.368 (+0,84%)

Fonte: Ministero della Salute

Fig.1. Variazioni progressive di casi totali, nuovi positivi, guariti e deceduti (aumento % rispetto al giorno precedente)

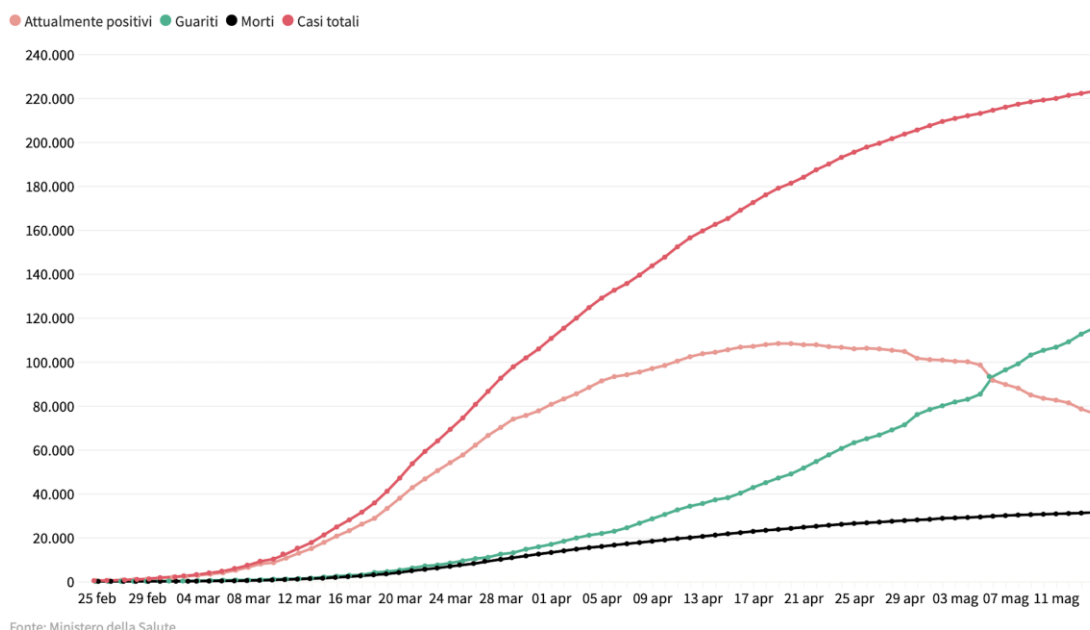


Fig.2. Trend di contagiati, morti e guariti giorno per giorno (Fonte: Lab24<sup>20</sup>, area visual del Sole 24 Ore)

## 2.6 Parametri applicati per il conteggio dei casi

A partire dal 27 febbraio 2020, con un'Ordinanza<sup>21</sup> del Ministero della Salute, viene comunicata l'adozione di una nuova policy, seguendo quelle che sono le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: tamponi per diagnosticare l'infezione da Sars-CoV-2 solo ai sintomatici che abbiano avuto contatti stretti con pazienti infetti o che siano

<sup>18</sup> Data con maggior numero di nuovi contagi.

<sup>19</sup> Data a cui arriva l'analisi della comunicazione dell'emergenza.

<sup>20</sup> Il Sole 24Ore, Lab24  
<https://lab24.ilsole24ore.com/coronavirus/>

<sup>21</sup> Ministero della Salute, Ordinanza del 27 febbraio 2020  
<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73444&parte=1%20&serie=null>

stati in zone ad alto rischio. I sintomi suggestivi dell'infezione sono tosse, febbre e dispnea, e il test viene consigliato alla presenza anche solo di uno di questi.

Nei giorni successivi, con l'evoluzione epidemiologica di Covid-19, il Ministero della Salute invia una nuova circolare per indicare le evidenze scientifiche e le indicazioni degli organismi internazionali Oms ed Ecdc, sulla nuova definizione di caso, che aggiorna e sostituisce la precedente. La circolare indica anche che la certificazione di decesso a causa di Covid-19 dovrà essere accompagnata da parere dell'Istituto Superiore di Sanità.

### **2.6.1 Nuova definizione di “caso”: circolare del Ministero della Salute<sup>22</sup>**

#### **Caso sospetto**

Caso sospetto di Covid-19 che richiede esecuzione di test diagnostico:

1. Una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi: febbre, tosse e difficoltà respiratoria), senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica con storia di viaggi o residenza in un Paese/area in cui è segnalata trasmissione locale durante i 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi.
2. Una persona con una qualsiasi infezione respiratoria acuta che è stata a stretto contatto con un caso probabile o confermato di Covid-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi.
3. Una persona con infezione respiratoria acuta grave (febbre e almeno un segno/sintomo di malattia respiratoria – es. tosse, difficoltà respiratoria), che richieda il ricovero ospedaliero, senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica. Nell'ambito dell'assistenza primaria o nel pronto soccorso ospedaliero, tutti i pazienti con sintomatologia di infezione respiratoria acuta devono essere considerati casi sospetti se in quell'area o nel Paese è stata segnalata trasmissione locale.

---

<sup>22</sup> Ministero della Salute, Circolare del 9 marzo 2020  
[https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/03/Circolare\\_9\\_marzo\\_2020.pdf](https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/03/Circolare_9_marzo_2020.pdf)

## **Caso probabile**

Un caso è probabile se il risultato del suo test per Sars-CoV-2 è dubbio o inconcludente utilizzando protocolli specifici di Reverse Real Time PCR<sup>23</sup> per Sars-CoV-2 presso i Laboratori di Riferimento Regionali individuati o è positivo utilizzando un test pan-coronavirus<sup>24</sup>.

## **Caso confermato**

Un caso per essere definito confermato necessita di conferma di laboratorio per infezione da Sars-CoV-2, effettuata presso il laboratorio di riferimento nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità o da laboratori Regionali di Riferimento, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici.

## **Contatto stretto**

Il contatto stretto di un caso probabile o confermato è definito come:

- una persona che vive nella stessa casa di un caso di Covid-19;
- una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di Covid-19 (per esempio la stretta di mano);
- una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di Covid-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di Covid-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti;
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di Covid-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri;
- un operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso di Covid-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di Covid-19 senza l'impiego dei Dpi raccomandati o mediante l'utilizzo di Dpi non idonei;

---

<sup>23</sup> Real-time PCR (Polymerase Chain Reaction): metodo che simultaneamente amplifica e quantifica il DNA. Per il coronavirus, trattandosi di un virus a RNA, viene fatta la reverse real-time PCR: prima di effettuare la normale PCR, si ottiene DNA a partire da RNA.

<sup>24</sup> Test pan-coronavirus: test che permette di identificare genericamente la presenza di virus appartenenti alla famiglia dei Coronavirus.



- una persona che abbia viaggiato seduta in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di Covid-19, i compagni di viaggio o le persone addette all'assistenza e i membri dell'equipaggio addetti alla sezione dell'aereo dove il caso indice era seduto.

Il collegamento epidemiologico può essere avvenuto entro un periodo di 14 giorni prima dell'insorgenza della malattia nel caso in esame.

## **2.7 Controversie sui tamponi**

L'effettuazione dei test molecolari per la diagnosi di Covid-19 è stata, ed è tuttora, molto dibattuta a causa di una scarsa aderenza alle indicazioni del Ministero. Sono state denunciate molteplici situazioni in cui, nonostante la presenza di soggetti sintomatici, il tampone non sia stato effettuato. Anche numerosi decessi, in particolare avvenuti in casa o nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), non sono mai stati appurati con test molecolare, nonostante la suggestione sintomatica. Nelle regioni più colpite come Lombardia ed Emilia Romagna, non è stata garantita l'effettuazione del test neanche al personale sanitario. Bisogna inoltre considerare che, per quanto i laboratori diagnostici siano stati potenziati, i tecnici hanno possibilità di processamento limitate, se pur immensamente estese. Vista la difficile situazione, il 3 aprile il Ministero emana un'ordinanza<sup>25</sup> sull'aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità. Seguendo le raccomandazioni pubblicate a livello internazionale dalla Commissione europea e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, comunicano la necessità di adottare una strategia che individui priorità per l'esecuzione dei test diagnostici per Sars-CoV-2, per assicurare un uso ottimale delle risorse e alleviare, per quanto possibile, la pressione sui laboratori designati dalle Regioni/Province autonome. Vengono inoltre proposti test molecolari rapidi basati sulla rilevazione dei geni virali direttamente nelle secrezioni respiratorie che permetterebbero di ottenere risultati in tempi brevi. Secondo il Comitato Tecnico Scientifico, questi test, in grado attualmente di processare peraltro solo pochi campioni contemporaneamente, potrebbero essere utili nei casi in cui la diagnosi di infezione assuma carattere di urgenza.

Oggi, 14 maggio 2020, i tamponi totali effettuati in Italia sono 2.807.504.

---

<sup>25</sup> Ministero della Salute, Ordinanza del 3 aprile 2020

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdfanno=2020&codLeg=73799&parte=1%20&serie=null>

## 2.8 Controversie sulle mascherine

L'argomento mascherine, come si può approfondire nel focus a pagina 64, è stato fortemente dibattuto, sia per difficoltà di reperimento, sia per la comprensione della loro reale utilità. All'interno della comunità scientifica non c'è totale accordo in quanto le evidenze scientifiche sono ancora scarse. L'Oms, nelle strutture sanitarie, continua a raccomandare l'uso di mascherine mediche, respiratori e altri dispositivi di protezione individuale per gli operatori sanitari. Nella comunità, raccomandano l'uso di mascherine mediche da parte di persone malate o che si prendono cura di una persona malata a casa. Inoltre l'Oms afferma che «l'uso generalizzato delle mascherine deve essere preso in considerazione da quei Paesi nei quali altre misure, come lavarsi le mani o mantenere la distanza, sono più difficili da applicare per "carenza d'acqua o in condizioni di sovraffollamento"». <sup>26</sup>

Dagli esperti viene comunque ricordato che il distanziamento sociale, laddove attuabile, resta la prima misura di difesa. L'Istituto Superiore di Sanità, sulla base delle evidenze fino a ora disponibili, ha pubblicato un aggiornamento<sup>27</sup> del documento con le indicazioni sull'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale durante l'assistenza ai pazienti. Le indicazioni in esso contenute sono state approvate dal Comitato Tecnico Scientifico attivo presso la Protezione Civile e recepite dal Ministero della Salute. Principio di cui tiene conto tale documento si rifà alla situazione emergenziale in cui ci siamo trovati e ci troviamo tuttora: tra i soggetti maggiormente a rischio d'infezione da Sars-CoV-2 vi sono in primis gli operatori sanitari; pertanto le indicazioni fornite hanno fatto riferimento alle più consolidate evidenze scientifiche oggi disponibili a tutela della salute dei lavoratori e dei pazienti e agli orientamenti delle più autorevoli organizzazioni internazionali, tra cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Tenendo conto di tali orientamenti, questo documento prevede degli adattamenti che riflettono il contesto e le necessità attuali della gestione dell'epidemia Covid-19 in Italia. Tuttavia fino a questo momento non è mai stato prodotto materiale divulgativo per la popolazione, dove vengano spiegati esattamente i vari tipi di mascherine e il loro corretto utilizzo.

---

26 S. Feng *et al.*, "Rational use of face masks in COVID-19 pandemic", *The Lancet. Respiratory Medicine*, 1 maggio 2020  
[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30134-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30134-X/fulltext)

27 Istituto Superiore di Sanità, "Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da Sars-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie nell'attuale scenario emergenziale Sars-CoV-2", 28 marzo 2020  
[https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID+2+\\_Protezioni\\_REV.V6.pdf/740f7d89-6a28-0ca1-8f76-368ade332dae?t=1585569978473](https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID+2+_Protezioni_REV.V6.pdf/740f7d89-6a28-0ca1-8f76-368ade332dae?t=1585569978473)

Solo il 9 maggio, a seguito del decreto del 26 aprile, dove le mascherine diventano obbligatorie negli spazi pubblici confinati o all'aperto, dove non sia garantita la possibilità di mantenere il distanziamento fisico, l'Istituto produce un documento<sup>28</sup> che chiarisce alcuni importanti dubbi sull'utilizzo delle mascherine. A esempio come usarle, se riutilizzarle, come lavarle e come smaltirle. Viene soprattutto chiarita la differenza tra le mascherine chirurgiche e quelle che vengono definite mascherine di comunità, ovvero quelle prodotte secondo l'art. 16 comma 2 del D.L. 17 marzo 2020). Si tratta di strumenti che non sono regolamentati, non hanno standard specifici da rispettare, possono essere fatti di vari materiali e fungono da mezzi di barriera per le vie respiratorie.

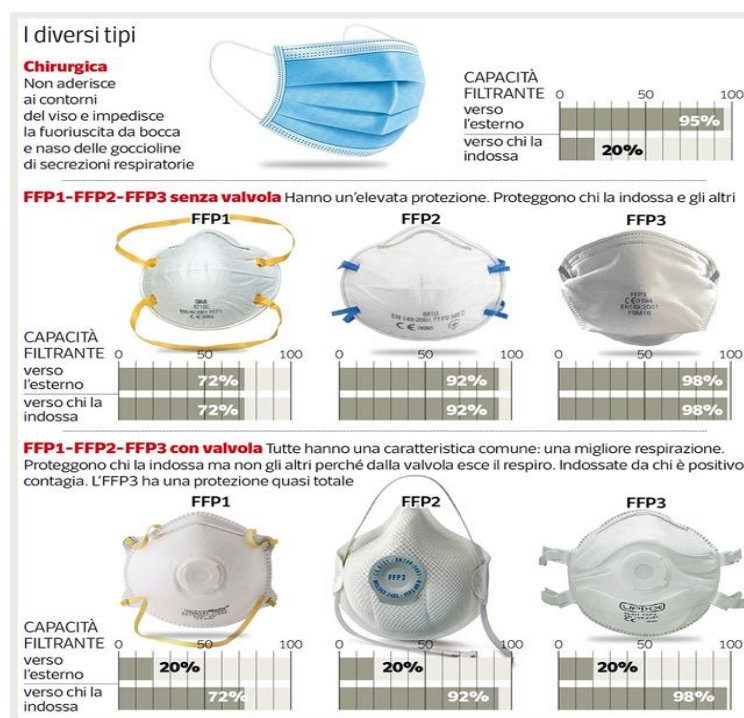


Fig.3. Illustrazione dei diversi tipi di mascherine, con le relative capacità filtranti (Fonte: [ilMeteo.it](https://www.ilmeteo.it))<sup>29</sup>

28 Istituto Superiore di Sanità, "L'uso delle mascherine nella vita quotidiana, le indicazioni del DPCM", 9 maggio 2020 [https://www.iss.it/coronavirus/-/asset\\_publisher/1SRKHcCJJQ7E/content/id/5372584?](https://www.iss.it/coronavirus/-/asset_publisher/1SRKHcCJJQ7E/content/id/5372584?_ga=2.141111111.158888888.158888888-158888888-158888888)

29 [ilMeteo.it](https://www.ilmeteo.it/notizie/coronavirus-mascherine-ce-ne-sono-di-tanti-tipi-ecco-quali-sono-le-differenze-e-a-cosa-serve-la-valvola) <https://www.ilmeteo.it/notizie/coronavirus-mascherine-ce-ne-sono-di-tanti-tipi-ecco-quali-sono-le-differenze-e-a-cosa-serve-la-valvola>

## **2.9 Disposizioni del Governo<sup>30</sup>**

### **30 gennaio 2020**

Il Presidente ricorda che, sin dalle prime fasi dell'epidemia, ispirandosi al principio di precauzione, in Italia sono stati implementati controlli aeroportuali per i cittadini provenienti dalla zona sede del focolaio epidemico, e attuate scrupolose misure di controllo (misurazione della temperatura corporea, identificazione e isolamento dei malati, procedure per il rintraccio e la quarantena dei contatti stretti) che, unitamente ad un efficiente sistema di sorveglianza epidemiologico e microbiologico, garantiscono il rapido contenimento di eventuali casi. Inoltre è stata istituita presso il Ministero della Salute una Task force per coordinare, in raccordo continuo con le istituzioni internazionali competenti, tutte le azioni di controllo da assumere al fine di limitare la diffusione del virus e verificarne la rispondenza alle raccomandazioni dell'Oms. Il Presidente ha quindi dichiarato che, su disposizione delle autorità sanitarie nazionali, sono stati sospesi tutti i voli da e per la Cina oltre a quelli provenienti da Wuhan, già sospesi dalle autorità cinesi.

### **31 gennaio**

Si è riunito a Palazzo Chigi il Consiglio dei Ministri, che ha deliberato lo stato d'emergenza, per la durata di sei mesi, come previsto dalla normativa vigente, al fine di consentire l'emanazione delle necessarie ordinanze di Protezione Civile.

### **3 febbraio 2020**

A seguito della dichiarazione dello stato di emergenza, il Capo del Dipartimento della Protezione Civile, Angelo Borrelli, firma l'ordinanza che disciplina i primi provvedimenti urgenti relativi "al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili".

### **21 febbraio 2020**

A seguito dei primi casi riportati nel Nord Italia il 21 febbraio, il Ministro della Salute Roberto Speranza dirama lo stesso giorno un'ordinanza che prevede la quarantena obbligatoria per chi sia stato a contatto con persone positive all'infezione virale, sorveglianza attiva e permanenza domiciliare per chi sia stato nelle aree a rischio nei 14 giorni precedenti, con

---

<sup>30</sup> Presidenza del Consiglio dei Ministri, "Coronavirus, le misure adottate dal Governo"  
<http://www.governo.it/it/coronavirus-misure-del-governo>

obbligo di segnalazione alle autorità sanitarie locali. Lo stesso giorno aggiunge un'ordinanza firmata in modo congiunto con la presidenza della Regione Lombardia, che sospende tutte le manifestazioni pubbliche, le attività commerciali non di pubblica utilità, le attività lavorative, ludiche e sportive, e chiude le scuole in dieci comuni (Codogno, Castiglione d'Adda, Casalpusterlengo, Fombio, Maleo, Somaglia, Bertinico, Terranova dei Passerini, Castelgerundo e San Fiorano). L'ordinanza non ha una durata prestabilita, poiché la situazione sarà monitorata giorno per giorno e le decisioni assunte in base all'evoluzione del quadro generale.

### **23 febbraio 2020**

Il 23 febbraio 2020 il Presidente del Consiglio dei Ministri Giuseppe Conte decreta che per contenere l'epidemia è prevista la quarantena di oltre 50.000 persone provenienti da 11 comuni diversi del Nord Italia. Il decreto emanato, attuato dal 23 febbraio, impone l'isolamento dei dieci comuni del Lodigiano già interessati dall'epidemia, e del comune di Vò in provincia di Padova. Il decreto comporta anche la sospensione, in queste zone, delle manifestazioni e iniziative di qualsiasi natura sia pubbliche che private, chiusura delle scuole di ogni ordine e grado, dei musei e degli altri istituti e luoghi della cultura e di tutte le attività commerciali.

A causa del continuo evolversi della situazione epidemiologica data dall'emergenza Covid-19, si sono susseguiti numerosi decreti, al fine di regolamentare una situazione costantemente in movimento.

### **25 febbraio 2020**

Il 25 febbraio 2020 Giuseppe Conte firma un nuovo decreto con il quale vengono estesi i provvedimenti del 23 febbraio alle regioni Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Veneto, Piemonte e Liguria.

### **4 marzo 2020**

Il 4 marzo 2020 con un ulteriore decreto presidenziale il governo annuncia misure valide sull'intero territorio nazionale: la chiusura di tutte le scuole di ogni grado e università fino al 15 marzo seguente, la chiusura di tutti gli stadi a livello nazionale fino al 3 aprile. Dà inoltre indicazioni riguardanti l'accesso di parenti e visitatori alle strutture sanitarie, agli istituti penitenziari e penali per minori.

### **8 marzo 2020**

Il Presidente del Consiglio Conte firma un nuovo Dpcm che prevede ulteriori misure per il contenimento e la gestione dell'emergenza epidemiologica causata da Covid-19 su tutto il territorio nazionale. È prevista la creazione di un'area unica, comprendente il territorio della Regione Lombardia e di altre 14 Province (cinque dell'Emilia-Romagna, cinque del Piemonte, tre del Veneto e una delle Marche). Nell'ambito di tale area viene prevista l'applicazione di misure rafforzate di contenimento dell'infezione alla luce della dinamica epidemiologica sviluppatasi in questi ultimi giorni.

### **9 marzo 2020**

Il Presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, firma un nuovo Dpcm recante ulteriori misure per il contenimento e il contrasto del diffondersi del virus sull'intero territorio nazionale. Vieta inoltre ogni forma di assembramento di persone in luoghi pubblici o aperti al pubblico.

### **11 marzo**

L'11 marzo viene pubblicato il "Decreto #IoRestoA Casa", il provvedimento che estende a tutto il territorio nazionale quanto già previsto col decreto dell'8 marzo, in vigore fino al 3 aprile 2020: vengono sospese le comuni attività commerciali al dettaglio, i servizi di ristorazione, sono vietati gli assembramenti di persone in luoghi pubblici o aperti al pubblico. Per limitare le uscite, è richiesto che, ad un eventuale controllo, venga rilasciata un'autodichiarazione che comprovi i motivi dell'uscita: lavoro, salute, assoluta necessità, come ad esempio reperire cibo. Tale autodichiarazione cambierà numerose volte, adattandosi ai vari decreti.

### **16 marzo 2020**

Il Consiglio dei Ministri approva il Decreto #CuraItalia, recante le nuove misure a sostegno di famiglie, lavoratori e imprese per contrastare gli effetti dell'emergenza coronavirus sull'economia.

### **20 marzo 2020**

Il Ministro della Salute firma l'ordinanza che vieta l'accesso del pubblico ai parchi, alle ville, alle aree gioco e ai giardini pubblici, e in generale di svolgere attività ludica o ricreativa all'aperto. Resta consentito svolgere individualmente attività motoria in prossimità della

propria abitazione, purché comunque nel rispetto della distanza di almeno un metro da ogni altra persona.

### **22 marzo 2020**

Viene adottata congiuntamente dal Ministro della Salute e dal Ministro dell'Interno una nuova ordinanza che vieta a tutte le persone fisiche di trasferirsi o spostarsi con mezzi di trasporto pubblici o privati in comune diverso da quello in cui si trovano, salvo che per comprovate esigenze lavorative, di assoluta urgenza ovvero per motivi di salute.

In serata il Presidente Conte firma il Dpcm recante nuove disposizioni per il contenimento del contagio su tutto il territorio nazionale. Il provvedimento prevede la chiusura di attività produttive non essenziali o strategiche. Restano aperti alimentari, farmacie, negozi di generi di prima necessità e i servizi essenziali.

### **10 aprile 2020**

Il Presidente del Consiglio Giuseppe Conte, firma il nuovo Dpcm con cui vengono prorogate fino al 3 maggio le misure restrittive fin qui adottate per il contenimento dell'emergenza epidemiologica. Con il nuovo Dpcm, a partire dal 14 aprile, sarà però permessa l'apertura di alcuni servizi commerciali come cartolerie, librerie e negozi di vestiti per bambini e neonati. Per quanto riguarda la "fase 2", il Presidente dichiara che il Governo è già al lavoro per far ripartire il sistema produttivo. Il Comitato, guidato da Vittorio Colao e composto da esperti in materia economica e sociale, avrà il compito, di concerto con il Comitato tecnico-scientifico, di elaborare le misure necessarie per una ripresa graduale nei diversi settori delle attività sociali, economiche e produttive; anche attraverso l'individuazione di nuovi modelli organizzativi e relazionali, che tengano conto delle esigenze di contenimento e prevenzione dell'emergenza.

### **26 aprile 2020**

Il Presidente del Consiglio, firma il nuovo Dpcm che sancisce l'ingresso nella fatidica "fase 2", a partire dal 4 maggio 2020. Oltre alla distanza sociale sarà importante, in questa seconda fase, l'utilizzo di dispositivi di protezione individuale; diventerà infatti obbligatorio l'uso delle mascherine nei luoghi pubblici chiusi o all'aperto, qualora non vi sia la possibilità di mantenere l'adeguata distanza di un metro. Per quanto riguarda gli spostamenti, questi saranno possibili all'interno di una stessa Regione per motivi di lavoro, di salute, necessità o visita ai parenti; gli spostamenti fuori Regione saranno invece consentiti per motivi di

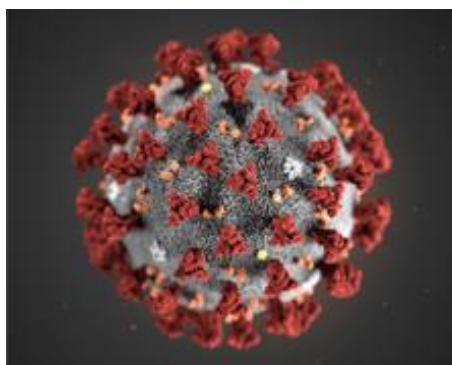
lavoro, di salute, di urgenza e per il rientro presso propria abitazione. Altre misure sono allentate: sarà consentito l'accesso ai parchi pubblici rispettando la distanza e regolando gli ingressi alle aree gioco per bambini, saranno consentiti i funerali, cui potranno partecipare i parenti di primo e secondo grado per un massimo 15 persone. A partire dal 4 maggio potranno quindi riprendere le attività manifatturiere, di costruzioni, di intermediazione immobiliare e il commercio all'ingrosso. Per consentire una graduale ripresa delle attività sportive, a partire dal 4 maggio saranno consentite le sessioni di allenamento a porte chiuse degli atleti di sport individuali.



### 3. Coronavirus Sars-CoV-2

#### 3.1 Caratteristiche generali

Il nuovo coronavirus è stato chiamato "Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2" (Sars-CoV-2) ovvero "Coronavirus 2 della Sars". Questo perché, filogeneticamente parlando, è fratello di quello che ha provocato la Sars tra il 2002 e il 2003. La malattia derivante da questo virus prende invece il nome di Covid-19 (Coronavirus Disease 2019). Sars CoV-2 appartiene alla vasta famiglia di virus a Rna a singolo filamento chiamata Coronavirus. Essi sono noti per causare malattie che vanno dal comune raffreddore a malattie più gravi come la Sindrome respiratoria mediorientale (Mers), e la Sindrome respiratoria acuta grave (Sars). Il nome deriva dalla caratteristica forma dei virioni (forma infettiva del virus), visibile al microscopio elettronico. Sono tondeggianti con una serie di glicoproteine<sup>31</sup> superficiali, chiamate spikes ("spuncioni"), che danno un'immagine che ricorda una corona reale o una corona solare. Sono proprio queste glicoproteine che, legandosi a recettori delle cellule umane, riescono a far penetrare il virus all'interno.



*Fig.4. Illustrazione della struttura morfologica del coronavirus Sars-CoV-2, creata ai Centers for Disease Control and Prevention di Atlanta (Stati Uniti).*

#### 3.2 Origine

A seguito del sequenziamento avvenuto il 12 gennaio 2020, le analisi confermano che Sars-CoV-2 è un virus di origine zoonotica, viene dunque trasmesso dagli animali all'uomo, e successivamente da uomo a uomo. Che un virus passi da un animale all'uomo non è una cosa insolita: si tratta del fenomeno chiamato "Spillover", quando cioè un microrganismo (batterio, fungo, virus) si propaga da una specie all'altra. Circa il 60% di tutte le patologie batteriche e virali sono di origine animale, compresi il morbillo e l'Aids.

---

<sup>31</sup> Glicoproteina: proteina alla cui catena peptidica è legata una catena oligosaccaridica (composta dunque di carboidrati).

Per quanto riguarda il nuovo coronavirus Sars-CoV-2, dalle analisi filogenetiche effettuate con le sequenze genomiche complete disponibili, i pipistrelli sembrano essere il serbatoio del virus, ma l'ospite intermedio non è stato ancora identificato con precisione. Con molta probabilità è da ricercarsi nel mercato all'ingrosso di frutti di mare di Wuhan<sup>32</sup>, oggi chiuso, ricco di bancarelle dove era possibile trovare numerosi animali, anche vivi. Successivi studi infatti, hanno suggerito che il virus potrebbe essere stato trasmesso alle persone dai serpenti o dai pangolini (piccoli mammiferi simili ai formichieri, a rischio di estinzione e vittime di traffici clandestini per le loro scaglie, considerate un toccasana dalla medicina orientale, e la loro carne prelibata). Le sequenze di coronavirus di questi animali hanno infatti un'alta somiglianza con il Sars-CoV-2, ed entrambe le specie erano vendute al mercato cinese<sup>33</sup>.



*Fig.5. Pangolino, possibile intermediario tra pipistrello e uomo nella trasmissione di Sars-CoV-2 (Fonte: Nature Picture Library)*

### **3.3 Dal virus alla malattia Covid-19**

I sintomi più comuni di Covid-19 sono febbre, stanchezza, tosse secca. Alcuni pazienti possono avere dolori, congestione nasale, naso che cola, mal di gola o diarrea. Inoltre vengono rilevate in un elevato numero di pazienti positivi a Sars-CoV-2, alterazioni acute dell'olfatto (ageusia) e del gusto (disgeusia), in particolare una riduzione o una perdita dei due sensi. Circa l'80% dei soggetti supera la malattia in maniera asintomatica o paucisintomatica; tuttavia circa 1 persona su 6 si ammala gravemente e può sviluppare difficoltà respiratorie, polmonite, sindrome respiratoria acuta grave, che, nella fase più acuta dei contagi si è tradotta per l'8-10% della popolazione contagiata in un ricovero in terapia intensiva, portando talvolta alla morte.

---

32 Redazione, "Health Officials Work to Solve China's Mystery Virus Outbreak", 6 gennaio 2020.  
<https://www.wsj.com/articles/health-officials-work-to-solve-chinas-mystery-virus-outbreak-11578308757>

33 WHO, "Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)", 28 febbraio 2020  
<https://www.who.int/publications-detail/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019>

Le persone anziane, e quelle con patologie mediche di fondo come ipertensione arteriosa, problemi cardiaci, epatici, renali o diabete, hanno maggiori probabilità di sviluppare una malattia grave e di decedere. L'età mediana dei contagiati è di 62 anni, e dei deceduti 81 anni<sup>34</sup>.

Data la poca specificità dei sintomi dell'infezione da coronavirus, è possibile effettuare test nei Laboratori di Riferimento Regionali, su campioni clinici faringei o nasali prelevati grazie a tamponi. Essi non sono altro che lunghi cotton fioc con cui si raccolgono il muco e i liquidi della gola o del naso. Successivamente vengono analizzati con una particolare tecnica di biologia molecolare chiamata PCR<sup>35</sup>, che permette di amplificare il materiale genetico così da averne la quantità necessaria per le opportune analisi.

Per approfondimenti specifici sul virus Sars-CoV-2, si veda pagina 86 in appendice.

---

34 Istituto Superiore di Sanità, "Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia", 21 maggio 2020 [https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019\\_21\\_maggio.pdf](https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_21_maggio.pdf)

35 Si veda nota 23, p. 11

## 4. Metodologia e strumenti

L'emergenza Covid-19 ha costretto le istituzioni italiane a svolgere verso l'intero Paese quella che, a tutti gli effetti, è una comunicazione del rischio. E non un semplice rischio, ma un rischio emergente, qualcosa dunque che si presenta per la prima volta e di cui quel che non sappiamo, almeno all'inizio, supera di gran lunga quel che sappiamo. A prevalere è l'incertezza, ed è proprio in questo clima che le istituzioni devono muoversi, prendere decisioni e comunicarle tempestivamente per fare quello che è lo scopo della comunicazione del rischio: salvare vite umane.

Durante l'emergenza causata dalla circolazione del virus Sars-CoV-2 le istituzioni incaricate di gestire l'emergenza, sotto la guida politica del Governo, rappresentato dal Presidente del Consiglio dei Ministri Giuseppe Conte sono il Ministero della Salute, la Protezione Civile e l'Istituto Superiore di Sanità. Nonostante ogni istituzione abbia un ruolo e una competenza specifica, spesso le figure rappresentanti delle stesse si sono trovate a collaborare su più fronti, comparando insieme in diverse conferenze stampa e meeting, andando a costituire le figure di riferimento che per questa emergenza siamo abituati a vedere e ascoltare.

### 4.1 Istituzioni protagoniste nella gestione dell'emergenza

- Governo della Repubblica Italiana: organo del sistema politico italiano, composto dal presidente del Consiglio dei Ministri Giuseppe Conte e dai ministri, che formano il Consiglio dei ministri, vertice del potere esecutivo.

Durante l'emergenza il presidente Conte ha assunto un ruolo fondamentale in quanto capo dell'esecutivo. Ha operato tramite Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) e tramite Decreto Legge (DL), ovvero atto con forza di legge immediato, convertito in seguito da parte del Parlamento, a legge.

- Ministero della Salute: dicastero del Governo Italiano, con compiti in materia sanitaria, di profilassi e raccordo con le istituzioni internazionali ed europee nel campo della salute. L'attuale ministro è Roberto Speranza, mentre il Viceministro Pierpaolo Sileri. Il Ministero della Salute riveste un ruolo di grande rilievo nella gestione dell'emergenza; è l'organo centrale del Servizio Sanitario Nazionale, cui

sono attribuite le funzioni che spettano allo Stato in materia di tutela della salute umana, di coordinamento del Sistema sanitario nazionale, di sanità veterinaria, di tutela della salute nei luoghi di lavoro, di igiene e sicurezza degli alimenti, ferme restando le competenze esclusive delle Regioni che le esercitano tramite le aziende sanitarie locali. Predispone il Piano sanitario nazionale e rappresenta l'elemento di raccordo con l'Oms e l'Ecdc.

- Dipartimento della Protezione Civile: struttura del governo della Repubblica Italiana preposta al coordinamento delle politiche e delle attività in tema di difesa e protezione civile, facente capo alla Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dal 1992 si occupa a livello nazionale della previsione, prevenzione, gestione e superamento di disastri, calamità umane e naturali, di situazioni di emergenza. La sua complessa articolazione prevede un'organizzazione non solo nazionale, ma anche regionale, provinciale e comunale. L'attuale capo del Dipartimento è Angelo Borrelli e durante l'emergenza coronavirus il Ministero della Salute lo ha incaricato di organizzare le attività di prevenzione del nostro territorio per evitare il verificarsi di situazioni critiche.
- Istituto Superiore di Sanità: ente di diritto pubblico posto sotto la vigilanza del Ministero della Salute. In qualità di organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale, svolgendo funzioni di ricerca, sperimentazione, controllo, consulenza in materia di salute pubblica, durante l'emergenza ha assunto un ruolo di rilievo nella raccolta e nel controllo dei dati. Il presidente dell'Iss è Silvio Brusaferrò, membro del Comitato Tecnico Scientifico (CTS), eletto per consigliare al meglio il decisore politico, fornendo basi ed evidenze scientifiche.

## 4.2 Canali di comunicazione

	SITO INTERNET	TWITTER (follower)	FACEBOOK (follower)	INSTAGRAM (follower)	YOUTUBE (iscritti)	FLICKR (follower)	LINKEDIN (follower)
GOVERNO ITALIANO	Sezione Covid dedicata	660.891	535.772	142.000	77.500		34.078
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'	Sezione Covid dedicata	37.349			174		
MINISTERO DELLA SALUTE	Sezione Covid dedicata	127.447	857.165	166.000	16.300		
PROTEZIONE CIVILE	Sezione Covid dedicata	73.804	895.988	32.300	42.100	93	

Dati rilevati il 31/03/2020

Fig.6. Tabella riassuntiva dei canali di comunicazione usati dalle istituzioni durante l'emergenza Covid-19

### 4.2.1 Governo Italiano- Presidenza del Consiglio dei Ministri

Il Governo Italiano presenta nel suo sito online una sezione dedicata<sup>36</sup> alla tematica coronavirus; gli argomenti trattati riguardano perlopiù le misure adottate dal Governo, le risposte alle domande più frequenti per chiarire ai cittadini dubbi sulle decisioni prese dal Premier Conte e informazioni utili a cittadini e imprese. Inoltre viene riportata la locandina realizzata in collaborazione con il Ministero della Salute, dove sono descritti i comportamenti che ogni italiano deve responsabilmente adottare al fine di limitare la diffusione del virus, proteggendo così se stesso e gli altri<sup>37</sup>. I profili Twitter, Facebook, Instagram, LinkedIn e YouTube di Palazzo Chigi, costantemente aggiornati, riportano principalmente le dichiarazioni del Presidente Conte e le conferenze stampa tenute in questo periodo di emergenza con i relativi comunicati; inoltre sono contenuti i vari spot realizzati per la campagna di informazione e sensibilizzazione sull'emergenza sanitaria legata al coronavirus. Questi 10 spot, in alcuni dei quali compaiono volti o voci noti della televisione italiana o dello sport come Alessandro Gassman e Federica Pellegrini, trasmessi anche sulle principali emittenti televisive, hanno molteplici obiettivi: stimolare i cittadini a tenere comportamenti adeguati come lavarsi le mani e stare distanti almeno un metro gli uni dagli altri così da poter contribuire a fare uscire l'Italia intera da questa grave emergenza. Inoltre questi spot si propongono di ringraziare tutti gli operatori sanitari,

<sup>36</sup> Palazzo Chigi, Sito dedicato al coronavirus  
<http://www.governo.it/it>

<sup>37</sup> Palazzo Chigi, Decalogo per proteggersi da contagio  
<http://www.governo.it/it/coronavirus-dieci-regole>

farmacisti e altre figure professionali che in questo periodo stanno continuando a lavorare nei settori dei servizi essenziali aperti al pubblico. La campagna vuole inoltre sottolineare l'importanza di continuare a restare a casa come modo concreto per ringraziare coloro che sono impegnati in prima linea in questa emergenza, poiché è restando a casa, e più in generale praticando il distanziamento sociale, che si evita di trasmettere ulteriormente il virus e di allargare la platea dei contagiati.

#### **4.2.2 Ministero della Salute**

Il sito del Ministero della Salute<sup>38</sup>, così come i vari canali social che possiede (Facebook, Instagram, Twitter e YouTube) sono estremamente ricchi di informazioni di varia natura: al loro interno infatti troviamo riportati i materiali di altre istituzioni come le conferenze stampa di Conte o della Protezione Civile, i dati aggiornati giorno per giorno su contagiati e deceduti, aggiornamenti epidemiologici dell'Iss e dichiarazioni dell'Oms. Tutto ciò rispecchia quella che è la natura del Ministero della Salute che funge da raccordo con le istituzioni internazionali ed europee nel campo della salute. Infatti oltre a tenere le fila con i Ministri della Salute degli altri stati e con organizzazioni internazionali come Oms ed Ecdc, il Ministero è particolarmente accorto nel fornire alla popolazione materiali informativi per capire cosa sia questo virus, cosa comporti la sua infezione, per evitare le fake news e per imparare ad agire per proteggersi al meglio, diventando parte attiva nel superamento dell'emergenza. Il Ministero della Salute, oltre ad aver collaborato con il Governo per la realizzazione degli spot per la campagna di informazione e sensibilizzazione sull'emergenza sanitaria legata al coronavirus, ha prodotto video utili alla popolazione per la gestione delle attività quotidiane; ad esempio viene spiegato come fare una spesa intelligente che duri almeno una settimana, per aiutare i cittadini a orientarsi in questo difficile e particolare momento.

A partire dal 24 gennaio sono stati prodotti 32 opuscoli informativi stampabili, e 14 video, alcuni dei quali in collaborazione con la Presidenza del Consiglio dei Ministri e l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

---

<sup>38</sup> Ministero della Salute, Sito Internet dedicato al coronavirus  
<http://www.salute.gov.it/nuovocoronavirus>

### 4.2.3 Dipartimento della Protezione Civile

Il sito del Dipartimento<sup>39</sup>, insieme a Twitter, Facebook e Instagram, si occupa principalmente di monitorare la situazione regionale, nazionale e globale per quanto riguarda contagi, decessi e guarigioni. È proprio alla Protezione Civile infatti che arrivano i dati dalle regioni quotidianamente. Inoltre fornisce costanti aggiornamenti sui materiali sanitari acquistati e distribuiti alle regioni che ne necessitano (mascherine, guanti, tute e ventilatori per l'ossigenazione sanguigna) e sulle varie attività svolte dai volontari, dagli operatori sanitari e dalle forze dell'ordine; dal montaggio di tende pre-triage al trasferimento di pazienti in altre regioni o stati laddove il servizio sanitario sia in sofferenza. Sul Canale YouTube viene trasmessa quotidianamente una conferenza stampa, alle 18, a partire dal 23 febbraio. In questa occasione il Dott. Borrelli, capo del Dipartimento della Protezione Civile, fornisce il bollettino giornaliero su numero di contagiati, guariti, deceduti e ricoverati. Spesso sono presenti epidemiologi e medici, membri del Comitato Tecnico Scientifico, per rispondere a domande cliniche e riguardanti la distribuzione e la frequenza della malattia Covid-19.

### 4.2.4 Istituto Superiore di Sanità

Il sito dell'Istituto Superiore di Sanità<sup>40</sup> si avvale di una pagina di approfondimento sul portale Epicentro<sup>41</sup> dove, oltre a divulgare le informazioni sul coronavirus e sulla malattia che provoca, sono forniti aggiornamenti sull'andamento epidemiologico della diffusione del virus; ciò avviene, a partire da marzo, tramite:

- report esteso bisettimanale sulla situazione epidemiologica
- infografica giornaliera
- report bisettimanale sulle caratteristiche dei deceduti
- conferenza stampa una volta a settimana per spiegare i dati registrati<sup>42</sup>.
- survey nazionale sul contagio di Covid-19 nelle Rsa.

---

39 Dipartimento protezione Civile, Sito dedicato al coronavirus  
<http://www.protezionecivile.it/attivita-rischi/rischio-sanitario/emergenze/coronavirus>

40 Istituto Superiore di Sanità, Sito dedicato al coronavirus  
<https://www.iss.it/coronavirus>

41 Epicentro, Sito dedicato al coronavirus  
<https://www.epicentro.iss.it>

42 Nel corso dell'emergenza il materiale rimane invariato per tipologia, a diminuire sarà la frequenza di produzione.



Sul canale YouTube vengono riportate le conferenze tenute sulle analisi dell'andamento epidemiologico e aggiornamento tecnico scientifico presiedute da Silvio Brusaferrò, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità. Questo momento di approfondimento che, a partire dal 27 marzo 2020, si svolge tutti i venerdì, non vuole essere alternativo alla conferenza stampa delle 18, ma serve per approfondire la lettura dei dati così da capire meglio quello che sta avvenendo nel nostro paese.

### **4.3 Materiali considerati per l'analisi**

Dopo aver tratteggiato un quadro di tutti i canali informativi usati dalle varie istituzioni e dei materiali prodotti, per questa tesi ne sono stati selezionati tre, che saranno oggetto di analisi. La scelta è ricaduta su quei materiali che rappresentano la massima espressione di quello che ogni istituzione ha effettivamente fatto, e continua a fare, a livello di comunicazione per questa emergenza.

- Il Ministero della Salute ha principalmente realizzato materiale informativo e di sensibilizzazione per la popolazione sotto forma di opuscoli e video;
- il Dipartimento della Protezione Civile ha tenuto quotidianamente una conferenza stampa per comunicare gli aggiornamenti;
- l'Istituto Superiore di Sanità ha svolto analisi epidemiologiche sotto forma di infografiche e report bisettimanali, spiegati tramite incontri di approfondimento una volta a settimana.

L'emergenza Covid-19 parte come emergenza sanitaria che, inevitabilmente, ha portato con sé conseguenze economiche e sociali; infatti è proprio l'andamento epidemiologico della malattia che detta quelle che sono le decisioni politiche sulle misure preventive da adottare, sugli esercizi commerciali da tenere chiusi, o sugli spostamenti effettuabili o meno. Trattandosi però di una tesi nell'ambito della comunicazione scientifica il Governo è escluso dalle istituzioni scelte, ma farà necessariamente da sfondo a tutta l'analisi, essendo il decisore delle misure che l'Italia intera si trova ad adottare e talvolta a discutere, per contenere la diffusione del virus.

### **4.4 Raccolta del materiale**

- Ministero della Salute: gli opuscoli sono stati scaricati dal sito del Ministero, mentre i video informativi sono stati visionati e analizzati sulla piattaforma YouTube.

- Dipartimento della Protezione Civile: tutte le conferenze stampa sono state ascoltate, trascritte e analizzate a partire dal 31 gennaio 2020 fino al 17 aprile 2020.
- Istituto Superiore di Sanità: le infografiche e i report sono stati scaricati dal portale Epicentro, mentre le analisi dell'andamento epidemiologico sono state visionate sul canale YouTube dell'Istituto, trascritte e analizzate.

#### 4.5 Criterio di analisi

Tenendo conto del contesto in cui sta avvenendo la comunicazione, ovvero un'emergenza, ho deciso di tenere presenti quelli che sono i capisaldi della Comunicazione del Rischio raccolti nel libro "La comunicazione del rischio per la salute e per l'ambiente" di Giancarlo Sturloni, giornalista e saggista italiano esperto di comunicazione del rischio; tenendo conto del materiale analizzato, è stato possibile vedere se e come i capisaldi siano stati seguiti da parte delle Istituzioni.

Una volta ottenuto il quadro della situazione mi sono avvalsa del parere di esperti per raccogliere considerazioni su ciò che, a parere di chi è del campo, abbia funzionato o meno. Sarà così possibile capire per il futuro cosa andrebbe cambiato e cosa preso a modello anche da altri paesi.

##### 4.5.1 Comunicazione del Rischio<sup>43</sup>

###### 1. *Vivere nella società del rischio*

La nozione di rischio risale al Medioevo, sviluppatasi nell'ambito del gioco d'azzardo e delle assicurazioni marittime, per poi entrare nella sfera della matematica statistica tra il 1600 e il 1700 con lo sviluppo del calcolo delle probabilità. Nella formulazione contemporanea più diffusa, sviluppata negli anni '70 dalla risk analysis, l'entità di un rischio (R) può essere quantificata in termini probabilistici mediante la formula:

$$R = P \times D$$

La pericolosità (P) è la probabilità che l'evento avverso si verifichi in un certo periodo di tempo, mentre D rappresenta l'entità del danno causato.

---

43 G. Sturloni, *La comunicazione del rischio per la salute e per l'ambiente*, Mondadori Università, 2018

Nell'ambito delle minacce di origine naturale, l'entità del rischio si esprime con la formula:

$$R = P \times V \times E$$

La pericolosità (P) è la probabilità che, in una certa area e in un definito intervallo di tempo, si verifichi un evento calamitoso di una specifica intensità, la vulnerabilità (V), rappresenta la predisposizione degli elementi esposti al pericolo, mentre l'esposizione (E) misura il valore degli elementi esposti al pericolo, sia in termini economici che in termini di vite umane.

Oggi la comunicazione del rischio è considerata uno strumento essenziale nella gestione dei rischi, sia naturali che antropici; il suo impiego risale alla fine della seconda guerra mondiale, con l'utilizzo delle prime bombe atomiche su Hiroshima e Nagasaki; in questa occasione alcuni scienziati che contribuirono alla costruzione della bomba avvertirono di avere un'importante responsabilità sociale e, nell'intento di mettere in guardia l'umanità dai rischi della proliferazione nucleare, diedero vita a uno dei primi sforzi organizzati di comunicazione pubblica dei rischi di origine antropica. Negli anni a venire si sono verificati molti episodi che rappresentavano in maniera tangibile le minacce globali nella società del rischio e la necessità di comunicarlo in maniera chiara e trasparente per evitare impreparazione e morti. Ricordiamo per esempio l'incidente di Seveso, comune della Brianza che fu investito da una fuga di TCDD<sup>44</sup>, gas derivato dalla diossina, dalla fabbrica chimica di Meda, o il noto incidente della centrale nucleare di Chernobyl.

## *2. Teoria della comunicazione del rischio*

La comunicazione del rischio può avvenire tramite modello deficitario, in cui l'informazione fluisce in modo unidirezionale dagli esperti al pubblico, attraverso i mass media; è convinzione diffusa che il deficit di alfabetizzazione scientifica del pubblico sia alla base di una distorta percezione del rischio che potrebbe essere sopravvalutato o sottovalutato. Tuttavia molti studi hanno dimostrato che l'accettabilità di un rischio non dipende solamente dalla sua entità, ma è mediato anche da fattori etici, psicologici, culturali. Anche la fiducia nelle istituzioni che si occupano di comunicare un rischio è elemento

---

<sup>44</sup> TCDD (Tetracloro-dibenzo-diossina): sostanza altamente tossica in grado di provocare danni gravissimi a pelle e organi interni.

fondamentale perché i cittadini abbiano una corretta percezione del rischio, tutelando così sé stessi e gli altri. Nel 1996 fu lo scandalo della mucca pazza a costringere il ripensamento delle pratiche istituzionali di comunicazione del rischio, che devono fondarsi sulla trasparenza delle informazioni e su un rapporto di fiducia dei cittadini, cose che, nel caso “mucca pazza” erano totalmente mancate. Negli anni successivi ci furono altre situazioni emergenziali non gestite al meglio, in particolare la diffusione della Sars, apparsa per la prima volta nel novembre 2002 nella provincia del Guangdong (Canton) in Cina. La malattia produsse un'epidemia lungo un arco temporale che andò dal novembre 2002 al luglio 2003, determinando 8.096 casi e 774 decessi in 17 paesi (per la maggior parte nella Cina continentale e a Hong Kong), per un tasso di letalità finale del 9,6%. Invece di prendere iniziative per controllare l'epidemia, i responsabili del Governo Cinese non informarono l'Organizzazione Mondiale della Sanità fino al febbraio 2003, limitando la copertura mediatica per preservare, a loro dire, la sicurezza pubblica.

La comunicazione del rischio ha tre differenti ambiti di applicazione:

- 1) Care Communication: comunicazione sulla prevenzione dei rischi.
- 2) Crisis Communication: comunicazione di una crisi o di un'emergenza**
- 3) Consensus Communication: comunicazione consensuale, favorisce il confronto tra le parti in una controversia sul rischio (es. dibattito sugli OGM).

### *3. Crisis Communication*

Per quanto riguarda l'emergenza Covid-19, si fa riferimento alla *crisis communication*, ovvero alla comunicazione di una crisi (situazione caratterizzata da un livello crescente di allarme) o di un'emergenza (fenomeno improvviso con impatto immediato). In questo caso sono toccati entrambi gli aspetti a causa del livello crescente di impatto dato dall'epidemia, sfociata in una vera emergenza per l'enorme portata degli eventi a cui il mondo, Italia compresa, non era preparato.

### *4. Obiettivi della Crisis Communication:*

- Prepararsi in tempo di pace: la consapevolezza del rischio e i comportamenti da adottare per difendersi, dovrebbero essere condivisi prima dell'emergenza. La cosa fondamentale è delineare i vari scenari di rischio che potrebbero verificarsi e pianificare in modo flessibile le risposte più efficaci per limitare la pericolosità e/o il danno.

- Non rassicurare né allarmare: la care communication non vuole rassicurare a tutti i costi. Un'eccessiva rassicurazione impedisce alle persone di attivarsi per fronteggiare il rischio, mentre un adeguato livello di preoccupazione vigile e informata senza allarmismi può aumentare l'adesione alle indicazioni comportamentali da tenere per difendere se stessi e gli altri.

##### *5. Comunicare il rischio durante l'emergenza, caratteristiche fondamentali*

- Tempestività: di fronte all'emergenza, informare con tempestività sul rischio e sulle contromisure disponibili è essenziale per consentire alle persone di agire per proteggersi. Permette inoltre di evitare che, sfruttando un ritardo della comunicazione istituzionale, si diffondano informazioni false o fuorvianti che possano mettere a rischio la salute pubblica.
- Trasparenza: nelle prime fasi dell'emergenza le persone si aspettano di avere alcune informazioni cruciali→ 1) Cosa è successo 2) Perché è successo 3) Cosa potrebbe accadere 4) Cosa stanno facendo le istituzioni 5) Cosa possono fare le persone. La comunicazione tende ad avere un effetto rassicurante e non allarmistico, perché assolve al bisogno primario delle persone di sapere che cosa sta succedendo e come occorre comportarsi. Le persone si aspettano che le autorità condividano tutte le informazioni, comprese quelle negative o incerte, senza che il rischio venga sminuito.
- Chiarezza e coerenza: nella formulazione dei messaggi bisogna evitare termini tecnici e acronimi, la brevità è essenziale ma non deve andare a discapito della completezza delle informazioni (bisogna semplificare il linguaggio, non il contenuto informativo).
- Empatia: oltre a chiarire cosa sia successo, è cruciale dimostrare sincera empatia verso le sofferenze e le legittime preoccupazioni delle persone coinvolte nell'emergenza, che devono essere comprese e non sminuite.
- Coinvolgimento: è importante dichiarare il massimo dell'impegno dell'istituzione nella risposta all'emergenza, chiarendo cosa si sta facendo e cosa possono fare le persone. La possibilità di compiere azioni concrete per la tutela della propria persona e di quella degli altri consente alle persone di reagire e di non sentirsi vittime di una situazione incontrollabile e paralizzante.

- Ammissione delle responsabilità: nel caso in cui l'istituzione abbia qualche colpa diretta o indiretta nell'accaduto, è bene ammetterlo, assumersi le proprie responsabilità, chiedere scusa immediatamente dichiarando che verrà fatto il possibile per rimediare all'errore.
- Monitorare il dibattito pubblico: i mass media tenderanno a essere indipendenti dalle informazioni istituzionali e cercheranno altre fonti di informazione. In questa fase occorre monitorare le informazioni mediatiche, continuare a fornire informazioni verificate, intervenendo per correggere notizie false o sbagliate.
- Post-emergenza: l'attività di comunicazione del rischio prosegue anche quando l'emergenza è finita per accompagnare il graduale ritorno alla normalità facendo tesoro delle emergenze vissute per migliorare le strategie di prevenzione. Inoltre per le istituzioni è fondamentale valutare l'operato durante l'emergenza, evidenziando i punti di forza e le criticità al fine di migliorare la gestione del rischio.

#### 6. Comunicare a un pubblico di non esperti

Nella comunicazione del rischio è necessario condividere informazioni importanti per la sicurezza pubblica. Una buona comunicazione dipende da due fattori, entrambi indispensabili: efficacia del messaggio e qualità della relazione tra gli interlocutori.

<p>COMUNICAZIONE= MESSAGGIO X RELAZIONE</p>
---

Bisogna tenere conto infatti che non stiamo solo comunicando qualcosa, ma stiamo comunicando con qualcuno; conquistare la fiducia degli interlocutori è fondamentale, altrimenti il messaggio non verrà ascoltato. La fiducia è un bene prezioso che occorre guadagnarsi con impegno costante; basta poco per perderla, mentre ricostruirla è un processo lungo e faticoso.

I punti chiave per conquistare la fiducia di un pubblico non esperto e per comunicare le informazioni necessarie durante l'emergenza sono:

- comunicare in maniera tempestiva e trasparente;
- agire in modo imparziale, onesto, coerente ai valori dell'istituzione;
- dimostrare competenza, impegno e dedizione;
- basare le decisioni su evidenze scientifiche;

- ammettere le incertezze sulle conoscenze disponibili;
- giustificare scelte e azioni;
- usare un linguaggio comune non specialistico;
- spiegare e contestualizzare il contenuto tecnico → si deve semplificare il linguaggio, non il contenuto informativo;
- comunicare in maniera emozionale → l'uso dello storytelling può essere una buona soluzione: si usano testimonianze e storie dirette delle persone per diffondere conoscenze sui rischi;
- scegliere i canali comunicativi giusti:
  - storytelling → potere dell'empatia
  - immagini/ infografiche → per veicolare informazioni complesse
  - potere delle azioni per mostrare come proteggersi dai pericoli → stimolano l'imitazione.

Comunicare quel che sappiamo, comunicare quel che ancora non sappiamo e comunicare quel che stiamo facendo per avere più informazioni, salvare vite e minimizzare il danno

Un'efficace comunicazione del rischio e il coinvolgimento dei cittadini creano fiducia, aumentano la probabilità che le raccomandazioni vengano ascoltate, riducono le incomprensioni e le voci infondate che possono minare il successo delle contromisure per contenere il contagio<sup>45</sup>

Quelle appena riportate sono le parole d'ordine della guida *Risk Communication and Community Engagement* diffusa dall'Oms per gestire l'emergenza del nuovo coronavirus, totalmente in accordo con le informazioni tratte dal manuale sulla comunicazione del rischio di Giancarlo Sturloni, concepito proprio per offrire uno strumento teorico e operativo per tutti coloro che sono chiamati a comunicare i rischi per la salute e per l'ambiente. A partire da queste informazioni, è stato possibile trarre 4 capisaldi che interessano in particolare modo la crisis communication, e valutare se e in che modo sono stati rispettati da parte delle istituzioni nella comunicazione dell'emergenza Covid-19.

---

<sup>45</sup> WHO, "Risk communication and community engagement readiness and response to coronavirus disease (COVID-19): interim guidance", 19 marzo 2020  
<https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-engagement-readiness-and-initial-response-for-novel>

#### 4.5.2 Capisaldi considerati per l'analisi<sup>46</sup>

##### 1. Non assicurare sul rischio, pur non sottovalutandolo

- Le istituzioni non devono assicurare i cittadini per evitare il panico e soprattutto non devono farlo sminuendo un rischio o un pericolo;
- assicurare può determinare la sottovalutazione della minaccia da parte della popolazione che non farà abbastanza per proteggersi→ da evitare la distonia tra modesta gravità attribuita al rischio e contromisure drastiche suggerite;
- l'istituzione deve infondere coraggio: dimostrando competenza, impegno e dedizione dovrebbe spiegare quello che sta facendo per affrontare l'emergenza e quello che le persone possono fare per proteggersi→ c'è bisogno di una guida che mostri la via da percorrere.

##### 2. La guida a cui affidarsi deve essere credibile

L'istituzione deve conquistare la fiducia della popolazione. Occorre:

- onestà e trasparenza nell'informare i cittadini con tempestività, senza negare o sminuire il pericolo, ammettendo le incertezze sulle conoscenze disponibili;
- dimostrare competenza, impegno, dedizione, ma anche empatia (comprensione delle paure, preoccupazioni e drammi che sta vivendo la popolazione);
- trattare le persone come adulti capaci di contribuire alla gestione dell'emergenza;
- i messaggi importanti vanno ripetuti, ma sempre motivati, fornendo basi scientifiche→ se le persone non capiscono il perché di una scelta faranno fatica ad attuare comportamenti adeguati e rispettare divieti;
- monitorare il dibattito pubblico per intervenire per correggere notizie false o sbagliate;
- sobrietà per non scivolare nella farsa e perdere credibilità.

##### 3. Coerenza e chiarezza dei messaggi

- Le istituzioni dovrebbero parlare con una voce sola per fornire indicazioni chiare, univoche, coerenti→ l'incoerenza vanifica la credibilità;

---

<sup>46</sup> G. Sturloni, "Quali sono gli errori da evitare quando si comunica lo stato di emergenza a un paese", Wired, 27 marzo 2020 <https://www.wired.it/scienza/medicina/2020/03/27/coronavirus-emergenza-comunicazione-panico-allarmismo/>



- usare un linguaggio comune non specialistico e spiegare e contestualizzare il contenuto tecnico → si deve semplificare il linguaggio, non il contenuto informativo
- Scegliere i canali comunicativi giusti:
  - storytelling → potere dell'empatia
  - immagini/infografiche → per veicolare informazioni complesse
  - potere delle azioni per mostrare come proteggersi dai pericoli → stimolano l'imitazione.

#### 4. Anticipare gli eventi

- Pensare e agire in modo proattivo → unico modo per non subire l'emergenza, ma avere un minimo di controllo sugli eventi;
- pur nell'incertezza si possono tracciare gli scenari più probabili e pianificare come reagire nei vari casi → deve esserci un piano di azione condiviso con la popolazione in modo trasparente e tempestivo.

#### 4.5.3 Esperti intervistati<sup>47</sup>

- Giancarlo Sturloni, esperto in comunicazione del rischio.
- Barbara Gallavotti, biologa e divulgatrice scientifica.
- Sergio Pistoï, biologo molecolare e giornalista scientifico.
- Roberta Villa, medico e divulgatrice scientifica.

---

<sup>47</sup> Interviste riportate in appendice, p. 101.

## 5. Analisi delle azioni di comunicazione

Per riportare i risultati dell'analisi del materiale, sono considerate due branche del processo comunicativo.

1. Informazioni di servizio per sensibilizzare e spingere all'azione la cittadinanza. Si considerano in questo caso i materiali del Ministero della Salute, opuscoli e video.
2. Informazione di crisi vera e propria legata all'andamento della pandemia. In questo caso si considerano le conferenze stampa della Protezione Civile e il materiale dell'Istituto Superiore di Sanità.

### 5.1 Informazioni di servizio la cittadinanza

#### 5.1.1 Opuscoli social del Ministero della Salute (Twitter, Facebook, Instagram)

Il Ministero della Salute, a partire dal 24 gennaio ha prodotto e divulgato sui principali canali social alcuni opuscoli<sup>48</sup> a scopo informativo per i cittadini. Gli opuscoli prodotti fino al 17 aprile sono una trentina, alcuni realizzati in formati leggermente diversi ma sostanzialmente identici.

I temi trattati possono essere divisi in due categorie: quelli puramente informativi e quelli che richiamano a un'azione concreta ("call to action") per comportarsi in maniera corretta e attiva così da proteggere se stessi e gli altri. Gran parte del materiale social è stato prodotto seguendo quelle che sono le indicazioni e le informazioni che provengono dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. A partire da questi opuscoli sono stati creati 11 video destinati ai social che non verranno analizzati in quanto rispecchiano esattamente il materiale illustrativo, con la sola aggiunta della voce narrante.

- Opuscoli informativi

Gli opuscoli informativi spiegano cos'è il nuovo coronavirus, quali sono i suoi sintomi e chi colpisce. Inoltre, il Ministero si è impegnato a smentire alcune fake news che hanno destabilizzato i cittadini, soprattutto nella prima fase dell'emergenza.

Data la grande importanza dell'evoluzione della situazione epidemiologica, anche il Ministero, sulla base dei dati disponibili elaborati dall'Istituto Superiore di Sanità, ha creato del materiale informativo. In maniera estremamente riassuntiva vengono mostrate le

---

<sup>48</sup> Ministero della Salute, Materiali Social  
<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/archivioMaterialiNuovoCoronavirus.jsp>

differenze di genere per quanto riguarda contagio e letalità, con un focus sulla situazione degli operatori sanitari.



Fig. 7-8-9-10. Esempi di opuscoli informativi prodotti dal Ministero della Salute

Considerazioni:

I materiali in questione nascono per chiarire i numerosi dubbi che durante l'emergenza, soprattutto nella fase iniziale, hanno destabilizzato i cittadini.

Avendo iniziato a produrre materiale già il 24 gennaio, prima della dichiarazione dello stato di emergenza, il Ministero, come afferma Giancarlo Sturloni, rappresenta «l'organismo che più di tutti, inizialmente, ha cercato di trasmettere la gravità della situazione, anticipando gli eventi».

La decisione di porre una domanda a cui viene fornita una risposta permette di capire immediatamente se quel materiale può fare al caso nostro o meno, senza costringere i destinatari a leggere tutto per rendersene conto. I messaggi veicolati sono chiari, scritti con un linguaggio privo di termini specialistici.

L'utilizzo delle immagini è superfluo e non fornisce alcun elemento aggiuntivo per la comprensione delle notizie veicolate o per aggirare le barriere linguistiche, fatto salvo che per gli opuscoli in cui viene fornito qualche dettaglio sulla situazione epidemiologica; in questo caso percentuali e grafici fanno immediatamente capire la situazione per quanto riguarda contagi e letalità divisi per genere.

Per le caratteristiche tipiche dei materiali social, la brevità e l'immediatezza sono fondamentali; l'unico scopo in questo caso è quello di informare senza provocare

un'azione, e i criteri di una buona comunicazione del rischio sono semplicità e chiarezza, caratteristiche che risultano essere soddisfatte per il materiale presente.

Forse sarebbe valsa la pena realizzare materiale anche per spiegare, da principio, che cosa sia un virus. Parte fondamentale della comprensione del meccanismo di trasmissione risiede proprio nelle caratteristiche peculiari di un virus che non riesce a replicarsi se non all'interno di una cellula. Spiegando questo concetto sarebbe stato più chiaro che, per limitare il contagio, il virus non deve avere nessuno da contagiare così da non potersi più replicare e lentamente scomparire. In questo modo accettare l'imposizione "state a casa", avrebbe assunto un significato più compiutamente scientifico e incisivo.

- Opuscoli "Call to Action"

### Caratteristiche

Il Ministero ha deciso di fornire semplici raccomandazioni ai cittadini per prevenire il contagio, proteggendo se stessi e gli altri. Con l'evolversi della situazione e con la progressiva chiusura del Paese, il Ministero si è adattato a fornire nuovo materiale utile ai cittadini per affrontare la quarantena dove viene spiegato ad esempio come organizzare la giornata e come gestire i contatti con le persone care nonostante l'impossibilità di vedersi fisicamente.



Figg.11-12-13. Esempi di opuscoli "Call to Action" prodotti dal Ministero della Salute

## Considerazioni:

In questo caso il materiale tende a promuovere sensibilizzazione e “call to action”<sup>49</sup> dei cittadini che sono chiamati ad agire nella maniera più corretta per proteggere se stessi e gli altri. Per mostrare comportamenti idonei, su opuscoli e brochure è preferibile utilizzare illustrazioni piuttosto che fotografie, come viene fatto in questo caso, ad esempio per mostrare come lavarsi le mani o come restare in contatto con i propri cari anche senza vederli fisicamente. In questo modo viene semplificata l’immagine eliminando tutti gli elementi di distrazione, attirando maggiormente l’attenzione. Visto il grosso sacrificio di stare in casa, richiesto a tutti gli italiani, mostrare empatia, creare vicinanza e comunanza con altre persone che si trovano nella nostra stessa condizione è fondamentale per far sì che comportamenti difficili vengano comunque mantenuti. In questo senso la scelta di utilizzare volti di personaggi famosi e immediatamente riconoscibili, accompagnati dalla scritta “#IoRestoACasa” risulta efficace nel far sentire i cittadini parte di qualcosa e che, anche con un piccolo gesto, possono aiutare l’Italia.

\*\*\*

Opuscoli come quelli descritti servono per lanciare messaggi chiari e di impatto, facilmente leggibili e comprensibili, che avrebbero però bisogno di essere affiancati da una comunicazione più ampia e discorsiva. In questo modo i cittadini potrebbero capire a fondo le nozioni di base e le spiegazioni che sottendono a determinati consigli o inviti, così da ritrovarne negli opuscoli un senso chiaro, diretto e facilmente memorizzabile, di quello che si è precedentemente interiorizzato. Col senno di poi capiamo che questo ruolo sarebbe spettato alla campagna di comunicazione di cui parleremo nel paragrafo successivo, e alle conferenze stampa della Protezione Civile. Proseguendo l’analisi capiremo se esse sono riuscite ad assolvere a questo compito o meno.

---

49 Trad.: “invito all’azione”.

## 5.1.2 Campagna di comunicazione del Ministero della Salute<sup>50 51</sup>

A partire dal 7 febbraio sui canali Rai è iniziata una campagna di comunicazione che prevedeva la messa in onda di una serie di spot realizzati dal Ministero della Salute, in collaborazione con la Presidenza del Consiglio dei Ministri, per promuovere una corretta informazione sul nuovo coronavirus.

Ne sono stati realizzati solo tre, due con protagonista Michele Mirabella, celebre volto della divulgazione scientifica della Rai, e uno con Amadeus, noto conduttore televisivo.

Obiettivi della campagna

Secondo quanto riportato dal sito del Ministero della Salute la campagna informativa, che ha come target tutta la popolazione, ha tra i suoi obiettivi quelli di:

- informare tutta la popolazione sul nuovo coronavirus, segnalando l'importanza di utilizzare come fonte di informazione il sito del Ministero;
- raccomandare semplici regole di prevenzione volte a prevenire il rischio di contagio del virus come il lavaggio frequente e accurato delle mani, non toccarsi occhi, naso e bocca con le mani, coprire bocca e naso se si starnutisce o si tossisce;
- invitare tutti i cittadini a essere responsabili e solidali per fronteggiare questa emergenza.

Secondo una visione generale, è stato fatto un buon uso delle azioni per mostrare come proteggersi dal contagio. In particolare, nel secondo spot con protagonista Mirabella, filmato mentre si lava le mani; in questo modo si ha una stimolazione all'imitazione, guardando un volto conosciuto e rassicurante compiere un'azione specifica e replicabile in maniera semplice. Inoltre ascoltare un volto noto come quello di Amadeus, che siamo abituati a vedere tutte le sere in televisione, consigliarci quelle stesse regole che leggiamo, può essere uno stimolo ulteriore ad ascoltarle. La frase pronunciata dal conduttore, «Aiutiamoci l'un l'altro. Insieme ce la facciamo», porta nuovamente i cittadini a non sentirsi

---

<sup>50</sup> Ministero della Salute, Campagna di Comunicazione-Mirabella

<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioCampagneNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&menu=campagne&p=dac&id=141>

<sup>51</sup> Ministero della Salute, Campagna di Comunicazione-Amadeus

<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioCampagneNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&menu=campagne&p=dac&id=142>

soli, ma parte di qualcosa. Tutti possiamo essere tasselli importanti e determinanti, sentendoci quindi responsabilizzati e investiti di un compito che, tutto sommato, è fattibile.

Entrando maggiormente nel dettaglio, e considerando quanto dichiarato dal Ministero secondo cui il target degli spot è l'intera popolazione emerge un chiaro problema nella pianificazione e nell'idea di base della campagna.

Mirabella parla di prostata nei programmi dei vecchietti per cui se si tratta di sensibilizzare il target dei 65enni va benissimo, ma il target non può assolutamente essere tutta la popolazione: siamo 60 milioni, dai bambini ai novantenni. Purtroppo queste campagne sono fatte da gente che non ha la minima capacità di capire come funziona la comunicazione, da funzionari del Ministero che purtroppo sono lì senza sapere bene il perché, dato che di base hanno ruoli diversi e sono stati riciclati nella comunicazione, credendo che tutti siano in grado di farla. (Sergio Pistoì)

Bisogna però considerare che la Tv generalista è oggi appannaggio soprattutto delle persone adulte e anziane, dunque la scelta di Mirabella può non essere così impropria. Quello che è mancato piuttosto, è stata una diversificazione dei messaggi pensati per target differenti, usando canali appropriati a un pubblico più giovane. Per esempio si sarebbe potuto sfruttare maggiormente Instagram, evitando di riproporre il medesimo materiale che ritroviamo in televisione o sugli opuscoli, ma ripensandolo con testimonial e messaggi diversi, adatti ad adolescenti e ragazzi.

Un ulteriore problema di questa campagna è rappresentato dal contenuto del primo spot andato in onda a partire dal 7 febbraio per diversi giorni, poi ritirato ed eliminato dal sito del Ministero della Salute. Mirabella è seduto in un ristorante che ha tutta l'aria di essere cinese, sventolando delle bacchette di legno, e pronuncia delle parole che di lì a pochi giorni sarebbero risultate del tutto sbagliate e soprattutto irriverenti: «L'infezione da coronavirus colpisce le vie respiratorie, ma **non è affatto facile il contagio**, soprattutto se usiamo prudenti norme igieniche». Non conosciamo esattamente il giorno in cui questo spot sia stato ritirato, ma sicuramente il 24 febbraio era ancora in onda, quando i contagi in Italia erano 219 e i deceduti 5. In questo caso, quella che viene immediatamente meno è la fiducia, sicuramente nel protagonista dello spot, ma anche nel Ministero a cui gli stessi Mirabella e Amadeus invitano a riferirsi per avere informazioni affidabili. È stato notevolmente sminuito il rischio di qualcosa che di lì a breve ci avrebbe costretti in casa. Per quanto le informazioni sul virus i primi di febbraio fossero ancora poche e soprattutto

nebulose, sarebbe stato meglio usare maggiore prudenza nello sbilanciarsi in maniera così netta sulla scarsa gravità della situazione ed essere più tempestivi nel ritiro del video.

Con questo spot è stato fatto un errore tipico della comunicazione del rischio: non si è tenuto conto dell'incertezza che caratterizza la comunicazione della scienza in generale e la comunicazione di una crisi in particolare, e questa incertezza andava comunicata. Invece la frase pronunciata da Mirabella dava un elemento di certezza che in quel momento nessuno poteva avere. (Roberta Villa)

Consideriamo però il periodo in cui è stato girato e mandato in onda questo spot: in Italia ancora non vi erano casi autoctoni e anche l'Oms non aveva dato raccomandazioni particolari per la tutela dei cittadini. Il 7 febbraio, giorno in cui lo spot è stato messo in onda per la prima volta, le uniche raccomandazioni scritte nel report ufficiale<sup>52</sup> sono: evitare il contatto ravvicinato con persone affette da infezioni respiratorie acute, lavare frequentemente le mani, praticare il galateo della tosse consigliato per persone con sintomi di infezione respiratoria acuta (mantenere la distanza, tossire e starnutire in fazzoletti usa e getta o sui propri indumenti e lavarsi le mani). Mano a mano che le informazioni vengono acquisite, il 25 febbraio l'Oms in un nuovo report<sup>53</sup> chiede di prestare particolare attenzione a chi si trova in una zona in cui c'è un'epidemia di Covid-19; in questo caso bisogna prendere sul serio il rischio di infezione infatti l'Oms sottolinea che, anche se per la maggior parte delle persone la Covid-19 causa solo malattie lievi, in altri può provocare una malattia grave o esiti fatali.

Giancarlo Sturloni conferma che questo episodio rientra nel discorso generale di un inizio in cui l'emergenza sembrava un problema lontano, legato solamente alla Cina e dunque appariva impossibile che anche noi potessimo vivere quello che hanno vissuto loro.

Questo spot rispondeva a una percezione generale e non tanto a una volontà di sottovalutare la questione; la sottovalutazione è avvenuta da parte di tutti coloro che vivevano fuori dalla Cina, per una serie di motivi culturali e forse anche per il fatto che la Cina stessa ha ritardato nel far comprendere la dimensione e la gravità della situazione. L'Italia, quando è uscito lo spot, era in stato di emergenza da una settimana, però si pensava che non ci fosse ancora nessun caso autoctono per cui la

---

52 WHO, "Novel Coronavirus(2019-nCoV) Situation Report – 18"  
[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200207-sitrep-18-ncov.pdf?sfvrsn=fa644293\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200207-sitrep-18-ncov.pdf?sfvrsn=fa644293_2)

53 WHO, Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 36  
[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200225-sitrep-36-covid-19.pdf?sfvrsn=2791b4e0\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200225-sitrep-36-covid-19.pdf?sfvrsn=2791b4e0_2)



dichiarazione è stata fatta più che altro per giustificare lo stop dei voli da, e per la Cina. Ma di fatto non era stato fatto nient'altro fino a quando non si è trovato il primo caso. (Giancarlo Sturloni)

## **5.2 Informazione di crisi: l'andamento della pandemia**

### **5.2.1 Conferenze stampa della Protezione Civile<sup>54</sup>**

Le conferenze stampa della Protezione Civile assumono carattere quotidiano tra il 23 febbraio e il 17 aprile. Per i primi quattro giorni si svolgono due volte al giorno, alle 12 e alle 18, successivamente resta attivo solo l'incontro serale. Esse rappresentano il principale canale informativo, innanzitutto per i cittadini, ma anche per i giornalisti che sfruttano questo momento per cercare di informarsi e quindi di informare correttamente. Prima del 23 febbraio la Protezione Civile segna la propria presenza nell'ambito della gestione dell'emergenza tramite dichiarazioni alla stampa da parte del Capo Dipartimento Angelo Borrelli e con conferenze sporadiche diffuse sul canale YouTube Ufficiale del Dipartimento, e sugli altri canali social.

#### **5.2.1.1 Gli esordi dell'emergenza (31 Gennaio-22 febbraio)**

All'inizio di febbraio l'Italia si trova in una situazione di apparente tranquillità, ignara che il virus stia già circolando e che di lì a pochi giorni ne avremmo avuto evidenza con i primi morti e i numerosi contagi.

Con la dichiarazione dello stato di emergenza della durata di sei mesi, «in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti dal nuovo agente virale scoperto recentemente»<sup>55</sup>, il 31 gennaio il dott. Angelo Borrelli viene ufficialmente incaricato di organizzare le attività necessarie alla gestione della situazione di emergenza. A seguito della riunione del Comitato Operativo nazionale della Protezione Civile, lo stesso 31 gennaio, viene dichiarato dal dott. Borrelli che il suo ruolo sarà quello di «organizzare le attività di prevenzione del nostro territorio facendo in modo che non si possano verificare situazioni di particolare criticità» e che «la situazione in Italia è di assoluta tranquillità e tale da non dover avere nessun allarmismo, ma da continuare a fare una vita normale, adottando normali regole di prudenza».

---

54 Protezione Civile, Canale YouTube  
<https://www.youtube.com/channel/UC4fru33Tzpu0UhCIHChiNFA/videos>

55 Consiglio dei Ministri, Dichiarazione dello stato di emergenza, 31 gennaio 2020  
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/02/01/20A00737/sq>

Nei giorni successivi vengono comunicate le operazioni effettuate per far rientrare i concittadini dalle zone a rischio, i ragazzi dai viaggi studio in Cina e i viaggiatori bloccati sulla nave da crociera Diamond Princess. Viene inoltre comunicata la decisione di acquistare termoscanner da utilizzare in porti, aeroporti e luoghi di frontiera, per misurare la temperatura ai viaggiatori in arrivo in Italia; la febbre infatti è considerata un primo importante campanello di allarme per identificare eventuali contagiati. Il controllo, come spiega Borrelli, si esaurisce in due secondi al massimo e si svolge nella totale approvazione dei viaggiatori che capiscono l'importanza di tali controlli per la sicurezza collettiva. Il Capo Dipartimento riferisce anche che, a chi venga eventualmente rilevata febbre, viene poi chiesto se di recente sia stato in Cina. Il 5 febbraio viene presentata da Borrelli la composizione del Comitato Tecnico Scientifico<sup>56</sup> come «supporto per le attività tecnico-scientifiche a disposizione del Commissario e del Ministro della Salute».

Considerando quanto comunicato in questa prima fase di esordio dell'emergenza pare che abbiano cercato di mostrare profusamente quanto le istituzioni fossero presenti, attive e tempestive nella decisione di chiudere i voli da e per la Cina, nell'organizzare il Comitato Tecnico scientifico, nel gestire i controlli tramite i termoscanner in aeroporti e porti per garantire la sicurezza dei cittadini. Mostrare impegno, dedizione e competenza delle istituzioni rappresenta un punto cardine nella comunicazione del rischio, fondamentale per infondere coraggio spiegando quello che le istituzioni stanno facendo per gestire l'emergenza. Questo punto è stato soddisfatto in questa prima fase, tuttavia dovrebbe andare di pari passo con l'attenzione a non cercare di rassicurare i cittadini sminuendo il rischio. Bisogna considerare infatti che l'Oms il 30 gennaio ha descritto il virus come «un rischio per la salute pubblica e mondiale», l'Italia il giorno successivo ha dichiarato lo stato di emergenza e il 22 febbraio è stato firmato un decreto per cui 11 comuni sono stati messi in quarantena; per questi motivi rassicurare eccessivamente i cittadini ripetendo che la situazione in Italia è di assoluta tranquillità, senza contemplare possibili cambiamenti di situazione, può creare una distonia tra misure prese e modesta gravità attribuita al rischio, facendo sì che i cittadini non facciano abbastanza per proteggersi. Inoltre le misure riferite per rendere la cittadinanza più sicura vengono solamente elencate, facendo percepire che sono in atto numerose procedure di controllo. Tuttavia le criticità legate alla reale capacità

---

<sup>56</sup> Protezione Civile, Decreto del Capo Dipartimento n. 371, 5 febbraio 2020

<http://www.protezionecivile.gov.it/amministrazione-trasparente/provvedimenti/-/content-view/view/1206025>

di rintracciare i contagiati non sono spiegate, anche se, con un attento ascolto e buon senso appare chiaro come un controllo che si esaurisce in due secondi e dove solo a chi ha la febbre viene chiesto se abbia avuto contatti con la Cina, lascia fuori dal processo di tracing tutti coloro che potrebbero essere asintomatici; così come la chiusura dei voli diretti non esclude l'arrivo di passeggeri con voli indiretti.

In Italia sono state date rassicurazioni che hanno portato a un senso di falsa sicurezza, che probabilmente rifletteva l'immagine di una minaccia lontana. (Giancarlo Sturloni)

Le prime decisioni di chiudere voli e acquistare termoscanner sono state orribili e dettate unicamente da scelte politiche che niente avevano a che fare con questioni scientifiche o sanitarie. Si è cominciato a parlare seriamente dell'argomento quando è stato accertato il primo caso italiano, a Codogno, il 21 febbraio. Prima era solo propaganda. (Barbara Gallavotti)

Riguardo all'iniziale sottovalutazione del rischio da parte delle istituzioni però, gli esperti si sono espressi con indulgenza.

C'è stato un momento di rimozione collettiva: si vedeva arrivare questa enorme onda che non poteva non travolgerci, però si continuava a far finta che fosse un problema evitabile (Barbara Gallavotti).

Posso capire un primo momento di incredulità generale nel pensare che dovessimo vivere anche noi quello che stava accadendo a Wuhan. (Giancarlo Sturloni)

Entrambi considerano come attenuante, solo nella fase iniziale, il lato umano di chi deve prendere le decisioni quando i casi sembrano ancora pochi, e soprattutto sembrano crescere lentamente; di fronte a qualcosa di questo tipo vince lo sgomento e il rifiuto dell'idea di doversi chiudere in casa come a Wuhan.

Alla conferenza stampa svoltasi il 22 febbraio alle ore 23.15, oltre a Borrelli e Brusaferrò, partecipano anche il Ministro della Salute e il Presidente del Consiglio dei Ministri, che annunciano la firma del decreto che avrà attuazione il giorno successivo. Per contenere l'epidemia è prevista la quarantena di oltre 50.000 persone provenienti da 11 comuni diversi del Nord Italia (dieci comuni del lodigiano e il comune di Vò in provincia di Padova). La linea che viene ribadita dal Premier è quella di «massima precauzione e cautela, nel segno dell'adeguatezza della proporzionalità sulla base del patrimonio informativo che andiamo via via acquisendo». Per questo quando un giornalista chiede se abbiano pensato

alla sospensione del trattato di Schengen<sup>57</sup> risponde che sarebbe una «misura sproporzionata rispetto all'esigenza di contenimento del contagio e di protezione della salute degli italiani». Inoltre afferma di non voler rendere l'Italia un lazzaretto, dato che non ci sono le condizioni perché si arrivi a questo e chiede agli italiani di non abbandonarsi al panico o all'allarmismo, ma di fidarsi delle autorità sanitarie, politico amministrative che prendono decisioni sulla base di un'attenta ponderazione».

Il Ministro della Salute sottolinea quanto già accennato da Borrelli nelle dichiarazioni dei giorni precedenti dicendo che l'Italia è tra i paesi che stanno facendo di più in assoluto menzionando la chiusura dei voli e i numerosi controlli nelle zone di frontiera, aeroporti e porti, e che i casi positivi rintracciati sono appunto frutto di uno scrupoloso lavoro di screening». Afferma inoltre che «il Sistema Sanitario Nazionale è molto forte e della sua qualità dobbiamo essere fieri, è all'altezza ed è pronto ad affrontare anche questa emergenza».

Per la prima volta vengono riportati i dati registrati dalle regioni sulla situazione epidemiologica, condivisi dal dottor Borrelli. Si parla di un guarito, due morti, 76 positivi di cui 33 ricoverati con sintomi, 18 in terapia intensiva e 11 in isolamento domiciliare senza particolari sintomi.

In virtù di una situazione di incertezza che non andrebbe negata, l'unico modo per non subire l'emergenza, ma avere un minimo controllo sugli eventi è pensare e agire in modo proattivo senza chiedere ai cittadini fiducia cieca, ma illustrando nel dettaglio i possibili scenari attuabili a seconda dell'evolversi della situazione. Il Ministro Speranza invece afferma con sicurezza che il Sistema Sanitario nazionale è all'altezza, senza menzionare possibili potenziamenti delle strutture sanitarie, così come il premier Conte esclude la possibilità che l'Italia diventi un lazzaretto o che si possa andare incontro a una situazione di chiusura dei confini. Non viene fatta nessuna menzione a mosse future. Presentare il CTS è stata un'azione assolutamente opportuna e positivamente rassicurante, in quanto permette di far capire come le decisioni saranno supportate da una base scientifica; tuttavia non viene spiegato neanche a grandi linee quale sia concretamente il compito del Comitato, se non quello di aiutare il dott. Borrelli e il Ministro della Salute. Nonostante ciò ai cittadini è richiesta totale fiducia nelle istituzioni, non sapendo però cosa prevedono di fare.

---

<sup>57</sup> Convenzione di Schengen: accordo internazionale firmato da alcuni paesi dell'Unione Europea e non, che ha come oggetto il controllo delle persone. Prevede una zona di libera circolazione chiamata spazio Schengen dove i controlli alle frontiere sono stati aboliti per tutti i viaggiatori, salvo circostanze eccezionali. Lo spazio Schengen è attualmente composto da 26 paesi, di cui 22 membri dell'Unione europea e quattro non membri (Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svizzera).

La mia impressione generale è che nella comunicazione, così come nella gestione, si siano inseguiti gli eventi, si è sempre arrivati un po' in ritardo. Bisogna considerare che non eravamo pronti e si è improvvisato: i piani pandemici erano presenti su carta, ma non operativi; non c'era una task force pronta, né protocolli attuabili in tempi brevi. Questo ha fatto la differenza tra noi e molti paesi che, per la loro vicinanza geografica alla Cina, si aspettavano un'esplosione di casi, per cui hanno attuato una catena di interventi ampia ed efficiente. Chi aveva i protocolli pronti è perché nel 2003 aveva già gestito la Sars. Noi abbiamo avuto 4 casi in quella circostanza, e tutti di importazione. (Giancarlo Sturloni)

La sensazione che si ha nell'analizzare quanto riferito dalle istituzioni nelle primissime fasi dell'emergenza, è che la comunicazione venga fatta *in medias res*. Si dà per scontato che i cittadini abbiano già recepito da autodidatti le informazioni di base su cosa sia il coronavirus, o ancora più in generale un virus, quale sia il periodo di incubazione, dove si sia sviluppato, quali siano i sintomi e cosa fare esattamente per proteggersi. Si affrontano questioni certamente importanti, ma fortemente specifiche come ad esempio la chiusura dei voli, l'ipotesi di sospendere del trattato di Schengen, l'acquisto dei termoscanner, la decisione di "quarantenate" i passeggeri sbarcati dalla Diamond Princess senza fornire informazioni di contesto più generali che certamente aiuterebbero a meglio comprendere la situazione e il perché di determinate decisioni.

#### **5.2.1.2 Allerta crescente (23 febbraio-8 marzo)**

A seguito dell'isolamento degli 11 comuni del nord Italia indicati nel decreto del 23 febbraio, le misure adottate si inaspriscono sempre più nell'arco di pochi giorni. Le scuole di ogni ordine e grado di tutta Italia sono chiuse e viene creata un'unica zona comprendente il territorio della Regione Lombardia e di altre 14 Province (cinque dell'Emilia-Romagna, cinque del Piemonte, tre del Veneto e una delle Marche) verso cui, e dai cui è vietato lo spostamento.

Il 23 febbraio iniziano ufficialmente le conferenze stampa della Protezione Civile dopo un paio di giorni in cui reperire le informazioni sulla situazione in Italia risulta piuttosto difficoltoso. Cercando "coronavirus Italia" su Google, il primo sito istituzionale si trova nella seconda pagina dei risultati di ricerca, al diciassettesimo posto. Si tratta del sito Epicentro, il portale dell'Istituto Superiore di Sanità dedicato alle malattie infettive, con una serie di domande e risposte frequenti sul virus. Prima di Epicentro si trova un affollamento di testate giornalistiche e di titoli dell'ultimo minuto che sicuramente possono confondere; i numeri infatti spesso non corrispondono, sommando le varie fonti, tra dichiarazioni dei

presidenti di Regione e conferenze stampa. Il bollettino della Protezione Civile sembra inizialmente essere una risposta efficace per informare la popolazione su quale sia la reale situazione in termini di numeri: contagiati, morti e guariti. I dati sono comunicati dalle Regioni al Ministero e alla Protezione Civile che li condividerà con tutta l'Italia ogni giorno.

Fin dal primo giorno infatti i dati vengono comunicati puntualmente, distinguendo tra soggetti positivi, guariti, deceduti, inizialmente suddivisi per regione. Dei positivi vengono inoltre riportati coloro che si trovano in isolamento domiciliare senza sintomi o con sintomi lievi, i ricoverati con sintomi e i pazienti in terapia intensiva. Il dott. Borrelli afferma che «l'unica voce da ascoltare sui dati è quella della Protezione Civile: avere un centro unico di informazione è fondamentale».

Il 24 febbraio i contagiati a livello mondiale sono 78.985 e i morti 2.469; quando un giornalista, durante la conferenza stampa chiede al dott. Borrelli se ci sia un possibile rischio di pandemia lui risponde che «non è diventata una pandemia per i dati che abbiamo registrato nel resto del mondo e i valori che abbiamo nel nostro paese sono contenuti entro numeri ragionevoli assolutamente non tali da giustificare il mutamento dell'epidemia in pandemia». In questo periodo le rassicurazioni sono continue e numerose, da parte non solo della Protezione Civile, ma anche di clinici ed epidemiologi che accompagnano spesso Borrelli nelle conferenze stampa quotidiane.

A esempio Walter Ricciardi, componente del comitato esecutivo dell'Oms e consigliere del Ministro Speranza afferma che è necessario «ridimensionare questo grande allarme che, è giusto non sottovalutare, ma va posto nei giusti termini: si tratta di una malattia che su 100 persone 80 guariscono spontaneamente, 15 hanno problemi seri gestibili in ambiente sanitario e 5 muoiono». Inoltre sottolinea che tutte le persone che decedono hanno gravi condizioni concomitanti di salute e che probabilmente qualunque infezione virale avrebbe portato allo stesso esito. Per la prima volta viene chiaramente detto che la vera misura di prevenzione è l'isolamento e viene introdotto il tema mascherine che, secondo Ricciardi per i sani «non servono a nulla».

L'epidemiologo Giovanni Rezza, direttore del Dipartimento di Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità, legandosi al commento di Borrelli sulla totalità dei morti ultrasessantenni, afferma che la letalità del 2-3% è dovuta proprio al fatto che la popolazione italiana è molto anziana. I primi di marzo, quando i contagi in Italia sono più di 1.500, di cui il 41% ricoverato con sintomi e il 9% in terapia intensiva, viene sollevato il problema del possibile collasso di alcuni ospedali del Nord, nelle zone più colpite. Il dott. Borrelli afferma,

così come nei giorni successivi, che nelle terapie intensive e in generale negli ospedali non è stata rilevata alcuna criticità e Rezza parla di alcuni «piani che si adattano a diversi scenari che verranno aggiornati sulla base dell'evoluzione». Il 4 marzo viene comunicato da Borrelli che le regioni stanno potenziando i posti letto in terapia intensiva e che è stato predisposto il meccanismo della CROSS (Centrale Remota per le Operazioni di Soccorso Sanitario). Il capo Dipartimento sottolinea che non è ancora stata attivata ma si attiverà «qualora sul territorio regionale non ci siano più posti disponibili e si dovesse ricorrere alle altre regioni». Solo 4 giorni dopo Borrelli comunica che, a causa della criticità che gli ospedali stanno affrontando, 13 pazienti sono in corso di trasferimento con la Cross.

Considerando quanto comunicato nelle conferenze stampa da Borrelli e dai tecnici che lo accompagnano, appare evidente come il tentativo di rassicurare sia sempre presente, talvolta cadendo nella sottovalutazione del rischio. Viene posto l'accento sul fatto che, i primi di marzo, si parla ancora di focolai epidemici e che tutti i casi sono riconducibili a Vò e ai comuni del Lodigiano. Inoltre viene comunicato il fatto che le istituzioni hanno pensato a numerosi piani che si adattano ai diversi possibili scenari, cosa estremamente positiva ed auspicabile, ma questi non vengono chiariti né tantomeno accennati. In questo modo il cittadino brancola nel buio, senza una prospettiva che faccia luce su quanto potrebbe accadere di lì a pochi giorni.

Emerge come Borrelli sminuisca la sofferenza degli ospedali ed evidenzia una certa tendenza a comunicare una determinata situazione solo quando si verifica, senza anticipare eventi le cui criticità sicuramente erano emerse anche nei giorni precedenti, senza che venissero comunicate.

Se l'indulgenza iniziale nei confronti delle istituzioni era comprensibile, in riferimento a questo periodo di crescente allerta la situazione cambia.

Un comportamento volto a rassicurare e sottovalutare il rischio è meno giustificabile quando i casi passano dall'essere poche decine a centinaia. Non ci si è preoccupati del fatto che di lì a pochissimo sarebbero diventati migliaia e invece si è rassicurato eccessivamente. Proprio in questo momento i cittadini avrebbero potuto fare di più se messi nelle condizioni di capire che la situazione non era così tranquilla. L'inizio di un'epidemia è il momento più importante perché non dilaghi, per cui evitare di rassicurare proprio in quel momento sarebbe stato necessario. (Giancarlo Sturloni)

Il 3 marzo, per la prima volta vengono chiaramente menzionate le buone abitudini per evitare una rapida diffusione del virus: lavare frequentemente e accuratamente le mani, mantenere il distanziamento di un metro, evitare luoghi affollati, porsi in isolamento se si

hanno sintomi ed evitare contatti stretti. Silvio Brusafarro spiega che bisogna fare «attenzione personale per interrompere le vie di trasmissione più classiche». Viene inoltre fornito l'importante messaggio di evitare di recarsi al pronto soccorso se si presenta sintomatologia. Il 4 marzo su sollecitazione di un giornalista viene chiesto di chiarire, da parte del Presidente dell'Iss la situazione degli anziani che fino ad ora sono stati definiti come i più a rischio di avere sintomi gravi o esito fatale della malattia. Gli anziani sono «le persone più fragili, nell'età adulta vanno contenute al massimo le uscite, evitare luoghi affollati, baci e abbracci».

Con queste dichiarazioni di Brusafarro, che elencano misure e comportamenti certamente necessari per tutelare se stessi e gli altri, emerge un problema rilevante della comunicazione di questa emergenza: il paternalismo.

Perché una persona segua efficientemente una norma per tanto tempo deve capire bene che cosa c'è dietro. Credo che sia mancata una spiegazione tecnica del perché delle varie norme, e questo è legato al tipo di comunicazione adottata, che è molto paternalistica. (Giancarlo Sturloni)

Il dottor Borrelli nel frattempo continua quotidianamente a fornire i dati di guariti, contagiati e deceduti. In questo caso emerge un ulteriore problema sulla comunicazione: i dati riportati inizialmente, quando ancora non era emersa l'inconsistenza e l'inaffidabilità degli stessi (si veda p.55, § "Dati comunicati: ne emerge l'inaffidabilità"), sono nazionali; salvo i primissimi giorni in cui è differenziato per regione.

In questo caso parlando di contagiati e deceduti, la fotografia fornita dell'Italia non corrisponde alla situazione reale, dove solo poche regioni racchiudono quasi la totalità dei casi. Emblematica è la condizione della Lombardia che rappresenta un elemento unico di distorsione per quanto riguarda la comunicazione dei dati, racchiudendo da sola la metà dei deceduti e gran parte dei contagiati di tutta Italia. Tra l'altro diverse inchieste giornalistiche, con testimonianze di medici lombardi in prima linea e di amministratori dei Comuni più colpiti, hanno evidenziato come i dati della conta "ufficiale" fossero ampiamente sottostimati rispetto al reale numero dei contagi.

Questi elementi però, fornendo il dato ufficiale nazionale in conferenza stampa, non sono mai stati tenuti in considerazione.



Anche il dato sulla letalità<sup>58</sup> risulta essere prematuro da dichiarare, infatti se non viene fatto un adeguato numero di test, questo parametro risulterà indubbiamente più alto.

Quando un dato non ha senso, non bisogna darlo: è una regola della divulgazione. (Sergio Pistoì)

L'8 marzo entra in vigore il Dpcm che prevede la creazione di un'unica zona comprendente il territorio della Regione Lombardia e di altre 14 Province verso cui, e da cui è vietato lo spostamento. A tal proposito è meritevole di menzione l'episodio rappresentato dalla fuga di notizie sulla bozza del decreto che, dopo essere stata pubblicata verso le ore 21 su numerosi giornali ha generato una situazione caotica e fortemente rischiosa. Un gran numero di italiani, soprattutto dalla Lombardia, ha deciso di fare ritorno nelle proprie regioni di provenienza, principalmente nel Centro-Sud. Dopo essersi addensati sulle banchine, sono poi saliti sui treni stracolmi, uno addosso all'altro, senza dispositivi di protezione. Se fra loro c'erano portatori di coronavirus, ne hanno amplificato enormemente il contagio con la possibilità di portarlo nelle altre città, dove i casi erano ancora limitati. Un disastro che sicuramente è dipeso da quella fuga di notizie, e dalla decisione delle varie testate di pubblicarle. Viene però da pensare che se sono stati attuati comportamenti così rischiosi in un momento come questo, le raccomandazioni su come proteggere se stessi e gli altri non sono state recepite, forse perché non opportunamente comunicate, come avrebbero dovuto.

La comunicazione pubblica tiene conto del target e delle domande delle persone: è un processo che va a feedback. Bastava ascoltare e guardarsi in giro per capire che il 90% delle cose dette non erano state recepite correttamente dalla popolazione. (Sergio Pistoì)

### **5.2.1.3 L'emergenza (9 marzo - 24 marzo)**

Questo periodo rappresenta il più critico per quanto riguarda l'emergenza in termini di contagi, decessi e soprattutto per la gestione degli ospedali, molti dei quali, nelle zone maggiormente colpite, al collasso.

Il 9 marzo l'Italia, nella sua interezza, diventa zona protetta dove è vietata ogni forma di assembramento. Con il decreto dell'11 marzo, vengono sospese le comuni attività commerciali al dettaglio, i servizi di ristorazione e la possibilità di spostarsi da una Regione

---

<sup>58</sup> Letalità: numero deceduti/ numero totale di contagiati.

Se il numero totale dei contagiati è inferiore rispetto al numero reale a causa dei pochi test effettuati, la letalità inevitabilmente risulterà più elevata.

all'altra senza comprovate necessità lavorative o di salute. È proprio in questo periodo che la comunicazione dell'emergenza si basa primariamente sul concetto "lo resto a casa", che secondo Pistoï rappresenta il più grande errore di tutta la comunicazione.

Invece di puntare l'accento sul comportamento, le istituzioni hanno puntato sul luogo. I dati epidemiologici ci stanno dicendo che la maggior parte della gente si è contagiata nelle Rsa, negli ospedali e stando a casa. Lo slogan va bene se messo all'interno di una strategia più articolata, invece è diventato l'unica cosa, come fosse un totem. (Sergio Pistoï)

Va detto che il messaggio molto forte di restare a casa è stato immediatamente recepito in tutta la sua gravità; purtroppo è stato forse l'unico strumento di contenimento adottato, che ha dato comunque i suoi frutti, in particolare nelle regioni non investite troppo pesantemente dall'epidemia. I contagi in casa sono direttamente collegati ai contagi avvenuti sui luoghi di lavoro, oltre 37.000 al 4 maggio, secondo dati dell'Inail. Non si può però generalizzare: oltre il 34% di questi contagi è avvenuto in un'unica Regione, la Lombardia<sup>59</sup>.

## **1. Comportamenti da seguire**

Vengono continuamente ripetute da parte di Borrelli e dei vari esperti presenti in conferenza stampa le regole da seguire: lavarsi le mani, praticare il distanziamento sociale, ma soprattutto stare a casa; in questo modo passa il concetto che stare a casa è la chiave di tutto, quando invece quello che non bisogna permettere al virus è di replicarsi continuamente; e per farlo deve infettare sempre nuove persone, cosa che il distanziamento sociale impedisce che avvenga. Come detto in precedenza, non basta dire di fare qualcosa perché questa imposizione venga rispettata dai cittadini, soprattutto per tempi lunghi, andrebbe invece accompagnata da spiegazioni chiare, coerenti e tempestive. Le prime spiegazioni concrete e scientifiche sul perché sia importante attuare quello che viene continuamente ripetuto, ovvero restare o casa, o per meglio dire, praticare il distanziamento sociale e l'igiene delle mani, arrivano solo a metà marzo.

Il 13 marzo viene menzionato per la prima volta il fattore R0 e ne viene descritta la sua importanza. Essendo la misura di quanto una persona positiva o infetta, contagi altri, abbassare il più possibile questo fattore rappresenta il modo migliore per evitare i picchi.

---

<sup>59</sup> Inail, "Emergenza Coronavirus, i contagi sul lavoro denunciati all'Inail sono oltre 37mila", 8 maggio 2020  
<https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/news-ed-eventi/news/news-denunce-contagi-covid-4-maggio-2020.html>

Infatti il problema maggiore di questo periodo è il gran numero di persone che si rivolgono alle strutture sanitarie per ricevere assistenza. Silvio Brusaferrò spiega che «se il picco rimane più basso si possono garantire le migliori assistenze possibili, in questo modo infatti il picco viene spalmato più a lungo e il sistema non va in crisi». Il giorno seguente, il dottor D'Ancora spiega che «il nuovo coronavirus è molto sensibile ai disinfettanti a base di cloro e alcol. La trasmissione avviene tramite droplets<sup>60</sup> e attraverso mano, per cui per prevenire l'infezione è importante lavarsi accuratamente e frequentemente le mani».

Spiegare cosa sia un virus e come avvenga la sua replicazione rappresenta un modo valido per dare un importante senso concreto a tutte le misure di distanziamento sociale adottate e al continuo ripetere: State a casa. Questa spiegazione viene fornita dal dottor Franco Locatelli solo il 16 marzo, «un virus per riprodursi ha bisogno di cellule, da solo non ce la fa. Motivo per cui è così fondamentale avere la massima attenzione al contagio interumano: ecco perché si insiste sul distanziamento sociale, niente abbracci, niente strette di mano, per interrompere il meccanismo di trasmissione del virus, attraverso le goccioline di saliva».

Allo stesso modo il Professor Brusaferrò, dopo settimane passate a spiegare accuratamente che gli anziani, e le persone con molteplici patologie, vanno protetti in quanto soggetti fragili, il 19 marzo e in maniera analoga il 21 marzo illustra la natura di questa fragilità. «Nei soggetti anziani una polmonite, che è la manifestazione clinica più evidente del virus, crea un livello di insufficienza in tutto l'organismo che, sommandosi alle altre insufficienze che fino ad allora erano state compensate con farmaci o stili di vita, sbilancia l'equilibrio che non riesce più a essere recuperato».

Spiegare con basi scientifiche quello che avviene può essere uno sprone a tutelarsi e a tutelare maggiormente. La spiegazione del fattore R0, permette di avere finalmente una spiegazione al messaggio continuamente ripetuto "State a casa". Esso si traduce in un più significativo chiarimento: stando a casa, ma soprattutto praticando il distanziamento sociale, i contagi non aumenteranno eccessivamente e le terapie intensive non saranno troppo affollate, così che una buona assistenza sanitaria sia disponibile per tutti. Comunicarlo prima avrebbe permesso ai cittadini di accettare meglio l'imposizione. Così come, comunicare più precocemente che il virus è molto debole e può essere ucciso con il semplice lavaggio delle mani o con la pulizia delle superfici con cloro e alcol, avrebbe

---

<sup>60</sup> Droplet: letteralmente significa "gocciolina". In campo epidemico si riferisce alla saliva nebulizzata che, parlando con una persona infetta a distanza ravvicinata, oppure per colpa di un colpo di tosse o di uno starnuto, ci potrebbe raggiungere, trasmettendoci il virus.

potuto far sì che la popolazione fosse più aderente nell'esecuzione di gesti tanto semplici, quanto efficaci.

## 2. Dati comunicati: ne emerge l'inaffidabilità

Un ulteriore problema comunicativo emerge in questa fase. Borrelli continua a fornire quotidianamente i dati su contagiati, deceduti e guariti; tuttavia il 24 marzo viene sollevato il problema del reale numero dei contagiati che potrebbe in realtà essere più elevato.

La domanda del giornalista che chiede conferma di ciò, deriva da una dichiarazione rilasciata dallo stesso Borrelli il 23 marzo sul quotidiano *La Repubblica*<sup>61</sup>.

In quell'occasione il Capo del Dipartimento dichiara che «il rapporto di un malato certificato ogni dieci censiti è credibile». Essendoci in quel momento 63.000 contagiati si parlerebbe in realtà di 600.000; il giornalista chiede che senso abbia riunirsi alle 18 per parlare dei dati se non sono quelli reali. Borrelli a questo punto sembra ritrattare affermando che la sua risposta era «inserita in un discorso più generale» e che «si parlava dei possibili casi positivi asintomatici: potrebbe anche essere che il dato sia quello».

Il problema viene sollevato nuovamente il 30 marzo, a seguito dell'uscita di uno studio dell'*Imperial College* di Londra<sup>62</sup> che ipotizza che in Italia potrebbero esserci 6 milioni di contagiati. Borrelli in questo caso risponde che si attiene ai dati che danno in conferenza stampa. «Finché non si fa un'indagine vera con test validati e sensibili, non si può sapere». In questo caso quelle che sembrano venire meno sono coerenza e trasparenza, soprattutto alla luce di quanto dichiarato pochi giorni prima su *La Repubblica* dove egli stesso ha ammesso di essersi posto il dubbio se interrompere o meno la conferenza data l'imperfezione dei dati.

Tra l'altro ciò che Borrelli ha dichiarato entra in contrasto con quanto detto in più occasioni da Rezza. Il responsabile delle malattie infettive dell'Iss infatti, ha più volte dichiarato che «la letalità è sicuramente più alta di quella reale a causa dei test fatti solo ai sintomatici, per cui i positivi risultano essere meno del numero reale testato con tampone». L'inaffidabilità dei dati non riguarda solamente il numero dei contagiati, ma anche quello

---

61 C. Zunino, "I numeri sono altri. L'epidemia va più veloce della nostra burocrazia", *La Repubblica*, 23 marzo 2020  
[https://rep.repubblica.it/pwa/generale/2020/03/23/news/coronavirus\\_borrelli\\_i\\_numeri\\_sono\\_altri\\_l\\_epidemia\\_va\\_piu\\_veloce\\_della\\_nostra\\_burocrazia\\_-252124440/](https://rep.repubblica.it/pwa/generale/2020/03/23/news/coronavirus_borrelli_i_numeri_sono_altri_l_epidemia_va_piu_veloce_della_nostra_burocrazia_-252124440/)

62 S. Flaxman et al., "Report 13: Estimating the number of infections and the impact of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in 11 European countries", Imperial College COVID-19 Response Team, 30 marzo 2020  
<https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gida-fellowships/Imperial-College-COVID19-Europe-estimates-and-NPI-impact-30-03-2020.pdf>

dei guariti e dei testati tramite tampone. Borrelli infatti riportando i primi include i guariti (cioè coloro che hanno il doppio tampone negativo), i guariti clinicamente e i dimessi. Per quanto riguarda il numero dei tamponi, solamente il 31 marzo, dopo più di un mese che il dato veniva riportato quasi quotidianamente, un giornalista chiede a Borrelli se il numero da lui riportato rappresenti le persone testate o i tamponi fatti in generale, riflettendo sul fatto che una persona risultata positiva, ne deve fare almeno altri due per poter essere considerato effettivamente guarito. Borrelli conferma che un singolo cittadino confermato positivo, ne fa almeno tre, per cui le persone realmente testate sono circa un terzo dei tamponi effettuati. Il dato comunicato quotidianamente non risulta essere particolarmente significativo. A tal proposito il 10 marzo il professor Brusaferrò annuncia che verranno prodotti da parte dell'Istituto, un'infografica quotidiana e un report sull'andamento epidemiologico due volte alla settimana. C'è una «volontà totale di condividere i dati, capire la situazione in cui ci troviamo per orientarci meglio. Anche dove il virus circola poco, se non ci sono comportamenti adeguati non si modificherà la curva dei contagi». L'analisi epidemiologica dell'Istituto, come spiega il Presidente, «non ha l'obiettivo di essere puntuale verso il tempo, ma di fotografare un trend».

Questa decisione esprime una chiara volontà di dissociazione rispetto alla modalità di comunicare i dati giornalmente da parte della Protezione Civile. Non è un bel segnale. (Roberta Villa)

### **3. Caratteristiche dei deceduti**

In questo periodo, mano a mano che vengono acquisite informazioni sempre più consistenti circa le caratteristiche dei deceduti, vengono comunicate da Brusaferrò in conferenza stampa. Le informazioni derivano dalle indagini effettuate dall'Istituto Superiore di Sanità, descritte nei report e discusse nelle conferenze stampa iniziate il 27 marzo, proprio per spiegare i dati prodotti sull'andamento epidemiologico della malattia Covid-19 (si veda p. 70, § "Istituto Superiore di Sanità").

A metà marzo le informazioni iniziano a essere piuttosto chiare e consolidate, e confermano le prime constatazioni sul fatto che le persone più duramente colpite sono gli anziani con età media 81 anni, e le persone con più patologie associate (comorbidità). Le malattie descritte come fattori di rischio aumentato di esiti gravi o fatali dell'infezione da coronavirus sono numerose: fibrillazione atriale, ictus, ipertensione arteriosa, demenza, diabete mellito, cancro, insufficienza epatica o renale (nei report entra in elenco anche l'obesità, in conferenza mai nominata). Ponendo l'accento sull'età media dei deceduti e sul

fatto che solo una piccolissima percentuale di persone giovani e senza patologie pregresse decede (circa il 2%), potrebbe indurre chi è mediamente giovane e sano a sottovalutare il problema. Inoltre come concordano le dottoresse Villa e Gallavotti, le comorbidità di cui parlano sono talmente comuni e diffuse tra le persone di una certa età, che risultano essere davvero poche quelle che non ne presentano nemmeno una. Tuttavia, non si dovrebbe temere un'eccessiva rassicurazione sia dei giovani in particolare che della popolazione in generale se tutto venisse «comunicato con serenità, obiettività e trasparenza, senza giocare in maniera oscillante sull'eccessiva paura per farci stare a casa o rassicurazione per permettere ai decisori di agire in maniera indisturbata -commenta Roberta Villa- in questo modo infatti la popolazione avrebbe tutte le informazioni necessarie per gestire al meglio la situazione».

#### **4. Situazione all'interno degli ospedali**

Nel periodo più critico per numero di contagi e accessi in terapia intensiva, i giornalisti chiedono più volte durante le conferenze stampa come sia lo stato degli ospedali. Borrelli rassicura costantemente circa la situazione sotto controllo delle terapie intensive e in generale dei reparti ospedalieri; ripete continuamente che i posti sono stati implementati e che la Protezione Civile non ha ricevuto notizie di decessi imputabili ad una assenza di posti letto, nemmeno in Lombardia. Assicura che anche nella regione più colpita «gli ospedali sono impegnati e al limite, ma con il lavoro di medici e infermieri vengono soccorsi tutti coloro i quali ne hanno bisogno». Per essere davvero informazioni rassicuranti dovrebbero essere accompagnate da dati concreti che illustrino i posti ancora liberi nelle varie terapie intensive; invece l'unico numero viene fornito il 27 marzo quando il commissario Arcuri spiega che i posti di terapia intensiva sono stati implementati del 68%, passando da 5.343 a 8.984, senza tuttavia chiarire quanti ne restino liberi. Quanto dichiarato da Borrelli entra in contrasto con le spiegazioni fornite da Brusaferrò circa il numero elevato e difficile da gestire delle persone in terapia intensiva, in quanto, anche se la percentuale di chi necessita dei supporti ventilatori è circa il 5-10%, quando i contagi diventano molti, si parla di numeri veramente importanti.

In questo caso le istituzioni non parlano con una sola voce, per cui le informazioni risultano poco chiare e incoerenti. Bisogna inoltre considerare che quanto comunicato dalle istituzioni deve essere messo in relazione con quello che viene comunicato al di fuori della comunicazione pubblica: le istituzioni dovrebbero imporsi nel panorama delle informazioni, fornendo le notizie più chiare e precise possibili mettendo a tacere tutto ciò che è falso e

non rispondente al vero. Ma se a essere pubblicati su riviste affidabili, sono articoli scritti da medici che in prima linea stanno affrontando l'emergenza che dicono l'opposto, immediatamente la credibilità istituzionale viene meno. È quanto successo in relazione a un articolo pubblicato<sup>63</sup> sul *The New England Journal of Medicine*. «La maggior parte degli ospedali è sovraffollata, vicina al collasso, mentre non sono disponibili farmaci, ventilatori meccanici, ossigeno e dispositivi di protezione individuale. I pazienti giacciono sui materassi a terra» scrive un gruppo di medici di un ospedale bergamasco.

## **5. Fenomeno del capro espiatorio: la colpevolizzazione della popolazione**

Durante tutta la fase emergenziale, e anche quando i contagi iniziano a diminuire come vedremo successivamente, le istituzioni sembrano dare ai cittadini la totale responsabilità della buona riuscita o meno del controllo dei contagi. Durante le conferenze infatti viene continuamente ricordata l'assoluta importanza dei comportamenti individuali per riuscire a vedere una diminuzione della curva epidemica; vengono inoltre richiamati determinati atteggiamenti: troppe persone viste per strada e assembrate. Quello che manca invece è una chiara spiegazione di ciò che le istituzioni sanitarie e politiche avrebbero potuto fare in maniera più massiccia, in particolare tamponi e contact tracing (rintracciamento dei contatti).

Si è creato un effetto comunicativo che ha una tradizione millenaria nella politica e nella comunicazione: il capro espiatorio, che spieghi e che concentri su di sé le frustrazioni. In questo modo è possibile fare le conferenze stampa con dati privi di senso, non fare tamponi nemmeno ai sanitari, e se le cose vanno male, come sono andate, si può scaricare la colpa sulle persone; non è stata creata una situazione di comunità dove il cittadino si sente responsabilizzato, ma si crea una situazione di colpevolezza. (Sergio Pistoì)

Le istituzioni raccomandano ai cittadini di essere responsabili, e se ci sarà il ritorno dell'ondata sarà colpa nostra. Questo stigma così colpevolizzante non è una buona comunicazione, e nemmeno giusta. (Roberta Villa)

Probabilmente lasciando maggiore spazio alle difficoltà spiegate e ai dubbi condivisi con la popolazione, questo non sarebbe successo. La poca trasparenza soprattutto riguardo a uno degli argomenti più dibattuti come quello dei tamponi ha generato la necessità di

---

63 M. Nacoti et al., At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation, in «The New England Journal of Medicine», 21 marzo 2020  
<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080>

trovare una spiegazione agli eventuali risvolti negativi di una situazione la cui difficile gestione non è stata delle più cristalline (si veda p. 67, § “Focus sui tamponi”).

#### **5.2.1.4 Stabilizzazione della curva e iniziale decrescita (25 marzo-17 aprile)**

In questa fase si inizia a osservare con prudenza, ma con altrettanta speranza, una sorta di stabilizzazione della curva. Dal mondo politico, industriale e anche dalla cittadinanza, inizia a sollevarsi l'idea che l'Italia debba ripartire. In merito a ciò, dal 25 marzo i giornalisti reclamano in conferenza stampa un'informazione chiara e univoca, specialmente in merito ai temi approfonditi nei focus. Una giornalista sottolinea che «questo bollettino ha unito un paese segnato dalla sofferenza, dai lutti e smarrito. Forse sarebbe questo il luogo dove anche gli esperti dovrebbero esporre le loro analisi dei numeri».

Si fa riferimento alla decisione dell'Istituto di produrre materiali e tenere conferenze stampa per spiegare l'andamento epidemiologico della pandemia. Si denota dunque quella che è l'opinione pubblica nei confronti della comunicazione istituzionale che pecca per chiarezza, uniformità e trasparenza.

I cittadini, dopo quasi un mese di quarantena si aspettano risposte ai dubbi ancora insoluti, bilanci e prospettive future.

In questo periodo la frase più ripetuta in conferenza stampa si rifà alla necessità di non abbassare la guardia, nonostante i dati cautamente incoraggianti. La popolazione è nuovamente e costantemente invitata a non rinunciare ai comportamenti tenuti fino ad ora, per non rischiare la ripresa dei contagi. L'atteggiamento paternalistico ritorna, facendo leva sulla responsabilità morale che ognuno di noi ha; la situazione che si viene a creare nuovamente è quella già citata del capro espiatorio.

Con il passare del tempo, chiedere ai cittadini che le misure vengano ulteriormente rispettate deve necessariamente accompagnarsi a valide spiegazioni scientifiche che ne supportino l'utilità. I tecnici presenti in conferenza stampa sfruttano i dati in lieve miglioramento per dimostrare la bontà e l'utilità delle misure da mantenere. Sarebbe una buona strategia se a monte fossero stati spiegati maggiormente i vari comportamenti da seguire, cosa che, come abbiamo visto in precedenza, non è avvenuta.

Il Prof. Richeldi, pneumologo dell'Ospedale Gemelli di Roma, riportando i dati del 27, 28, 29 marzo per quanto riguarda numero di decessi e ricoveri in terapia intensiva, ne sottolinea la diminuzione: «nel primo caso si passa da 969-889-756. Nel secondo caso da



120-124-50. Sono cambiamenti grandi, dell'ordine del 10-15%. Con i nostri comportamenti salviamo delle vite, ciò si riflette nei numeri reali. Visto che stiamo guardando dei risultati positivi è un motivo per continuare così».

Il 3 aprile iniziano ufficialmente le domande sulla Fase 2 di cui si parla sia da parte del Governo che dei numerosi media, caratterizzata sostanzialmente da un allentamento delle misure restrittive e da una parziale riapertura delle varie attività.

Quello che appare evidente in questa fase è la necessità per i cittadini di avere un barlume su quello che accadrà e di capire sulla base di cosa verranno prese le decisioni riguardanti le varie riaperture e l'allentamento delle misure. Questa situazione rientra nella necessità di anticipare gli eventi, anche nell'incertezza, tracciando possibili scenari per avere una buona comunicazione del rischio. Dal momento che abbiamo appreso di trovarci nella Fase 1 quando all'improvviso inizia ad essere menzionata la Fase 2, questa caratteristica può considerarsi, almeno inizialmente disattesa. Borrelli per tutto il periodo, alle ripetute domande su come venga immaginata la Fase 2, risponde continuamente che «il CTS sta elaborando e discutendo ipotesi e quando saranno noti questi dati potrò dare un mio parere».

Sono piuttosto i clinici e gli epidemiologi a tentare una qualche spiegazione. Locatelli introduce gli studi di sieroprevalenza di cui riconosce l'assoluta utilità «per determinare la diffusione del virus e ottenere informazioni sull'immunità di gregge, magari utilizzando queste informazioni per elaborare strategie per far ripartire il Paese. Il bisogno è quello di contemperare la tutela della salute che è prioritaria, con gli aspetti economici che hanno bisogno di essere considerati». Grazie a questo bagno nella realtà, il cittadino può sentirsi maggiormente compreso e tutelato: essere talvolta ringraziati per il mantenimento delle misure infatti, non basta più.

Anche Rezza il 7 aprile, seppur su pressione dei giornalisti, cerca di ragionare sui parametri presi in considerazione per le riaperture della Fase 2. «Ci sono diverse aree geografiche all'interno del territorio nazionale: ma se in un'area l'incidenza dei contagi è più bassa che in un'altra non è detto si traduca in una più facile riapertura rispetto ad aree più contagiate. Infatti nelle aree a più bassa incidenza si potrebbe pensare a una più difficile ripresa del contagio rispetto ai pochi casi, di contro però, le aree più colpite potrebbero aver raggiunto sufficiente immunità per ostacolare la corsa del virus». Pertanto Rezza invita alla massima cautela nel prendere decisioni da parte del Governo; Locatelli qualche giorno dopo fa un ragionamento del tutto analogo affermando che «le scelte del decisore politico dovrebbero avere carattere più nazionale che regionale, valorizzando i profili di rischio dei lavoratori».

In riferimento ai test sierologici, almeno in conferenza stampa della Protezione Civile, non emerge una netta presa di posizione da parte delle istituzioni e del Comitato Tecnico Scientifico. Infatti quando i giornalisti riportano le informazioni relative all'inizio dei vari test sierologici nelle diverse regioni d'Italia e si chiedono se siano già affidabili, Locatelli, Rezza e Brusaferrò non si esprimono apertamente evitando di dire che, almeno fino a quando le conferenze sono analizzate in questa tesi erano scarsamente affidabili.

In questa fase, è fondamentale continuare a spiegare i dati, non solo fornirli. I giornalisti infatti chiedono che vengano chiariti dubbi sul perché i morti siano ancora numerosi o su chi siano questi nuovi contagiati dal momento che i ricoveri sono diminuiti.

Rezza il 13 aprile spiega che i deceduti sono ancora numerosi perché fanno riferimento a contagi avvenuti molto tempo prima e anche dopo il lockdown la circolazione del virus continua per un po', ad esempio con i contagi intrafamiliari. È proprio per questo motivo che il continuo ripetere di non abbassare la guardia e stare a casa perde di importanza in contesti come questo, e anzi sarebbe più opportuno, o meglio sarebbe stato più opportuno spiegare la natura dei comportamenti da tenere.

In quest'ultima fase analizzata non viene nascosta quella che è la realtà dei fatti, come comunica Rezza: «la circolazione del virus non si fermerà, continuerà anche se a intensità più bassa; necessario quindi per prepararsi alla Fase 2 è essere prontissimi a identificare e bloccare i nuovi casi grazie al rafforzamento della vigilanza sul territorio». Con questa affermazione si denota però un'inversione di opinione non apertamente comunicata: tracciare i contatti e fare tamponi, serve. Cosa che invece è stata sminuita per tutta la fase più acuta dell'emergenza, attribuendo ai soli comportamenti dei cittadini la buona riuscita o meno del controllo dei contagi (si veda p. 68, § "Chi ha il diritto di fare il tampone").

\*\*\*

Il 17 aprile si concludono le conferenze analizzate in questa tesi; proprio dal giorno seguente le conferenze cessano di essere quotidiane e assumono carattere bisettimanale (lunedì e giovedì), per poi essere definitivamente interrotte lasciando spazio solo ai bollettini reperibili online, sul sito del Dipartimento della Protezione Civile e del Ministero della Salute.

### **5.2.1.5 Temi più dibattuti: tamponi e mascherine**

Durante la pandemia sono stati affrontati innumerevoli temi, i più dibattuti e ricorrenti riguardano indubbiamente tamponi e mascherine. Questa continua necessità di porre, in conferenza stampa, domande sugli stessi argomenti, denota una carenza di base, da parte delle istituzioni, nell'essere riusciti a chiarire i dubbi di giornalisti e cittadini.

Prima di focalizzarci nel dettaglio su questi due temi separatamente, occorre fare alcune premesse.

#### **1. Ruoli degli asintomatici**

Entrambi i temi sono strettamente collegati con il ruolo degli asintomatici nella trasmissione dell'infezione. Se fossimo certi della loro innocuità, sicuramente non si porrebbero dubbi sull'utilizzo della mascherina generalizzato e sull'effettuazione di tamponi a soggetti non sintomatici. Sergio Pistoï si chiede provocatoriamente «perché ci tengono in casa se gli asintomatici non trasmettono il virus? Se non ho sintomi e sono in casa da 15 giorni potrei uscire senza paura di infettare nessuno. È ovvio che un rischio c'è».

Il problema principale sta nel fatto che non sia mai stato apertamente mostrato il passaggio di pensiero secondo cui anche gli asintomatici trasmettono senza dubbio il virus. Locatelli nella conferenza stampa del 26 febbraio afferma che «c'è una base scientifica estremamente solida, per cui il rischio di contagio è elevato nei soggetti sintomatici e paucisintomatici, ed è marcatamente più basso nei soggetti asintomatici». Tuttavia, a quell'epoca, basi scientifiche estremamente solide non erano presenti: Oms ed Ecdc riportano infatti l'assenza di dati compiutamente noti. L'affermazione sulla scarsità della capacità infettante, come riportato nell'ordinanza del ministero del 27 febbraio<sup>64</sup>, è una semplice deduzione. Sostanzialmente ci si attiene ai dati relativi ad altri coronavirus già noti, come quello della Sars, sulla base della somiglianza genetica, per cui il rischio di trasmissione in fase asintomatica sembra essere molto lieve.

Il problema comunicativo in questo caso è legato alla mancata condivisione delle incertezze con i cittadini.

Le istituzioni spesso hanno paura di comunicare l'incertezza perché hanno l'impressione che ciò dia un senso di debolezza e insicurezza ai cittadini e quindi possa ridurre la fiducia; in realtà ammettere l'incertezza proprio in un momento del genere e precisare molto bene cosa è certo e cosa in dubbio,

---

64 Si veda nota 21, p. 9

sarebbe raccomandabile. Passare cose incerte per certe è in linea con tutto il difetto peggiore della comunicazione istituzionale di questa emergenza: il paternalismo. (Roberta Villa)

Anche in questo caso emerge l'atteggiamento delle istituzioni di investire la popolazione della responsabilità totale della buona riuscita o meno del controllo, e della limitazione dei contagi. Non sprecare le mascherine, non uscire, tenere atteggiamenti corretti sono raccomandazioni continuamente ripetute, senza mai tenere in considerazione i provvedimenti che le stesse istituzioni potrebbero fare: più tamponi, più mascherine, più contact tracing.

Ognuno ha il suo ruolo e i cittadini non possono essere accusati di tutto quello che non va bene. Mi piacerebbe sentire quello che non ha funzionato da parte di chi deve, e avrebbe dovuto gestire l'emergenza. (Barbara Gallavotti)

## **2. Confusione tra piano scientifico e decisionale**

Connesso all'importanza di mantenere i ruoli, un ulteriore problema che emerge fortemente è la confusione dei diversi piani, derivante dall'incapacità precedentemente citata di comunicare le incertezze e le difficoltà.

Nella gestione di un'emergenza ci sono tre piani: gli scienziati dovrebbero comunicare quello che oggettivamente si sa, o non si sa; in base a quanto da loro dichiarato, i decisori dovrebbero fare le loro scelte a livello sanitario e politico. Quello che è accaduto rivela invece una mescolanza di ruoli in cui scienziati, clinici ed epidemiologi si allineano ad una presa di posizione istituzionale dove quello che si dovrebbe fare si confonde con quello che, all'atto pratico si può fare. Mascherine e tamponi ne sono due esempi piuttosto emblematici. Se ritenuti dispositivi essenziali per arginare l'epidemia, gli scienziati avrebbero dovuto chiaramente ammetterlo; in seguito compito dei decisori sanitari e politici sarebbe dovuto essere quello di stabilire delle priorità di utilizzo. In questo modo i piani sarebbero stati nettamente distinti, cosa che non è avvenuta.

Tutti gli Stati in grado di produrre tamponi e mascherine, li hanno usati in modo massiccio. Al di là del ruolo degli asintomatici nella trasmissione del virus, su cui c'è stata confusione, quando devi arginare le infezioni e risalire a una catena del contagio usi tamponi e mascherine, se li hai. Se non li hai invece devi fare delle scelte. (Giancarlo Sturloni)

### **3. Focus sulle mascherine**

Il tema mascherine risulta fin da subito estremamente dibattuto, anche all'interno della stessa comunità scientifica. I problemi legati a questo dispositivo di protezione sono molteplici: ci si domanda infatti se gli operatori sanitari siano stati sufficientemente protetti o se la mancanza di tali dispositivi sia tra le principali cause dei numerosi contagi e decessi tra gli stessi; si chiede poi una risposta univoca sull'effettiva utilità delle mascherine, quali tipi siano adatti alle varie persone, a seconda del ruolo che ricoprono e come si utilizzino.

#### **Utilità delle mascherine**

L'Oms sostiene, in sintesi, che le mascherine sono utili per non diffondere il virus se indossate da persone malate e sono indispensabili per gli operatori sanitari, ma invita alla cautela rispetto all'uso generalizzato, sottolineando che non ci sono sufficienti prove scientifiche del fatto che le mascherine aiutino una persona sana a evitare l'infezione. Anche il Ministero della Salute riporta la necessità di indossare la mascherina solo se si hanno sintomi o se si assistono persone infette. Ma come detto precedentemente, il problema delle mascherine, come del resto quello dei tamponi, è strettamente correlato alla questione degli asintomatici.

Abbiamo capito tutti che le mascherine chirurgiche (quelle consigliate alla popolazione) servono più che altro per proteggere da noi gli altri. Ma tutti ci siamo anche sempre detti che, non sapendo se si è malati o meno, la mascherina andrebbe messa, nel dubbio. Mi sarei aspettata dichiarazioni degli scienziati che dicessero chiaramente a cosa servono, e poi i decisori avrebbero dovuto ammettere la penuria delle mascherine, e in generale dei vari DPI, e dunque dare la precedenza a chi è certamente infetto. Così sarebbe stato più leale. Invece sentire l'epidemiologo e il virologo dire di non mettere la mascherina, se non si hanno sintomi, non è il massimo. (Barbara Gallavotti)

#### **Opinioni discordanti all'interno della stessa comunità scientifica**

Oltre alla confusione tra piano scientifico e politico, all'interno della stessa comunità scientifica i vari rappresentanti delle diverse istituzioni si sono espressi in maniera fortemente diversa e confondente.

Walter Ricciardi, agli esordi della situazione di emergenza, senza fornire alcuna spiegazione, e senza dare nessun riferimento afferma che «la mascherina per i sani non serve a nulla, servono per i malati e per i sanitari».

Borrelli resta fermo nella sua posizione ripetendo continuamente di non indossarla in quanto dichiara: «se si riesce a rispettare il metro di distanza non è necessario e non ho

la possibilità di trovarmi in luoghi in cui c'è esposizione al contagio». Così dicendo non è chiaro il ruolo della mascherina: serve per proteggere noi o gli altri? Inoltre una riflessione va fatta non solo sulla possibilità di infezione diretta tramite droplets emesse con un colpo di tosse o con uno starnuto; queste infatti possono depositarsi anche sulle superfici e successivamente infettare chi ne venisse in contatto toccandosi ad esempio gli occhi con le mani sporche. Brusaferrò durante una conferenza stampa ammette che tramite starnuto, la pressione aumenta e le goccioline possono essere spinte anche oltre un metro e dunque entra in contrasto con quanto detto da Borrelli.

Il 4 aprile viene ammessa dallo stesso Locatelli che il tema mascherine è molto dibattuto anche all'interno della comunità scientifica e non esistono forti evidenze sulla reale utilità, tuttavia afferma che «certamente sono utili per prevenire il contagio da parte di un soggetto che alberga Sars-CoV-2 e dato che ci potrebbe essere una quota di asintomatici infettati e dunque infettanti, possono essere di utilità». Un argomento importante, sollevato per la prima volta il 6 aprile da Brusaferrò, è legato al fatto che le mascherine non ci rendono invincibili, e il solo fatto di indossarla, non è garanzia di non essere contagiati. Devono infatti essere praticate comunque le norme di igiene delle mani e di distanziamento sociale; questa importante informazione non dovrebbe distogliere dall'utilità del dispositivo, che non viene menzionata.

La confusione e l'incoerenza sono evidenti, derivanti direttamente da una mancanza di trasparenza. Ammetterne la penuria, pur concordandone l'utilità sarebbe stato più onesto. Invece la mancanza è segnalata in maniera blanda, più che altro in relazione al personale sanitario.

### **Penuria di mascherine**

Borrelli il 24 febbraio afferma che «non c'è nessuna difficoltà nell'approvvigionamento di mascherine», ma solo una settimana dopo ne ammette la criticità nel reperirle. «Nel nostro paese non si producono e solitamente si usano quelle chirurgiche, non quelle con il filtro». Borrelli è sempre estremamente puntuale nel comunicare il numero di mascherine o di materiali sanitari reperiti, ma non essendo messi in relazione con quante ne mancano o con il numero sufficiente, risultano numeri vuoti. Il 16 marzo Borrelli spiega che ci sono molti blocchi dei materiali a causa dell'interruzione delle esportazioni per garantire l'autosufficienza dei vari paesi. Molte aziende si propongono di produrre mascherine secondo standard adeguati senza dover rispettare misure troppo lunghe per essere autorizzate, come è indicato nell'articolo 16 del DPCM del 17 marzo (si veda p. 13, §

“Controversie sulle mascherine”). Anche in questo caso emerge un atteggiamento paternalistico: il 19 marzo Borrelli fa un appello ai cittadini pregando di usare i dispositivi solo quando necessari perché servono a medici e infermieri, e il 26 marzo il direttore della Protezione Civile chiede alla popolazione di non sprecare le mascherine destinate al Personale sanitario.

In questo caso sarebbe stato più opportuno ammetterne sia l'utilità che la mancanza, cosa che a livello decisionale costringe a delle scelte: dare priorità al personale sanitario.

Borrelli avrebbe dovuto essere più onesto nell'ammettere che non siamo in grado di produrre 10 milioni di mascherine al giorno come fanno a Taiwan o in Corea, per cui dobbiamo dare la precedenza al personale sanitario; ma forse non ce n'era abbastanza neanche per loro. Purtroppo si sono confusi i piani scientifici e decisionali. (Giancarlo Sturloni)

È chiaro che sul tema mascherine non sono riusciti a fare chiarezza, nemmeno sul corretto utilizzo. L'unica volta in cui hanno fatto cenno al fatto che «le mascherine per funzionare devono fittare bene alla fisionomia dell'operatore» è stato l'1 marzo, da parte di Rezza. Non hanno però mai rimandato a un vademecum chiaro per capire i vari tipi di mascherine, li hanno solo spiegati in maniera sommaria in relazione al loro utilizzo: per sanitari più o meno esposti e per la popolazione. Mentre sul corretto uso delle mascherine (quante volte usarla se lavarle o meno, come smaltirle), la comunicazione istituzionale è stata molto carente. Solamente il 9 maggio viene prodotto un documento dove tali dubbi sono chiariti, a seguito del decreto del 26 aprile che ne rende l'utilizzo obbligatorio in tutti i luoghi pubblici chiusi e in quelli aperti in cui ci sia l'impossibilità di mantenere il metro di distanza (si veda p. 13, § “Controversie sulle mascherine”).

In tal modo il cittadino cerca di reperire altrove informazioni per lui utili, ma il rischio di affidarsi a fonti poco attendibili, è alto.

#### 4. Focus sui tamponi

Tampone è il termine comunemente usato per indicare il test molecolare in uso per diagnosticare l'infezione da Sars-CoV-2 (si veda p. 97, § "Diagnosi"). Si distingue invece dai test sierologici che servono per rilevare la presenza di anticorpi nel siero, ovvero plasma privato dei fattori di coagulazione del sangue.

In Italia fino al 26 febbraio vengono effettuati i tamponi anche ai soggetti asintomatici che abbiano avuto contatti con la Cina, con malati e con sospetti malati di Covid-19; mentre dal giorno successivo, con l'ordinanza del Ministero<sup>65</sup> che si rifà a quanto raccomandato dall'Ecdc, viene riservata la possibilità di fare il tampone solo ai sintomatici.

Non essendoci dati compiutamente noti, sostanzialmente ci si attiene a quelli disponibili su altri coronavirus già studiati, sulla base della somiglianza genetica, per cui il rischio di trasmissione in fase asintomatica sembra essere molto lieve. Tuttavia Locatelli porta a supporto della scelta di fare tamponi solo ai sintomatici la presenza di una «base scientifica estremamente solida per cui il rischio di contagio è elevato nei soggetti sintomatici e paucisintomatici, ed è marcatamente più basso nei soggetti asintomatici».

Borrelli afferma più volte che «nulla di sbagliato è stato fatto con la situazione dei tamponi. Abbiamo attuato massima precauzione e adesso ci adattiamo alle nuove disposizioni del Ministero e dell'Oms».

Tuttavia, secondo quanto dichiarato costantemente in conferenza stampa, sembra in realtà esserci un distacco rispetto al pensiero dell'Oms che non viene però mai segnalato; anzi, l'adesione ai principi dell'Organizzazione mondiale è continuamente ripetuta. Come vedremo nel paragrafo successivo, l'Oms a partire da metà marzo, riconosce tamponi e rintracciamento dei contatti come arma primaria per limitare la diffusione del virus. Durante le conferenze stampa della Protezione Civile invece, l'importanza dei comportamenti idonei risulta sempre primaria.

#### **“Test, Test, Test”: il direttore generale dell'Oms in conferenza stampa**

Il 16 marzo, il presidente dell'Oms Tedros, durante una conferenza stampa<sup>66</sup> pronuncia una frase da cui deriverà non poca confusione: «We have a simple message for all countries: test, test, test. Test every suspected case<sup>67</sup>». Questa dichiarazione sembra infatti andare in contrasto con quanto detto precedentemente. Tuttavia se si prosegue oltre

---

<sup>65</sup> Si veda nota 21, p. 9

<sup>66</sup> WHO, Conferenza Stampa, 16 marzo 2020

<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---16-march-2020>

<sup>67</sup> Trad.: «Abbiamo un semplice messaggio per tutti gli stati: Test, Test, Test. Testate ogni caso sospetto».



nella lettura della dichiarazione, si comprende che non sono raccomandati test di massa, ma si raccomanda quello che è fondamentale per fermare la catena di contagio in qualunque epidemia: testare i casi sospetti e i suoi contatti. Una precisazione va fatta sulla dichiarazione di Tedros che, da quanto dice sembra essere riferita alla necessità di testare tutti i contatti dei positivi e dei casi sospetti, sia sintomatici che asintomatici, mentre l'Oms, tra parentesi, scrive una nota ex post, dove dichiara che «i test sono raccomandati ai contatti dei casi confermati solo se sintomatici».

Per quanto riguarda le misure igieniche delle mani e il distanziamento sociale, vengono riconosciute come importantissime, ma «la vera spina dorsale della risposta all'epidemia - come afferma Tedros - è rappresentata da testare, isolare e fare contact tracing».

Nelle conferenze stampa della protezione civile invece si fa continuo riferimento al fatto che «i test non sono l'arma decisiva», quanto invece che «la battaglia va vinta con i nostri comportamenti». In questo periodo in conferenza stampa viene utilizzata una caratteristica peculiare dei tamponi per screditarne l'utilità: il tampone rappresenta un'immagine istantanea della situazione infettiva; tra il momento in cui viene fatto il test e il momento in cui si hanno i risultati la persona potrebbe infettarsi, ma il risultato del tampone sarebbe ovviamente negativo.

È chiaro che non si è tenuto conto di una strategia importante a cui non avevano pensato: la sorveglianza attiva. L'importante non è trovare tutti i casi positivi in quel momento, ma trovarne il più possibile e tirarli via dalla strada per limitare la diffusione del virus. Prima di spiegare un concetto, bisogna capirlo e non sembra essere così. (Sergio Pisto).

### **Chi ha diritto di fare il tampone**

Un ulteriore problema è legato alla comunicazione di chi debba o meno essere sottoposto a tampone. Considerando l'ordinanza del Ministero del 27 febbraio il tampone andrebbe fatto ai sintomatici (tosse o febbre o dispnea), che abbiano avuto contatti con zone in cui circola il coronavirus o con infetti o presunti tali. Il 3 aprile, con un'ulteriore ordinanza, si comunica la necessità di adottare una strategia che individui priorità per l'esecuzione dei test diagnostici per Sars-CoV-2, per assicurare un uso ottimale delle risorse. In particolare si comunica che i tamponi vanno assicurati agli operatori sanitari assimilati a maggior rischio. Con queste ordinanze è evidente che quello che è raccomandato non sono tamponi di massa, ma tamponi ai sospetti e ai loro contatti.

Il problema principale è stata l'impossibilità di farli anche ai sintomatici. Se davvero in determinate zone particolarmente critiche come la Lombardia fossero garantiti i tamponi ai sintomatici e ai contatti stretti, come prevedono l'Oms e il Ministero, saremmo in un altro mondo. (Roberta Villa)

Quello che è mancato in questo caso è una chiara ammissione della penuria di tamponi che impedisce di adottare un'opportuna interruzione della catena del contagio. Sicuramente aver reso maggiormente nota la situazione drammatica della Lombardia, senza mescolarla con la situazione nazionale, avrebbe aiutato a comprendere meglio le varie difficoltà. Soprattutto riguardo all'incapacità di fare tamponi a tutti coloro che ne necessitavano, dato il numero spropositato di casi.

Borrelli il 26 marzo assicura che i tamponi nelle strutture sanitarie vengono fatti secondo le indicazioni e che non è segnalata alcuna carenza. Così come il dott. Villani l'1 aprile dichiara che quando il tampone è necessario viene effettuato.

Solo verso la fase finale del periodo da me analizzato inizia ad emergere il concetto che nella fase 2, oltre a continuare l'adozione di comportamenti idonei, sarà fondamentale implementare il numero di tamponi effettuati e l'azione di contact tracing per bloccare focolai nascenti.

Questa strategia è rappresentata al meglio dalle 3 T: testing, tracing e treating, ovvero testare, tracciare e trattare. Come spiega l'epidemiologo Vespignani in una recente intervista<sup>68</sup>, prima cosa fondamentale è testare e successivamente tracciare, che significa sostanzialmente poter isolare non solo gli infetti, ma tutti i loro contatti.

Infine per trattare i malati, fondamentale è poterlo fare al di fuori del contesto familiare, per evitare ulteriori contagi.

Tutto questo, a partire dalla prima fondamentale T, i tamponi, fino ad ora non è stato sufficientemente fatto. E quello che è mancato, oltre all'ammissione dell'incapacità di sostenere un numero più elevato di tamponi, è una spiegazione del perché.

Non sono riuscita a capire quale sia stato il reale problema a fare più tamponi. Mi è stato detto dagli epidemiologi che questi esami devono essere omologati per cui non si possono coinvolgere centri privati, ma solo centri specializzati. Non credo sia un problema di reagenti o di costo per cui come mai

---

68 L. Telese, "I virologi italiani non hanno capito nulla, per sconfiggere il virus servono le 3T", *TPI*, 6 maggio 2020 <https://www.tpi.it/cronaca/vespignani-coronavirus-intervista-virologi-italiani-e-3t-20200503595940/>

non sono state messe in campo più entità per fare questi tamponi? È un problema di affidabilità del test o di istantaneità della fotografia data dal test? In questo caso dicendo a qualcuno che non è stato contagiato ci potrebbe essere il rischio che non si tuteli più nella maniera idonea certo del fatto di non essere positivo, condizione che potrebbe cambiare; è un possibile argomento sicuramente. Nel complesso però non sono riuscita a farmi un'idea chiara. È inutile che ci continuino a ripetere che la situazione dei tamponi è completamente sotto controllo, vorremmo sapere onestamente perché non si riescono a fare più tamponi. L'incapacità, se venisse ammessa e spiegata, sarebbe comprensibile dato che ci troviamo di fronte alla più grande epidemia del secolo. (Barbara Gallavotti)

Appare chiaro che anche in questo caso ci sia stata una forte commistione dell'aspetto scientifico con l'aspetto decisionale, senza un'ammissione di ciò che le istituzioni avrebbero potuto fare meglio o comunque diversamente.

Ovvio che ci sono delle cose che non hanno funzionato e ovvio che lo mettiamo in conto perché è una situazione unica. Ci piacerebbe però sentirci dire ad esempio "Abbiamo sbagliato a non fare i tamponi all'inizio, avremmo voluto farli ma non li avevamo e non li avevamo per questo o quel motivo. Questo tipo di trasparenza è mancato e credo che sia il più grosso difetto nella comunicazione. (Barbara Gallavotti).

C'è una distonia comunicativa che fa da paravento a un problema di gestione, e in questo caso la comunicazione sarà inevitabilmente pessima. Chi ha fatto tamponi massicci anche agli asintomatici ha avuto buoni risultati, come Corea e Taiwan. Questo non è stato chiaro fin dall'inizio, ma adesso non ci si può più nascondere dietro alla necessità di fare dei tamponi con delle priorità. Andrebbero fatti in maniera più consistente, se poi la possibilità di attuare questa strategia non c'è, bisogna fare un distinguo: sappiamo essere una strategia importante, ma non essendone in grado, agiamo per priorità. Bisogna distinguere i due piani. (Giancarlo Sturloni)

## **5.2.2 Istituto Superiore di Sanità**

Questa tesi ha deciso di considerare tra i materiali analizzati anche quelli prodotti da parte dell'Iss. In particolare modo verrà analizzato ciò che, nelle conferenze stampa dell'Iss viene comunicato in maniera discordante o aggiuntiva rispetto a quanto riferito nel canale principale della comunicazione pubblica durante l'emergenza Covid-19 (conferenze stampa della Protezione Civile).

### **5.2.2.1 Conferenze stampa sull'analisi epidemiologica**

A partire dal 27 marzo l'Iss tiene settimanalmente una conferenza stampa ulteriore, rispetto a quella quotidiana della Protezione Civile. Questa nuova modalità di incontro è stata

pensata in accordo con il Ministero della Salute, il Consiglio Superiore di Sanità e il Comitato Tecnico Scientifico. Il presidente Silvio Brusaferrò che sarà presente a tutti gli incontri, spiega che questo appuntamento non è sostitutivo dell'incontro delle 18, ma è un momento di approfondimento in cui si può meglio comprendere la lettura dei dati. Per il periodo da me considerato che arriva fino al 17 aprile, sono oggetto di analisi 5 conferenze, svoltesi il 27 e il 31 marzo, e il 3, 10 e 17 aprile. Figure ricorrenti durante questi incontri sono Giovanni Rezza e Franco Locatelli.

Fin dalla prima conferenza appare chiara la volontà di staccarsi dalla modalità di comunicazione del dato puntuale e nazionale da parte della Protezione Civile.

Brusaferrò ripete costantemente che nel nostro Paese ci sono situazioni fortemente diversificate per quanto riguarda la situazione epidemiologica. Locatelli invece punta sulla spiegazione dell'importanza di avere un trend per monitorare una determinata situazione epidemiologica, cosa che il dato puntuale del singolo giorno non può fare. Inoltre, rispetto alle dichiarazioni rilasciate in conferenza stampa quotidiana, Brusaferrò per la prima volta ammette che la scelta di non fare tamponi a tutti quelli che ne necessiterebbero è obbligata, dettata dalla grande estensione dell'infezione in alcune zone. Per questo ricorda l'importanza dell'isolamento per pazienti a rischio di avere tampone positivo, quando questo ancora non gli sia stato fatto.

Anche per quanto riguarda i test sierologici, Brusaferrò a fine marzo, a nome del CTS assume per la prima e unica volta una posizione netta, in contrapposizione rispetto alle più indefinite dichiarazioni rilasciate in conferenza stampa quotidiana. «Dei test sierologici, ad oggi, non ne viene raccomandato l'utilizzo, non sono test affidabili».

Anche per quanto riguarda informazioni circa i deceduti sia in casa che nelle Rsa, in questa sede sono più diretti: «i decessi conteggiati sono solo quelli con tampone positivo, per cui viene intercettata larga parte, ma non tutta», ammettendone di fatto una sottostima, ripetuta nel corso delle altre conferenze. Fa riflettere il fatto che Borrelli invece, il 12 aprile, in conferenza stampa della protezione civile, esprima ancora incertezza sul fatto che tra i deceduti non siano conteggiati quelli privi di tampone positivo.

Durante la conferenza stampa del 3 aprile, Rezza spiega dettagliatamente l'impatto delle varie misure di contenimento adottate, cosa che nelle conferenze della Protezione Civile non viene mai fatta.

Lo stesso giorno una giornalista, riconoscendo il fatto che nella sede delle conferenze stampa dell'Istituto è possibile avere un quadro generale della situazione epidemiologica,

prega gli esperti di riunificare la comunicazione, chiedendo sostanzialmente di riportare quanto detto in quella sede anche in Protezione Civile.

Le conferenze stampa dell'Iss sono anche il luogo in cui viene fornito qualche dettaglio sulla situazione delle Rsa che nelle conferenze della protezione civile non è mai stato trattato se non ammettendo solamente che i soggetti residenti in queste strutture sono particolarmente a rischio essendo anziani e con molteplici patologie.

L'Iss riporta invece i dati ottenuti dalla survey iniziata il 24 marzo su alcune Rsa italiane<sup>69</sup>: di 6.773 decessi registrati nelle 1.082 strutture che hanno risposto al sondaggio, solo 364 avevano un tampone positivo che attestasse l'infezione da Sars-CoV-2. Sono inoltre illustrate le maggiori criticità rilevate durante l'emergenza: principalmente mancanza di DPI e impossibilità di esecuzione dei tamponi.

---

69 Survey RSA, 14 aprile 2020  
<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-rsa-rapporto-3.pdf>

## **6. Conclusioni**

Questa tesi non ha l'intenzione di essere un processo alle istituzioni, quanto più una panoramica su cosa in futuro potrebbe essere migliorato o eventualmente mantenuto in termini di comunicazione pubblica. Alla luce di quanto analizzato, tenendo conto dei capisaldi della comunicazione del rischio e dei pareri degli esperti, possiamo trarre le seguenti conclusioni.

Indubbiamente la novità di un virus completamente sconosciuto, la gravità dell'emergenza e la precocità con cui si è abbattuta sull'Italia, primo stato al di fuori dell'Asia, giustifica un iniziale smarrimento da parte delle istituzioni. Tuttavia essersi preparati in tempo di pace, come consiglia il manuale della Comunicazione del Rischio, ci avrebbe trovati sicuramente più pronti a reagire, senza arrivare in ritardo subendo costantemente gli eventi, ma anticipandoli. Invece sono mancati sia un piano sia di comunicazione che di gestione dell'emergenza. Per il futuro bisognerebbe puntare sulla prevenzione, organizzazione, preparazione.

Dovrebbero già essere pensate e predisposte task force pronte ad attivarsi a seconda dei vari scenari, con figure definite così che si sappia già chi è deputato a fare e dire determinate cose, adattandosi alla realtà dei fatti ovviamente. Sicuramente quella che cambierà per noi sarà la percezione del rischio nei confronti di queste minacce; speriamo sia sufficiente per immaginare una preparazione diversa.  
(Giancarlo Sturloni)

### **Ministero della Salute**

Per quanto riguarda la campagna di comunicazione del Ministero, seppur inizialmente considerata come l'unico elemento precursore degli eventi, non si è rivelata particolarmente utile, a rappresentare la scarsa rilevanza del Ministero nella comunicazione dell'emergenza. Per quanto riguarda la campagna social tramite opuscoli, può certamente aver fornito messaggi chiari e diretti, ma essi avrebbero però dovuto essere spiegati più capillarmente, ad esempio nelle conferenze stampa. In questo modo sarebbe stato possibile capirne a fondo il significato sotteso a quanto comunicavano o suggerivano di fare. La campagna di comunicazione Rai invece, iniziata con gli spot di Mirabella e Amadeus, si è conclusa nemmeno un mese dopo, con tre soli tre video, di cui uno ritirato. Segno di improvvisazione, mancanza di preparazione e progettazione.

## **Conferenze stampa della Protezione Civile**

Per quanto riguarda l'idea astratta di presentarsi di fronte agli italiani a rendicontare poteva considerarsi inizialmente positiva, ma aver basato l'intera comunicazione della più grande emergenza dell'ultimo secolo su un'unica conferenza stampa, si è rivelata un errore.

La conferenza stampa avrebbe dovuto essere affiancata da una campagna di comunicazione e magari anche da volontari che andassero in giro a spiegare alla gente cosa fare, cosa non fare e come usare determinati dispositivi. Come viene fatto a Cuba ad esempio, dove 28.000 studenti di medicina vanno casa per casa a spiegare alla gente cosa fare, cosa no, e a chiedere se c'è qualcuno in famiglia che tossisce. La comunicazione sul territorio va fatta a partire dal presupposto che è una cosa importante. Qui invece la comunicazione è stata fatta solo per i media, e male. (Sergio Pisto)

Informazione significativa è rappresentata dal fatto che nessuno degli esperti intervistati ha seguito quotidianamente le conferenze.

Si trattava più che altro di un piccolo rito che non è stato in grado di dare un quadro coerente della situazione, essendo tristi, inutili e strazianti ho smesso presto di guardarle. (Giancarlo Sturloni).

Non mi sono inflitto la pena di guardarle quotidianamente, si trattava di un rito macabro privo di senso. (Sergio Pisto).

Non le ho seguite quotidianamente perché mi sentivo male: da comunicatrice soffrivo fisicamente. Non mi sono piaciute, le ho trovate strumentali e manipolatrici. (Roberta Villa)

Le affermazioni degli esperti denotano il fatto che quello di cui stiamo parlando è un appuntamento un po' debole e inconsistente, che poco aggiungeva ai dati reperibili sulle tabelle pubblicate online. Inoltre va aggiunto il fatto che uno degli scopi primari della conferenza, ovvero fornire dati aggiornati e puntuali, viene meno nel momento in cui gli stessi dati si rivelano inaffidabili per numero di contagiati principalmente, ma anche di guariti, deceduti e persone sottoposte a tampone.

Il difetto maggiormente presente che ha dato vita, a cascata, a numerosi altri problemi è l'atteggiamento paternalistico con cui Borrelli e i vari esperti hanno comunicato durante le conferenze. Per prima cosa non hanno fornito spiegazioni chiare e soprattutto tempestive ai comportamenti che continuamente chiedevano alla popolazione di mantenere, cosa che

sarebbe stata invece fondamentale per far sì che questi comportamenti fossero tenuti da subito, con aderenza massima.

Inoltre tale atteggiamento porta a poca trasparenza e soprattutto mancata condivisione di dubbi, difficoltà e incertezze con la popolazione. Quello che ne deriva è una forte confusione dei cittadini nell'orientarsi in un momento già di per sé complicato. Questo atteggiamento si è visto specialmente nei riguardi dei temi più dibattuti e critici: tamponi e mascherine. Non spiegando la situazione in maniera chiara e trasparente, circa la difficoltà nel reperire i dispositivi e nell'effettuare più tamponi e contact tracing, oltre a non trattare i cittadini da adulti, si è andati incontro a due ulteriori problemi. Il primo è rappresentato dalla commistione del piano scientifico con quello decisionale: i vari clinici ed epidemiologi non chiariscono l'utilità di tamponi e delle mascherine lasciando ai decisori sanitari e politici la gestione della situazione; invece si allineano con una policy istituzionale secondo la quale non essendoci sufficienti dispositivi e tamponi, la loro utilità non viene chiaramente spiegata. Sarebbe invece spettato ai politici e gestori della sanità pubblica, ammetterne la penuria e dunque agire secondo priorità.

Il secondo problema deriva direttamente da quello appena spiegato: non dichiarando apertamente cosa le istituzioni avrebbero potuto fare di più o cosa avrebbe potuto essere gestito meglio, quella che risulta essere eccessivamente investita di responsabilità e colpevolizzata è la popolazione. La buona riuscita del controllo dei contagi dipenderà solo ed esclusivamente dai comportamenti di tutti i cittadini. Quando Roberta Villa parla di conferenze strumentali e manipolatorie allude, come concorda Pistoï, al fatto che abbiano giocato in maniera oscillante sulla paura nel momento in cui era necessario farci stare a casa, o sulle rassicurazioni quando necessitavano di agire indisturbati senza eccessive pressioni derivate da situazioni di eventuale allarmismo e panico.

Un ulteriore difetto concordato dagli esperti intervistati è la mancanza di empatia dimostrata durante le conferenze stampa, in particolare modo da parte del Capo dipartimento Borrelli. Il motivo per cui questa mancanza è da considerarsi una grossa pecca nella comunicazione pubblica, trova spiegazione nella citazione di Theodore Roosevelt: "People don't care how much you know until they know how much you care"<sup>70</sup>, prestata alla gestione e alla comunicazione del rischio.

---

70 Trad.: "Alla gente non importa quanto sai, finché non sanno quanto ci tieni".



## **Conferenze stampa dell'Istituto Superiore di Sanità**

In queste conferenze risulta chiara la volontà di discostarsi dal dato quotidiano e nazionale espresso da Borrelli, che non si addice certamente alla natura della scienza epidemiologica che si nutre di andamenti e proiezioni e non di numeri singoli e puntuali. L'impressione avuta è che in questo contesto gli scienziati si sentissero più liberi di ricoprire il loro ruolo di epidemiologi e clinici e non di gestori di un'emergenza. Spesso in conferenza stampa si sono trovati a fare le veci di politici e decisori sanitari, scissi tra ciò che inconfutabilmente a livello scientifico sarebbero portati a dichiarare, come l'utilità dei tamponi, o l'uso anche solo precauzionale della mascherina, e una policy che deve tenere conto dell'economia e della politica. Un barlume di questo concetto è stato rivelato da Rezza, un'unica volta. «Da epidemiologo dovrei dire: “chiudiamo tutto finché ci sono zero casi”, ma mi rendo conto che non è possibile». Seppur estremizzata, questa dichiarazione ben rappresenta la commistione tra campo scientifico e politico che troppo è emersa nella gestione di questa emergenza.

\*\*\*

Avendo ascoltato tutte le conferenze, in contrasto con quanto riferito dagli esperti che in questo appuntamento quotidiano non hanno trovato nulla di positivo, non posso non esprimere cosa credo abbia funzionato e cosa potrebbe essere confermato per le prossime emergenze, con i dovuti aggiustamenti.

Personalmente ho trovato il linguaggio utilizzato piuttosto chiaro, privo di termini specialistici, e laddove presenti, opportunamente spiegati. Al di là della mancata tempestività, quando Locatelli, Rezza e Brusaferrò hanno tentato di spiegare determinati argomenti, anche molto specifici come cosa sia un virus o cosa sia il fattore  $R_0$ , credo siano riusciti a farlo in maniera chiara e riconducibile ad un'effettiva utilità riscontrabile nella vita di tutti i giorni. Soprattutto nell'ultima fase hanno fatto un buon uso dei dati per mostrare come la situazione stesse migliorando in termini di deceduti e ricoverati in terapia intensiva, evidenziando l'utilità delle misure fino ad ora adottate.

Aver sottolineato i difetti della comunicazione pubblica in un momento tanto duro che ha toccato tutti noi così pesantemente e improvvisamente, è stato difficile. Quelle che in questa tesi sono solo parole stampate, non posso fare a meno di pensare si siano tradotte in turni massacranti per medici e infermieri, in anziani morti senza la famiglia vicino e in

reclusioni forzate che sono durante troppo a lungo. Certo raccogliere materiale e trarre conclusioni su cosa avrebbe potuto essere gestito e comunicato meglio, seduta comodamente alla scrivania, mi ha fatto rendere conto solo in parte della vastità di questa emergenza; nonché della sua difficile gestione e comunicazione. I fattori esterni alla comunicazione istituzionale sono così tanti che, a prescindere da tutto, la direzione dell'emergenza sarebbe comunque stata un'impresa titanica. Le istituzioni infatti devono rendere conto di ciò che viene comunicato dalle diverse Regioni, dagli epidemiologi ed infettivologi che occupano quotidianamente decine di trasmissioni televisive, e in generale devono difendere i cittadini dall'infodemia che in questa emergenza è stata enorme. Consci del fatto che le epidemie sono fenomeni ricorrenti, che accompagnano la storia dell'umanità fin dai suoi albori, se per il futuro avremo imparato qualcosa, forse i bilanci fatti ex post saranno meno impietosi.

# GRIPPE

*Concittadini!*

1918

Contribuite alla lotta contro l'attuale maligna epidemia di grippe osservando le seguenti norme:

1. Riducete la frequentazione delle osterie al minimo possibile!
2. Evitate la frequentazione dei teatri, kursaal, cinematografi, ristoranti, caffè e concerti!
5. Recatevi al lavoro a piedi, evitate tram e ferrovie per quanto possibile!
4. Chi ha in casa ammalati, limiti le relazioni coi suoi simili all'assoluto necessario!
5. Curate la più rigorosa e minuta pulizia personale!
6. Non sputate nelle strade!
7. Tralasciate l'abituale stretta di mano nel salutare!
8. Cambiate frequentemente i fazzoletti!
9. Arieggiate diligentemente le vostre abitazioni; isolate, curate e trattene in casa nel miglior modo possibile i vostri ammalati!
10. Rimanete in casa alla minima indisposizione per non esporre il vostro prossimo al pericolo del contagio!
11. In caso di malattia, passate un periodo sufficientemente lungo di convalescenza!
12. Guardatevi dagli innumerevoli sedicenti mezzi preservativi dalla grippe!

**DIPARTIMENTO CANTONALE IGIENE E LAVORO.**  
Servizio d'igiene



Fig.13. La comunicazione ai tempi dell'influenza spagnola (1918)

A distanza di cento anni, le indicazioni base su cosa la popolazione possa fare per limitare la diffusione dei contagi, tutto sommato, restano invariate.

## 6. Bibliografia e sitografia

Aifa, "Emergenza Covid"

<https://www.aifa.gov.it/emergenza-covid-19> [data consultazione: maggio 2020]

Alberts Bruce *et al.*, *Biologia molecolare della cellula*, Zanichelli, 2013

Avis nazionale, "Plasma iperimmune e test sierologici, ecco cosa c'è da sapere", 7 maggio 2020

<https://www.avis.it/2020/05/07/plasma-iperimmune-e-test-sierologici-ecco-cosa-ce-da-sapere/>

[data consultazione: maggio 2020]

Barbàra Ugo, "Gli errori nella comunicazione della crisi coronavirus che hanno causato ansia e panico", *Agenzia Giornalistica Italia*, 27 febbraio 2020

<https://www.agi.it/cronaca/news/2020-02-27/coronavirus-errori-comunicazione-7243760/>

[data consultazione: marzo 2020]

Bistoni Francesco *et al.*, *La Placa. Principi di Microbiologia Medica*, Esculapio, 2012

Burioni Roberto, "Casi sospetti di polmonite in Cina: un nuovo virus all'orizzonte", *Medical Facts*, 8 gennaio 2020

<https://www.medicalfacts.it/2020/01/08/polmonite-cina-virus/>

[data consultazione: febbraio 2020]

Burioni Roberto, "Coronavirus: cosa ne sappiamo dal punto di vista molecolare", *Medical Facts*, 15 febbraio

<https://www.medicalfacts.it/2020/02/15/coronavirus-molecolare>

[data consultazione: febbraio 2020]

Burioni Roberto, *Virus. La grande sfida*, Rizzoli, 2020

Campbell Neil A., Reece Jane B., *Principi di biologia*, Pearson, 2010

Dipartimento Protezione Civile, Sito Internet dedicato al coronavirus

<http://www.protezionecivile.it/attivita-rischi/rischio-sanitario/emergenze/coronavirus>

[data consultazione: maggio 2020]

Dipartimento della Protezione Civile, "COVID-19 Italia - Monitoraggio della situazione"

<http://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#>

[b0c68bce2cce478eaac82fe38d4138b1](http://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#b0c68bce2cce478eaac82fe38d4138b1) [data consultazione: maggio 2020]

Dipartimento Protezione Civile, YouTube

<https://www.youtube.com/channel/UC4fru33Tzpu0UhCIHChiNFA/videos> [data consultazione: maggio 2020]

Dusi Elena, "Misterioso virus in Cina, 59 colpiti da polmonite", *La Repubblica*, 6 gennaio 2020

[https://www.repubblica.it/salute/2020/01/06/news/misterioso\\_virus\\_in\\_cina\\_59\\_colpiti\\_da\\_polmonite-245096236/?refresh\\_ce](https://www.repubblica.it/salute/2020/01/06/news/misterioso_virus_in_cina_59_colpiti_da_polmonite-245096236/?refresh_ce) [data consultazione: febbraio 2020]

ECDC, Sito Internet dedicato al coronavirus

<https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-pandemic> [data consultazione: maggio 2020]

ECDC, "Rapid Risk Assessment: Cluster of pneumonia cases caused by a novel coronavirus, Wuhan, China, 2020", 17 gennaio 2020.

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-cluster-pneumonia-cases-caused-novel-coronavirus-wuhan> [data consultazione: maggio 2020]

Epicentro, Sito Internet dedicato al coronavirus

<https://www.epicentro.iss.it> [data consultazione: maggio 2020]

Feng Shuo *et al.*, "Rational use of face masks in COVID-19 pandemic", *The Lancet. Respiratory Medicine*, 1 maggio 2020

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30134-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30134-X/fulltext)

[data consultazione: maggio 2020]

Flaxman Seth *et al.*, *Report 13: Estimating the number of infections and the impact of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in 11 European countries*, «Imperial College COVID-19 Response Team», 30 marzo 2020

<https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/mrc-gida/2020-03-30-COVID19-Report-13.pdf>

[data consultazione: aprile 2020]

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana

<https://www.gazzettaufficiale.it> [data consultazione: maggio 2020]

Gentile Andrea, "Le istituzioni hanno un (altro) problema sul coronavirus: non sanno parlare ai cittadini", *Wired*, 23 febbraio 2020

<https://www.wired.it/attualita/media/2020/02/23/comunicazione-istituzionale-coronavirus/>

[data consultazione: febbraio 2020]

He Xi *et al.*, *Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19*, in «Nature Medicine», 18 marzo 2020

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.15.20036707v2>

[data consultazione: marzo 2020]

Hu Ben *et al.*, *Discovery of a rich gene pool of bat SARS-related coronaviruses provides new insights into the origin of SARS coronavirus*, in «Plos Pathogens», 30 Novembre 2017

<https://journals.plos.org/plospathogens/article?id=10.1371/journal.ppat.1006698>

[data consultazione: marzo 2020]

Il Sole 24 Ore, Lab 24

<https://lab24.ilsole24ore.com/home/> [data consultazione: maggio 2020]

Inail, “Emergenza Coronavirus, i contagi sul lavoro denunciati all’Inail sono oltre 37mila”, 8 maggio 2020

<https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/news-ed-eventi/news/news-denunce-contagi-covid-4-maggio-2020.html> [data consultazione: maggio 2020]

Innocenti F., “La letalità del nuovo coronavirus”, *Agenzia regionale di sanità della Regione Toscana*, 5 febbraio 2020

<https://www.ars.toscana.it/2-articoli/4256-mortalita-nuovo-coronavirus-2019-ncov-cina.html>

[data consultazione: febbraio 2020]

Istituto Superiore di Sanità, “Raccomandazioni per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone oro/rino-faringeo per la diagnosi di COVID-19, 14 aprile 2020

[https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+n.+11\\_2020+Rev++tampone.pdf/e278a476-3635-7a0b-011f-79dfa6b142d1?t=1587129366526](https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+n.+11_2020+Rev++tampone.pdf/e278a476-3635-7a0b-011f-79dfa6b142d1?t=1587129366526)

[data consultazione: aprile 2020]

Istituto Superiore di Sanità, Sito Internet dedicato al coronavirus

<https://www.iss.it/coronavirus> [data consultazione: maggio 2020]

Istituto Superiore di Sanità, “L’uso delle mascherine nella vita quotidiana, le indicazioni del DPCM”, 9 maggio 2020

[https://www.iss.it/coronavirus/-/asset\\_publisher/1SRKHcCJJQ7E/content/id/5372584](https://www.iss.it/coronavirus/-/asset_publisher/1SRKHcCJJQ7E/content/id/5372584)

[data consultazione: maggio 2020]

Istituto Superiore di Sanità, “Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all’infezione da SARS-CoV-2 in Italia, 21 maggio 2020.

[https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019\\_21\\_maggio.pdf](https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_21_maggio.pdf) [data consultazione: maggio 2020].

Ministero della Salute, “Nuovo coronavirus e Covid-19”, 22 aprile 2020

<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5337&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>

[data consultazione: aprile 2020]

Ministero della Salute, YouTube

<https://www.youtube.com/user/MinisteroSalute> [data consultazione: maggio 2020]

Nacoti Mirco *et al.*, “At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation”, in «The New England Journal of Medicine», 21 marzo 2020

<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080> [data consultazione: marzo 2020]

Palazzo Chigi, Sito Internet dedicato al Coronavirus

<https://www.youtube.com/user/governoit/videos> [data consultazione: maggio 2020]

Palazzo Chigi, YouTube

<https://www.youtube.com/watch?v=5GSzjISUttA> [data consultazione: maggio 2020]

Palazzo Chigi, Le misure adottate dal Governo

<http://www.governo.it/it/coronavirus-misure-del-governo> [data consultazione: maggio 2020]

Quammen David, *Spillover. L'evoluzione delle pandemie*, Gli Adelphi, 2017.

Redazione, “Di quali informazioni abbiamo bisogno sull’epidemia da coronavirus”, *Wired*, 16 aprile 2020

<https://www.wired.it/attualita/politica/2020/04/08/coronavirus-domande-protezione-civile-numeri/>

[data consultazione: aprile 2020]

Redazione, “Coronavirus, Oms: “Nemico numero uno, peggio del terrorismo””, *Il Messaggero*, 11 febbraio 2020

[https://www.ilmessaggero.it/economia/news/coronavirus\\_oms\\_nemico\\_numero\\_uno\\_peggio\\_del\\_terrorismo-5044776.html](https://www.ilmessaggero.it/economia/news/coronavirus_oms_nemico_numero_uno_peggio_del_terrorismo-5044776.html) [data consultazione: febbraio 2020]

Redazione, “I pipistrelli e l’origine del virus della SARS”, *Le Scienze*, 1 dicembre 2017.

[https://www.lescienze.it/news/2017/12/01/newsvirus\\_sars\\_pipistrelli\\_cina\\_ricombinazione\\_genetica-3775712/?refresh\\_ce](https://www.lescienze.it/news/2017/12/01/newsvirus_sars_pipistrelli_cina_ricombinazione_genetica-3775712/?refresh_ce)

[data consultazione: marzo 2020]

Redazione, "La malattia del nuovo Coronavirus cambia nome: Covid-19 (e perché è importante rinominarla)", Sito Internet Università Vita-Salute San Raffaele, 12 febbraio 2020

<https://www.unisr.it/news/2020/2/nuovo-coronavirus-cambia-nome-covid-19-e-perche-importante-rinominarlo> [data consultazione: marzo 2020]

Redazione, "Coronavirus, 7 morti e oltre 200 contagiati. Conte: gestione di un ospedale fuori protocollo. Al Nord Serie A a porte chiuse", *La Stampa*, 24 febbraio 2020.

<https://www.lastampa.it/cronaca/2020/02/24/news/quarta-vittima-del-coronavirus-in-italia-morto-un-uomo-di-84-anni-ricoverato-a-bergamo-1.38510231>

[data consultazione: marzo 2020]

Riccardo Flavia et al., Epidemiological characteristics of COVID-19 cases in Italy and estimates of the reproductive numbers one month into the epidemic, in «Medrxiv», 11 aprile 2020

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.08.20056861v1>

[data consultazione: aprile 2020]

Rizzuto Cristiana, "Test sierologico per Covid-19: come funzionano?", *Close-up Engineering*, 15 aprile 2020

<https://biomedicalcue.it/test-sierologico-rapido-covid-19/18867/>

[data consultazione: aprile 2020]

Sturloni Giancarlo, "Chi ha sbagliato di più: tutti gli errori della gestione italiana della crisi coronavirus", *Wired*, 16 aprile 2020.

<https://www.wired.it/attualita/politica/2020/04/20/coronavirus-errori-emergenza-governo-regioni/>

[data consultazione: aprile 2020]

Sturloni Giancarlo, *La comunicazione del rischio per la salute e per l'ambiente*, Mondadori Università, 2018

Sturloni Giancarlo, "Siamo davvero pronti per la fase 2?", *Wired*, 23 aprile 2020

<https://www.wired.it/attualita/politica/2020/04/23/coronavirus-ripartenza-italia-fase-2/> [data consultazione:

aprile 2020]



Sturloni Giancarlo, "Quali sono gli errori da evitare quando si comunica lo stato di emergenza a un paese", *Wired*, 27 marzo 2020

<https://www.wired.it/scienza/medicina/2020/03/27/coronavirus-emergenza>

[data consultazione: marzo 2020]

Telese Luca, "Per sconfiggere il virus servono le 3T", *TPI*, 6 maggio 2020

<https://www.tpi.it/cronaca/vespignani-coronavirus-intervista-virologi-italiani-e-3t-20200503595940/>

[data consultazione: maggio 2020]

WHO, "Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)", 28 febbraio 2020

[https://www.who.int/publications-detail/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications-detail/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-(covid-19)) [data consultazione: febbraio 2020]

WHO, "Q&A on coronaviruses (COVID-19)", 23 febbraio 2020

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses> [data consultazione: febbraio 2020]

WHO, Sito Internet dedicato al Coronavirus

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

[data consultazione: maggio 2020]

WHO, "WHO advice for international travel and trade in relation to the outbreak of pneumonia caused by a new coronavirus in China", 10 gennaio 2020

<https://www.who.int/news-room/articles-detail/who-advice-for-international-travel-and-trade-in-relation-to-the-outbreak-of-pneumonia-caused-by-a-new-coronavirus-in-china> [data consultazione: febbraio 2020]

WHO, "Coronavirus Disease Dashboard", 14 maggio 2020

<https://covid19.who.int>

WHO, "Novel Coronavirus (2019-nCoV)- SituationReport 6", 26 gennaio 2020

[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200126-sitrep-6-2019--ncov.pdf?sfvrsn=beae0c\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200126-sitrep-6-2019--ncov.pdf?sfvrsn=beae0c_4) [data consultazione: marzo 2020]

WHO, "Novel Coronavirus (2019-nCoV)- SituationReport 10", 30 gennaio 2020

[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200130-sitrep-10-ncov.pdf?sfvrsn=d0b2e480\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200130-sitrep-10-ncov.pdf?sfvrsn=d0b2e480_2) [data consultazione: marzo 2020]

Zunino Corrado, "I numeri sono altri. L'epidemia va più veloce della nostra burocrazia", *La Repubblica*, 23 marzo 2020

[https://rep.repubblica.it/pwa/generale/2020/03/23/news/coronavirus\\_borrelli\\_i\\_numeri\\_sono\\_altri\\_l\\_epidemia\\_va\\_piu\\_veloce\\_della\\_nostra\\_burocrazia\\_-252124440/](https://rep.repubblica.it/pwa/generale/2020/03/23/news/coronavirus_borrelli_i_numeri_sono_altri_l_epidemia_va_piu_veloce_della_nostra_burocrazia_-252124440/) [data consultazione: marzo 2020]

## 7. Appendice

### 7.1 Approfondimento su Sars-CoV-2

Il 7 gennaio le autorità cinesi confermano di aver identificato un nuovo virus appartenente alla famiglia dei Coronavirus, che prende il nome provvisorio di 2019-nCoV e il 12 gennaio ne rendono nota la sequenza genica.

Con il termine nuovo coronavirus si intende un nuovo ceppo di coronavirus che non è mai stato precedentemente identificato nell'uomo. In particolare quello denominato 2019-nCoV, successivamente Sars-CoV-2, non è mai stato identificato prima di essere segnalato a Wuhan, in Cina, a dicembre 2019<sup>71</sup>.

#### Caratteristiche

Il virus che causa l'attuale epidemia è stato chiamato "*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*" (Sars-CoV-2) ovvero "Coronavirus 2 della Sars" (Sindrome Respiratoria Acuta Grave). Lo ha comunicato il 12 febbraio l'International Committee in Taxonomy of Viruses, che si occupa della designazione e della denominazione dei virus. A indicare il nome un gruppo di esperti appositamente incaricati di studiare il nuovo ceppo di coronavirus. Secondo questo pool di scienziati il nuovo coronavirus è fratello di quello che ha provocato la Sars (Sars-CoV), da qui il nome scelto di Sars-CoV-2. La malattia provocata da questo virus prende invece il nome di Covid-19 (Coronavirus Disease 2019).

#### Famiglia dei Coronavirus

I Coronavirus sono una vasta famiglia di virus noti per causare malattie che vanno dal comune raffreddore a malattie più gravi come la Sindrome respiratoria mediorientale (Mers) e la Sindrome respiratoria acuta grave (Sars). Il nome Coronavirus deriva dal termine latino "*corona*", a sua volta derivato dal greco *κορώνη* (*korónē*), che significa "corona" o "aureola". Ciò si riferisce all'aspetto caratteristico dei virioni, la forma infettiva del virus, visibile al microscopio elettronico. Esso è di forma tondeggiante, con diametro di circa 150 nanometri, e presenta una serie di glicoproteine superficiali, chiamate spikes ("spuncioni"), che danno un'immagine che ricorda una corona reale o una corona solare. Sono proprio queste glicoproteine che, legandosi a recettori delle cellule umane riescono a penetrare (si veda p, 93, §"Come fa il virus ad attaccare le cellule umane").

---

71 N. Khan, "New Virus Discovered by Chinese Scientists Investigating Pneumonia Outbreak", The Wall Street Journal, 8 gennaio 2020 <https://www.wsj.com/articles/new-virus-discovered-by-chinese-scientists-investigating-pneumonia-outbreak-11578485668>

Sono tra i più grandi virus a Rna a singolo filamento, con 30.000 basi azotate<sup>72</sup>. La sottofamiglia Orthocoronavirinae della famiglia Coronaviridae è classificata in quattro generi di coronavirus (CoV): *Alphacoronavirus*, *Betacoronavirus*, e *Gammacoronavirus*.

Il genere del *Betacoronavirus* è ulteriormente separato in cinque sottogeneri (tra i quali il Sarbecovirus di cui fa parte il nuovo coronavirus).

I Coronavirus sono stati identificati a metà degli anni '60 e sono noti per infettare l'uomo e alcuni animali (inclusi uccelli e mammiferi). Le cellule bersaglio primarie sono quelle epiteliali del tratto respiratorio e gastrointestinale.

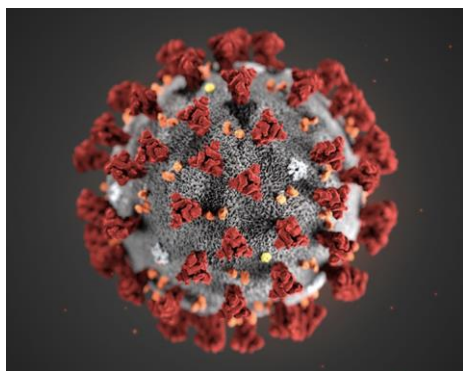
Oggi, sette Coronavirus hanno dimostrato di essere in grado di infettare l'uomo:

- Coronavirus umani comuni: HCoV-OC43 e HCoV-HKU1 (Betacoronavirus) e HCoV-229E e HCoV-NL63 (Alphacoronavirus); essi possono causare raffreddori comuni ma anche gravi infezioni del tratto respiratorio inferiore;
- altri Coronavirus umani (Betacoronavirus): Sars-CoV, Mers-CoV e 2019-nCoV (ora denominato Sars-CoV-2).

<b>Tassonomia di Sars-CoV-2</b>
Famiglia: Coronavirus
Sottofamiglia: Orthocoronavirinae
Genere: Betacoronavirus
Sottogenere: <i>Sarbecovirus</i>
Specie: <i>Sars-CoV-2</i>

---

<sup>72</sup> Basi azotate: composti organici contenenti atomi di azoto, che prendono parte alla costituzione dei nucleotidi, molecole organiche che compongono gli acidi nucleici DNA e RNA.



*Fig.14. Illustrazione della struttura morfologica del Coronavirus Sars-CoV-2, creata ai Centers for Disease Control and Prevention di Atlanta (Stati Uniti).*

## **Origine**

Fin da subito, anche quando le polmoniti che si stavano diffondendo in Cina erano considerate di origine sconosciuta, si ipotizzava si potesse trattare di un nuovo coronavirus originato probabilmente da un mercato all'ingrosso di frutti di mare, oggi chiuso. Qui era possibile trovare circa un migliaio di bancarelle su cui si vendevano oltre al pesce, anche polli, fagiani, pipistrelli, marmotte, serpenti, cervi macchiati, organi di conigli e di animali selvatici, localizzato nella città di Wuhan<sup>73</sup>. Il 7 gennaio viene identificato il nuovo coronavirus responsabile delle polmoniti, confermando le ipotesi. Il 12 gennaio, dopo essere stato sequenziato, ne viene condivisa la sequenza genica da parte della Cina, passo importante in termini di ricerca, anche per poter sviluppare e diffondere i test diagnostici che serviranno a molti altri paesi. Dalle analisi viene confermato che Sars-CoV-2 è un virus di origine zoonotica, viene dunque trasmesso dagli animali all'uomo, e successivamente da uomo a uomo. I pipistrelli sembrano essere il serbatoio del virus Sars-CoV-2, ma l'ospite intermedio non è stato ancora identificato con precisione<sup>74</sup>.

## **Fenomeno Spillover**

Che un virus passi da un animale all'uomo non è una cosa insolita: si tratta del fenomeno chiamato "Spillover", quando cioè un microrganismo (batterio, fungo, virus) si propaga da una

---

<sup>73</sup> Si veda nota 32, p. 21.

<sup>74</sup> Si veda nota 33, p. 21.

specie all'altra. Circa il 60% di tutte le patologie batteriche e virali sono di origine animale, compresi il morbillo e l'Aids.

Il morbillo (dal latino *morbus*, malattia) è una malattia infettiva esantematica, caratterizzata da un'eruzione cutanea diffusa che di solito si verifica nei bambini, è altamente contagiosa causata da un virus, il *Paramyxovirus* del genere *Morbillivirus*. Questo virus nasce da quello della peste bovina, successivamente mutato e passato all'uomo tra il 1110 e il 1200 d.C.

L'Aids (Acquired immune deficiency syndrome/ Sindrome da immunodeficienza acquisita) invece è causata dal virus dell'immunodeficienza umana (Hiv, Human immunodeficiency virus), che deriva dal relativo virus di immunodeficienza delle scimmie, che infetta alcuni primati in Africa. Anche in questo caso è avvenuto un salto del virus da animale a uomo: dalle scimmie a noi, a causa delle abitudini dei cacciatori di maneggiare la carne, sangue e altri liquidi biologici infetti delle scimmie nelle foreste<sup>75</sup>.

Anche il virus Sars-CoV-2 è di origine animale, e il suo serbatoio naturale sembra essere rappresentato dai pipistrelli, infatti le sequenze del *Betacoronavirus* di Wuhan mostrano somiglianze con i *Betacoronavirus* trovati nei pipistrelli.

Anche per quanto riguarda le epidemie di Sars e di Mers, rispettivamente del 2002 e del 2012, sono state identificate come aventi origine nei pipistrelli.

### **Spillover avvenuto per la Sars<sup>76</sup>**

Nel 2017 un gruppo di ricercatori dell'Accademia cinese delle scienze a Wuhan, in uno studio pubblicato su "Plos Pathogenes" ha evidenziato come la diffusione del virus della Sars originasse dalla ricombinazione genetica fra diversi ceppi di coronavirus ospitati da pipistrelli a ferro di cavallo cinesi (*Rhinolophus sinicus*). Il sospetto che all'origine della Sars vi fosse un virus che aveva fatto il salto di specie dai pipistrelli agli esseri umani emerse poco dopo lo sviluppo della pandemia, dato che molti di questi animali ospitano facilmente i coronavirus.

---

75 D.Quammen, Spillover. L'evoluzione delle pandemie, Gli Adelphi, 2017

76 B.Hu et al., Discovery of a rich gene pool of bat SARS-related coronaviruses provides new insights into the origin of SARS coronavirus, in «Plos Pathogenes», 30 Novembre 2017  
<https://journals.plos.org/plospathogens/article?id=10.1371/journal.ppat.1006698>

L'analisi del genoma dei virus di diverse specie di pipistrelli a ferro di cavallo che vivono nella grotta dello Yunnan ha permesso di identificare 11 nuovi ceppi di coronavirus e di tracciarne le relazioni evolutive. I ricercatori hanno così scoperto che diversi ceppi contenevano tutti gli elementi essenziali per la "costruzione" genetica del coronavirus umano all'origine della Sars. È possibile che in qualche cellula infettata da più virus sia avvenuta una ricombinazione genetica, ossia lo scambio di porzioni di Rna. Da questo virus devono poi essersi evoluti diversi ceppi di coronavirus, compreso quello della Sars. Ulteriori esperimenti di laboratorio hanno poi dimostrato che alcuni dei ceppi virali sono in grado di penetrare nelle cellule umane attraverso lo stesso recettore cellulare usato dal coronavirus della Sars (recettore CR2). La scoperta ha suggerito che in quella particolare grotta dello Yunnan vi siano, nei pipistrelli, ceppi virali che potrebbero passare direttamente agli esseri umani. Molti ceppi di coronavirus correlati alla Sars sono stati identificati nella civetta delle palme, carnivoro della famiglia dei Viverridi diffuso nell'Asia sud-orientale; probabilmente esso è stato l'animale intermediario tra pipistrelli e uomo<sup>77</sup>.

### **Spillover avvenuto per la Mers**

Il virus Mers-CoV, responsabile della Mers, ha anch'esso come serbatoio naturale i pipistrelli, che infettano con i loro escrementi i datteri e i cammelli, quindi di conseguenza gli esseri umani: tuttavia questa è ritenuta solo un'ipotesi.

### **Spillover avvenuto per Covid-19**

Per quanto riguarda il nuovo coronavirus Sars-CoV-2, attraverso analisi genetiche, gli scienziati hanno inizialmente scoperto che assomigliava ai virus che si trovano in genere nei pipistrelli. Successivi studi genetici hanno suggerito che il virus potrebbe essere stato trasmesso alle persone dapprima dai serpenti e in seguito dai pangolini, piccoli mammiferi simili ai formichieri, a rischio di estinzione e vittime di traffici clandestini per le loro scaglie, considerate un toccasana dalla medicina orientale, e la loro carne prelibata. Le sequenze di Coronavirus di serpenti e pangolini hanno infatti un'alta somiglianza con il Sars-CoV-2, ed entrambe le specie erano vendute al mercato cinese.

---

<sup>77</sup> Redazione, "I pipistrelli e l'origine del virus della SARS", Le Scienze, 1 dicembre 2017.

[https://www.lescienze.it/news/2017/12/01/news/virus\\_sars\\_pipistrelli\\_cina\\_ricombinazione\\_genetica-3775712/?refresh\\_ce](https://www.lescienze.it/news/2017/12/01/news/virus_sars_pipistrelli_cina_ricombinazione_genetica-3775712/?refresh_ce)



*Fig.15. Pipistrelli a ferro di cavallo cinese (Rhinolophus sinicus), serbatoio del Virus della Sars e simili (Fonte: Nature Picture Library)*



*Fig.16. Civetta delle Palme, possibile intermediario tra pipistrello e uomo nella trasmissione della Sars (Fonte: Nature Picture Library)*



*Fig.17. Pangolino, possibile intermediario tra pipistrello e uomo nella trasmissione di Covid-19 (Fonte: Nature Picture Library)*

### **Pipistrelli: serbatoio biologico ideale<sup>78</sup>**

I pipistrelli ospitano più virus dei roditori e riescono a convivere con essi senza ammalarsi, questo per varie caratteristiche che li contraddistinguono.

Per prima cosa i pipistrelli in inverno attuano un periodo di letargo durante il quale sono portati ad abbassare la temperatura corporea, per cui dal punto di vista fisiologico sarebbe uno shock ingestibile se si ammalassero e dovessero far fronte a una febbre con conseguente innalzamento della temperatura. Inoltre il pipistrello è l'unico mammifero in grado di volare, questo grazie al suo metabolismo elevatissimo, per cui non potrebbe permettersi di non stare in movimento in attesa che la malattia che lo ha colpito passi. È noto poi che i pipistrelli riescano a mantenere bassissima l'infiammazione corporea, consentendo al virus una riproduzione veloce e limitata passando rapidamente da una cellula all'altra senza danneggiarle. Inoltre avendo un metabolismo molto elevato producono un gran numero di radicali liberi, ma possiedono meccanismi che consentono

<sup>78</sup> N.Bressi, "Coronavirus: Approfondimento aperto alla cittadinanza", Museo Revoltella, 21 febbraio 2020.



alle cellule di non ossidarsi e decadere, rinnovando continuamente il loro DNA. Per questo motivo è possibile che i virus attacchino più difficilmente il materiale genetico dei pipistrelli, avendo difficoltà a usarlo per replicarsi dato il suo continuo rinnovo. Dunque i pipistrelli riescono a convivere con un gran numero di virus che vengono poi trasmessi tramite il morso dell'animale e trasferiti attraverso la saliva, feci e/o urina.

## **Identificazione e sequenziamento**

Come accennato nei precedenti paragrafi, il nuovo coronavirus è stato identificato il 7 gennaio e geneticamente sequenziato il 12 gennaio da un campione di un paziente, e successivamente trovato in alcuni degli altri soggetti colpiti nella città di Wuhan.

I campioni su cui sono state eseguite le analisi derivano dal lavaggio broncoalveolare<sup>79</sup> di un paziente affetto da polmonite di eziologia sconosciuta all'ospedale di Wuhan Jinyintan. I test real-time PCR (RT-PCR) su questi campioni sono risultati positivi al pan-Betacoronavirus, questo significa che è stata riscontrata affinità genetica con il genere BetaCoronavirus di virus già noti. Successivamente, con particolari tecniche molecolari, sono state acquisite tutte le sequenze del genoma del virus. Le analisi bioinformatiche hanno indicato che il virus ha caratteristiche tipiche della famiglia dei coronavirus e appartiene alla stirpe dei Betacoronavirus 2B.

Importante è considerare che i virus sono microrganismi acellulari con caratteristiche di parassita obbligato, in quanto si replicano esclusivamente all'interno delle cellule di altri organismi. Per questo per sequenziare il virus Sars-CoV-2 sono state utilizzate varie linee cellulari, così che il virus si replicasse, come le cellule epiteliali delle vie aeree umane, Vero E6<sup>80</sup>, e Huh-7<sup>81</sup>. Effetti citopatici, ovvero l'insieme di cambiamenti morfologici che una cellula infetta da virus può assumere, sono stati osservati 96 ore dopo l'inoculazione. L'analisi del sequenziamento del genoma intero di 104 ceppi del virus Sars-CoV-2, isolati

---

<sup>79</sup> Lavaggio broncoalveolare: procedura che consente di raccogliere i campioni prelevati dalle piccole vie aeree e dagli alveoli. Dopo aver introdotto lo strumento in una via aerea di piccolo calibro, il medico instilla una soluzione salina (soluzione fisiologica). Successivamente, il liquido viene aspirato dal broncoscopio, insieme a cellule e batteri.

<sup>80</sup> Cellule Vero E6: stirpe di cellule usate nelle colture cellulari isolata da cellule epiteliali renali estratte da una scimmia verde africana.

<sup>81</sup> Huh-7: linea cellulare epatica umana.

da pazienti in diverse località con insorgenza dei sintomi tra la fine di dicembre 2019 e la metà di febbraio 2020 ha mostrato un'omologia del 99,9%, senza mutazioni significative<sup>82</sup>.

Il 2 febbraio i virologi dell'Istituto nazionale malattie infettive Spallanzani, a meno di 48 ore dalla diagnosi di positività per i primi due pazienti in Italia, sono riusciti a isolare il virus responsabile dell'infezione. La sequenza parziale del virus isolato nei laboratori dello Spallanzani è stata depositata nel database GenBank, e reso disponibile per la comunità scientifica internazionale.

### **Come fa il virus ad attaccare le cellule umane<sup>83</sup>**

Per infettare un ospite umano, il nuovo coronavirus si avvale delle proteine virali 'spikes' ("S") che si legano al recettore umano ACE2, l'enzima associato alla trasformazione dell'angiotensina (ormone peptidico che stimola la vasocostrizione aumentando la pressione arteriosa). L'Ace2 dunque, legato a una proteina di membrana umana, B0AT1, diventa il punto di ingresso nelle cellule umane per il virus Sars-Cov-2.

### **Come fa il virus a distruggere le cellule umane<sup>84</sup>**

La cosa principale che sta emergendo dalla descrizione dei primi studi condotti grazie all'isolamento del nuovo coronavirus, è che esso non sembra avere un forte effetto citopatico diretto.

Il danno alle cellule del nostro organismo, e in particolare modo a quelle polmonari, sembra essere dovuto alla fortissima risposta infiammatoria che il virus è in grado di stimolare. A questo riguardo, non siamo ancora in possesso di conferme di laboratorio ma alcune caratteristiche cliniche finora descritte (ad esempio, la minore incidenza di forme gravi nei bambini) sembrerebbero confermare tale ipotesi.

### **Trasmissione del coronavirus Sars-CoV-2**

Il virus Sars-CoV-2 causa la malattia chiamata Covid-19 (Coronavirus Disease-2019).

Sars-CoV-2, come tutti i coronavirus umani, si trasmette da una persona infetta a un'altra attraverso piccole goccioline, chiamate droplets, emesse dal naso o dalla bocca che si

---

<sup>82</sup> WHO, "Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), 28 febbraio 2020 [https://www.who.int/publications-detail/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications-detail/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-(covid-19))

<sup>83</sup> R. Burioni, "Coronavirus: cosa ne sappiamo dal punto di vista molecolare", *Medical Facts*, 15 febbraio <https://www.medicalfacts.it/2020/02/15/coronavirus-molecolare/>

<sup>84</sup> Ibidem

diffondono quando una persona con Covid-19 tossisce, starnutisce o espira. Queste goccioline cadono su oggetti e superfici e altre persone possono infettarsi toccandoli, e poi toccandosi gli occhi, il naso o la bocca. La malattia può essere provocata respirando le goccioline infette da una persona che tossisce, espira o starnutisce. Per questo motivo è importante stare a più di 1 metro di distanza da una persona malata.

L'Oms sta valutando le ricerche in corso sulle modalità di diffusione del virus e continuerà a condividere i risultati aggiornati.

Sulla base dei dati al momento disponibili, l'Oms ribadisce che il contatto con i casi sintomatici (persone che hanno contratto l'infezione e hanno già manifestato i sintomi della malattia) è il motore principale della trasmissione del nuovo coronavirus Sars-CoV-2<sup>85</sup>. Tuttavia secondo recenti studi, un paziente è infetto già due giorni prima di manifestare sintomi<sup>86</sup>.

### **Tasso netto di riproduzione**

Per capire quanto una malattia sia pericolosa, bisogna tenere conto di quanto facilmente si diffonda e di quanto sia aggressiva.

- Il tasso netto di riproduzione, indicato con  $R_0$  (erre con zero), indica il numero di altre persone a cui un paziente infetto possa trasmettere la malattia. Per quanto riguarda il nuovo coronavirus si stima che  $R_0$  sia compreso tra il 1,4 e il 3,8.
- In medicina con il termine letalità ci si riferisce al numero di morti sul numero di malati di una certa malattia entro un tempo specificato. La letalità è una misura della gravità di una malattia e si usa in particolar modo per le malattie infettive acute.
- La mortalità, che spesso viene erroneamente confusa con la letalità, è concettualmente differente e porta a risultati molto diversi, in quanto mette a rapporto il numero di morti per una determinata malattia (o addirittura per tutte le cause) sul totale della popolazione media presente nello stesso periodo di osservazione.

Di conseguenza, esistono malattie che pur avendo una letalità altissima hanno una mortalità insignificante, in quanto poco frequenti nella popolazione totale. Per il Covid-19

---

85 WHO, "Q&A on coronaviruses (COVID-19)", 23 febbraio 2020  
<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses>

86 X. He et al., "Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19", Nature Medicine, 18 marzo 2020.  
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.15.20036707v2>

la letalità risulta essere molto elevata, soprattutto nelle fasce di popolazione più anziane o con pregresse comorbilità. (Nel caso dell'epidemia di Sars del 2002 il tasso di letalità era del 9,6% e  $R_0$  3; nel caso della Mers del 2012 il tasso di letalità era del 34,4%, con un tasso netto di riproduzione inferiore a 1)<sup>87</sup>.

Sono in corso molti studi per capire come mai, soprattutto in alcune zone dell'Italia la letalità sia così elevata. Sicuramente fare tamponi solo ai sintomatici, riducendo così il denominatore, innalza notevolmente la letalità. Si sospetta infatti che in realtà i contagiati siano molto più numerosi di quelli rilevati con il test molecolare, chiamato comunemente tampone<sup>88</sup>.

Inoltre va considerato che, essendo molti soggetti asintomatici o paucisintomatici (circa l'80%), è più difficile identificare e isolare i soggetti contagiati, mentre il fatto di causare una patologia più grave impedisce al virus di trasmettersi con efficienza. Ad esempio un soggetto con Sars presentava rapidamente sintomi gravi che lo "isolavano" dal resto dei suoi simili. L'opposto di quello che, invece, succede per l'influenza in cui la prima fase della malattia, durante la quale il paziente diffonde il virus, è caratterizzata da sintomi inizialmente lievi, che consentono il contatto del paziente con altre persone e, quindi, la trasmissione del virus. Perché la trasmissione inizi a calare consistentemente c'è la necessità che il tasso netto di riproduzione sia inferiore a 1.

### **Situazione italiana $R_0$**

In uno studio pubblicato sul sito di preprint MedArxiv<sup>89</sup>, i ricercatori dell'Iss e della Fondazione Bruno Kessler di Trento hanno analizzato i dati del sistema di sorveglianza nazionale fino al 24 marzo (corrispondenti a circa 63mila casi), e oltre a descrivere le caratteristiche principali dell'epidemia, come la mortalità, hanno applicato dei modelli matematici per stimare l'andamento di  $R_0$  (R con zero), che dà la misura della capacità del virus di diffondersi in assenza di misure di contenimento, e di  $R_t$  (R con t), parametro che indica l'indice di riproducibilità del virus in un dato momento in presenza di misure, in alcune regioni. In Lombardia il valore di  $R_0$  ha raggiunto il massimo di 3 tra il 17 e il 23 febbraio,

---

87 F. Innocenti, "La letalità del nuovo coronavirus", *Agenzia regionale di sanità della Regione Toscana*, 5 febbraio 2020  
<https://www.ars.toscana.it/2-articoli/4256-mortalita-nuovo-coronavirus-2019-ncov-cina.html>

88 Si veda nota 62 p. 55.

89 F. Riccardo et al., Epidemiological characteristics of COVID-19 cases in Italy and estimates of the reproductive numbers one month into the epidemic, in «Medrxiv», 11 aprile 2020  
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.08.20056861v1>

per poi iniziare la discesa man mano che venivano adottate le misure di contenimento a livello locale e nazionale. Al 24 marzo l'indice era ancora poco sopra 1, ma con un trend favorevole consolidato (se l'indice è superiore a 1 ogni persona infetta ne contagia più di una, e l'epidemia di conseguenza si espande). Un discorso simile, in qualche caso traslato nel tempo, riguarda le altre regioni esaminate. In Emilia Romagna ad esempio l'indice era ancora sotto 1 il 10 febbraio, ma ha raggiunto rapidamente i valori della Lombardia tanto da arrivare a circa 3 la settimana successiva. Nel Lazio e in Puglia, dove il virus circolava probabilmente molto meno rispetto alle regioni del nord, il valore 1 è stato superato verso la metà di febbraio, con un picco raggiunto a ridosso dell'inizio delle prime misure su scala nazionale, quando è iniziata una discesa. L'infezione da Covid-19 in Italia è emersa con un cluster di esordio simile a quello descritto a Wuhan, e come in quel caso ha mostrato esiti clinici peggiori nei maschi anziani con comorbidità. L' $R_0$  iniziale di 2,96 visto in Lombardia spiega l'alto numero di casi e la rapida diffusione geografica osservata. In generale il valore di  $R_t$  nelle regioni italiane sta diminuendo, anche se in maniera diversa nel Paese, e questo sottolinea l'importanza delle misure di controllo non farmacologiche.

## Test sierologici

Proprio per stabilire il numero reale dei contagiati e dunque normalizzare la letalità di Covid-19, è necessario avvalersi di test sierologici.

Essi servono per individuare i soggetti che sono entrati in contatto con il virus, grazie alla rilevazione della presenza di anticorpi, prodotti dal sistema immunitario in risposta all'infezione da Sars-CoV-2. I test sono di due tipi:

- rapidi: grazie ad una goccia di sangue, ottenuta per digitopuntura, stabiliscono se un soggetto abbia prodotto anticorpi e quindi sia entrato in contatto con il virus;
- quantitativi: su una provetta di sangue, ottenuta con il normale prelievo, dosano in maniera specifica le quantità di anticorpi prodotti.

In entrambi i casi i test sierologici vanno alla ricerca degli anticorpi o immunoglobuline IgM e IgG, che indicano la situazione della persona rispetto all'infezione. Se vengono rilevate le IgM l'infezione è recente e in corso, visto che si tratta di anticorpi che si manifestano entro sette giorni dai primi sintomi. Nel secondo caso, gli anticorpi IgG compaiono dopo circa 14 giorni e permangono a lungo anche quando il paziente è guarito<sup>90</sup>. Molte regioni

---

<sup>90</sup> C. Rizzutto, "Test sierologico per Covid-19: come funzionano?", *Close-up Engineering*, 15 aprile 2020 <https://biomedicalcue.it/test-sierologico-rapido-covid-19/18867/>

hanno già iniziato a sottoporre i cittadini ai test sierologici anche se, chi risultasse provvisto di anticorpi, non può comunque considerarsi esentato dall'attenersi alle misure di distanziamento sociale e igieniche volte, a controllare la diffusione dei contagi.

Dal 4 maggio è iniziata l'indagine nazionale di sieroprevalenza sui primi 150mila cittadini organizzati in un campione strutturato grazie all'aiuto dell'Inail e dell'Istat per anagrafe, zona e censo. Lo studio è iniziato dopo aver selezionato il test sierologico che rispondesse ai requisiti di sensibilità e specificità consigliati dal CTS, in modo tale che il numero di falsi positivi e falsi negativi sia limitato.

## **Sintomi**

I sintomi più comuni di Covid-19 sono febbre, stanchezza, tosse secca. Alcuni pazienti possono avere dolori, congestione nasale, naso che cola, mal di gola o diarrea. Inoltre vengono rilevate in un elevato numero di pazienti positivi a Sars-CoV-2, alterazioni acute dell'olfatto (ageusia) e del gusto (disgeusia), in particolare una riduzione o una perdita dei due sensi; tale fenomeno è stato osservato anche in un alto numero di soggetti positivi al tampone in assenza di altri sintomi di malattia.

Questi sintomi sono di solito lievi e iniziano gradualmente. Alcune persone si infettano, ma non sviluppano alcun sintomo: la maggior parte delle persone infatti (circa l'80%) guarisce dalla malattia senza bisogno di trattamenti specifici.

Circa 1 persona su 6 che contrae Covid-19 si ammala gravemente e può sviluppare difficoltà respiratorie, polmonite, sindrome respiratoria acuta grave, che, nella fase più acuta dei contagi si è tradotta per 8-10% della popolazione in un ricovero in terapia intensiva, portando talvolta alla morte.

Le persone anziane, e quelle con patologie mediche di fondo come ipertensione arteriosa, problemi cardiaci, epatici, renali o diabete, hanno maggiori probabilità di sviluppare una malattia grave<sup>91</sup>.

## **Diagnosi**

Data la poca specificità dei sintomi comuni dell'infezione da coronavirus, è possibile effettuare test nei Laboratori di riferimento Regionale, su campioni clinici faringei o nasali

---

<sup>91</sup> Ministero della Salute, "Nuovo coronavirus e Covid-19", 22 aprile 2020  
<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5337&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>

prelevati grazie a tamponi. Essi non sono altro che lunghi *cotton fioc* con cui si raccolgono il muco e i liquidi della gola o del naso.

Dal materiale biologico viene effettuata l'estrazione e la purificazione dell'Rna per la successiva ricerca del materiale genetico virale utilizzando una particolare metodica molecolare: Reverse Real-Time PCR (rRT-PCR)<sup>92</sup>.

I reagenti fondamentali per eseguire il test rRT-PCR, ovvero i primer oligonucleotidici e le sonde, sono state disegnate su regioni conservate del genoma virale Sars-CoV-2.

La rRT-PCR mediante il processo di retrotrascrizione permette la sintesi di una molecola di DNA a doppio filamento (cDNA) a partire da uno stampo di RNA a cui segue una amplificazione per PCR.

Tecnicamente questa procedura applica una "one-step RT-PCR", in cui la retrotrascrizione e l'amplificazione in PCR sono effettuate consecutivamente nella stessa provetta di reazione.

L'utilizzo di sonde rende questo test estremamente specifico, infatti il segnale fluorescente viene rilevato solo in conseguenza dell'appaiamento della sonda alla sequenza bersaglio. Il bersaglio genico, qualora nel campione fosse presente il genoma virale, viene amplificato e intercettato dalla sonda molecolare. La chimica del saggio si basa sulla quantità di prodotto che viene amplificato a ogni ciclo termico e dalla quantità di segnale fluorescente che viene accumulato proporzionalmente. La fluorescenza può essere misurata a ogni stadio dell'amplificazione mediante la visualizzazione in tempo reale sullo schermo collegato allo strumento (fig. 20).

La durata dell'analisi in Real time PCR è di circa 1 ora e 30 minuti a cui andranno aggiunti i tempi di estrazione dell'Rna, per un totale di circa 4 ore (nel calcolo del tempo necessario per l'esecuzione del test bisogna tenere in considerazione anche il momento di accettazione e preparazione del campione e le fasi di validazione del test e refertazione, questo, essendo influenzato dalla numerosità dei campioni, potrebbe far variare sensibilmente i tempi di esecuzione)<sup>93</sup>.

---

92 Si veda nota 23, p. 11.

93 Istituto Superiore di Sanità, "Raccomandazioni per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone oro/rino-faringeo per la diagnosi di COVID-19, 14 aprile 2020  
[https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+n.+11\\_2020+Rev++tampone.pdf/e278a476-3635-7a0b-011f-79dfa6b142d1?t=1587129366526](https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+n.+11_2020+Rev++tampone.pdf/e278a476-3635-7a0b-011f-79dfa6b142d1?t=1587129366526)



Fig.18. Tampone usato per testare la presenza dell'Rna virale nel materiale organico del paziente



Fig.19 .Piastra PCR divisa in pozzetti all'interno dei quali vengono messi campioni e sonde

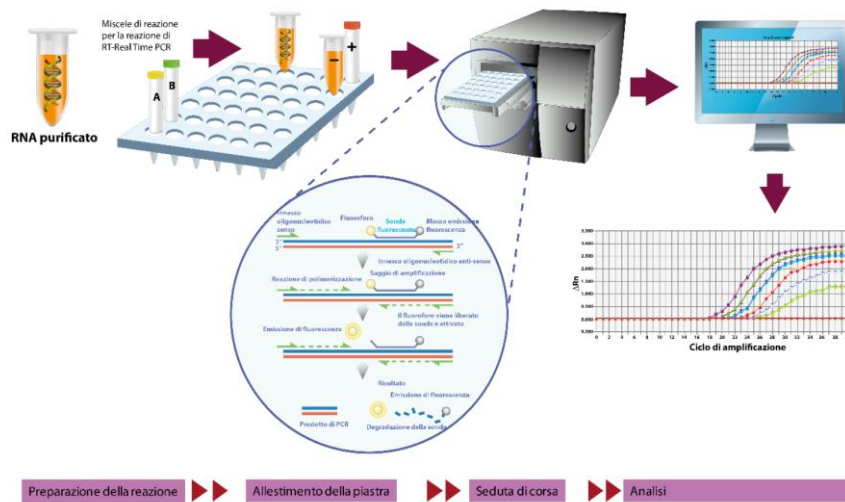


Fig.20. Diagnosi molecolare per COVID-19 mediante rRT-PCR (Fonte: ISS)

## Tattamento

Non esistono trattamenti specifici per le infezioni causate dai coronavirus e non sono disponibili, al momento, vaccini per proteggersi. La maggior parte delle persone infette da coronavirus comuni, come quelli del raffreddore, guarisce spontaneamente.

Riguardo al nuovo coronavirus Sars-CoV-2, non esistono al momento terapie specifiche; vengono somministrati antibiotici comuni per evitare sovrainfezioni e farmaci antivirali, non specifici. Inoltre vengono curati i sintomi della malattia in modo da favorire la guarigione, ad esempio fornendo supporto respiratorio. Tuttavia sono in atto molti studi e sperimentazioni<sup>94</sup>, volti sia a trovare farmaci che blocchino la replicazione virale che l'iperinfiammazione.

94 Aifa, "Emergenza Covid" <https://www.aifa.gov.it/emergenza-covid-19>



Per il trattamento dei pazienti si è cominciato a utilizzare da parte di alcune regioni il plasma iperimmune, ovvero il plasma dei pazienti che sono guariti dal Covid-19. Si chiama così per via degli anticorpi sviluppati durante il periodo di contagio del virus. Possono donarlo solo coloro che hanno un alto “titolo anticorpale”, cioè un livello elevato di anticorpi specifici utili a debellare il coronavirus. La sperimentazione con il plasma iperimmune viene avviata sulla base di protocolli decisi dalle singole Regioni. Sono i centri ospedalieri a stabilire se un paziente guarito dal Covid-19 ha i requisiti necessari per poter donare il proprio plasma. Questo trattamento sta dando risultati molto incoraggianti in pazienti con condizioni estremamente critiche, ma è bene ricordare che le persone coinvolte nella sperimentazione sono ancora poche. Inoltre, i criteri di selezione dei donatori sono molto stringenti e prevedono una determinata quantità di anticorpi specifici che non tutti i convalescenti hanno. Risulta dunque molto improbabile pensare di poter guarire tutti i pazienti di coronavirus del mondo attraverso delle trasfusioni di plasma iperimmune che, come detto sopra, deve rispondere a requisiti molto rigidi che non tutti i pazienti guariti hanno<sup>95</sup>.

## **Prevenzione**

È possibile ridurre il rischio di infezione, proteggendo se stessi e gli altri, seguendo alcuni accorgimenti: lavarsi spesso le mani, se ci si trova in possesso di una qualsiasi infezione respiratoria coprire naso e bocca quando si tossisce e/o starnutisce e gettare il fazzoletto sporco subito dopo l'uso. Il distanziamento sociale sembra essere una risposta efficace alla prevenzione del contagio e, laddove non sia possibile mantenere l'adeguata distanza di un metro è consigliato l'utilizzo delle maschere facciali per coprire naso e bocca. Con il decreto del 26 aprile, l'utilizzo delle mascherine è divenuto obbligatorio a partire dal 4 maggio 2020 nei luoghi chiusi aperti al pubblico e in tutti i luoghi (anche all'aperto) nei quali non sia possibile mantenere il distanziamento tra le persone. La soluzione definitiva è rappresentata da un vaccino, le cui sperimentazioni sono iniziate fin da subito. Prima di ottenerne uno efficace e riproducibile su larga scala, bisognerà attendere circa un anno<sup>96</sup>.

---

<sup>95</sup> Avis nazionale, “Plasma iperimmune e test sierologici, ecco cosa c'è da sapere”, 7 maggio 2020  
<https://www.avis.it/2020/05/07/plasma-iperimmune-e-test-sierologici-ecco-cosa-ce-da-sapere/>

<sup>96</sup> EpiCentro  
<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/trasmissione-prevenzione-trattamento>

## 7.2 Interviste agli esperti

- Giancarlo Sturloni, esperto in comunicazione del rischio.
- Barbara Gallavotti, biologa e divulgatrice scientifica.
- Sergio Pistoï, biologo molecolare e giornalista scientifico.
- Roberta Villa, medico e divulgatrice scientifica.

### 1. Giancarlo Sturloni- 6 maggio 2020

***Cosa ne pensa della campagna di comunicazione del Ministero della Salute e in particolare dello spot, successivamente ritirato, in cui Mirabella afferma: “non è affatto facile il contagio”, riferendosi al nuovo coronavirus?***

Questo episodio rientra nel discorso generale di un inizio in cui sembrava un problema lontano legato alla Cina e quindi sembrava impossibile che noi potessimo vivere quello che hanno vissuto loro. Credo che questo spot rispondesse a una percezione generale e non tanto a una volontà di sottovalutare la questione. La sottovalutazione è avvenuta da parte di tutti coloro che vivevano fuori dalla Cina, per una serie di motivi culturali e forse anche per il fatto che la Cina stessa ha ritardato nel far comprendere la dimensione e la gravità della situazione. L'Italia, quando è uscito lo spot, era in stato di emergenza da una settimana, però si pensava che non ci fosse ancora nessun caso autoctono per cui la dichiarazione di emergenza è stata fatta più che altro per giustificare lo stop dei voli da, e per la Cina. Ma di fatto non era stato fatto nient'altro fino a quando non è stato trovato il primo caso.

***Come si è evoluta la comunicazione nelle varie fasi dell'emergenza, soprattutto nelle conferenze stampa delle 18 della Protezione Civile?***

La mia impressione generale è che nella comunicazione, così come nella gestione si siano inseguiti gli eventi, si è sempre arrivati un po' in ritardo. Nel primo momento iniziale, con la dichiarazione dello stato di emergenza, il Ministero della Salute è stato l'organismo che più di tutti ha cercato di trasmettere la gravità della minaccia, aveva anticipato gli eventi in un primo momento. Ma da lì in poi è stato tutto un inseguire: non ci siamo accorti dei primi casi e da quel punto abbiamo alternativamente seguito gli eventi e sottovalutato il rischio, il tutto senza avere un quadro epidemiologico chiaro. Questo è stato il limite di tutta la questione, almeno per quello che è pubblico; probabilmente per chi ha gestito l'emergenza

ci sono informazioni che non sono state condivise per una serie di ragioni, come ad esempio la solita volontà di non allarmare troppo la popolazione.

A partire dai primi casi è iniziato un grosso allarme, anche attraverso i mass media, per cui la politica ha risposto cercando di sminuire questa crescente preoccupazione diffusasi nell'opinione pubblica e quindi di conseguenza sminuendo il rischio. L'inizio di un'epidemia è il momento più importante perché non dilaghi, per cui evitare di rassicurare proprio in quel momento sarebbe stato necessario; certo posso capire che è umano questo atteggiamento, perché i casi sembrano pochi e sembrano crescere poco velocemente. Ad ogni modo è stato il momento peggiore della comunicazione.

### ***Non eravamo pronti dunque?***

È chiaro che si è improvvisato. I piani pandemici erano pronti su carta, ma non operativi. Non c'era una task force pronta, né protocolli o competenze. Questo ha fatto la differenza tra noi e molti paesi che per la loro vicinanza geografica con la Cina, si aspettavano da un lato che la Cina stessa ritardasse l'informazione, e dall'altro un'esplosione di casi, per cui hanno messo in atto una catena di interventi ampia ed efficiente. A Taiwan hanno iniziato a controllare la febbre a chi arrivava da Wuhan, ancora prima che la città cinese entrasse in lockdown. In Italia sono state date rassicurazioni come il blocco dei voli o l'acquisto di termoscanner, che hanno portato a un senso di falsa sicurezza, che probabilmente rifletteva l'immagine di una minaccia lontana. Vai poi a immaginare che sarebbero stati propri gli italiani i primi ad essere travolti dall'epidemia al di fuori dell'Asia. Io posso capire un primo momento di incredulità generale nel pensare che dovessimo vivere anche noi quello che stava accadendo a Wuhan.

### **Queste sono delle attenuanti alla gestione e alla comunicazione dell'emergenza?**

Inizialmente sì. Chi aveva i protocolli pronti è perché nel 2003 aveva già gestito la Sars. Noi abbiamo avuto 4 casi in quella circostanza, e tutti di importazione. È meno giustificabile quando i casi sono passati dall'essere una decina, a un centinaio. Non ci si è preoccupati del fatto che di lì a pochissimo sarebbero diventati migliaia, e invece si è rassicurato sul fatto che le persone avrebbero potuto continuare a fare la vita di prima. In questo momento le persone avrebbero potuto fare di più se messi nelle condizioni di capire che la situazione non era così tranquilla. Questa incapacità comunicativa è dovuta alla mancanza di

coordinamento tra le istituzioni che hanno gestito l'emergenza: il Ministero ha avuto poca voce e la Protezione Civile non è abituata a gestire crisi simili.

### ***A proposito di Protezione Civile, cosa ne pensa delle conferenze stampa delle 18?***

Lo stesso Borrelli si è pentito di questo sistema a un certo punto, come ha dichiarato su *Repubblica*. Fosse stato per lui verso il 20 di marzo l'avrebbe finita lì, l'unico motivo per cui non l'ha fatto è stata la paura che la gente pensasse che si stesse nascondendo qualcosa. Nelle conferenze ci sono stati diversi problemi. Innanzitutto non si è capito chi fosse il portavoce di tutto. È stata una gestione piuttosto opaca, non si è capito bene quale fosse il ruolo dell'uno e dell'altro. Si può costruire solo a posteriori: un premier che ha cercato di fare il padre di famiglia e i tecnici che sono andati ognuno per conto suo. Sono mancate regia e trasparenza nel far capire chi stesse parlando e con quale ruolo, cosa che andrebbe costruita prima di un'emergenza. La comunicazione del rischio è cosa complicata, se viene affidata a un tecnico deve essere un tecnico capace di essere empatico, e in questo senso Borrelli e Brusaferrò hanno lasciato a desiderare. A posteriori si può considerare sia stato un appuntamento da un lato atteso, come se fosse un piccolo rito, dalla popolazione e dai giornalisti per avere un'idea di quello che stava succedendo; dall'altro però non è stato in grado di dare un quadro coerente alla situazione che andasse al di là di quei numeri ballerini, che si è capito dopo rappresentassero un conteggio di dati inaffidabile, e che riuscisse a far percepire meglio che cosa si stava facendo, perché, e a che punto eravamo.

### ***Perché non ci sono riusciti?***

Tutto questo si può fare solo se si ha una pianificazione. Non puoi andare in conferenza stampa a leggere i dati del giorno prima, ma dovresti aver deciso di seguire una narrazione che accompagni una crisi, che però va seguita con un piano di comunicazione che mancava, così come mancava un piano di gestione. Insomma a me è sembrato debole come appuntamento. Non si è capito perché e a chi si stesse parlando. Mancava un'idea chiara, la conferenza poteva essere un momento, accompagnato ad altro, con scopi diversi, per pubblici diversi. Un altro problema è stato quello di non recepire le critiche rivolte a questo appuntamento debole e inconsistente, non hanno mai messo in discussione tutto l'impianto. Hanno deciso di andare avanti finché era inevitabile, ma è chiaro che non ha funzionato granché. Essendo così tristi, inutili e strazianti, confesso che ho smesso presto di guardarle; mi è sembrato che non fornissero più di tanto elementi ulteriori rispetto ai numeri dati, neanche troppo affidabili.

***Riguardo a due dei temi più dibattuti, tamponi e mascherine, come pensa sia stata gestita la comunicazione circa la loro utilità e disponibilità?***

Tutti gli stati che erano in grado di produrre tamponi e mascherine, li hanno usati in modo massiccio. Al di là del ruolo degli asintomatici nella trasmissione del virus, su cui c'è stata confusione, quando devi arginare le infezioni e risalire a una catena del contagio usi tamponi e mascherine, se li hai. Se non li hai invece devi fare delle scelte, allora forse Borrelli avrebbe dovuto essere più onesto nell'ammettere che non siamo in grado di produrre 10 milioni di mascherine al giorno come fanno a Taiwan o in Corea, per cui dobbiamo dare la precedenza al personale sanitario; ma forse non ce n'era abbastanza neanche per loro. Purtroppo si sono confusi i piani scientifici e decisionali: se tamponi e mascherine sono utili, va detto al di là della disponibilità. Invece ci siamo mascherati dietro al fatto che forse non era così necessario fare tamponi a tutti o consigliare diffusamente l'utilizzo delle mascherine. C'è una distonia comunicativa che fa da paravento a un problema di gestione, e in questo caso la comunicazione sarà inevitabilmente pessima.

***Ci sono stati molti cambiamenti circa le indicazioni su chi dovesse fare il tampone...***

All'inizio c'erano delle incertezze fisiologiche legate alla trasmissione del coronavirus. Finché non si è stati sicuri del ruolo degli asintomatici i tamponi sono stati consigliati, anche da parte dell'Oms, solo ai sintomatici. Il 16 marzo, durante la conferenza stampa di Tedros "Test, Test, Test", le indicazioni date sono cambiate, quando è diventato chiaro il ruolo degli asintomatici; inoltre è stato evidente che chi ha fatto tamponi massicci anche agli asintomatici ha avuto buoni risultati, come Corea e Taiwan. Questo non è stato chiaro fin dall'inizio, ma adesso non ci si può più nascondere dietro alla necessità di fare dei tamponi con delle priorità. Andrebbero fatti in maniera più consistente, se poi la possibilità di attuare questa strategia non c'è, bisogna fare un distinguo: sappiamo essere una strategia importante, ma non essendone in grado, agiamo per priorità. Bisogna distinguere i due piani. Per le mascherine la situazione è più complessa perché sono meno standardizzate dei tamponi, ce ne sono di vari tipi, con diverse funzioni. Ma anche in questo caso con il passare del tempo si è visto che in determinate zone dove l'uso e la produzione sono più diffuse, si sono avuti buoni risultati; l'utilità di tale strumento non è più relativizzabile, l'utilità è innegabile. La confusione è stata tanta e perdura ancora.

Bisogna poi considerare che gli asintomatici possono sicuramente infettare meno rispetto a una persona che ti tossisce in faccia, ma gli asintomatici possono uscire di più per cui un rischio legato anche a loro è presente.

***In che modo la comunicazione può contribuire a limitare i decessi?***

La comunicazione ha un ruolo limitato, ma cruciale in un'epidemia perché non avendo farmaci e vaccini, uno dei modi di limitare le vittime è dire il più chiaramente possibile cosa fare e cosa non fare. La comunicazione però non funziona se le cose che comunichi non sono normate. È ormai appurato che le categorie più a rischio sono gli anziani, e in Germania, dove la mortalità è più bassa della nostra, gli anziani sono stati isolati normando il divieto di andarli a trovare. Laddove invece le persone di una certa età siano operatori sanitari che devono quindi avere contatti con i malati e non possono essere isolati, devono essere presenti protocolli da seguire per proteggersi. Dichiarare solamente che la categoria più a rischio sono gli anziani senza fare nulla di concreto, non ha senso per risparmiare vite. In questo caso, essendo gli anziani più a rischio, è difficile non cadere in una rassicurazione eccessiva per i giovani, anche perché la comunicazione deve sempre essere trasparente; in questo caso è fondamentale far passare l'informazione che tutti sono a rischio, sia a livello personale che come veicolo di infezione per le persone care. Questo non è stato fatto, ed è un errore clamoroso perché rassicurare i giovani e allo stesso tempo non isolare gli anziani, li espone a un rischio maggiore.

***Le norme e le misure di distanziamento sociale che la popolazione ha dovuto e deve seguire, sono state sufficientemente spiegate scientificamente?***

Perché una persona segua una norma per tanto tempo deve capire bene che cosa c'è dietro. Credo che sia mancata una spiegazione tecnica del perché delle varie norme, e questo è legato al tipo di comunicazione adottata, che è molto paternalistica. Con questa crisi abbiamo capito che non solo gli italiani non si fidano delle istituzioni, ma le istituzioni non si fidano degli italiani e li considerano poco più che bambini incapaci. Nella migliore delle ipotesi possono seguire un'indicazione facendoli sentire come difensori della patria, ma non si va molto più lontani di questo. Legata all'atteggiamento paternalistico deriva sicuramente anche una mancanza di trasparenza data dal tentativo continuo di non mandare nel panico i cittadini, oltre alla volontà di nascondere certi movimenti dettati dall'impreparazione.

***Crede che questa crisi ci insegnerà qualcosa di positivo sulla comunicazione del rischio?***

Non credo che impareremo tantissimo da quello che è successo. Gli errori che sono stati fatti sono sempre gli stessi. Quello che si dovrebbe capire è che bisognerebbe essere preparati: manca un piano sia di comunicazione che di gestione dell'emergenza.

In questo caso, oltre alla nostra proverbiale impreparazione, ci siamo trovati addosso un virus subdolo che ci è arrivato prima di altri e ci ha messo in grossissime difficoltà. Sicuramente vedremo cambiare la percezione del rischio nei confronti di queste minacce, ma non so se questo sarà sufficiente per immaginare una preparazione diversa, e il rischio è quello di subire gli eventi, come sta ancora succedendo. Siamo qui ad aspettare cosa succederà tra una settimana. Bisognerebbe guardare all'Asia dove è successo tutto prima, ma il problema è che la nostra cultura e la nostra organizzazione sono molto diverse. Abbiamo difficoltà a immaginare di poter fare le stesse cose, ad esempio a Taiwan è prevista una multa di 100.000 \$ per la diffusione di fake news o in Corea viene tracciato tutto senza permessi grazie a videocamere ovunque, per noi è inconcepibile vivere così.

***E allora cosa possiamo fare noi in Italia?***

Bisogna capire come rispondere in un luogo come il nostro. Anche in questo caso sono emersi nuovamente i nostri limiti: la Protezione Civile non è fondamentalmente in grado di fare prevenzione. È nata per tirare la gente fuori dalle macerie, per cui quando ci sono crisi durature, non la sanno gestire per mancanza di organizzazione, prevenzione, preparazione. Dovrebbero già essere pensate e predisposte task force pronte ad attivarsi a seconda dei vari scenari, con figure definite così che si sappia già chi dice e cosa fa, adattandosi alla realtà dei fatti ovviamente.

\*\*\*

**2. Barbara Gallavotti- 6 maggio 2020**

***Cosa ne pensa delle conferenze stampa della Protezione Civile delle 18?***

Credo che a livello istituzionale quello che è mancato sia stata un'ammissione chiara di quello che non ha funzionato, e questo è stato un grossissimo problema. Ovvio che ci sono delle cose che non hanno funzionato e ovvio che lo mettiamo in conto perché è una

situazione unica. Ci piacerebbe però sentirci dire ad esempio “abbiamo sbagliato a non fare i tamponi all’inizio, avremmo voluto farli, ma non li avevamo e non li avevamo per questo o quel motivo”. Questo tipo di trasparenza è mancato e credo che sia il più grosso difetto nella comunicazione.

***Legato al problema dei tamponi c’è il ruolo degli asintomatici nella trasmissione del virus. Crede sia stato chiarito adeguatamente?***

Credo ci sia stato un enorme problema di confusione tra asintomatici e presintomatici. Nessuno ha veramente capito se una persona si può ammalare senza manifestare nessun sintomo ed essere ciò nonostante contagiosa, oppure se per essere contagioso devi avere una malattia tale per cui a un certo punto si manifestano i sintomi. Io propendo per questa seconda ipotesi. La distinzione è stata fatta malissimo anche a livello scientifico; poi obiettivamente ci sono cose che non si sanno. Come ad esempio il ruolo dei bambini, è uscito uno studio di Lancet fatto in Cina che dice che i bambini si infettano e hanno una carica virale nelle alte vie respiratorie simile a quella degli adulti, per cui anche se non manifestano i sintomi sono contagiosi ugualmente. Su questo però ci sono dati molto discordanti.

***L’incertezza non è mai stata comunicata però, in questo caso in particolare, e anche in generale nella comunicazione dell’emergenza...***

Ci sono tre step: quello degli scienziati che dicono quello che si sa, quello di chi in base a quanto dichiarato decide cosa si debba fare a livello sanitario, e quello dei politici che decidono invece cosa fare a livello di società. La storia delle mascherine chirurgiche è piuttosto emblematica: abbiamo capito tutti che servono per proteggere da noi gli altri, più che altro. Ma tutti ci siamo anche sempre detti che se io non so di essere malato o meno, la mascherina andrebbe messa, nel dubbio. Mi sarei aspettata dichiarazioni degli scienziati che dicessero chiaramente a cosa servono e poi i decisori avrebbero dovuto ammettere la penuria di mascherine e di DPI in generale, e dunque dare la precedenza a chi è certamente infetto. Così sarebbe stato più leale. Invece sentire l’epidemiologo e il virologo “non mettete la mascherina, se non avete sintomi” non è il massimo. È chiaro che questa è stata una presa di posizione istituzionale, sapendo che le mascherine non c’erano non potevano consigliarne a tutti l’utilizzo. C’è una grossa difficoltà nel far sì che ciascuno mantenga il suo ruolo.



***Come valuta la decisione di aver invitato in conferenza numerosi clinici ed epidemiologi ad affiancare il Capo della Protezione Civile, anziché scegliere un portavoce unico?***

Mi aspetto che in conferenza ci sia qualcuno che sappia rispondere anche alle mie domande da giornalista su temi medici per cui non la giudico una scelta sbagliata. Tra l'altro giudico il linguaggio che hanno utilizzato nella comunicazione in conferenza stampa mediamente molto chiaro. Il grosso problema credo appunto che sia stato far finta di aver fatto sempre la scelta migliore.

***E riguardo alle prime scelte di chiudere i voli o di utilizzare i termoscanner in porti e aeroporti cosa mi dice?***

Quelle prime decisioni sono state orribili e dettate unicamente da scelte politiche che niente avevano a che fare con questioni scientifiche o sanitarie. Si è cominciato a parlare seriamente dell'argomento quando c'è stato il primo caso di Codogno. Prima era solo propaganda.

***Trova che il rischio sia stato sminuito troppo inizialmente?***

Sì, ma questa cosa è avvenuta in tutto il mondo. C'è stato un momento di rimozione collettiva: si vedeva arrivare questa enorme onda che non poteva non travolgerci, però si continuava a far finta che fosse un problema evitabile. Non riesco a capire perché non si fosse pronti, però certo anche dietro a queste grandi emergenze c'è un lato umano: tutti coloro che devono prendere decisioni sono esseri umani e per quanto siano preparati di fronte a qualcosa di questo tipo vince lo sgomento e il rifiuto dell'idea di doversi davvero chiudere in casa come a Wuhan. Non mi sento di rimproverare le istituzioni del fatto che verso il 20 gennaio non si fosse pronti a reagire a quello che è avvenuto a Codogno. È difficile trovare un equilibrio anche con la volontà di non creare panico, non mi sento davvero di dare colpe a chi ha cercato di fare il meglio.

***I tamponi sono un altro tema molto dibattuto oltre alle mascherine: quali criticità ha trovato nella comunicazione della loro utilità?***

Non sono riuscita a capire quale sia stato il reale problema a fare più tamponi. Mi è stato detto dagli epidemiologi che questi esami devono essere omologati per cui non si possono coinvolgere centri privati, ma solo centri specializzati. Non credo sia un problema di reagenti o di costo, per cui come mai non sono state messe in campo più entità per fare

questi tamponi? È un problema di affidabilità del test o di istantaneità della fotografia data dal tampone? In questo caso dicendo a qualcuno che non è stato contagiato ci potrebbe essere il rischio che non si tuteli più nella maniera idonea certo del fatto di non essere positivo, condizione che potrebbe cambiare a distanza di pochi giorni; è un possibile argomento sicuramente. Nel complesso però non sono riuscita a farmi un'idea chiara. È inutile che ci continuino a ripetere che la situazione dei tamponi è completamente sotto controllo, vorremmo sapere onestamente perché non si riescono a fare più tamponi. L'incapacità, se venisse ammessa e spiegata, sarebbe comprensibile dato che ci troviamo di fronte alla più grande epidemia del secolo.

Ad ogni modo credo che la strategia migliore sarebbe tracciare i contatti e fare tamponi mirati a coloro che sono a rischio di aver contratto infezione, come in Corea.

***Lei crede che le misure restrittive siano state comprese e accettate da parte della popolazione?***

Credo ci sia stata una grossa accettazione delle indicazioni da parte di tutti, e mi dà molto fastidio quando viene detto che le persone non hanno seguito le regole perché è stato fatto un sacrificio mai visto in precedenza. C'è stata molta colpevolizzazione dei cittadini come se fossero persone che se ne disinteressavano di tutti perché andavano a correre o cercavano scuse per portare fuori il cane. Gli italiani sono stati anche individuati come causa dei contagi ancora alti, quando le istituzioni avrebbero potuto ammettere l'incapacità di tracciare e individuare i positivi tramite tamponi e contact tracing. Ognuno ha il suo ruolo e i cittadini non possono essere accusati di tutto quello che non va bene. Mi piacerebbe sentire quello che non ha funzionato da parte di chi deve, e avrebbe dovuto gestire l'emergenza.

Forse però quello che manca alla popolazione è una spiegazione organica e capillare delle basi, come ad esempio il fatto che posso dire che un farmaco funziona solo quando ho fatto uno studio controllato che me ne dà la certezza. Il plasma posso usarlo solo in certe circostanze, ma non ne ho abbastanza. Queste informazioni di biologia di base mancano: si tende a commentare l'attualità e a dare il dato di fatto superficiale senza raccontare come si è arrivati lì. Questo è il compito del divulgatore, non posso aspettarmi che l'epidemiologo si metta a spiegare come funziona un anticorpo. Manca il tassello di alfabetizzazione.

***Per quanto riguarda i decessi, crede sia stata promossa un'eccessiva tranquillizzazione delle persone mediamente giovani e sane?***

È vero che sono i più anziani e le persone con comorbilità i più spostati a rischi maggiori, ma la quantità di condizioni che possono influenzare la gravità della Covid-19 è talmente ampia e diffusa che alla fine quelli che non ne hanno nessuna sono veramente pochi. C'è chi è obeso, chi è iperteso, chi ha avuto un tumore, tutte caratteristiche che comprendono un'ampia parte della popolazione. Credo che il messaggio che anche i più giovani possano avere una certa probabilità di infettarsi sia passato, anche se a vent'anni pensare di morire per una malattia infettiva è difficile. Probabilmente in questo caso ci si preoccupa di più per i nonni.

\*\*\*

### **3. Sergio Pistoì - 5 Maggio 2020**

***Cosa ne pensa della campagna di comunicazione del Ministero della Salute e in particolare dello spot, successivamente ritirato, in cui Mirabella afferma: "non è affatto facile il contagio", riferendosi al nuovo coronavirus?***

Non ho visto questo spot in particolare, ma conoscendo altre campagne ministeriali su altre cose, credo che il problema sia sempre il solito. In queste campagne non ci sono strategie, non c'è un'idea di base, e non mi stupisce che vengano fatte senza nessuna logica. Un altro problema è la stratificazione in base al target, ovvero un segmento ben definito secondo determinati criteri. Mirabella parla di prostata nei programmi dei vecchietti per cui se si tratta di sensibilizzare il target dei 65enni va benissimo. Ma il Ministero a chi voleva davvero parlare? Il target non può assolutamente essere tutta la popolazione: siamo 60 milioni, dai bambini al novantenne. Purtroppo queste campagne sono fatte da gente che non ha la minima capacità di capire come funziona la comunicazione, da funzionari del Ministero che purtroppo sono lì senza sapere bene il perché, dato che di base hanno ruoli diversi e sono stati riciclati nella comunicazione, credendo che tutti siano in grado di farla.

***Cosa ne pensa invece delle conferenze stampa delle 18 della Protezione Civile?***

Sinceramente non mi sono inflitto la pena di guardarle quotidianamente. Credo però che sia stato un errore basare l'intera comunicazione della più grande emergenza sanitaria

dell'ultimo secolo su una conferenza stampa. La comunicazione pubblica tiene conto del target e delle domande delle persone: è un processo che va a feedback. Bastava ascoltare e guardarsi in giro per capire che il 90% delle cose dette non sono state recepite correttamente dalla popolazione. La conferenza stampa avrebbe dovuto essere affiancata da una campagna di comunicazione e magari anche da volontari che andassero in giro a spiegare alla gente cosa fare, cosa non fare e come usare determinati dispositivi. Come viene fatto a Cuba ad esempio, dove 28.000 studenti di medicina vanno casa per casa a spiegare alla gente cosa fare, cosa no, e a chiedere se c'è qualcuno in famiglia che tossisce. La comunicazione sul territorio va fatta a partire dal presupposto che è una cosa importante. Qui invece la comunicazione è stata fatta solo per i media, e male!

### ***Cos'è andato storto?***

Per prima cosa era da evitare la spocchia accademica con cui si sono presentati alla popolazione personaggi come Locatelli, Brusaferrò, Rezza creando l'immagine del sacerdote. In questo modo si ha una situazione per cui l'esperto si pone come il detentore della verità e di come stanno le cose, e quelli che non la pensano come lui sono invece dei somari. Questa situazione, dal punto di vista comunicativo, funziona finché serve a creare fiducia nella persona e nell'istituzione. Quando però ti rendi conto che la popolazione italiana che hai di fronte la fiducia non ce l'ha, e non la aveva neanche prima, non puoi partire con la strategia di mettere un sacerdote a comunicare. La comunicazione riflette la realtà, non c'era nessuno che avesse un ruolo di leadership in cui riporre fiducia. I politici parlano di cose che sostanzialmente non capiscono e gli esperti danno l'impressione di aver capito tutto mentre tu non hai capito nulla. Entrambe le modalità di comunicazione sono sbagliate perché non creano un senso di comunità; il leader interpreta le domande che sono nell'aria e raccoglie il feedback. In questo caso invece c'è stata una comunicazione a senso unico dove sono state date prescrizioni e indicazioni poco chiare.

### ***Ad esempio riguardo a cosa?***

La questione delle mascherine innanzitutto. Come si usa una mascherina doveva essere chiaro a tutti dall'inizio perché dovevano spiegarlo a livello istituzionale. Ma la confusione è anche alla base: mascherina sì, mascherina no? Ci sono esperti istituzionali che dicono di non usarla però il governo fa il decreto invitando all'uso della mascherina: comunicativamente parlando è un disastro. Se il governo decide che la linea è quella di

portare la mascherina, o hai dei criteri scientifici per dirlo, oppure spieghi il perché di questa decisione. Ad esempio se non ci sono mascherine a sufficienza, ciò va spiegato in termini semplici, senza trattare la gente come ciucci.

Altro grande tema dibattuto e comunicato poco chiaramente è quello dei tamponi. Intanto il messaggio lanciato all'inizio è che i test servono per confermare una diagnosi di individui sintomatici. In seguito abbiamo assistito alla conferenza stampa dell'OMS dove il Direttore Generale Tedros pronuncia la famosa frase "Test Test Test" con cui viene detto in modo chiaro e inequivocabile che vanno testate tutte le persone entrate in contatto con un caso conclamato, anche asintomatici. In realtà la tracciatura dei contatti era stata raccomandata fin dall'inizio, come in tutti i casi di epidemia. Anche a seguito di questa dichiarazione dell'OMS, Ricciardi, consulente del Ministro della Salute, ha affermato che tale dichiarazione si riferiva ai paesi del terzo mondo. Qui si parla di onestà nella comunicazione, e non di comunicazione fatta bene o male.

***Il discorso dei test è strettamente collegato al concetto degli asintomatici...***

Esattamente, chi ha detto non facciamo i test l'ha detto perché c'era una convinzione accademico-ideologica del fatto che gli asintomatici non trasmettessero la malattia, o comunque molto poco, come riferito dall'OMS inizialmente. Questa deduzione deriva dall'analogia con la Sars, ma sono due virus completamente diversi! Con la Sars la gente sta subito male, i sintomi gravi sono nel 40-50% dei casi per cui le persone non vanno in giro avendo la possibilità di contagiare. Non c'è mai stato un passaggio netto di pensiero secondo cui gli asintomatici trasmettono il virus, e questo è stato un voler salvare la faccia. Se gli asintomatici non trasmettono perché ci tengono in casa? Se io non ho sintomi e sono in casa da 15 giorni, potrei uscire senza problemi. È ovvio quindi che c'è un rischio, ma si crea la situazione per cui l'accademico conosciuto, una volta che ha detto una cosa non dirà mai il contrario.

È chiaro che non si è tenuto conto di una strategia importante che loro non avevano in mente, quella della sorveglianza attiva. Il tampone fotografa la presenza del virus nel momento in cui fai il test, per cui è ovvio che se ti infetti il giorno dopo averlo fatto, il tampone sarà negativo; l'importante però non è trovare tutti i casi positivi in quel momento, ma trovarne il più possibile e tirarli via dalla strada per limitare la diffusione del virus. Prima di spiegare un concetto, bisogna capirlo e non sembra essere così.

### ***Altri sbagli?***

Un altro grande errore è stato quello di negare la complessità. In questo caso la comunicazione riflette un errore di pensiero: noi comunichiamo quello che abbiamo in testa, e se una cosa non ce l'hai, la comunichi male. Una pandemia è qualcosa di complesso, non nasce dal nulla; il virus si sviluppa in un ecosistema composito naturale. È normale di fronte ad un evento così grande e inaspettato, cercare risposte che si credono risolutive: prima le mascherine, poi i test sierologici, e infine il plasma iper immune; altri invece negano il fenomeno. Sotto ai miei video dove spiego come usare le mascherine o che cos'è un virus, molti commentano dicendo che il virus non esiste. Ma chi è un bravo comunicatore deve prevedere queste reazioni, e quando capta determinati commenti e comportamenti strani, deve intervenire.

### ***Cosa ne pensa nello specifico dei dati comunicati da Borrelli durante le conferenze stampa?***

Credo sia sbagliatissimo dare dati fin dall'inizio, nazionali per di più. Perché io non ho mai seguito le conferenze stampa? Perché per me quei numeri non significano nulla. Noi italiani siamo tutti malati terminali se negli altri paesi la letalità è del'1% e qui il 15%. Chiunque abbia un minimo di cognizione capisce che se non si fanno i test non ha senso dare il numero della letalità. Quando un dato non ha senso, non bisogna darlo: è una regola della divulgazione.

Anche per quanto riguarda i decessi, i dati nazionali riportati fin dall'inizio non davano una fotografia reale della situazione in Italia, fortemente diversificata a seconda delle zone. Era un rito macabro privo di senso.

### ***Rispetto alle varie fasi dell'emergenza, pensa che la comunicazione si sia adattata opportunamente?***

All'inizio hanno molto rassicurato invece di dire come stavano le cose, dopodiché c'è stata la fase di terrorismo psicologico, dove rischio e paura sono state rappresentate in maniera esagerata e strumentale per far stare a casa le persone. Oggi sembra essere tutto a posto, non si parla più dei morti e la gente esce, ma le indicazioni date dalle istituzioni sono rimaste sempre le stesse. A cambiare è stata solo la percezione del rischio: inizialmente bassa successivamente molto alta, e adesso la gente esce tranquillamente. Anche i messaggi dovrebbero cambiare e andare contro fase rispetto alla percezione del rischio:

quando il rischio viene sottostimato bisognerebbe comunicare maggiormente per sensibilizzare di più, cosa che non è stata fatta.

Durante il lockdown è stato facile far rispettare il messaggio “State a casa”, perché allontanarsi avrebbe voluto dire essere arrestato. Adesso siamo tornati alla modalità delle prime fasi quando il messaggio era ed è: “ci fidiamo di voi, mi raccomando fate i bravi perché è tutto nelle vostre mani”. La buona comunicazione si vede quando la gente è abbastanza libera e la cosa fondamentale sarebbe stato capire e abbracciare la complessità per spiegarla con messaggi semplici e onesti. A esempio nella fase attuale un messaggio significativo e onesto da dare sarebbe: “oggi uscite, ma non sapete quante delle persone incontrate possono passarvi il coronavirus perché non lo sappiamo neanche noi che studiamo il fenomeno”.

### ***Di tutti gli errori detti quale pensa sia il più grande?***

Credo che il sunto di tutti gli sbagli comunicativi fatti sia lo slogan “state a casa”. Invece di puntare l’accento sul comportamento, le istituzioni hanno puntato sul luogo. I dati epidemiologici ci stanno dicendo che la maggior parte della gente si è contagiata nelle RSA, negli ospedali e stando a casa. “State a casa” va bene se messo all’interno di una strategia più articolata, invece è diventato l’unica cosa, come fosse un totem. Infatti si è creata quella situazione per cui chi usciva da solo, in piena sicurezza, veniva insultato dalla gente sul balcone perché non è passato il concetto che la chiave non è stare a stare a casa, ma non contagiarsi. Questo perché c’è stata confusione nella comunicazione: tuttora abbiamo una serie infinita di consulenti e rappresentanti delle istituzioni senza un unico portavoce che continuano a parlare proponendo idee differenti nel giro di breve tempo, parlando a nome proprio e a nome dell’istituzione che rappresentano. Chi parla in conferenza stampa non deve parlare come epidemiologo, clinico o tecnico, ma come portavoce di un pensiero univoco precedentemente accordato. Non credo che questo sia stato fatto.

### ***Seppur nella confusione, su cosa si è fondata principalmente la strategia di comunicazione istituzionale durante l'emergenza?***

Purtroppo sulla colpevolizzazione della popolazione, anche per cose che avrebbero dovuto fare le istituzioni stesse. Ad esempio è stato detto da tutte le autorità, durante le conferenze stampa e le varie dichiarazioni, che c’era troppa gente in giro; si è creato un effetto comunicativo che ha una tradizione millenaria nella politica e nella comunicazione: il capro

espiatorio, che spieghi e che concentri su di sé le frustrazioni. In questo modo è possibile fare le conferenze stampa con dati privi di senso, non fare tamponi nemmeno ai sanitari, e se le cose vanno male, come sono andate, si può scaricare la colpa sulle persone. Non è stata creata una situazione di comunità dove il cittadino si sente responsabilizzato, ma si crea una situazione di colpevolezza.

Sarebbe stato più onesto lasciare spazio alle difficoltà spiegate e ai dubbi condivisi con la popolazione.

#### ***Qualcosa di positivo c'è stato nelle conferenze stampa?***

Onestamente poco. Posso salvare l'idea astratta di presentarsi davanti agli italiani a rendicontare, ma fornire il dato nazionale e soprattutto quotidiano non ha senso. I risultati dei tamponi arrivano anche 15 giorni dopo, per cui nel frattempo le persone di cui stai parlando sono guarite, o morte.

\*\*\*

#### **4. Roberta Villa- 7 maggio 2020**

##### ***Cosa ne pensa della campagna di comunicazione del Ministero della Salute e in particolare dello spot, successivamente ritirato, in cui Mirabella afferma: "non è affatto facile il contagio", riferendosi al nuovo coronavirus?***

In quello spot c'era un errore che non si dovrebbe fare durante una crisi: non si teneva conto dell'incertezza che caratterizza la comunicazione della scienza in generale, e la comunicazione in un momento di crisi in particolare. Una frase come quella pronunciata da Mirabella dava un elemento di sicurezza che in quel momento nessuno poteva avere. È vero che la situazione poteva sembrare meno grave di quello che poi si è dimostrato, ma non avevamo nessun elemento per avere una simile certezza. Le istituzioni spesso hanno paura di comunicare l'incertezza perché hanno l'impressione che ciò dia un senso di debolezza ai cittadini e quindi possa ridurre la fiducia; in realtà ammettere l'incertezza proprio in un momento del genere e precisare molto bene, come fa l'Oms, cosa è certo e cosa in dubbio, sarebbe raccomandabile. Passare cose incerte per certe è in linea con tutto il difetto peggiore della comunicazione istituzionale di questa emergenza: il paternalismo, anche da parte delle conferenze stampa di Conte e della Protezione Civile.



***A proposito delle conferenze della Protezione Civile, ci sono state altre criticità?***

Oltre al paternalismo sicuramente l'assoluta mancanza di empatia da parte di Borrelli. Per quanto riguarda la comunicazione della crisi, c'è un motto secondo me molto importante che dice che in queste situazioni "People wants know that you care, much more than they care what you know" (Alla gente interessa di più sapere che ti preoccupi, rispetto a preoccuparsi di quello che sai). Inoltre, non c'è stata una comunicazione precisa, ma manipolatoria. Basti pensare al numero dei guariti che non aveva senso dato che comprendeva dimessi, guariti clinicamente, coloro che hanno il doppio tampone negativo; così come il numero di tamponi che non rappresenta il numero reale di persone sottoposte a test. I morti poi erano infilati dentro per sbaglio, mangiandosi le parole. Chiaramente è una comunicazione non trasparente, priva del senso comune del "tutti insieme dobbiamo contribuire, siamo tutti sulla stessa barca", era un continuo raccomandare ai cittadini di "fare i bravi". Anche adesso la situazione è questa, le istituzioni raccomandano ai cittadini di essere responsabili, e se ci sarà il ritorno dell'ondata sarà colpa nostra. Questo stigma così colpevolizzante non è una buona comunicazione e nemmeno giusta.

***Riguardo a due dei temi più dibattuti, tamponi e mascherine, come pensa sia stata gestita la comunicazione circa la loro utilità e disponibilità?***

Secondo me è mancata la coerenza: esperti, governo, Regioni danno tutti opinioni e indicazioni diverse. Il cittadino non ha avuto regole e norme precise da seguire, ma fatte in maniera ambigua così che in qualunque modo si possa sbagliare. Inoltre è mancata la trasparenza, che deriva direttamente dal paternalismo nel tentativo di non allarmare.

Riguardo ai tamponi il problema principale è stata l'impossibilità di farli anche ai sintomatici. Se davvero in determinate zone particolarmente critiche come la Lombardia fossero garantiti i tamponi ai sintomatici e ai contatti stretti, come prevedono l'Oms e il Ministero, saremmo in un altro mondo. Nessuno pretende tamponi a tappeto ovunque, li fai di massa se hai poca gente e tanti tamponi, altrimenti anche per il fatto che forniscono una fotografia istantanea dell'infezione, li fai solo ai sintomatici e ai suoi contatti. Non bisogna considerare solo lo slogan Test, Test, est, ma piuttosto Test, Track and Treat, a cui aggiungerei anche l'isolamento, elemento fondamentale.

***Lei crede che la scienza sia stata utilizzata adeguatamente per spiegare, far comprendere e accettare le misure restrittive da parte della popolazione?***

Per quello che ho visto però credo che ce ne sia stata tanta di scienza, ma brutta e soprattutto presentata con una luce negativa. Il problema è che in Italia la scienza è presentata come granitica, per cui quello che è scientifico è vero e tutto il resto è falso; e che  $2+2=4$  e nessuno lo può discutere. Questo in realtà è esattamente il contrario dello spirito della scienza che si nutre di dubbi continuamente, ma le persone abituate a questa visione sono convinte che la scienza abbia risposte certe e assolute, cosa che in questo caso manca perché è un tema scientifico, per di più nuovo. La gente è rimasta disorientata per i numerosi cambi di opinione avvenuti nel tempo, e anche per le diverse idee espresse dai diversi scienziati. Ciò è avvenuto perché alle persone non è mai stata passata la concezione che la scienza è fatta di tante scienze che possono essere costellate di dubbi, che andrebbero ammessi e accettati.

***Cosa ne pensa della decisione dell'Istituto Superiore di Sanità di creare un momento di comunicazione per spiegare l'andamento epidemiologico?***

Credo sia stata una chiara manifestazione di dissociazione rispetto alla modalità di comunicare i dati giornalmente da parte della Protezione Civile. Questo non è un bel segnale: Brusaferrò, Rezza e Locatelli con questa scelta hanno deciso di allontanarsi da qualcosa che evidentemente non dividevano.

***Per quanto riguarda i decessi, crede sia stata promossa un'eccessiva tranquillizzazione delle persone mediamente giovani e sane?***

Credo si sia enfatizzato un po' troppo sul fatto che le persone più gravemente colpite sono persone anziane e con comorbidità. Quando si inizia ad avere una certa età, le patologie segnalate come fattori che aumentano il rischio per le complicanze da coronavirus, sono molto diffuse. Considerando ipertensione, diabete, obesità, fai prima a contare quelli che non le hanno rispetto a quelli che le hanno. Tutto dovrebbe essere comunicato con serenità, obiettività e trasparenza, senza paternalismo e senza giocare in maniera oscillante sulla paura per farci restare a casa, o sulla rassicurazione eccessiva per far agire i decisori in maniera indisturbata. In questo caso non ci sarebbe il timore di aver troppo rassicurato i giovani avendo loro fornito le informazioni necessarie per gestire al meglio la situazione.

***Qualche elemento positivo riesce a trovarlo nelle Conferenze stampa della Protezione Civile?***

Non le ho seguite quotidianamente perché mi sentivo male: da comunicatrice soffrivo fisicamente. Se le riguardassi probabilmente qualcosa di buono potrei trovarlo, ma per quello che ho visto non mi sono piaciute, le ho trovate strumentali e manipolatorie.