

6° CONVEGNO

di Fondazione Arianna Anticoagulazione
e anticoagulazione.it

1-2 APRILE 2022
BOLOGNA Zanhotel Europa



IN COLLABORAZIONE CON



Narrazione e percezione di una pandemia

Sergio Coccheri

- *Università di Bologna*

- *Fondazione Arianna Anticoagulazione*

Eccesso di comunicazione

- Ridondanze, ripetizioni, previsioni errate
- Rifiuto di usare termini come «non so» «non si sa»
- Non viene spiegato il «metodo scientifico»
(Consulta CV quotidianosanita.it feb 2021)

Percezione della pandemia

- La percezione è quindi largamente **individuale**
- Vengono trascurati i numeri assoluti, es 160.000 morti in Italia in meno di due anni
- Gli **asintomatici**, assai numerosi, **sono** comunque **contagiosi** (tallone di Achille della prevenzione)
Gandhi M et al, NEJM 2020

Perché un numero così elevato di morti in Italia?

- Elevata età media ed elevata densità della popolazione italiana: quindi alta comorbidità
- Non realizzato un sistema di tracciamento in Italia (no Immuni)
- Mancato isolamento di focolai territoriali
- Altissimo livello di socialità nella popolazione italiana: ***a tremendous social life***
- Tendenza ai gruppi numerosi e chiassosi
- Parziale o totale riluttanza e sfiducia verso le procedure anti-contagio

Fattori di confusione

- Le acquisizioni scientifiche sono per natura confutabili
- In molti casi subiscono aggiustamenti nel tempo
- Possono addirittura essere prima o poi capovolte
- Il **dubbio è il motore** del progresso scientifico (*Coccheri et al. Eur J Int Med, 2017*)
- Nel caso del COVID, inapplicabile il metodo Bayesiano

Le divisioni scientifiche sul COVID sarebbero però molto minori di quanto sembrano (*Mc Kee M et al. BMJ, 2020*)

I principali atteggiamenti verso il COVID-19

Si sono osservati almeno tre o quattro tipi di atteggiamento psicologico:

- Atteggiamento **consenziente**, ortodosso
- Atteggiamento **riduzionista**, sottovaluta la gravità della malattia e dà prevalenza ai fattori economici (*Joannidis*)
- Atteggiamento **negazionista**, rigetta la gravità della malattia e determina spesso una deriva **cospirazionista**

Atteggiamento consenziente/ortodosso

- Accoglie la definizione di malattia grave
- Accetta i numeri assoluti
- Accetta un eccesso di mortalità per tutte le cause (+ 15.6% dati GIMBE)
- Accetta e osserva le misure di mitigazione del contagio e soprattutto la vaccinazione
- Concorda sulla necessità di protezione dei «fragili»

COMMENTO: Anthony Fauci esprime consenso alla nostra reazione

Atteggiamento riduzionista: argomenti:

- Il COVID è meno letale di altre malattie??
- *Joannidis*: COVID-19 «meno grave di quello che si pensa», le misure di prevenzione sono «sproporzionate» (si basa su dati percentuali)
- **Riduzionismo come conseguenza di predominio del fattore economico rispetto a quello sanitario**
- Capi di Stato riduzionisti: Trump, Johnson, Bolsonaro, e altri
- Fonte del riduzionismo: **La Great Barrington Declaration**

La Great Barrington Declaration (2020)

The Great Barrington Declaration

An infectious disease epidemiologist and public health scientist we have grave concerns about the damaging physical, and mental health impacts of the prevailing COVID-19 policies and recommend an approach we call Focused Protection.

Coming from both the left and right, and around the world, we have devoted our careers to protecting people. Current lockdown policies are producing devastating effects on short and long-term public health. The results for many a few include lower childhood vaccination rates, worsening cardiovascular disease outcomes, fewer cancer screenings and deteriorating mental health - leading to greater excess mortality in years to come, with the working class and younger members of society carrying the heaviest burden. Keeping students out of school is a grave injustice.

Keeping these measures in place until a vaccine is available will cause irreparable damage, with the underprivileged disproportionately harmed.

Fortunately, our understanding of the virus is growing. We know that vulnerability to death from COVID-19 is more than a thousand-fold higher in the old and infirm than the young. Indeed, for children, COVID-19 is less dangerous than many other harms, including influenza.

As immunity builds in the population, the risk of infection to all - including the vulnerable - falls. We know that all populations will eventually reach herd immunity - i.e. the point at which the rate of new infections is stable - and that this can be attained by first not dependence upon a vaccine. Our goal should therefore be to minimize mortality and social harm and we reach herd immunity.

The most compassionate approach that balances the risks and benefits of reaching herd immunity, is to allow those who are at minimal risk of death to live their lives normally to build up immunity to the virus through natural infection, while better protecting those who are at highest risk. We call this Focused Protection.

Adopting measures to protect the vulnerable should be the central aim of public health responses to COVID-19. By way of example, nursing homes should use staff with acquired immunity and perform frequent PCR testing of other staff and all visitors. Staff resources should be minimized. Retired people living at home should have groceries and other essentials delivered to their homes. Where possible, they should meet family members outside rather than inside. A comprehensive and detailed list of measures, including approaches to multi-generational households, can be implemented, and is well within the scope and capability of public health professionals.

Those who are not vulnerable should immediately be allowed to resume life as normal. Simple hygiene measures, such as hand washing and wearing masks when sick should be practiced by everyone to reduce the herd immunity threshold. Schools and universities should be open for in-person teaching. Extracurricular activities, such as sports, should be resumed. Young low-risk adults should work normally, rather than from home. Restaurants and other businesses should open. Arts, music, sports and other cultural activities should resume. People who are more at risk may participate if they wish, while society as a whole enjoys the protection conferred upon the vulnerable by those who have built up herd immunity.

On October 4, 2020, this declaration was authored and signed in Great Barrington, United States, by:

Dr. **Neil Ferguson**, professor at Stanford University Medical School, a physician, epidemiologist, health economist, and public health policy expert focusing on infectious diseases and vulnerable populations.

Dr. **Howard Callaway**, professor at Oxford University, an epidemiologist with expertise in mathematical modelling of infectious diseases.

Dr. **Martin Kulich**, professor of medicine at Harvard University, a biochemist, and epidemiologist with expertise in detecting and monitoring of infectious disease outbreaks and vaccine safety evaluation.

Promulgata da un gruppo, prevalentemente anglosassone, di economisti, epidemiologi, sociologi; pochi i clinici.
Molti i firmatari apocrifi!

Conclusioni della Great Barrington Declaration

- Lasciar circolare il virus per giungere all'immunità di gregge (che però non si applica alle infezioni ma alla vaccinazione)
- Isolare i soli fragili, lasciando continuare ogni attività economica e sociale (ipotesi poi accusata di crudeltà)
- Queste proposte, aversate dalla maggior parte dei medici, furono largamente attuate da alcuni governi. Alcuni hanno dovuto annullarle in seguito per palese ingiustizia sociale
- D'altra parte i problemi economici e sociali riemergono nelle ondate successive

Riduzionisti e negazionisti: mortalità gonfiata?

- Morte come evento multifattoriale
- «Causa mortis»: causa specifica non sostituibile
- Concause: età, condizioni morbose, ecc
- Morte da COVID o morte per COVID?
- Malattie pregresse non in atto possono essere cause o concause di morte?
- Solo malattie concomitanti **in atto** possono essere concause di morte!

Requisiti dell'ISS per definire un caso di COVID come causa della morte

- Caso confermato da tampone molecolare
- Presenza del quadro clinico di COVID
- Assenza di «altra» causa mortis
- Continuità tra diagnosi COVID e morte
- *Manca la distinzione tra malattia in atto, o pregressa e quiescente*
- *Manca la qualifica di «concausa»*
- *Manca il concetto di un potenziamento reciproco tra COVID e concausa concomitante*

Esempi di reciproco potenziamento

COVID-19 e-leucemia linfatica cronica (LLC)

Nei pazienti con LLC e sopraggiunta positività al COVID-19 (941 pz)

- La sopravvivenza è inferiore a quella dei pazienti LLC senza COVID-19 ($p < 0.001$)
- Anche il trattamento della LLC è associato a più elevata mortalità (HR= 0.54 per non trattati)

Chatzickonstantinou T, Leukemia 2021

Evidenza di potenziamento reciproco tra STEMI e COVID-19

- Studio multicentrico retrospettivo di coorte di interazione tra STEMI e COVID-19
- Su 4015 casi ospedalieri consecutivi di Infarto Miocardico STEMI, 252 ebbero tampone COVID (molecolare) positivo durante il ricovero
- Mortalità intra-ospedaliera:

con COVID = 78.5%	p < 0.001
no COVID = 46.1%	

Risultato confermato in un gruppo più vasto di non ricoverati, e per livelli più bassi di mortalità

con COVID 15.2%	p < 0.001
no COVID 11.2%	

Daas M et al, JAMA 2021

German COVID-19 autopsy registry (1st Report Feb 2022)

- Il registro descrive 1129 autopsie in casi di COVID-19 accertato (aprile 2020 a ottobre 2021), di cui 1095 eleggibili
- La causa mortis fu riconosciuta come COVID-19 nell'86%, o una malattia concomitante solo nel 14% dei casi

*Von Stillfried S et al. German Registry of COVID19 Autopsies
The Lancet (Regional Health) 2022*

Negazionismo e cospirazionismo

- Sovrabbondanza di comunicazione e fake news
- Attribuzione della pandemia ai «poteri forti»
- Espressioni specifiche: creazione di panico, dittatura sanitaria, limitazione di libertà, anticostituzionalità, «Basta Scienza!»

Manuale del buon cospirazionista (Carol 2020)

- Rifiutare il metodo scientifico
- Denunciare lo stato di necessità prolungato, e la cosiddetta lesione della Costituzione
- Ingigantire e ridicolizzare i normali dubbi della scienza
- Accampare preconcetti pseudo-religiosi

Purtroppo vi è stata l'adesione al negazionismo-cospirazionismo di alcune personalità della cultura e perfino di un Premio Nobel!

Conclusioni

- Occorre trovare un nuovo linguaggio non troppo semplificante, non binario, e spiegare non solo i risultati, ma anche i meccanismi della scienza
- Occorre chiarire il ruolo del dubbio costruttivo e la continua revisione critica delle conoscenze precedenti. Senza questo meccanismo si blocca ogni progresso scientifico e si spegne anche la speranza nei pazienti più gravi
- Si deve invece tendere verso un continuo miglioramento della qualità della vita e, perché no, anche qualità della morte!

Grazie!

Trombosi da COVID19 e Fattori di Rischio

I fattori di Rischio classici della TVP (precedente TVP, obesità, diabete, cancro, sindrome metabolica, trombofilie minori, ecc) **NON sono** associati al Trombo-embolismo Venoso da COVID-19 (metanalisi su 21 studi, 83 fattori di rischio).

*Lobbes H et al.
Int J Envir Res Public Health 2021*