

Osservatorio Covid-19

Introduzione: l'evoluzione nel mondo

Di Marco Zupi

L'11 febbraio 2020, l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha formalmente classificato la malattia innescata da 2019-nCoV come *Corona Virus Disease 2019* (Covid-19).

Il numero di infezioni ha poi rapidamente superato quello dell'epidemia della Sindrome respiratoria acuta grave (SARS), estendendosi dalla Cina al resto del mondo.

I sistemi sanitari sono sufficientemente preparati? Probabilmente no, in generale, a maggior ragione in alcune regioni del mondo, in particolare in molte parti dell'Asia, dell'Africa e dell'America latina e caraibica. La maggior parte dei paesi sta cercando di rafforzare la propria preparazione e capacità per rilevare e far fronte alla pandemia (così definita dall'11 marzo 2020 dall'OMS) di Covid-19. Un impegno fondamentale, cui deve affiancarsi uno sforzo maggiore di cooperazione intercontinentale e intra-continentale.

La disponibilità di dati attendibili è, naturalmente, la pre-condizione per monitorare la situazione e l'evoluzione, in funzione di provvedimenti da adottare e della valutazione della loro efficacia.

Sfortunatamente, al momento non sono disponibili dati dettagliati per tutti i paesi e, quando disponibili, ciò non significa che siano comparabili tra loro. Esistono, tuttavia, fonti molto preziose e ricche di dati, a cominciare naturalmente dall'OMS, che sta svolgendo un lavoro molto importante in tal senso (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>) e dal Centro indipendente dell'UE per la prevenzione e il controllo delle malattie - European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC - (<https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-pandemic>) così pure esiste un sito dedicato predisposto dalla John Hopkins University (<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>), che riporta dati non coincidenti con quelli dell'OMS perché utilizza informazioni raccolte *on-line* da diverse agenzie internazionali; un maggiore dettaglio si trova, poi, presso i siti istituzionali di ogni paese, come nel caso della Protezione civile italiana (<http://www.protezionecivile.gov.it/>), il che però pone, nuovamente, un problema di comparabilità a livello internazionale. Un altro sito che fornisce informazioni pertinenti è ProMEDmail (<https://promedmail.org/>), dalla *International Society for Infectious Diseases*.

È possibile, dunque, aggiornare i dati quotidianamente per analizzare la situazione su scala mondiale. Tuttavia, è utile ripeterlo, anche semplici confronti internazionali non sono che grossolane approssimazioni del dato fattuale reale, col rischio che siano fuorvianti: l'affidabilità

dei dati varia da caso a caso, gli indicatori non sono standardizzati a livello internazionale, i contesti sono molto diversi.

La “anomalia” italiana

Per fare un esempio concreto, sin dall’inizio di marzo colpiva l’andamento “anomalo”, se confrontato con quello degli altri paesi, del tasso di letalità del Covid-19 in Italia, in crescita rapida e molto maggiore di quello degli altri paesi. Quale può essere la spiegazione più convincente? Al momento, si possono formulare alcune ipotesi, nessuna delle quali è immediatamente verificabile con certezza come causa determinante prevalente:

- 1) È un problema di mancata standardizzazione nella costruzione dell’indice che misura il tasso di letalità (o mortalità) del Covid-19, perché il numeratore (il numero dei deceduti) dell’indice è calcolato in Italia prendendo in considerazione sia i decessi DA Covid-19 sia CON il Covid-19, in presenza cioè di altre patologie gravi; altri paesi possono prendere in considerazione, invece, solo i casi di decessi dovuti unicamente al Covid-19 oppure, si potrebbe arrivare a ipotizzare in alcuni casi, c’è chi decide di pubblicare un indice di tasso di letalità meno elevato per tranquillizzare la situazione sociale.
- 2) È un problema di mancata standardizzazione nella costruzione dell’indice anche con riferimento al denominatore, perché la popolazione contagiata presa in considerazione come denominatore dell’indice fa riferimento a un universo più piccolo: solo coloro che sono risultati positivi al tampone, il che dipende dalla numerosità dei tamponi effettuati o dal fatto che gli abitanti di un paese (gli italiani) denunciano i sintomi con meno costanza di quanto avviene in altri paesi. Un paese che effettua relativamente meno tamponi, concentrandosi solo sui casi più conclamati o perché molti casi non vengono comunicati immediatamente, avrà un denominatore più basso di chi adotta una politica di test a tappeto su tutti gli abitanti.
- 3) È un problema di differenza di età dei contagiati, per cui una popolazione mediamente più anziana, come quella italiana, ha inevitabilmente tassi di letalità più alti. In questo caso, occorrerebbero dati maggiormente disaggregati per confrontare la dinamica storica del tasso di letalità per fasce di età.
- 4) È un problema di tempistica legato al mancato allineamento dei diversi paesi in termini di diffusione del Covid-19, per cui i paesi che saranno contagiati successivamente agli altri avranno maggiore tempo a disposizione per prepararsi e predisporre tutte le misure necessarie, in modo da ridurre il tasso di letalità.
- 5) È un problema di maggiore esposizione degli anziani italiani al contagio, in ragione dell’elevato livello di integrazione degli stessi nella vita familiare (cioè maggiore frequenza di incontro con figli e nipoti, per esempio), laddove la condizione di maggiore isolamento degli anziani in altri paesi contribuisce a limitare la diffusione del Covid-19 tra di loro.
- 6) È un problema di condizioni generali di salute della popolazione anziana in Italia perché, al di là dell’aspettativa di vita alla nascita (in Italia superiore a 80 anni sia per gli uomini che per le donne), conta molto la qualità della vita, cioè le condizioni di salute. In base a

recenti indagini relative all'Italia, la speranza di vita in salute si ferma a 57,5 anni per uomini e donne, segno che gli anziani mediamente non godono di buona salute, diversamente forse da quanto avviene in altri paesi europei. Questa spiegazione solleciterebbe una riflessione sulle condizioni del sistema sanitario e assistenziale nei diversi territori, verificando quanto fosse più o meno sotto pressione, al limite delle proprie capacità già prima della diffusione del Covid-19, collegando la situazione attuale alle scelte politiche compiute nel passato.

- 7) È un problema di peggiori condizioni ambientali in Italia e, più in particolare, nella Padania, che si caratterizza per essere la regione a maggiore densità abitativa in Europa, con elevata mobilità e un tasso di inquinamento da M10 (*Particulate Matter* o Materia Particolata, cioè in piccolissime particelle) molto più elevato che altrove, con una conseguente maggiore vulnerabilità a malattie respiratorie e un aumentato tasso di mortalità per polmonite.

Insomma, le ipotesi sono numerose, tutte plausibili e, forse, se ne potrebbero aggiungere anche di altre. In ogni caso, questo esempio è sufficiente per dire come un'analisi comparata attendibile a livello internazionale sulla diffusione della pandemia e sulle cause di minore o maggiore diffusione, come anche sull'efficacia delle diverse misure politiche adottate sia difficile, anche laddove le statistiche fossero più standardizzate di quanto non siano oggi (neanche all'interno dell'UE); le variabili in gioco da prendere in considerazione sono numerose e con effetti multipli di interazioni che differiscono probabilmente a seconda del contesto specifico. Tutto ciò è a maggior ragione complicato nel bel mezzo della pandemia.

Con tutte queste cautele del caso, ci sembra utile presentare giornalmente in termini puramente descrittivi la situazione internazionale, elaborando i dati disponibili sul sito dell'OMS, integrandoli separatamente con quelli presenti sul sito della John Hopkins University, ProMEDmail e sui siti nazionali, come la Protezione civile nel caso italiano.