

## Mortalità elevata per COVID-19 in Italia: vero o falso?

Onder G, Rezza G, Brusaferro S

*Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy*

JAMA 2020 Mar 23; doi: 10.1001/jama.2020.4683. [Epub ahead of print]

In seguito all'ordinanza n. 640 del 27 febbraio 2020, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) coordina a partire dal 28 febbraio un sistema di sorveglianza che integra tutti i dati microbiologici ed epidemiologici forniti dalle Regioni e Province Autonome e dal Laboratorio nazionale di riferimento per SARS-CoV-2 dell'ISS.

I dati vengono raccolti attraverso una piattaforma web e includono tutti i casi di COVID-19 diagnosticati dai laboratori di riferimento regionali. Sulla base di questi viene pubblicato un bollettino che descrive attraverso grafici e tabelle la diffusione dell'epidemia in Italia fornendo altresì una descrizione delle caratteristiche dei pazienti contagiati.

Se all'inizio della pandemia ci si chiedeva perché l'Italia avesse così tanti casi conclamati, e così in breve tempo, rispetto agli altri Paesi europei, il dato che ha maggiormente destato l'interesse degli esperti è stato quello della mortalità, molto più alta rispetto a quella di altri Paesi, primo fra tutti la Cina che, come è noto, ha fatto da battistrada per l'epidemia.

Già a metà marzo, in una comunicazione pubblicata sul *JAMA*, l'ISS ha segnalato che l'indice di letalità, definito dal rapporto fra il numero di individui deceduti positivi al virus e il numero dei casi di contagio accertati, era del 7,2%. Tale percentuale ha raggiunto successivamente il 10% per stabilizzarsi poi a metà aprile attorno al 12%. Tutto questo mentre in Cina il dato non ha superato il 4% e in Germania si attesta addirittura intorno al 2,5%.

Secondo gli esperti italiani, sono almeno tre i fattori principali che potrebbero spiegare il valore apparentemente anomalo.

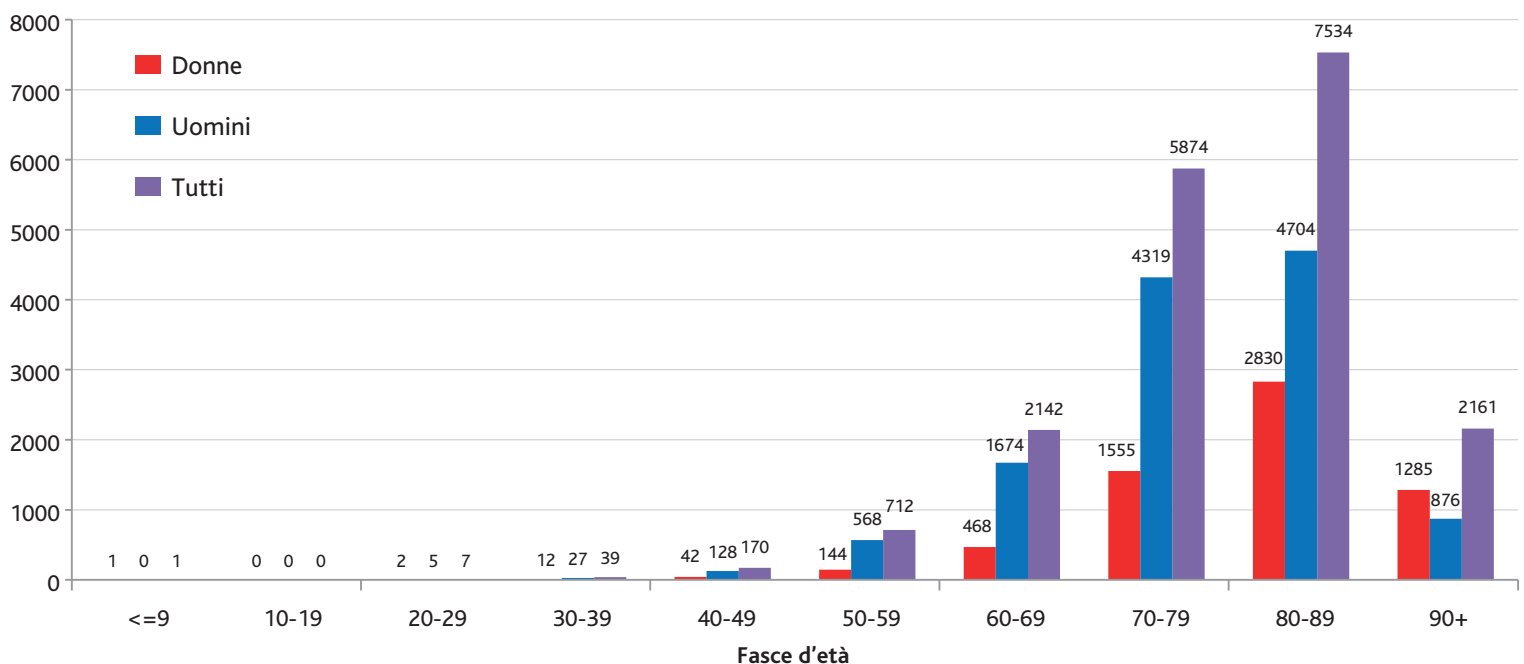
Il primo fra questi riguarda l'età media della popolazione italiana, notoriamente assai elevata, paragonabile a livello mondiale solo a quella del Giappone. Le statistiche indicano infatti che il 23% circa della popolazione nel nostro Paese ha una età pari o superiore a 65 anni. Sempre nel raffronto con la Cina, si scopre che fra i malati di COVID-19 la percentuale di individui di età pari o superiore a 70 anni in Italia è del 37,6% mentre in Cina non arriva al 12%. A ciò si aggiunga il fatto che in questa fascia di età è molto frequente la presenza di svariate comorbidità e che il numero di queste correla con la probabilità di decesso, come si vedrà più avanti.

Il secondo fattore riguarda la definizione di morte correlata al coronavirus. In Italia infatti tale definizione si basa sul rilievo di pazienti che risultano positivi al COVID-19 al momento del decesso, indipendentemente dalla presenza o meno di malattie coesistenti che potrebbero aver causato la morte. Questo criterio, che risulta evidentemente molto ampio, può avere ovviamente sovrastimato il numero di decessi. Analizzando in modo approfondito un campione di 355 pazienti deceduti, grazie alla disponibilità di notizie cliniche esaurienti ottenute dalle cartelle cliniche, si è visto che il 30% di questi soffriva di cardiopatia ischemica, il 35% aveva un diabete mellito, il 20% un cancro in fase di attività, il 25% una fibrillazione atriale e il 10% una storia di ictus. In definitiva, circa il 50% dei morti aveva tre o più patologie concomitanti e solo tre pazienti non presentavano malattie rilevanti.

Poiché non è stata ancora individuata una definizione internazionale comune di morte correlata all'infezione, questo può spiegare in parte la discrepanza fra i dati riportati nei vari Paesi.

Il terzo fattore rilevante riguarda la strategia usata per individuare i casi positivi nella popolazione italiana. Infatti, dopo una iniziale effettuazione dei tamponi estesa sia ai pazienti sintomatici che ai contatti asintomatici, il Ministero della Salute ha deciso di adottare

### NUMERO DI DECESSI DA COVID-19 PER FASCIA DI ETÀ, AGGIORNATI AL 13 APRILE 2020



Fonte ISS. Nota: per 1 decesso non è stato possibile valutare l'età

una politica più restrittiva, raccomandando l'esecuzione prioritaria del test ai soli pazienti con sintomi più severi, tali da richiedere eventualmente il ricovero ospedaliero, limitando invece fortemente l'esecuzione del test nei soggetti asintomatici o con sintomi lievi. Tutto ciò, se da un lato ha elevato notevolmente la percentuale di positivi, ha inevitabilmente ristretto il campione rispetto alla popolazione generale e ridotto, al denominatore, il numero di soggetti con un quadro clinico più lieve e quindi con mortalità più bassa. In pratica la mortalità è stata calcolata solo alla punta dell'iceberg, mentre non è stata valutata in modo approfondito quella quota di contagiati che, per essere appunto asintomatica o paucisintomatica, è rimasta in gran parte sommersa. In realtà, proprio sulla base di queste considerazioni, diversi modelli matematici attendibili affermano che il numero dei contagiati in Italia è almeno 10 volte superiore a quello reale e questo porta ad abbassare notevolmente il tasso di letalità effettivo.

Premesso che solo fra qualche mese, sulla base di numeri più ampi

ed esaurienti, conosceremo la reale consistenza di questo dato (la cosiddetta 'letalità plausibile'), che molti studiosi stimano assai inferiore a quello finora calcolato, vale la pena menzionare quanto segnalato dal Sistema di Sorveglianza della mortalità giornaliera dell'ISS che ha evidenziato come, nell'inverno 2019-2020, la mortalità osservata nei mesi precedenti la pandemia da COVID-19 sia stata inferiore al valore atteso, con una riduzione stimata del 4% circa rispetto alla media, attribuibile probabilmente al minore impatto dell'influenza stagionale e alle temperature assai miti dell'inverno passato. Ciò potrebbe aver determinato un incremento del pool di soggetti più fragili, con una ridotta capacità di difesa dell'organismo dovuta a fattori individuali (età avanzata, malattie croniche), che si sono trovati esposti all'infezione di COVID-19. Questo fenomeno potrebbe aver avuto come effetto quello di aumentare l'impatto della pandemia sulla mortalità nella popolazione più anziana.

Giancarlo Bausano

## Migranti e rifugiati ai tempi della COVID-19

*Kluge HHP, Jakab Z, Bartovic J et al*

*Refugee and migrant health in the COVID-19 response*

Lancet 2020 Apr 18; 395(10232):1237-1239. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30791-1. Epub 2020 Mar 31

In seguito alla crisi sanitaria globale legata alla COVID-19, e alle conseguenti restrizioni ai viaggi aerei internazionali, numerosi Paesi hanno deciso di limitare drasticamente gli ingressi nel proprio territorio. Questa decisione ha avuto un risvolto negativo per rifugiati e migranti in tutto il mondo, tanto che il 10 marzo 2020 l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM) e l'Agenzia ONU per i Rifugiati (UNHCR) hanno dovuto annunciare la sospensione temporanea dei trasferimenti di rifugiati beneficiari di reinsediamento<sup>1</sup>. Inoltre, tutte le operazioni di ricerca e salvataggio nel Mediterraneo centrale sono state sospese a causa delle difficoltà logistiche causate dalla pandemia.

Le misure introdotte da ciascun Paese per rispondere in modo efficace a questa emergenza sanitaria spesso non tengono conto della salute dei rifugiati e dei migranti, nonostante essi abbiano un rischio maggiore di contrarre malattie come la COVID-19, perché in genere vivono in condizioni di sovraffollamento e senza accesso a servizi igienico-sanitari<sup>2</sup>. Molte di queste persone risiedono in campi profughi, con strutture abitative inadeguate. Inoltre, l'assenza di servizi di base, come acqua corrente e sapone, e lo scarso accesso a informazioni sanitarie adeguate fanno sì che le misure di sanità pubblica, come allontanamento sociale, corretta igiene delle mani e autoisolamento, siano impossibili o estremamente difficili da attuare.

Nel tentativo di informare correttamente rifugiati, richiedenti asilo e migranti sull'emergenza sanitaria, l'UNHCR ha recentemente

lanciato un portale multilingue, con una sezione dedicata a regole e comportamenti da seguire per proteggersi dal contagio, raccomandati dal Ministero della Salute, e un'altra sezione con gli aggiornamenti in materia di asilo e immigrazione<sup>3</sup>.

La sola informazione, tuttavia, seppur di fondamentale importanza, non basta. È necessario che i Paesi abbiano un approccio di sanità pubblica che non lasci indietro nessuno, ma che tuteli la salute di tutti, inclusi rifugiati e migranti.

Il 31 marzo 2020, in un comunicato congiunto, UNHCR, OIM e Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS) hanno ricordato che "migranti e rifugiati sono vulnerabili in modo sproporzionato rispetto al rischio di esclusione, stigma e discriminazione, in particolare quando privi di documenti", e hanno richiamato i governi ad adottare "un approccio inclusivo capace di proteggere i diritti alla vita e alla salute di ogni singolo individuo" per "scongiorare una catastrofe" e contenere la diffusione del virus: "È di vitale importanza assicurare che tutti, migranti e rifugiati compresi, possano accedere in modo paritario ai servizi sanitari e siano inclusi efficacemente nei piani nazionali di risposta all'emergenza COVID-19, incluse le misure di prevenzione e la possibilità di sottoporsi a esami clinici e terapie. Tale inclusione permetterà non solo di proteggere i diritti di rifugiati e migranti, ma anche di tutelare la salute pubblica e contenere la diffusione globale di COVID-19".

Eliana Ferroni

*UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri, Azienda Zero – Regione del Veneto*

<sup>1</sup> UN News. COVID-19: agencies temporarily suspend refugee resettlement travel. March 17, 2020, <https://news.un.org/en/story/2020/03/1059602> (accessed March 26, 2020).

<sup>2</sup> WHO. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: no public health without refugee and migrant health. Geneva: World Health Organization, 2018.

<sup>3</sup> [https://coronavirus.jumamap.com/it\\_it/](https://coronavirus.jumamap.com/it_it/)