



COVID 19 in Italia

Data 29 marzo 2020
Categoria infettivologia

Tasso di letalità e caratteristiche dei pazienti che muoiono in relazione a COVID-19 in Italia.

I primi casi in Italia risalgono al 31 Gennaio 2020, una coppia Cinese di 66 e 67 anni originari della Provincia di Hubei e ricoverati allo Spallanzani. Il 21 Febbraio vengono confermati 16 casi (14 in Lombardia e 2 in Veneto). Il 21 Febbraio la prima vittima di Covid-19 (Adriano Trevisan di Vo Euganeo) in Veneto e il giorno dopo la seconda vittima (una donna di Codogno). Da allora la crescita dei contagi e dei morti sale esponenzialmente arrivando al 27 Marzo a 79.968 e 7.590 morti superando la Cina. Dati dell'Istituto Superiore di Sanità https://tinyurl.com/rn4frbj

Il tasso di letalità è stato definito come il numero di decessi nelle persone che sono risultate positive per SARS-CoV-2 diviso per il numero di casi SARS-CoV-2. Il tasso di letalità complessivo delle persone con COVID-19 confermato nella popolazione italiana, basato su dati fino al 27 marzo, è stato del 9,5%. Questa percentuale è superiore a quella osservata in altri paesi e può essere correlata a 3 fattori.

Un articolo di JAMA ad opera dell'Istituto Superiore di Sanità cerca di spiegare i motivi che hanno portato a così tanti decessi facendo un confronto con i dati Cinesi.

Un primo fattore da considerare sono le caratteristiche demografiche della popolazione italiana. Nel 2018 l'aspettativa di vita in Italia era di 82 anni, in Cina era di 76 anni. https://tinyurl.com/rulz49h. COVID-19 è più letale nei pazienti più anziani, quindi la distribuzione dell'età avanzata in Italia può spiegare, in parte, il più alto tasso di letalità per caso in Italia rispetto a quello di altri paesi. La tabella mostra il tasso di letalità specifico per età in Italia rispetto a quello cinese.

Tabella. Tasso di letalità per classe di età in Italia e Cina

Il tasso complessivo di letalità per caso in Italia (7,2%) è molto più elevato che in Cina (2,3%). Quando i dati sono stati stratificati per fasce di età, il tasso di letalità per caso in Italia e in Cina appare molto simile per fasce di età da 0 a 69 anni, ma i tassi sono più alti in Italia tra le persone di età pari o superiore a 70 anni, in particolare tra quelle di 80 anni o più vecchi. Questa differenza è difficile da spiegare. La distribuzione dei casi è molto diversa nei 2 paesi: le persone di età pari o superiore a 70 anni rappresentano il 37,6% dei casi in Italia e solo l'11,9% in Cina. Inoltre, un numero rilevante di casi in Italia riguarda persone di età pari o superiore a 90 anni (n = 687) e questa fascia di età presenta un tasso di letalità molto elevato (22,7%); i dati sui casi in soggetti di età pari o superiore a 90 anni non sono stati riportati in Cina.

Una seconda possibile spiegazione dell'elevato tasso di letalità in Italia potrebbe essere il modo in cui i decessi correlati a COVID-19 sono identificati in Italia. Le statistiche sulla letalità per caso in Italia si basano sulla positività al Covid-19 tramite RT-PCR, indipendentemente dalle malattie preesistenti che potrebbero aver causato la morte. Questo metodo è stato selezionato perché non sono disponibili criteri chiari per la definizione di decessi correlati a COVID-19. La scelta di definire la morte per COVID-19 in questo modo può aver comportato una sopravvalutazione del tasso di letalità. Un sottocampione di 355 pazienti con COVID-19 deceduti in Italia è stato sottoposto a revisione dettagliata. Tra questi pazienti, l'età media era di 79,5 anni (DS, 8,1) e 601 (30,0%) erano donne. In questo campione, 117 pazienti (30%) avevano cardiopatia ischemica, 126 (35,5%) avevano diabete, 72 (20,3%) avevano cancro attivo, 87 (24,5%) avevano fibrillazione atriale, 24 (6,8%) avevano demenza e 34 (9,6%) avevano una storia di ictus. Il numero medio di malattie preesistenti era 2,7 (DS, 1,6). Complessivamente, solo 3 pazienti (0,8%) non presentavano malattie, 89 (25,1%) avevano un'unica malattia, 91 (25,6%) avevano 2 malattie e 172 (48,5%) avevano 3 o più malattie sottostanti. La presenza di queste comorbilità potrebbe aver aumentato il rischio di letalità indipendentemente dall'infezione COVID-19.

Una terza possibile spiegazione per la variazione dei tassi di letalità per caso specifici per paese sono le diverse strategie utilizzate per i test SARS-CoV-2 RT-PCR. Inizialmente i test venivano effettuati sui contatti asintomatici e sintomatici, poi il 25 febbraio il Ministero della Salute Italiano ha ristretto il test a pazienti con sintomi clinici più gravi che richiedevano il ricovero. Questa strategia di test ha portato a un'alta percentuale di risultati positivi, vale a dire il 19,3% (casi positivi, 21 157 su 109 170 testati al 14 marzo 2020), e un evidente aumento del tasso di letalità per caso in quanto i pazienti che presentavano una malattia clinica meno grave (e quindi con un tasso di letalità inferiore) non erano più testati (il tasso di letalità per caso è cambiato dal 3,1% il 24 febbraio al 7,2% il 17 marzo). In Corea, ad esempio, hanno testato un gran numero di persone, anche agli angoli delle strade, e questa strategia ha portato a tassi di letalità molto rispetto all'Italia (1,0% vs 7,2%) perché molti pazienti con malattia lieve, che non sarebbero stati testati in Italia, sono stati inseriti nel denominatore in Corea.

Mentre scrivo la letalità al 27 Marzo è salita al 9,5% con 79.960 casi e 7.590 morti, di questi 51 (11 in più di ieri) sono Medici in prima linea e più del 50% sono MMG che affrontano un nemico invisibile dalle molte facce senza adeguata protezione. Una settimana fa ho ricevuto dalla mia ATS 10 mascherine chirurgiche e un pacco di guanti.

ClementinoStefanetti

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.