

Quanto è mortale il coronavirus? È ancora tutt'altro che chiaro.



Annunciando le restrizioni di più ampia portata alla libertà personale nella storia della nazione Britannica, il Primo Ministro Boris Johnson ha seguito con fermezza il consiglio scientifico che gli era stato dato. I consiglieri del governo del Regno Unito sembrano calmi e colti, con un solido consenso tra loro. Di fronte a una nuova minaccia virale, con numerosi casi in aumento ogni giorno, non sono sicuro che qualsiasi primo ministro avrebbe agito in modo molto diverso.

Ma vorrei sollevare alcune prospettive che sono state appena trasmesse nelle ultime settimane e che indicano un'interpretazione delle cifre piuttosto diversa da quella su cui il governo sta agendo. Sono un Professore di Patologia e Servizio Sanitario Nazionale recentemente in pensione, consulente patologo, e ho trascorso gran parte della mia vita adulta in sanità e scienza - campi che, troppo spesso, sono caratterizzati dal dubbio piuttosto che dalla certezza. C'è spazio per diverse interpretazioni dei dati attuali. Se alcune di queste altre interpretazioni sono corrette, o almeno più vicine alla verità, le conclusioni sulle azioni richieste cambieranno di conseguenza.

Il modo più semplice per giudicare se abbiamo una malattia eccezionalmente letale è esaminare i tassi di mortalità. Stanno morendo più persone di quanto ci aspetteremmo di morire in una determinata settimana o mese? Statisticamente, ci aspetteremmo che circa 51.000 persone muoiano in Gran Bretagna questo mese. Al momento della stesura di questo documento, 422 decessi sono collegati a COVID-19, quindi lo 0,8 per cento del totale previsto. Su base globale, ci aspettiamo che 14 milioni di persone muoiano nei primi tre mesi dell'anno. Le 18.944 morti da coronavirus nel mondo rappresentano lo 0,14 per cento di quel totale. Queste cifre potrebbero aumentare, ma sono, al momento, inferiori rispetto ad

altre malattie infettive con cui viviamo (come l'influenza). Non figure che, di per sé, causerebbero reazioni globali drastiche.

I dati inizialmente riportati dalla Cina e dall'Italia hanno suggerito un tasso di mortalità dal 5% al 15%, simile all'influenza Spagnola. Dato che i casi aumentavano in modo esponenziale, ciò aumentava la prospettiva di tassi di mortalità che nessun sistema sanitario al mondo sarebbe stato in grado di affrontare. La necessità di evitare questo scenario è la giustificazione delle misure attuate: si ritiene che l'influenza Spagnola abbia contagiato circa uno su quattro della popolazione mondiale tra il 1918 e il 1920, ovvero circa 500 milioni di persone con 50 milioni di morti. Abbiamo sviluppato piani di emergenza per la pandemia, pronti a intervenire nel caso in cui ciò accada di nuovo.

Al momento della stesura di questo documento, i 422 decessi del Regno Unito e 8.077 casi noti danno un tasso di mortalità apparente del 5 per cento. Questo è spesso citato come motivo di preoccupazione, in contrasto con il tasso di mortalità dell'influenza stagionale, che è stimato a circa lo 0,1 per cento. Ma dovremmo esaminare attentamente i dati. Queste cifre sono davvero comparabili?

La maggior parte dei test nel Regno Unito è stata condotta negli ospedali, dove esiste un'alta concentrazione di pazienti sensibili agli effetti di qualsiasi infezione. Come saprà chiunque abbia lavorato con persone malate, qualsiasi regime di test basato solo negli ospedali sopravvaluterà la virulenza di un'infezione. Inoltre, abbiamo a che fare solo con quei casi COVID-19 che hanno reso le persone abbastanza malate o preoccupate abbastanza per essere testate. Ci saranno molti più inconsapevoli di avere il virus, senza sintomi o lievi.

Ecco perché, quando la Gran Bretagna ebbe 590 casi diagnosticati, Sig. Patrick Vallance, il principale consigliere scientifico del governo, suggerì che la cifra reale era probabilmente tra 5.000 e 10.000 casi, da 10 a 20 volte superiore. Se ha ragione, il tasso di mortalità principale dovuto a questo virus è probabilmente da 10 a 20 volte inferiore, diciamo dallo 0,25% allo 0,5%. Ciò pone il tasso di mortalità COVID-19 nell'intervallo associato a infezioni come l'influenza.

Ma c'è un altro problema, potenzialmente ancora più grave: il modo in cui vengono registrati i decessi. Se qualcuno muore per un'infezione respiratoria nel Regno Unito, la causa specifica dell'infezione non viene di solito registrata, a meno che la malattia non sia una rara "malattia soggetta a notifica". Quindi la stragrande maggioranza delle morti respiratorie nel Regno Unito sono registrate come broncopolmonite, polmonite, vecchiaia o una designazione simile. Non testiamo davvero per influenza o altre infezioni stagionali. Se il paziente ha, diciamo, un tumore, una malattia dei motoneuroni o un'altra grave malattia, questa verrà registrata come causa di morte, anche se la malattia finale era un'infezione respiratoria. Ciò significa che le certificazioni del Regno Unito normalmente registrano decessi dovuti a infezioni respiratorie.

Ora, guarda cosa è successo dall'emergere di COVID-19. L'elenco delle malattie soggette a notifica è stato aggiornato. Questo elenco - oltre a contenere il vaiolo (che è stato estinto per molti anni) e condizioni come antrace, brucellosi, peste e rabbia (che la maggior parte dei medici del Regno Unito non vedranno mai in tutta la loro carriera) - è stato ora modificato per includere COVID-19. Ma non influenza. Ciò significa che ogni test positivo per COVID-19 deve essere notificato, in un modo che non sarebbe per l'influenza o la maggior parte delle altre infezioni.

Nell'attuale clima, chiunque abbia un test positivo per COVID-19 sarà sicuramente noto al personale clinico che si prende cura di loro: se uno di questi pazienti muore, il personale dovrà registrare la designazione COVID-19 sul certificato di morte - contrariamente al solito pratica per la maggior parte delle infezioni di questo tipo. C'è una grande differenza tra COVID-19 che causa la morte e COVID-19 che si trova in qualcuno che è morto per altre cause. Rendere notificabile COVID-19 potrebbe darne l'apparenza causando un numero crescente di morti, sia che ciò sia vero o meno. Potrebbe sembrare molto più uccisore che influenza, semplicemente per il modo in cui vengono registrate le morti.

Se prendiamo misure drastiche per ridurre l'incidenza di COVID-19, ne consegue che anche le morti diminuiranno. Rischiamo di essere convinti di aver evitato qualcosa che non sarebbe mai stato così grave come temevamo. Questo modo insolito di denunciare i decessi per COVID-19 spiega la chiara scoperta che la maggior parte delle sue vittime ha condizioni sottostanti - e normalmente sarebbe suscettibile ad altri virus stagionali, che praticamente non vengono mai registrati come causa specifica di morte.

Consideriamo anche i grafici COVID-19, che mostrano un aumento esponenziale dei casi e dei decessi. Possono sembrare allarmanti. Ma se monitorassimo l'influenza o altri virus stagionali allo stesso modo, vedremmo anche un aumento esponenziale. Vedremmo anche alcuni paesi dietro ad altri e tassi di mortalità sorprendenti. I Centri degli Stati Uniti per il Controllo delle Malattie, ad esempio, pubblicano stime settimanali dei casi di influenza. Le ultime cifre mostrano che da settembre l'influenza ha infettato 38 milioni di americani, ricoverato in ospedale 390.000 e ucciso 23.000. Ciò non provoca allarme pubblico perché l'influenza è familiare.

I dati su COVID-19 differiscono notevolmente da paese a paese. Guarda le cifre per l'Italia e la Germania. Al momento in cui scriviamo, l'Italia ha registrato 69.176 casi e 6.820 morti, con un tasso del 9,9 per cento. La Germania ha 32.986 casi e 157 morti, un tasso dello 0,5 per cento. Pensiamo che il ceppo del virus sia così diverso in questi paesi vicini da rappresentare virtualmente diverse malattie? O che le popolazioni sono così diverse nella loro suscettibilità al virus che il tasso di mortalità può variare più di venti volte? In caso contrario, dovremmo sospettare un errore sistematico, che i dati COVID-19 che stiamo vedendo da diversi paesi non siano direttamente comparabili.

Guarda le altre tariffe: Spagna 7,1 per cento, USA 1,3 per cento, Svizzera 1,3 per cento, Francia 4,3 per cento, Corea del Sud 1,3 per cento, Iran 7,8 per cento. Potremmo benissimo confrontare le mele con le arance. Registrare i casi in cui è stato effettuato un test positivo per il virus è una cosa molto diversa dal registrare il virus come principale causa di morte.

Le prime prove dall'Islanda, un paese con un'organizzazione molto forte per ampi test all'interno della popolazione, suggeriscono che fino al 50% delle infezioni è quasi completamente asintomatico. Il resto è relativamente minore. Infatti, le cifre dell'Islanda, 648 casi e due decessi attribuiti indicano un tasso di mortalità dello 0,3 per cento. Man mano che i test sulla popolazione diventano sempre più diffusi in altre parti del mondo, troveremo una proporzione sempre maggiore di casi in cui le infezioni si sono già verificate e hanno causato solo lievi effetti. In realtà, col passare del tempo, anche questo diventerà generalmente più vero, poiché la maggior parte delle infezioni tende a diminuire in virulenza con il progredire dell'epidemia.

Un indicatore abbastanza chiaro è la morte. Se una nuova infezione sta causando la morte di molte persone in più (al contrario di un'infezione presente in persone che sarebbero morte comunque), causerà

un aumento del tasso di mortalità complessivo. Ma non abbiamo ancora visto alcuna prova statistica di morti in eccesso, in qualsiasi parte del mondo.

COVID-19 può chiaramente causare gravi compromessi del tratto respiratorio in alcuni pazienti, in particolare quelli con problemi al torace e nei fumatori. Gli anziani sono probabilmente più a rischio, in quanto sono per infezioni di qualsiasi tipo. L'età media di coloro che muoiono in Italia è di 78,5 anni, con quasi nove vittime su dieci tra gli over 70. L'aspettativa di vita in Italia - ovvero il numero di anni che puoi aspettarti di vivere dalla nascita, a parità di condizioni - è di 82,5 anni. Ma tutte le cose non sono uguali quando si presenta un nuovo virus stagionale.

Sembra certamente ragionevole, ora, che un certo livello di distanziamento sociale debba essere mantenuto per un po', specialmente per gli anziani e gli immunodepressi. Ma quando vengono introdotte misure drastiche, dovrebbero essere basate su prove chiare. Nel caso di COVID-19, le prove non sono chiare. Il blocco del Regno Unito è stato informato modellando ciò che potrebbe accadere. Bisogna sapere di più su questi modelli. Correggono per età, condizioni preesistenti, virulenza mutevole, effetti della certificazione di morte e altri fattori? Modifica una di queste ipotesi e il risultato (e il bilancio delle vittime previsto) può cambiare radicalmente.

Gran parte della risposta a COVID-19 sembra spiegata dal fatto che stiamo guardando questo virus in un modo in cui nessun virus è stato visto prima. Le scene degli ospedali italiani sono state scioccanti e rendono cupa la televisione. Ma la televisione non è scienza.

Chiaramente, i vari blocchi rallenteranno la diffusione di COVID-19, quindi ci saranno meno casi. Quando allenteremo le misure, ci saranno ancora più casi. Ma questo non deve essere un motivo per mantenere il blocco: la diffusione dei casi è solo qualcosa da temere se abbiamo a che fare con un virus insolitamente letale. Ecco perché il modo in cui registriamo i dati sarà estremamente importante. A meno che non stringiamo i criteri per la registrazione della morte dovuta solo al virus (al contrario della sua presenza in coloro che sono morti per altre condizioni), le cifre ufficiali potrebbero mostrare molte più morti apparentemente causate dal virus di quanto non sia effettivamente il caso. Cosa poi? In che modo misuriamo le conseguenze per la salute di allontanare la vita, il lavoro, il tempo libero e lo scopo delle persone per proteggerli da una minaccia anticipata? Quale causa il minor danno?

Il dibattito morale non è vite contro denaro. Sono vite contro vite. Ci vorranno mesi, forse anni, se mai prima, per valutare le implicazioni più ampie di ciò che stiamo facendo. Il danno all'istruzione dei bambini, i suicidi in eccesso, l'aumento dei problemi di salute mentale, il prelievo di risorse da altri problemi di salute con cui abbiamo affrontato efficacemente. Quelli che hanno bisogno di assistenza medica ora ma non lo cercheranno o potrebbero non essere offerti. E che dire degli effetti sulla produzione alimentare e sul commercio globale, che avranno conseguenze non quantificabili per le persone di tutte le età, forse soprattutto nelle economie in via di sviluppo?

I governi di tutto il mondo affermano di rispondere alla scienza. Le politiche nel Regno Unito non sono colpa del governo. Stanno cercando di agire responsabilmente sulla base dei pareri scientifici forniti. Ma i governi devono ricordare che la scienza affrettata è quasi sempre cattiva scienza. Abbiamo deciso di adottare politiche di straordinaria grandezza senza prove concrete del danno in eccesso già esistente e senza un adeguato controllo della scienza utilizzata per giustificarle.

Nei prossimi giorni e settimane, dobbiamo continuare a guardare criticamente e spassionatamente le prove COVID-19 come viene. Soprattutto, dobbiamo mantenere una mente aperta - e cercare ciò che è, non per ciò che temiamo potrebbe essere.

John Lee è un professore di patologia recentemente in pensione e un ex patologo consulente del SSN. Questo articolo è stato originariamente pubblicato sulla rivista britannica di The Spectator.