

## EDITORIALE

Epidemiol Prev 2000; 24 (2): –

DOI: <https://doi.org/>**Epidemiologia e COVID-19 in Italia. Consentire e coordinare l'accesso ai dati per un'ampia collaborazione nelle valutazioni cliniche ed epidemiologiche****Epidemiology and COVID-19 in Italy****[Francesco Forastiere](#)<sup>1</sup>, [Andrea Micheli](#)<sup>1</sup>, [Stefania Salmaso](#)<sup>2</sup>, [Paolo Vineis](#)<sup>3</sup>**

1. Direttori di Epidemiologia &amp; Prevenzione

2. ex direttrice del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità

3. Imperial College, Londra

**Riassunto:**

La gestione della risposta a COVID-19, affidata principalmente alla Protezione Civile, come segno di emergenza nazionale, si è basata sui dati raccolti dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) mediante una sorveglianza epidemiologica e virologica ad hoc su tutto il territorio nazionale. Vi sono diversi elementi, tuttavia, che sollecitano nel richiedere l'attivazione delle competenze epidemiologiche italiane ora disperse, anche per favorire ulteriori sostegni e aiuti a chi è direttamente coinvolto nella gestione dell'emergenza. Le considerazioni che seguono, mirate a sostenere la più estesa collaborazione, sono

- Se sei abbonato scarica il PDF nella colonna in alto a destra
- Se non sei abbonato ti invitiamo ad abbonarti online cliccando [qui](#)
- Se vuoi acquistare solo questo articolo scrivi a: [abbonamenti@inferenze.it](mailto:abbonamenti@inferenze.it) (20 euro)

La gestione della risposta a COVID-19, affidata principalmente alla Protezione Civile, come segno di emergenza nazionale, si è basata sui dati raccolti dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) mediante una sorveglianza epidemiologica e virologica ad hoc su tutto il territorio nazionale. Vi sono diversi elementi, tuttavia, che sollecitano nel richiedere l'attivazione delle competenze epidemiologiche italiane ora disperse, anche per favorire ulteriori sostegni e aiuti a chi è direttamente coinvolto nella gestione dell'emergenza. Le considerazioni che seguono, mirate a sostenere la più estesa collaborazione, sono dettate dagli stimoli di John Ioannidis,<sup>1</sup> dal rapporto dell'Imperial College<sup>2</sup> e dalla consapevolezza che gran parte delle infezioni si presentano in modo asintomatico.<sup>3</sup> Pare importante recuperare l'esperienza maturata dall'epidemiologia italiana con situazioni di questo genere, si pensi ad esempio alla diffusione del virus HIV da un bacino di infetti non identificati e segnalato solo dalla crescente incidenza di casi di AIDS conclamati. Tuttavia, SARS-Cov2 ha una diffusione esplosiva e richiede risposte ancora più tempestive.

1. I dati sulla frequenza dei contagiati, sul ricorso ai servizi sanitari, sulle terapie intensive sono messi a disposizione delle autorità nazionali e vengono usati per il monitoraggio della epidemia e la valutazione delle necessità assistenziali. In realtà, essi rappresentano una parte del fenomeno perché l'attuale circolazione del virus non è nota e quindi gli stessi interventi di prevenzione primaria sono limitati. Dai dati individuali raccolti è possibile stimare indirettamente il numero di persone infette e contagiose nella popolazione, e disporre di elementi essenziali alla programmazione di interventi di contrasto. Gli epidemiologi italiani l'hanno già fatto per HIV e possono ricostruire il profilo di circolazione dell'infezione. Occorre però una rapida modifica nelle modalità di acquisizione, trasmissione ed elaborazione dei dati. Nei

Questo sito utilizza i cookies per migliorare l'esperienza di navigazione.

Navigando i contenuti di questo sito dichiaro di acconsentire all'utilizzo dei cookies.

emergenza. È opportuno disporre di informazioni rapide sul ricorso alle cure della popolazione generale, fin dall'inizio della epidemia, e sulla evoluzione dello stato di salute. Cruciale è la disponibilità di dati sulla mortalità giornaliera che provengono dai comuni, specie nelle aree più colpite. Questo è un compito immediato per i servizi di epidemiologia regionali, con una regia nazionale. Abbiamo l'esperienza consolidata del sistema di sorveglianza delle ondate di calore che funziona e può essere preso come esempio. Vi è l'esperienza di chi si è cimentato nel controllo epidemiologico per eventi straordinari, come ad esempio l'organizzazione delle olimpiadi invernali in Piemonte, dove era necessario disporre di linee di base e di soglie di allarme, e in occasione della pandemia influenzale del 2009. Ricordiamo che la batteria di sistemi integrati di sorveglianza epidemiologica messa in piedi per la pandemia del 2009 includeva la sorveglianza attiva dei casi importati e autoctoni, l'indagine epidemiologica dei casi confermati e dei contatti stretti, la sorveglianza dei quadri clinici, la sorveglianza dei casi gravi e dei decessi, il monitoraggio degli accessi settimanali ai Pronto Soccorsi, il monitoraggio di uso di farmaci anti-influenzali.

3. Nella situazione italiana la diffusione dell'infezione è per fortuna ancora disomogenea tra le regioni e le risposte vanno articolate in base alle caratteristiche locali. Nelle regioni in cui la trasmissione è ancora contenuta devono essere rafforzate le indagini epidemiologiche per la ricerca dei contatti e il loro immediato isolamento. Ovviamente, un aspetto importante che limita le attività della sanità pubblica è la ridotta numerosità del personale dedicato. Tale attività, tuttavia, se svolta in modo coordinato, può contribuire in modo importante a ridurre la circolazione virale ed è stata la chiave di volta del contenimento nella Corea del Sud. Anche dopo il periodo di "soppressione" della circolazione sarà essenziale mantenere a regime le attività di registrazione dei casi, individuazione precoce di tutti i contatti, isolamento rigido dei casi e dei rispettivi contatti per evitare un secondo picco. Bisogna da subito studiare le tecnologie migliori, se non per l'attuale espansione dell'epidemia al Sud (siamo probabilmente in ritardo) almeno per prevenire una seconda ondata. Anche nella esperienza cinese tale attività è stata rigidamente pianificata, con il *contact tracing* entro le 24 ore, e la sua applicazione rapida ha garantito il successo nella soppressione della epidemia ed è oggi la misura più rilevante per evitare la sua riemersione. In Italia, le attività di *contact tracing*, nella maggior parte dei casi, sono state lasciate alla iniziativa e alle forze dei singoli dipartimenti di prevenzione senza un reale coordinamento nazionale, né la possibilità di verificare quanto fatto e valutarne punti di forza e di criticità. È ovvio che quando il numero di casi aumenta molto, tali attività sono sempre più difficili fino a diventare impossibili, ma esse sono fondamentali per il controllo nelle fasi precoci (focolai). Nelle reti di controllo epidemiologico vi sono gli strumenti per sostenere tale attività in modo coordinato e adeguatamente informatizzato.
4. I dati raccolti sul campo vanno tempestivamente analizzati perché diventino informazioni. Nella esperienza cinese, la indagine dei cluster degli infetti è stata fondamentale per individuare cosa sfugge nella catena di controllo. Il cluster può essere di natura familiare, lavorativo, sociale legato ad un evento, o a particolari attività professionali. La documentazione ordinata e pubblica dei risultati della indagine di cluster (specie i più recenti) è il modo più efficace per applicare il detto "sbagliando si impara", perché ci informa sui punti critici della circolazione dell'infezione e diventa un facile strumento di comunicazione per la popolazione. I dipartimenti di prevenzione del SSN, accanto alle attività di *contact tracing*, devono essere i protagonisti di un forte impegno in questa attività e devono essere sostenuti nella lettura dei dati. I risultati di tali valutazioni vanno immediatamente diffusi e rappresentano un contributo valido, oltre che a fermare l'epidemia, anche dal punto di vista scientifico.
5. Molto si è discusso in questi ultimi giorni sul ruolo dei tamponi e sulla necessità di estendere gli accertamenti a tutta la popolazione. Ferma restando l'opportunità di condurre indagini periodiche di prevalenza di infezione nella popolazione (anche per fornire informazioni preziose ai modelli previsionali, vedi sotto), è prioritario che l'identificazione di infezione, attualmente riservata ai casi sintomatici, sia estesa immediatamente ai gruppi a rischio (sanitari, personale del clero impegnato per problemi epidemici, forze dell'ordine e dell'esercito, addetti alla distribuzione alimentare e al trasporto dei beni indispensabili); in prima istanza il personale sanitario coinvolto in attività assistenziali che già sta pagando un tributo elevato in termini di infezioni. Il numero di casi tra il personale sanitario è infatti molto preoccupante. La particolare trasmissione in ambito nosocomiale va monitorata e indagata per identificare i punti critici. Il controllo periodico di questo personale è obbligatorio per fermare il propagarsi della infezione.
6. Un punto importante riguarda la capacità dell'epidemiologia di predire l'andamento della epidemia e dei

Questo sito utilizza i cookies per migliorare l'esperienza di navigazione.

Navigando i contenuti di questo sito dichiaro di acconsentire all'utilizzo dei cookies.

prevedere l'andamento della epidemia, dei bisogni assistenziali e di tanti altri parametri importanti per la gestione ed il controllo nei prossimi mesi. Come il rapporto dell'Imperial College<sup>2</sup> suggerisce, dobbiamo considerare l'epidemia nella sua lunga durata ed essere in grado di proporre scelte per una valutazione di tipo etico, sociale, economico e sanitario. Inclusi gli aspetti di perdita di salute che graveranno su categorie e gruppi svantaggiati sul piano economico e culturale, a causa della crisi economica indotta dall'epidemia. Si tratta di avvantaggiarsi delle diverse discipline necessarie (sociologiche, economiche, computazionali, ecc.) attraverso un'integrazione epidemiologica. Abbiamo bisogno di informazioni continue sull'andamento epidemico, sulla stratificazione della popolazione a rischio (e la composizione sociale), sulla disponibilità delle strutture assistenziali, e sull'incertezza relativa a tutti i parametri che entrano in gioco.

7. E' anche necessario modificare il sistema della comunicazione dell'epidemiologia del contagio. L'incertezza che sempre caratterizza le conoscenze non deve essere negata, ma riconosciuta, e tutte le decisioni prese in condizioni di incertezza devono essere argomentate e spiegate, solo in questo modo si crea la consapevolezza di tutti i soggetti chiamati ad agire, come recentemente sottolineato da Mariachiara Tallacchini su questa rivista.<sup>4</sup>
8. Infine, l'ultima (ma forse la prima) necessità. La risposta alla epidemia non si giova di una gestione frammentaria di venti regioni che non dialogano, non si scambiano in modo strutturato le esperienze, e non condividono strumenti, metodi, successi ed insuccessi. Il programma di formazione in epidemiologia applicata, coordinato per molti anni dall'ISS, era fondamentale per parlare tutti lo stesso linguaggio. Ridiamo forza e ruolo al SSN, non solo nelle attività di diagnosi e terapia ma anche e soprattutto nella sua capacità di coordinamento degli interventi di sanità pubblica. Ricostruiamo e trasformiamo le reti esistenti in punti di raccolta, analisi e interpretazione dei dati per fronteggiare l'epidemia sotto un coordinamento di riconosciuta autorevolezza. Le Regioni e PA, il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità non possono cedere il passo e perdere la disponibilità e la competenza della epidemiologia italiana.

In sintesi, questa epidemia impone al servizio sanitario e alla epidemiologia in Italia un forte impegno nella capacità di misurare, analizzare, valutare, predire e riflettere criticamente; non solo nella emergenza di questi giorni ma anche nella successiva fase post-emergenza.

22 Marzo 2020

## Bibliografia

1. Ioannidis J. A fiasco in the making? As the coronavirus pandemic takes hold, we are making decisions without reliable data. <https://www.statnews.com/2020/03/17/a-fiasco-in-the-making-as-the-coronavirus-pandemic-takes-hold-we-are-making-decisions-without-reliable-data/>
2. Ferguson NM, Laydon D, Nedjati-Gilani G, et al. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. London: Imperial College COVID-19 Response Team, March 16, 2020 (<https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gida-fellowships/Imperial-College-COVID19-NPI-modelling-16-03-2020.pdf>).
3. Li R, Pei S, Chen B, Song Y, Zhang T, Yang W, Shaman J. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV2). Science. 2020 Mar 16. pii: eabb3221.
4. Tallacchini M. ["Preparedness" e coinvolgimento dei cittadini ai tempi dell'emergenza. Per un diritto collaborativo alla salute](#). Epidemiol Prev 2020; 44(2): pubblicazione *in advance* [www.epiprev.it](http://www.epiprev.it).

## Commenti

Inserito da Claudio Maria Maffei (non verificato) il Mer, 25/03/2020 - 10:53.

### [Dove eravamo rimasti?](#)

Da vecchio igienista in pensione, con un passato lontanissimo da ricercatore universitario di Igiene, uno lontano da epidemiologo delle malattie infettive e uno più recente di direttore sanitario di alcune Aziende Sanitarie delle Marche, sono molto stimolato dalle considerazioni fatte nell'editoriale. Ho infatti vissuto sul campo ed in più ruoli il rapporto tra epidemiologia e Servizio Sanitario Nazionale e "distillo" da queste esperienze alcune considerazioni.

La prima considerazione parte da quello che dice Genno Costa: "Anche in una realtà come quella piemontese dove l'accesso ai

Questo sito utilizza i cookies per migliorare l'esperienza di navigazione.

Navigando i contenuti di questo sito dichiaro di acconsentire all'utilizzo dei cookies.

esplodere) non si avvantaggiano al meglio del contributo degli epidemiologi. Ma altrove è peggio, molto peggio, perché i servizi di epidemiologia regionali di cui parla l'editoriale semplicemente non esistono o comunque non sono "accreditabili" come rete. Non sarà un caso che i requisiti di accreditamento istituzionali per questa funzione non ci sono. Occorrerebbe riflettere (e certamente molti lo avranno fatto autorevolmente) come mai movimenti culturali e scientifici in qualche modo vicini alla epidemiologia come la gestione del rischio clinico abbiano trovato strade per essere riconosciuti come componenti essenziali ed istituzionali dell'assetto dei Servizi Sanitari Regionali. Riconoscimento che ad esempio nella realtà delle Marche che conosco molto bene manca. Bene (anzi, male): questa emergenza può essere una opportunità per dimostrare la centralità della epidemiologia nel supporto ai processi decisionali a tutti i livelli del SSN. Come l'editoriale del resto suggerisce quando dice "Ricostruiamo e trasformiamo le reti esistenti in punti di raccolta, analisi e interpretazione dei dati per fronteggiare l'epidemia sotto un coordinamento di riconosciuta autorevolezza". Servono però proposte e, probabilmente, una nobile (per una volta) attività di lobbying.

E qui passo al ruolo particolare della epidemiologia delle malattie infettive. Che potrebbe in questa fase "tirare la volata" al movimento epidemiologico nel suo complesso, ma che purtroppo ha perso molte posizioni ormai da diversi anni a tutti i livelli del SSN. La storia del ruolo e della organizzazione della epidemiologia delle malattie infettive nel SSN l'ho vissuta almeno in parte personalmente. Ho abbastanza anni per ricordare l'epidemia di colera in alcune città del sud del 1973 (Napoli, Bari e Cagliari). In quella occasione per fare uno studio caso-controllo (pensa te!) venne chiamato un giovanissimo epidemiologo dall'allora Center for Disease Control William (Bill) Baine. Donato Greco era infettivologo al Cotugno e sapeva l'inglese. Inizio della storia. Da allora iniziò un movimento per la nascita di una epidemiologia "istituzionale" (e quindi incardinata dentro il Servizio Sanitario Nazionale ai vari livelli) delle malattie infettive e non solo, nascita che possiamo identificare con quella avvenuta pochi anni dopo del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità diretto dall'entusiasta Alfredo (Duccio) Zampieri. Quando nel 1979 si verificò una seconda epidemia di colera a Cagliari la risposta fu molto più pronta, anche perché nel frattempo Bill Baine era venuto a lavorare all'Istituto Superiore di Sanità e Donato Greco dirigeva il Reparto di Malattie Infettive del Laboratorio di Epidemiologia dello stesso Istituto. E perché qui lavorava Stefania (Salmaso). Nell'ottobre del 1980 si tenne all'Istituto Superiore di sanità il Corso di Epidemiologia con i rappresentanti inviati dalle Regioni. Il Corso era costruito sul modello di un analogo corso del Center for Disease Control). E qui arriviamo al punto: il Corso era stato organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità per formare specialisti inviati dalle Regioni. La famosa modifica del Titolo V della costituzione era ancora lontana e si cominciò in quegli anni a saldare una alleanza tra Regioni e livello centrale per la gestione delle emergenze di sanità pubblica più importanti comprese quelle di origine infettiva. E analogo processo avvenne sotto la spinta di Isa Moro per il controllo delle infezioni che allora chiamavamo "ospedaliere". E' da questo modello che si dovrebbe (ri)partire.

[rispondi](#)

-----  
 Inserito da Elena Amendola (non verificato) il Mar, 24/03/2020 - 18:03.

### [Gli Italiani all'età della pietra](#)

Ho seguito i link che ha consigliato... mi è venuto un senso di impotenza infinito. Dire che l'Italia non ha investito nella ricerca è improprio, dobbiamo dirci la verità: l'Italia non ha investito nelle risorse umane... l'unico effetto che avremo post coronavirus sarà molto probabilmente un'altra grande emigrazione di massa...

[rispondi](#)

-----  
 Inserito da Elena Amendola (non verificato) il Mar, 24/03/2020 - 14:13.

### [Sull'editoriale Epidemiologia e COVID-19 in Italia.](#)

Nel 1998 sono stata volontaria (laureanda in fisica classica, struttura della materia) al centro operativo misto di Sarno nella emergenza idrogeologica campana e ho conosciuto da molto vicino la gestione dell'emergenza della protezione civile. Ancor prima di laurearmi, sono stata autrice di una pubblicazione (1999, rinunciando ai diritti) sulle serie storiche delle alluvioni a Sarno che è poi diventata di riferimento anche come approccio di studio e metodologia in tutti i centri di ricerca del settore. Di conseguenza, a due anni di distanza fui rintracciata e temporaneamente "assoldata" per spiegare ai "ricercatori regolari", e agli ingegneri della ricostruzione post frana, cosa avevo fatto e... ho fatto altro ancora, ma intanto mi ero laureata e avevo preso nuove strade, rifiutando di pubblicare i risultati della mia tesi di laurea in astrofisica ancora oggi validissimi, dopo appena 20 anni (correlazione tra parametri fisici e forma di una galassia, statistica e sistemi stellari!). Dico ciò per arrivare ad affermare con cognizione di causa che ciò che lei chiede non si può fare in Italia se non si forza la mano. Adesso le scrivo da Senior Project Manager. La mia città, Sarno, sarebbe in questo momento il bacino di dati perfetto: ha pochissimi casi (forse non arrivano a 20), ha un ospedale che sta per essere trasformato in Covid 19, potremmo trovare anche i locali vuoti in periferia per creare un centro raccolta dati da tenere in rete. L'occasione di raccogliere i dati in maniera strutturata è adesso e non può essere rimandata.

Sappiamo tirare su una infrastruttura IT (leggo con piacere il commento di Andrea Pirini) in pochi giorni e sappiamo integrare anche dati in meno di una settimana

Questo sito utilizza i cookies per migliorare l'esperienza di navigazione.

Navigando i contenuti di questo sito dichiaro di acconsentire all'utilizzo dei cookies.

Per fare questo, servono persone come voi epidemiologi, storici, matematici/fisici e chi fa i tamponi e li analizza... già risolto in parte con open data in rete.

Ci mancherebbe allo stato attuale un centro di analisi dei tamponi dedicato allo screening per lo studio, ma si potrebbe chiedere alla Regione di individuarne uno privato e autorizzarlo.

Sempre qui a Sarno ci sono diversi centri di analisi a cui intanto si potrebbe chiedere di fare i tamponi, capiamo anche come sta precedendo il Veneto.

Insomma, voglio dire che questi sono solo problemi di gestione e organizzativi, semplice logistica, che dal punto di vista del project management sono risolvibili e anche in tempi brevi, se c'è la volontà.

Inoltre, la cittadinanza autofinanzerebbe volentieri una struttura per i tamponi di massa, e un centro di raccolta.

Infine, cosa serve per fare quello che avete illustrato? Soldi, attrezzature, dove sono i problemi insormontabili? Facciamolo! Non aspettiamo gli altri, non lo faranno, lo sapete benissimo tutti.

Grazie mille per la cortese e paziente attenzione.

[rispondi](#)

---

Inserito da geppo costa (non verificato) il Mar, 24/03/2020 - 12:34.

### [Una faccenda di dati o di governance? L'esperienza piemontese](#)

L'appello di Epidemiologia e Prevenzione e l'editoriale di commento di Scienza In Rete sollecita tutti a concorrere ad uno sforzo di assessment rapido delle evidenze critiche per la gestione di sanità pubblica dell'emergenza di ora e delle implicazioni per i mesi prossimi. Al centro dell'appello c'è l'accessibilità tempestiva e aperta al dato. L'esperienza di queste settimane della rete piemontese di epidemiologia conferma questa urgenza, ma evidenzia anche che la sua soddisfazione non basta a colmare le complessive lacune di governance che non si possono colmare in poco tempo.

In Piemonte da subito si sono attivate due linee di lavoro. In prima fila, la linea specialistica del Servizio di epidemiologia dedicato alle malattie trasmissibili (SEREMI), che organizza e gestisce il sistema di sorveglianza con le aziende sanitarie alimentando la comunicazione per l'Unità di Crisi e la sorveglianza nazionale di ISS. La seconda fila è fatta dalle strutture che si occupano di tutto il resto dell'epidemiologia piemontese ed è impegnata ad usare i sistemi informativi statistici e sanitari ordinari e di sorveglianza ad hoc per indagare i punti più critici della gestione dell'emergenza in breve tempo e col meglio dei modelli di studio alla nostra portata. Le piste principali di lavoro sono : a) possibilità di prevedere a breve termine l'impatto delle misure di prevenzione e assistenza adottate sia nella popolazione generale sia nella coorte degli ospedalizzati; b) la misura dell'importanza relativa dei diversi fattori di rischio e di predisposizione al contagio o all'aggravamento delle conseguenze con studi di epidemiologia clinica sulla serie dei casi ospedalizzati e con studi caso controllo con dati di record linkage tra dati di sorveglianza e di ricovero e prescrizione dei farmaci; c) lo sviluppo con la medicina generale di nuovi sistemi informativi e di sorveglianza per la gestione domiciliare dei casi non ospedalizzati e dei contatti; d) il tutto valutato con le lenti dell'equità per identificare con la massima tempestività e sensibilità possibile le disuguaglianze di impatto dell'epidemia sulla salute, sia l'impatto diretto sulla storia naturale della infezione sia quello indiretto su altri esiti di salute determinanti dal dirottamento di risorse tra i diversi percorsi assistenziali, sia l'impatto indiretto a breve e lungo termine determinato dalle conseguenze economiche e sociali dell'epidemia.

In questo sforzo in verità non abbiamo incontrato ostacoli intenzionali all'accesso ai dati sanitari, né quelli dei sistemi informativi anagrafici e sanitari, né quelli del sistema di sorveglianza. Piuttosto i veri ostacoli sono costituiti dall'intrinseco limite di tempestività dei meccanismi di aggiornamento, ancora più difficili da ovviare in un contesto di rallentamento del funzionamento di tutte le strutture che li alimentano. Ad esempio volendo lavorare sulle serie giornaliere della mortalità totale si constata che l'anagrafe regionale degli assistiti, pur accessibile in tempo quasi reale, raggiunge un livello di completezza accettabile con un ritardo di tre mesi; per cui da questa fonte in tempo reale si possono studiare solo le serie temporali della mortalità proporzionale per sesso ed età; o in alternativa ci si deve limitare ad usare le serie giornaliere della mortalità di quella fonte cimiteriale che è stata attivata per la sorveglianza delle ondate di calore nelle aree metropolitane. O ancora, volendo lavorare in modo rapido sul record linkage tra dati di sorveglianza e dati retrospettivi di morbosità cronica o consumo dei farmaci, ci si misura sul fatto che la qualità dei dati individuali di sorveglianza viene certificata con un certo ritardo, poiché si dà priorità al funzionamento del sistema di tracciamento e notifica. A proposito di dati l'unico ostacolo davvero rilevante è quello che riguarda la loro comunicazione pubblica; in circostanze di emergenza la linea ufficiale di comando di solito si riserva legittimamente di gestire in modo esclusivo la comunicazione ufficiale, ma questa necessità potrebbe frenare la comunicazione tempestiva di conoscenze epidemiologiche rilevanti se la linea di comando non fosse adeguatamente capace di apprezzarne il valore.

E qua veniamo al punto veramente debole, il ruolo della conoscenza scientifica nella cosiddetta governance: il nostro sistema sociale (istituzioni, professionisti, forze economico sociali e società civile) non era preparato ad affrontare emergenze di questo tipo e sta imparando sul campo come fare con la linea di comando, con la comunicazione, coll'uso della conoscenza scientifica e degli esperti, col bilanciamento della tutela dei diritti e degli interessi... L'accesso ai dati e l'attivazione delle competenze di studio disponibili (nonché il loro accreditamento nella linea di comando) sono una parte importante di quei meccanismi e strutture di governance che servirebbero, ma non si inventano in una settimana se non sono state costruite e consolidate prima in quel sistema sociale. Anche in una realtà come quella piemontese dove l'accesso ai dati non è ostacolato, questo non significa che la

Questo sito utilizza i cookies per migliorare l'esperienza di navigazione.

Navigando i contenuti di questo sito dichiaro di acconsentire all'utilizzo dei cookies.

umiltà ad aiutare a superare in tempo reale con uno sforzo di ricerca-azione comune, come quello a cui un po' forzatamente stiamo partecipando tutti.

Giuseppe Costa

Rete piemontese dei Servizi di Epidemiologia

[rispondi](#)

---

Inserito da Andrea Pirino (non verificato) il Mar, 24/03/2020 - 10:44.

### [Se aveste mille software developers a disposizione per un mese](#)

Quali le sono le domande cui vorreste dare una risposta?

Quali dati vorreste catturare?

Come li vorreste vedere?

Lavoro in un'azienda che fa software e ho appena letto di un hackathon organizzata in Germania lo scorso finesettimana

<https://wirvsvirushackathon.org/?lang=en>

Google translate mi dice che alcune delle sfide che sono state affrontate sono l'appendice pratica delle necessita' menzionate nell'abstract:

<https://airtable.com/shrs71ccUVKyvLIUA/tbl6Br4W3lyPGk1jt/viw7AIEju6qFtXJ...>

Magari mi illudo, ma credo che tanti, tanti, tanti sviluppatori e data scientist sarebbero disponibili a continuare l'esperimento in Italia, magari anche usando le app che ne verrebbero fuori.

[rispondi](#)

---

Inserito da Rodolfo Saracci (non verificato) il Lun, 23/03/2020 - 20:10.

### [Meglio adesso che mai](#)

Sottoscrivo pienamente le proposte e indicazioni di Forastiere ed altri amici, ma proprio perche' mi associo a loro non posso nascondere un profondo disagio di fronte a questo editoriale. Perche', e non ci sono giri di parole o di argomenti che tengano, la domanda e' : ma non potevate (io compreso) pensarci seriamente ed agire prima? Si tratta di un prima prossimo ed uno meno prossimo. La registrazione e pubblicazione dei dati da parte della Protezione Civile e' del 24 Febbraio, questa nota del 23 Marzo. Un mese e' un tempo enorme di fronte a emergenze quali un'epidemia capace di propagarsi con un tempo di raddoppiamento di 2-3 giorni : e non e' che questo non si sapesse, la Cina era li' a mostrarlo. C'e' stato , e c'e', uno scollamento sostanziale tra una varieta' di gruppi che in questi giorni e ore si attivano per analizzare i dati e estrarre informazioni pertinenti all'epidemiologia e alla clinica e chi e' in prima linea sul fronte della malattia e registra finora nel solo settore sanitario quasi cinquemila contagiati e diciannove medici deceduti. Il 'prima' meno prossimo riguarda la insufficienza dei sistemi di sorveglianza, delle competenze necessarie a mantenerli e utilizzarli e dei meccanismi di attivazione rapida delle risposte alle emergenze, uniformi sul territorio nazionale . Ma questo richiede investire in strutture e personale con ritorni economici poco attrattivi ; e anche dal punto di vista culturale l'ubriacatura dei "big data" porta a trascurare la differenza tra dati pertinenti e dati massivi. Tutto questo si inserisce in un quadro ben piu' vasto di insufficienze che coinvolgono in diversa ma importante misura i paesi economicamente e tecnologicamente avanzati (lasciamo momentaneamente da parte gli altri) . Dell'articolo di Ioannidis non condivido l'argomento centrale "aspettare a avere delle informazioni piu' adeguate prima di decidere gli interventi per il controllo dell'epidemia", ma condivido una parola del titolo : 'fiasco'. In Italia e in quasi tutti gli altri paesi mancano le maschere, mancano i kit per i test, mancano i ventilatori, manca il personale competente per le rianimazioni, mancano informazioni epidemiologiche essenziali. Che cosa e' se non un fiasco di "epidemiologia e prevenzione" ? Una mobilitazione tardiva degli epidemiologi servira' solo parzialmente , con gli inevitabili errori connessi a interventi in parte fuori tempo, per questa epidemia. Potra' servire, seguendo le raccomandazioni dell'editoriale, per il futuro, sempre che passato il pericolo non si lascino prevalere una volta di piu' le scelte dettate essenzialmente dall'interesse economico a breve termine, garanti del fallimento di qualunque politica globale di prevenzione.

[rispondi](#)

---

Istruzioni

Questo sito utilizza i cookies per migliorare l'esperienza di navigazione.

Navigando i contenuti di questo sito dichiaro di acconsentire all'utilizzo dei cookies.

**ATTENZIONE:** per permetterci di filtrare lo spam avvisiamo che il commento viene reso pubblico il primo giorno lavorativo successivo all'invio.

## Inserisci il tuo commento

---

Il tuo nome:

E-mail:

L'indirizzo mail è privato e non verrà mostrato pubblicamente.

Titolo:

Commento: \*

CAPTCHA

Riporta le lettere mostrate nel riquadro senza spazi. Non c'è differenza tra maiuscole e minuscole.

h H W V i

Riporta le lettere mostrate: \*

Non inserire spazi. E' indifferente l'uso del maiuscolo/minuscolo

Invia

Anteprima

---

Questo sito utilizza i cookies per migliorare l'esperienza di navigazione.

Navigando i contenuti di questo sito dichiari di acconsentire all'utilizzo dei cookies.