

## Bussole

# Più tamponi e meno privacy: perché ha funzionato in Corea e le (molte) differenze con l'Italia

Il Paese asiatico aveva una struttura già pronta ad agire, dopo la recente epidemia di Mers. I nostri medici sono stati colti alle spalle nel pieno dell'influenza stagionale

di M.T. Island

24 marzo 2020

 8 min



▲ La metropolitana di Seoul (Epa)

Senza il caos provocato nell'estate del 2015 dalla Mers, anche quella causata da un Coronavirus, oggi la Corea del Sud non avrebbe fronteggiato con la stessa efficienza l'epidemia di Covid-19.

Da quel 2015, fatto tesoro del fallimento registrato nelle prime risposte alla malattia, il Paese asiatico ha messo a punto una precisa strategia di intervento destinata a contrastare una possibile nuova epidemia: ora ne raccoglie i frutti, soprattutto con il contenimento dei contagi arrivati, alla sera del 23 marzo, a quota 9.037.

Pochissimi, rispetto ai disastri che il virus sta facendo nei Paesi Occidentali. Non ci esprimiamo invece sul tasso di letalità, perché **come abbiamo visto nei giorni scorsi** si tratta di un parametro facilmente influenzabile con diversi criteri di raccolta dei dati.

Perché in Italia non siamo riusciti a fare altrettanto e, soprattutto, potevamo farlo? Potevamo individuare il virus prima di quanto sia stato fatto? A queste due domande fondamentali cercheremo di trovare una risposta basandoci come sempre sulle evidenze scientifiche, evitando di arrivare a facili conclusioni dettate dal senno di poi.

## **Perché in Italia non siamo riusciti a fare altrettanto, e soprattutto potevamo farlo?**

Possiamo arrivare alla risposta solo considerando il differente contesto di partenza tra Italia e Corea (e più in generale tra i Paesi Occidentali e Corea) che si riflette nello stato di preparazione e nelle capacità di reazione nei confronti di una possibile epidemia.

La Corea del Sud, come accennato in precedenza, ha vissuto come una pesante sconfitta quanto accaduto nel 2015 con la Mers (Middle East Respiratory Syndrome). La patologia era insorta nei Paesi arabi nel 2012, causata da un Coronavirus (il Mers CoV) ed era arrivata a sorpresa nel Paese asiatico tre anni più tardi. Il primo paziente, un uomo d'affari, era tornato in patria dopo una visita in Medio Oriente. Dopo aver manifestato sintomi simil-influenzali era stato curato in tre diversi ospedali, ma nessuno aveva ipotizzato la positività al virus. Al momento della diagnosi corretta quell'unico paziente aveva già scatenato una catena di contagi che avrebbe causato 186 casi e 36 decessi, costringendo le autorità sanitarie a rintracciare e mettere in isolamento oltre 16.000 persone.

L'elevata letalità del virus (a livello mondiale è del 34,4%) aveva impedito una trasmissione su larghissima scala, perché come abbiamo visto altre volte i virus che si diffondono meglio sono quelli che riescono a generare molti casi asintomatici, esattamente come il nuovo Coronavirus.

Da quella lezione le autorità coreane avrebbero tratto due conclusioni semplici, la prima delle quali è stata ascoltare le indicazioni del mondo scientifico e approntare il più rapidamente possibile una macchina sanitaria ad hoc. Magari, e sperabilmente, destinata a non entrare mai in funzione.

Ma a titolo precauzionale con una dotazione più che generosa di materiali di protezione, un'alta capacità di produrre test di laboratorio specifici (e di esaminarli rapidamente) e un numero ridondante di personale sanitario pronto in caso di emergenza.

Colpiti a tradimento dalla Mers nel 2015, in Corea sapevano esattamente come comportarsi quando il 20 gennaio del 2020 si è presentato il primo caso di Covid 19. Hanno messo in moto la macchina che speravano di non dover far uscire dal garage e hanno iniziato a lavorare.

In Italia, ma questo vale per tutti i Paesi Occidentali, gli scienziati hanno più volte messo in guardia sugli enormi rischi di una pandemia. C'è una battuta che da tempo circola tra i virologi e gli epidemiologi sull'effettiva possibilità di dover affrontare una malattia pandemica: “Non dobbiamo chiederci “se”, ma “quando”.

Sono rimasti inascoltati, perché è difficile convincere qualcuno a mettere soldi (tanti) sulla realizzazione di qualcosa che potrebbe riguardare un futuro molto lontano. I tagli ai sistemi sanitari non hanno avuto effetto solo in Italia, ne stanno facendo le spese in tutto il mondo: a partire dalla Gran Bretagna, che per decenni ha avuto nel proprio NHS (National Health Service) un punto di riferimento assoluto per quanto riguarda la sanità pubblica e che oggi vede lo stesso messo in ginocchio di fronte all'avanzare del nuovo Coronavirus.

La seconda conclusione tratta dalle autorità coreane è stata che la sola risposta sanitaria sarebbe stata insufficiente, se non correttamente abbinata a una strategia di intervento basata sulle nuove tecnologie per tracciare, controllare e indirizzare gli spostamenti della popolazione in caso di una nuova epidemia.

Una nuova legge, approvata ad hoc, ha così dato il via libera al governo per procedere a una massiccia raccolta di dati (in particolare su carte di credito e cellulari) riguardanti i soggetti positivi. Dati che, eliminate le informazioni che permettono l'identificazione del singolo individuo, vengono poi trasmesse a tutta la popolazione con apposite App.

Oggi, in conseguenza di quelle decisioni, i coreani vengono quotidianamente tracciati per poter ricostruire gli spostamenti dei soggetti risultati positivi al nuovo Coronavirus. Attraverso le App e con avvisi tramite sms, ogni cittadino (e ogni persona che abita in Corea, vale anche per gli stranieri) riceve informazioni sui casi che si sono verificati in un raggio di circa 30 chilometri dalla propria abitazione, su dove abitano i casi confermati e in quale ospedale sono stati ricoverati.

Impossibile sapere chi sia il contagiato, ma si tratta di informazioni preziose perché permettono di capire se sei stato in quel palazzo o in quell'ospedale, oppure se hai fatto un certo percorso e quindi sei soggetto al rischio potenziale di un contagio.

La politica dei test tampone, più volte indicata come la responsabile del successo della Corea nel contrasto alla diffusione del virus, non è dissimile da quella italiana in termini di capacità complessiva: in entrambi i casi si arriva a circa 20.000 test al giorno.

La differenza vera deriva dall'uso massiccio delle tecnologie, che in Corea permettono di eseguire i test su individui precisi individuati come potenzialmente a rischio in base ai loro movimenti e all'incrocio con quelli dei soggetti malati. Uno strumento infinitamente più mirato rispetto alla raccolta di informazioni direttamente dal paziente o dai suoi familiari.

Veniamo alla risposta della prima domanda: in Italia (e più in generale in Occidente) potevamo farlo?

No. La risposta è no, non potevamo. Non potevamo rispondere allo stesso modo in termini strutturali, perché gli allarmi della scienza sono stati interpretati come allarmismi e di conseguenza ignorati. Come vediamo in tutto il mondo si è scatenata la caccia ai dispositivi di protezione personale (dalle mascherine alle tute, dagli occhiali ai guanti) perché le dotazioni, che avrebbero dovuto essere in magazzino in attesa di essere pronte all'uso, semplicemente non c'erano. Non in misura adeguata per far fronte all'emergenza.

Così come in tutto il mondo mancano i respiratori: che dovendo combattere un virus respiratorio, incubo di ogni epidemiologo, sono la prima cosa che non dovrebbe mancare. I nostri medici, a differenza di quelli coreani, ma in buona compagnia di quelli spagnoli, tedeschi, francesi, inglesi e americani, hanno dovuto combattere a mani nude l'inizio della battaglia. Mentre il virus sparava con il cannone.

In più, in Italia e non solo, non potevamo contare sull'uso di tecnologie di tracciamento, perché dalle nostre parti la privacy viene prima di tutto. Basta ricordare la sollevazione popolare dopo l'accorato "state a casa" dell'assessore al Welfare della Regione Lombardia, Giulio Gallera, pronunciato sventolando i dati delle celle telefoniche che dimostravano come il 43% dei cittadini, nonostante le restrizioni in vigore, continuasse a spostarsi sul territorio.

Forse è venuto il momento di decidere se, con tutte le garanzie possibili sul presente e sul futuro in tema di tutela della privacy, siamo disposti ad accettare di barattare un po' di riservatezza con la nostra vita. Perché quando si invoca il

“modello coreano” bisogna essere consapevoli che, nel pacchetto, c'è incluso anche quello.

### **Seconda domanda: potevamo individuare il virus prima di quanto sia stato fatto?**

Anche qui partiamo dalla risposta coreana all'epidemia, per capire quanto la situazione fosse differente. L'inizio del contagio in Corea, come abbiamo visto, risale al 20 gennaio e riguarda una donna cinese in arrivo da Wuhan. L'allarme verso i soggetti provenienti da quelle zone era già scattato e non è stato difficile identificare il primo caso. Le misure di contenimento e isolamento, sulla base delle modalità operative che abbiamo visto prima, hanno avuto buon gioco nonostante lo sviluppo successivo di alcuni focolai particolarmente preoccupanti. Insomma, pur tra mille difficoltà tutto è andato liscio: primo paziente individuato rapidamente, catene di trasmissione messe sotto controllo rapidamente, contromisure sanitarie e tecnologiche pronte a scendere in campo sulla base di un piano preciso.

In Italia il primo paziente è stato individuato in Lombardia un mese più tardi, il 21 febbraio, e definito “paziente uno”. Gli studi condotti sul Sars-CoV-2 come ha più volte spiegato il professor Massimo Galli, primario del reparto di Malattie Infettive dell'Ospedale Sacco di Milano, hanno ormai dimostrato che il virus circolava nel nostro Paese dal 25 gennaio. In un mese, sotto traccia, aveva preso alle spalle i medici presentandosi con forme del tutto compatibili con l'influenza stagionale. Anche quella causa di polmoniti, molte, e per di più era proprio nel momento di picco con centinaia di migliaia di nuovi casi ogni settimana: per dare un'idea, tra il 27 gennaio e il 2 febbraio ben 771.900 secondo i dati del Rapporto InFluNet. Insomma il “paziente uno” non era il paziente uno, ma la punta visibile di un iceberg dalle dimensioni sconosciute.

L'allarme a fine febbraio era, in Italia e in tutto il mondo, verso i soggetti che provenivano da una particolare area della Cina (la città di Wuhan e la Provincia dell'Hubei) o che avessero avuto contatti con persone provenienti da quella stessa area. Nessun allarme, fino a quel momento, su possibili contagi da altre provenienze.

Sempre dal lavoro del professor Galli sappiamo che il virus, in Italia, è invece arrivato dalla Germania e più in particolare dalla Baviera. Non ci dilunghiamo sui dettagli della genetica virale, che sono complessi e richiederebbero una trattazione a parte con grosse difficoltà di divulgazione: basti sapere che analisi di questo tipo permettono di avere risposte precise su caratteristiche, provenienza, tempi di diffusione e mutazioni del virus.

Dobbiamo poi considerare un terzo elemento: il cosiddetto “paziente uno”, una volta malato, si è rivolto al pronto soccorso. Il luogo ideale, come lo sono tutti gli ospedali, per amplificare il contagio. Basti pensare agli effetti del primo caso di Mers in Corea, descritto in precedenza, pur in presenza di un virus quasi incapace di trasmettersi se paragonato al nuovo Coronavirus.

Insomma, i medici italiani hanno dovuto affrontare la tempesta perfetta: un virus capace di circolare per settimane celandosi dietro una patologia con sintomi e complicanze in larga parte sovrapponibili all'influenza stagionale, per di più nel suo momento di picco. Una provenienza diversa (Germania) da quella indicata come probabile (Cina) da tutte le linee guida del momento. L'esplosione del primo focolaio in ambito ospedaliero, e per di più da parte di un soggetto con una socialità particolarmente attiva: mezza maratona corsa in Liguria, partita di calcio, frequentazione di locali pubblici.

Veniamo quindi alla risposta alla seconda domanda: potevamo individuare il virus prima di quanto sia stato fatto?

No. La risposta ancora una volta è no. Non potevamo. I nostri medici hanno fatto il massimo di quanto, alle condizioni date, fosse possibile fare. E per capirlo basta vedere cosa sta accadendo in tutti i Paesi Occidentali colpiti dall'epidemia. Dove invece, guardando all'esperienza italiana, sicuramente le contromisure avrebbero potuto essere più tempestive e più stringenti.

Riproduzione riservata ©

---

## Per approfondire

- 
- ▶ Coronavirus e letalità: che cosa dice il confronto con Cina, Germania e Corea

[Leggi l'articolo](#) →

---

- ▶ Quali numeri ha senso guardare e come

[Leggi l'articolo](#) →

---

- ▶ Dieci giorni decisivi per capire se lo stiamo battendo

[Leggi l'articolo](#) →

---

---

## Cosa ne pensi?

### Aggiornamento importante

Quando accedi con Disqus utilizziamo i tuoi dati personali per semplificare l'autenticazione e la pubblicazione dei commenti. Inoltre salviamo i commenti che pubblici, che possono essere visti e ricercati immediatamente da chiunque nel mondo.

- Accetto i termini del servizio di Disqus
- Accetto che Disqus utilizzi l'indirizzo email, l'indirizzo IP e i cookie per semplificare la mia autenticazione e la pubblicazione dei commenti, così come descritto dettagliatamente nella normativa sulla privacy
- Acconsento all'ulteriore utilizzo dei miei dati personali, inclusi i cookie di prima e di terza parte, ai fini di mostrare contenuti, anche pubblicitari, personalizzati, così come indicato nella nostra Policy sulla condivisione dei dati

Procedi

Disclaimer

---

## Grandi Temi



## Sos coronavirus

✔ stai seguendo

## Il secolo africano

+ segui

## L'industria c

+ segui

# Audio versioni



**Storie**  
**Cibo, bit e farmaci: la «virus economy» che non conosce la crisi**

*di Luca Orlando*

Durata: 05:30

**Scenari**  
**Bilancio, debito, aiuti di Stato: come cambia l'Europa al tempo del virus**

*di Dino Pesole*

**Così il coronavirus**

*di*



Torna all'inizio



Log-out

FAQ

Scarica l'app del Sole 24 ORE su:

GOOGLE PLAY APP STORE

P.I. 00777910159 © Copyright Il Sole 24 Ore Tutti i diritti riservati