



Servizio studi del Senato

Note su atti dell'Unione europea



NOTA N.49

Il ruolo del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie nella lotta al Covid-19

Il 4 maggio scorso si è tenuta, presso la Commissione per l'ambiente, la salute pubblica e la sicurezza alimentare del Parlamento europeo, l'audizione di Andrea Ammon, direttrice del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), l'agenzia europea che, nell'ambito delle proprie competenze in materia di malattie, si occupa del costante monitoraggio della pandemia da coronavirus, fornendo valutazioni dei rischi, orientamenti in materia di salute pubblica e indicazioni agli Stati membri e alla Commissione europea sulle attività di risposta al virus.

La presente nota, oltre a riferire sull'audizione della direttrice Ammon, fornisce elementi sul ruolo dell'Ecdc, e ne illustra alcune pubblicazioni in tema di Covid-19: la prima valutazione dei rischi del 17 gennaio 2020, l'ultima valutazione dei rischi del 23 aprile 2020 e l'ultimo aggiornamento sulla situazione del Covid nel mondo e nell'UE/SEE del 7 maggio scorso.

Il **4 maggio** scorso la Commissione per l'ambiente, la salute pubblica e la sicurezza alimentare del Parlamento europeo (ENVI) ha svolto, da remoto, l'audizione di Andrea Ammon, direttrice del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), l'agenzia europea che, nell'ambito delle proprie competenze in materia di malattie, effettua attività di monitoraggio della pandemia, fornisce valutazioni di rischio, linee guida di salute pubblica, consulenze agli Stati membri e pubblica statistiche quotidiane sui contagi ed i decessi nell'UE, nello Spazio economico europeo (SEE) e nel Regno Unito.

Nel suo intervento, la direttrice ha fornito innanzitutto alcuni dati sullo sviluppo della pandemia, ha illustrato gli elementi chiave del nono aggiornamento della valutazione rapida del rischio, pubblicato il 23 aprile scorso (vd *infra*), e ha fornito chiarimenti sugli scenari futuri.

La direttrice ha sottolineato che le case di cura in Europa sono state gravemente colpite dalla pandemia: la percentuale dei decessi in queste strutture, in alcuni paesi, è stata superiore al 50% dei decessi globali.

Ha quindi riconosciuto l'efficacia delle misure di *lockdown* e di distanziamento sociale (misure non farmaceutiche), che hanno consentito una riduzione del tasso di incidenza del **45%**, sottolineando che, a domenica 3 maggio, un solo paese, la Bulgaria, ha registrato un aumento dell'incidenza negli ultimi 14 giorni, che in altri quattro (Regno Unito, Polonia, Romania e Svezia) non sono state riportate sostanziali modifiche e che in tutti gli altri Stati membri si è registrata una diminuzione dei casi di contagio.

Passando poi alla nona valutazione rapida dei rischi, la direttrice ha spiegato che il documento presenta una serie di obiettivi e di misure di accompagnamento a sostegno della [Tabella di marcia comune europea verso la revoca delle misure di contenimento della COVID-19](#), presentata dalla Commissione europea il 15 aprile.

Tale tabella incoraggia gli Stati membri a coordinarsi prima di retrocedere dalle misure di isolamento sociale adottate in risposta alla pandemia. Il documento raccomanda, in particolare, un approccio graduale che tenga conto di criteri epidemiologici, dello stato dei Servizi sanitari nazionali e delle effettive capacità di sorveglianza.

Gli obiettivi di sanità pubblica identificati dalla valutazione dei rischi prevedono, tra l'altro, una riduzione della morbosità e della mortalità attraverso la protezione dei gruppi vulnerabili e il controllo della diffusione del virus. Per raggiungere tali obiettivi, occorre che gli Stati membri approntino **6 tipi di misure:**

- 1) lo sviluppo di un sistema di **monitoraggio efficace** sul contagio e sull'impatto delle misure di contenimento, come il distanziamento sociale;
- 2) la somministrazione **diffusa dei test** iniziando dalle categorie più a rischio;
- 3) l'adozione di un **quadro di tracciamento dei contatti** basato sui test diffusi¹;
- 4) il mantenimento di una **capacità sanitaria generale**, che, oltre a garantire un numero sufficiente di posti letto per la rianimazione, possa, sulla base di una stima delle necessità, trattare anche le altre patologie sinora trascurate.;
- 5) l'avvio di una **valutazione della risposta al Covid**, identificando le migliori pratiche di contrasto alla pandemia a livello internazionale;
- 6) l'adozione di una **solida strategia di comunicazione** del rischio che coinvolga anche i gruppi vulnerabili. Tale strategia dovrebbe veicolare due tipi di messaggi. Il primo: "*la crisi non finirà a breve*" (la fase 2 «*non è uno sprint, ma una maratona*»). Il secondo: "*non bisogna abbassare la guardia*", ma continuare a rispettare standard elevati di igiene e misure di distanziamento sociale nonché indossare le mascherine.

A seguire, la direttrice ha risposto alle numerose domande poste dagli eurodeputati fornendo una serie di chiarimenti su molteplici aspetti.

I quesiti riguardavano, tra l'altro: l'eventuale sottostima dei decessi; il nesso tra Covid e sindrome di Kawasaki nei bambini; la disparità nel metodo di registrazione dei casi tra gli Stati membri; l'approccio adottato dai vari Stati per la fase 2 e le attività di coordinamento dell'ECDC; la tempistica esatta con cui l'ECDC ha lanciato l'allarme sull'arrivo del Covid in Europa; eventuali necessità del Centro ai fini di un intervento più incisivo; le app sul tracciamento dei contatti; l'uso delle mascherine; le azioni intraprese a livello europeo per sostenere gli Stati membri nelle criticità riguardanti le case di cura in caso di seconda ondata.

In primo luogo, per quanto attiene alla fase attuale della diffusione della pandemia, la direttrice ha informato che gradualmente tutti gli Stati membri stanno aumentando l'esecuzione dei test sulla popolazione e uniformando i loro metodi di calcolo dei contagiati e dei decessi alle regole fornite dall'Agenzia (regole precedentemente concordate con l'Organizzazione mondiale della sanità). Poiché esistono comunque molti decessi per sospetto COVID-19 di persone non sottoposte ai test *post mortem*, per il momento permane una certa **sottostima del numero reale dei decessi** causati dalla pandemia. Ha quindi precisato che l'ECDC ha un sistema di monitoraggio della mortalità che comprende tutte le cause; quindi,

¹ Si segnala al riguardo il [Rapporto tecnico sul tracciamento dei contatti](#) pubblicato dall'ECDC il 5 maggio scorso. Il rapporto sottolinea il ruolo centrale che il tracciamento dei contatti, assieme a efficaci sistemi di test e di sorveglianza, assume nella fase di *desescalation*. Esso delinea inoltre una serie di misure che consentono di implementare il tracciamento dei contatti sulla base delle risorse locali disponibili (call center, volontari e personale addestrato, app di tracciamento).

a prescindere dalla causa, i decessi vengono tutti contabilizzati secondo una linea base di riferimento annuale. Questo sistema viene usato, ad esempio, per rilevare eventuali picchi di mortalità legati all'influenza. Questo calcolo prescinde dal fatto che un caso venga testato *post mortem* o meno, ed è comunque un'indicazione utile per vedere se vi sia un tasso di mortalità che si discosta. In base a questo sistema di monitoraggio, si è individuato un eccesso di mortalità in vari paesi, in particolare nella fascia di età oltre i 65 anni e in quella compresa tra i 50 e 65 anni. Il Centro segue i tassi di mortalità in queste fasce di età come un'indicazione. Si tratta di mortalità pura e semplice, ma il dato relativo al discostamento è comunque utile, anche se non è ufficialmente legato al Covid.

La cooperazione con gli Stati membri è attualmente concentrata sull'obiettivo di computare i decessi avvenuti fuori dalle strutture ospedaliere. Ha infatti ricordato che, in alcuni paesi, oltre la metà del numero complessivo dei decessi a causa della pandemia si è registrata nelle case di cura. Le lacune nel metodo di calcolo che ancora permangono in alcuni Stati membri rendono inattendibili le classifiche dei Paesi per numero di decessi.

Ha quindi parlato della **sindrome di Kawasaki²**, chiarendo che non è ancora dimostrato il suo nesso con il COVID-19. Il Centro è comunque in costante contatto con chi sta svolgendo studi specifici sull'argomento.

Rispondendo ad una serie di quesiti relativi alla **fase 2**, ha chiarito innanzitutto il ruolo del Centro circa l'attività di coordinamento. Ha infatti precisato che il Centro viene informato dei piani adottati dai diversi Stati membri, ma è a questi ultimi che spetta coordinarsi, soprattutto se sono Paesi confinanti. **L'attività di coordinamento non ricade sul Centro**, che riceve e raccoglie le informazioni fornite dagli Stati e che può incoraggiare forme di coordinamento, ma non imporle.

Ha poi posto l'accento sulla necessità che gli Stati membri possano avvalersi di **sistemi sanitari capaci di svolgere un monitoraggio efficace e attento** soprattutto nella fase successiva all'entrata in vigore delle prime misure di allentamento del *lockdown*.

Ha affermato poi che il Centro sta lavorando con gli Stati membri affinché nella cosiddetta fase 2 **l'opzione dei test diffusi** (anche sierologici) faccia perno sui medici di base. Sui test sierologici ha precisato che il fatto di **aver sviluppato anticorpi non è di per sé un'immunità alla malattia** e questo rappresenta uno degli aspetti più cruciali da chiarire in questa fase. Raccomanda poi l'esecuzione dei test nelle case di cura (dove, in alcuni paesi, si è registrata oltre la metà del numero dei decessi), in modo da formulare diagnosi precoci sia sugli ospiti che sul personale.

Ha quindi sottolineato che l'allentamento delle misure di contenimento del contagio dovrebbe avere un carattere di **gradualità e dovrebbe essere monitorato**. Andrebbe pertanto evitato un ritorno immediato alla normalità, che comporterebbe un rialzo dei contagi. Ciò vale anche per il settore turistico, che ad oggi mantiene un alto potenziale di rischio.

Si segnala inoltre che, nel suo intervento alla [Conferenza "State of the Union" dell'8 maggio](#), nella quale si è discusso del Covid-19 e del suo impatto sulle politiche sanitarie, sull'economia e sulla cooperazione globale, la direttrice Ammon ha menzionato l'apertura delle scuole come ipotesi di cui in questa fase occorrerà valutare gli effetti, attraverso un confronto delle esperienze tra i Paesi che hanno scelto di riaprire gli istituti scolastici e quelli che invece ne hanno confermato la chiusura.

Circa l'utilità delle **app di tracciamento** dei contatti ha affermato che queste devono essere considerate come uno strumento utile in questa fase e non come la soluzione del problema.

² Si tratta di una forma di vasculite che colpisce i bambini di età compresa tra 1 a 8 anni.

Le app dovranno inoltre essere conformi al Regolamento europeo sulla protezione dei dati. Il loro utilizzo da parte dei cittadini sarà infatti subordinato alla fiducia che essi abbiano in termini di rispetto della privacy. Inoltre, ha raccomandato che l'uso delle app preveda anche un'interoperabilità tra gli Stati, affinché la loro funzionalità non si fermi alle frontiere. Gli Stati dovranno quindi mettere in campo forme di cooperazione in questo settore.

Quanto alle **mascherine**, dopo aver specificato la differenza tra le due tipologie disponibili (FFP2 e FFP3, utilizzate negli ospedali, e chirurgiche, le quali non proteggono chi le indossa e che possono in ogni caso essere usate dai cittadini in alternativa a quelle suddette), ha sottolineato che esse non dovrebbero essere considerate come l'unica soluzione, ma come strumenti complementari alle altre misure di prevenzione (distanziamento sociale, lavaggio delle mani).

Ha poi proseguito informando che il Centro continuerà in questo periodo a monitorare la diffusione anche delle altre malattie contagiose, che per il momento non sembrano presentare problemi specifici e che addirittura mostrano una flessione, forse connessa alle scelte terapeutiche messe in campo per contrastare il Covid-19. Un costante monitoraggio è inoltre effettuato sulle campagne di vaccinazione infantile che stanno portando avanti tutti gli Stati membri. Eventuali sacche che sfuggono alle vaccinazioni dovranno essere oggetto di campagne mirate al termine della pandemia.

Ai quesiti volti a conoscere la tempistica con cui è stato lanciato l'allarme sulla diffusione del Covid ha risposto ricordando che il Centro era stato informato della presenza di svariati casi di polmonite in Cina a fine 2019. Il [17 gennaio 2020](#) ha pubblicato una prima valutazione rapida del rischio contenente alcune informazioni (vd *infra*).

Ha inoltre ricordato che la **pandemia finirà solo quando sarà disponibile un vaccino**. Al riguardo, ha affermato che non è possibile fare previsioni, né accelerare i tempi se non eventualmente quelli di omologazione, posto che c'è una procedura di test che non può essere evitata.

Circa poi le esigenze future per il Centro, ha fatto riferimento alla necessità di disporre di un **sistema di monitoraggio europeo digitalizzato più stabile**, così da facilitare gli scambi con le interfacce a livello nazionale. Ciò consentirà di rendere la vigilanza sulle situazioni nazionali più sistematica e non subordinata alle urgenze del momento. Su tale questione, secondo la direttrice, dopo la fine dell'emergenza occorrerà avviare una riflessione, anche in termini di copertura dei costi. Ha osservato altresì che attualmente la vigilanza sulle capacità dei sistemi sanitari nazionali dipende in molte fasi dagli *input* degli esperti nazionali (membri del [forum consultivo](#) dell'ECDC), i quali forniscono a regime il quadro della situazione nei vari Stati membri, ma che, in questa particolare contingenza, sono assorbiti da altre priorità e non hanno tempo di inviare al Centro le loro relazioni.

La direttrice ha quindi affermato che a tempo debito **occorrerà fare una valutazione di come è stata gestita la pandemia** a livello europeo e a livello degli Stati membri. Da tale valutazione emergeranno indicazioni su come sostenere meglio i paesi membri a migliorare i loro sistemi di monitoraggio e di comunicazione dei dati.

Sulle prospettive future per il Centro si ricorda che nella [risoluzione sull'azione coordinata dell'UE per contrastare la pandemia di COVID-19 e le sue conseguenze](#) del 17 aprile scorso, il Parlamento europeo ha chiesto il potenziamento dell'ECDC - come di altre strutture operanti in campo sanitario - in termini di competenze, di bilancio e di personale.

Al temine dell'audizione, confermando alcune dichiarazioni rilasciate nei giorni precedenti, ha affermato che **sarebbe forse possibile ridurre la curva dei contagi, ma non**

prevenire il diffondersi della malattia, a causa delle sue caratteristiche, in particolare in termini di alta contagiosità e di possibilità di trasmissione da persone asintomatiche.

Il ruolo dell'ECDC

L'ECDC è un'agenzia indipendente per la prevenzione e il controllo delle malattie, istituita con [regolamento \(CE\) n. 851/2004](#) del Parlamento europeo e del Consiglio, del 21 aprile 2004.

Ai sensi dell'articolo 3 del regolamento medesimo, la missione del Centro è di individuare, valutare e comunicare i rischi attuali ed emergenti che le malattie trasmissibili rappresentano per la salute umana. In presenza di altri focolai di una malattia grave, di origine sconosciuta, suscettibile di diffondersi nel territorio o sino al territorio dell'Unione europea, il Centro agisce di propria iniziativa fino all'individuazione della fonte del focolaio. In presenza di un focolaio che non sia paleamente provocato da una malattia trasmissibile, il Centro opera solo in collaborazione con l'autorità competente su richiesta della stessa. Nell'ambito della sua missione il Centro tiene in piena considerazione le responsabilità degli Stati membri, della Commissione e di altre agenzie europee, nonché le responsabilità di organizzazioni internazionali operanti nel settore della salute pubblica, onde assicurare la completezza, la coerenza e la complementarità dell'intervento. Nell'ambito della sua missione inoltre: ricerca, raccoglie, riunisce, valuta e diffonde i dati scientifici e tecnici pertinenti; esprime pareri scientifici e fornisce assistenza scientifica e tecnica; coordina la Rete europea di organismi che operano nei settori rientranti nella missione del Centro; provvede allo scambio di informazioni, competenze e migliori prassi e agevola la definizione e l'attuazione di azioni comuni. Sempre l'articolo 3 stabilisce che il Centro, la Commissione e gli Stati membri collaborano al fine di garantire la coerenza delle rispettive attività.

Per quanto riguarda gli Stati membri, l'articolo 4 del regolamento pone in capo ad essi l'obbligo di fornire tempestivamente dati e informazioni scientifiche e tecniche rilevanti ai fini della sua missione; di comunicare qualunque messaggio trasmesso alla rete europea attraverso il sistema di allarme precoce e di reazione; di identificare le istanze competenti riconosciute e gli esperti in materia di sanità pubblica che possano fornire un contributo alle reazioni comunitarie alle minacce per la salute, quali le inchieste in caso di apparizione di gruppi o focolai di malattie.

Il Centro è composto da un consiglio di amministrazione, da un direttore e dal suo personale e da un [forum consultivo](#)³. Quest'ultimo è composto da rappresentanti degli Stati membri con competenze scientifiche riconosciute (uno per ogni Stato), nonché da tre membri senza diritto di voto nominati della Commissione per rappresentare le parti interessate a livello europeo, quali le organizzazioni non governative rappresentanti i pazienti, le organizzazioni professionali o le università. I rappresentanti possono essere sostituiti da supplenti che sono nominati contestualmente (articolo 18).

Per quanto concerne le risorse finanziarie, le entrate del Centro provengono da: una sovvenzione iscritta nel bilancio generale dell'Unione europea (sezione «Commissione»); pagamenti effettuati quali retribuzioni dei servizi resi; qualunque contributo finanziario degli organi competenti degli Stati membri; contributi volontari degli Stati membri.

Con la recente approvazione del [progetto rettificativo di bilancio per l'anno 2020](#) la sovvenzione dell'Ue a favore del Centro è pari a 3,6 milioni di euro.

³ Di veda anche l'[organigramma](#) del Centro.

Le valutazioni rischi dell'ECDC

Tra i vari documenti pubblicati dall'ECDC le valutazioni rapide del rischio forniscono dati aggiornati sulla pandemia da Covid-19 nei paesi UE/SEE e nel Regno Unito e contengono orientamenti e indicazioni per gli Stati. La prima valutazione è stata pubblicata il [17 gennaio 2020](#) e l'ultima, il nono aggiornamento, il [23 aprile scorso](#).

La prima valutazione dei rischi del 17 gennaio 2020

Il 17 gennaio 2020 l'ECDC ha pubblicato la [prima valutazione rapida del rischio](#), nella quale affermava che il 31 dicembre 2019, la Commissione sanitaria municipale di Wuhan, in Cina, aveva segnalato un gruppo di casi di polmonite di eziologia sconosciuta, con un collegamento comune riferito al mercato all'ingrosso di frutti di mare di Wuhan (un mercato all'ingrosso di pesci e animali vivi di diverse specie).

Nel documento si riportava che il 9 gennaio 2020 era stato riferito che un nuovo coronavirus era stato rilevato come agente causale e la sequenza del genoma era stata resa pubblica. L'analisi della sequenza aveva mostrato che il virus appena identificato era correlato alla SARS-CoV. I sistemi di rilevamento erano stati sviluppati e resi disponibili per gli Stati membri attraverso l'OMS e il catalogo globale dell'archivio europeo dei virus.

Il documento dava poi conto delle cifre dei contagi riportando un totale di 44 casi confermati, 41 dei quali provenivano da Wuhan e 3 erano associati a viaggi (2 in Thailandia e 1 in Giappone). L'insorgenza dei sintomi variava dall'8 dicembre 2019 al 5 gennaio 2020 e includeva febbre, tosse e dispnea. La radiologia toracica aveva le caratteristiche tipiche di una polmonite virale con infiltrati bilaterali diffusi. La maggior parte dei casi erano maschi di età compresa tra 40 e 69 anni. Sette casi avevano sviluppato una malattia grave e due persone, con condizioni di base croniche e gravi, erano morte.

Nel documento l'ECDC affermava che la maggior parte dei casi era epidemiologicamente legata al mercato alimentare specifico di Wuhan, pulito e chiuso al pubblico il 1 ° gennaio 2020. Alcuni casi avevano dichiarato di aver visitato un mercato alimentare diverso mentre altri non avevano segnalato alcun collegamento a tali ambienti ma erano in contatto con persone che mostravano sintomi respiratori. Nessuno dei casi segnalati aveva sviluppato la malattia oltre 14 giorni dopo la chiusura del mercato implicato. Tra i casi segnalati, erano stati identificati due piccoli gruppi familiari. In un cluster, tutti e tre i membri della famiglia avevano frequentato il mercato specifico di Wuhan prima dell'inizio della malattia. Nell'altro gruppo, un membro era il coniuge di un commesso sul mercato. Non erano poi stati segnalati casi negli operatori sanitari e quindi non vi erano prove di trasmissione nosocomiale.

Al momento della stesura del documento, la fonte dell'infezione non era nota e pertanto l'ECDC ipotizzava che potesse essere ancora attiva e portare a ulteriori casi in Cina. Il verificarsi di alcuni casi senza storia di contatto con il mercato implicato o altri mercati simili suggeriva la possibilità che la fonte di infezione fosse più ampiamente distribuita o di una trasmissione da uomo a uomo simile ad altri coronavirus, come SARS-CoV e MERS-CoV. Quest'ultima ipotesi era supportata dalla presenza del contagio in alcuni gruppi familiari. Tuttavia, non si conoscevano la modalità di trasmissione o i fattori di rischio per la trasmissione. Inoltre, non vi erano informazioni sullo spettro della malattia o sui fattori di rischio per la gravità. Alla luce di queste incognite, l'ECDC affermava di non escludere la possibilità di una circolazione di virus a basso livello nella comunità di Wuhan e quindi la possibilità che altri cluster si verificassero nel futuro. Alla luce delle conoscenze del momento e del numero di fattori sconosciuti, l'ECDC riteneva:

- **moderata** la probabilità di infezione per i viaggiatori UE/SEE in visita a Wuhan;

- **elevata** la probabilità di importazione di casi in paesi con il maggior numero di persone in viaggio da e verso Wuhan (ovvero i paesi dell'Asia);
- **bassa** la probabilità di importazione di casi nei paesi UE / SEE, a causa del traffico meno esteso di persone con Wuhan.

Inoltre, l'ECDC riteneva **molto bassa** la probabilità che il virus potesse circolare nei paesi UE/SEE, visti il rispetto di appropriate pratiche di prevenzione e controllo delle infezioni, in particolare in ambito sanitario, nei paesi UE/SEE, e l'evidenza di limitata trasmissione da persona a persona.

La nona valutazione dei rischi del 23 aprile 2020

La **nona valutazione rapida dei rischi**, oltre a presentare dati sulla pandemia, fornisce alla Commissione europea e agli Stati membri una serie di obiettivi di salute pubblica e di considerazioni per criteri epidemiologici, indicatori e misure di accompagnamento, a sostegno dell'attuazione della "[Tabella di marcia comune europea verso la revoca delle misure di contenimento della COVID-19](#)", pubblicata dalla Commissione europea il 15 aprile scorso.

Gli obiettivi di salute pubblica annoverati dal documento prevedono:

- la riduzione della morbosità, dei casi gravi e della mortalità attraverso contromisure non mediche proporzionate, che puntano sulla protezione di gruppi vulnerabili, finché non saranno disponibili vaccini e trattamenti efficaci;
- il contenimento e controllo della diffusione e della trasmissione del virus nella popolazione sia nella fase attuale che negli anni a venire, al fine di mantenere il numero di nuovi casi a livelli gestibili per i sistemi sanitari.

Per raggiungere questi obiettivi gli Stati, nel pianificare l'eliminazione delle misure di "soggiorno a casa" e la rimodulazione delle misure di distanziamento sociale, dovrebbero assicurare una sufficiente capacità e resilienza dei sistemi sanitari e il ripristino della capacità generale (non collegata al Covid-19) con letti ospedalieri e di terapia intensiva sufficienti. Il documento raccomanda altresì l'adozione di una robusta strategia di sorveglianza, di metodologie armonizzate per l'esecuzione dei test e di un quadro per la tracciabilità dei contatti. Sono inoltre necessarie, prosegue il documento, una valutazione della risposta al Covid-19 ottenuta sinora, al fine di individuare le migliori pratiche e le lezioni acquisite che possono rafforzare le misure future, e una forte strategia di comunicazione dei rischi.

Per quanto riguarda la valutazione dei rischi, nel documento si legge che:

- ✓ il rischio di sviluppare malattie gravi associate all'infezione per la popolazione generale dei Paesi UE/SEE e del Regno Unito è "**basso**", in presenza di appropriate misure di distanziamento sociale e/o quando la trasmissione nella comunità è stata ridotta o mantenuta a livelli bassi; il rischio è "**moderato**", se non sono attuate misure distanziamento sociale e/o se la trasmissione è ancora elevata;
- ✓ il rischio di sviluppare malattie gravi associate all'infezione da Covid-19 per la popolazione dei Paesi UE/SEE e del Regno Unito che presenti, al riguardo, fattori di rischio elevato è "**moderato**" in presenza di appropriate misure di distanziamento sociale e/o quando la trasmissione nella comunità è stata ridotta o mantenuta a livelli bassi; il rischio è "**molto elevato**" se non sono attuate misure distanziamento sociale e/o se la trasmissione è ancora elevata;

- ✓ il rischio attuale di ripresa della trasmissione comunitaria di Covid-19 nell'UE/SEE è attualmente "**moderato**" se si applicano una graduale eliminazione delle misure di "soggiorno a casa" e un adeguamento delle misure di allontanamento fisico, assieme a appropriati sistemi di monitoraggio, con l'opzione di reintrodurre le misure se necessario; è invece "**molto alto**" se le misure vengono eliminate senza che siano in essere adeguati sistemi e capacità, con un probabile aumento repentino della morbosità e della mortalità.

La diffusione del Covid: ultimi dati

Il 7 maggio scorso l'ECDC ha pubblicato [l'ultimo aggiornamento](#) della situazione del COVID a livello mondiale.

Il documento riporta che dal **31 dicembre 2019** al **7 maggio 2020** sono stati registrati nel mondo più di **3 milioni e 700 mila casi (3.713.796)** e circa **260.000 decessi (263.288)**.

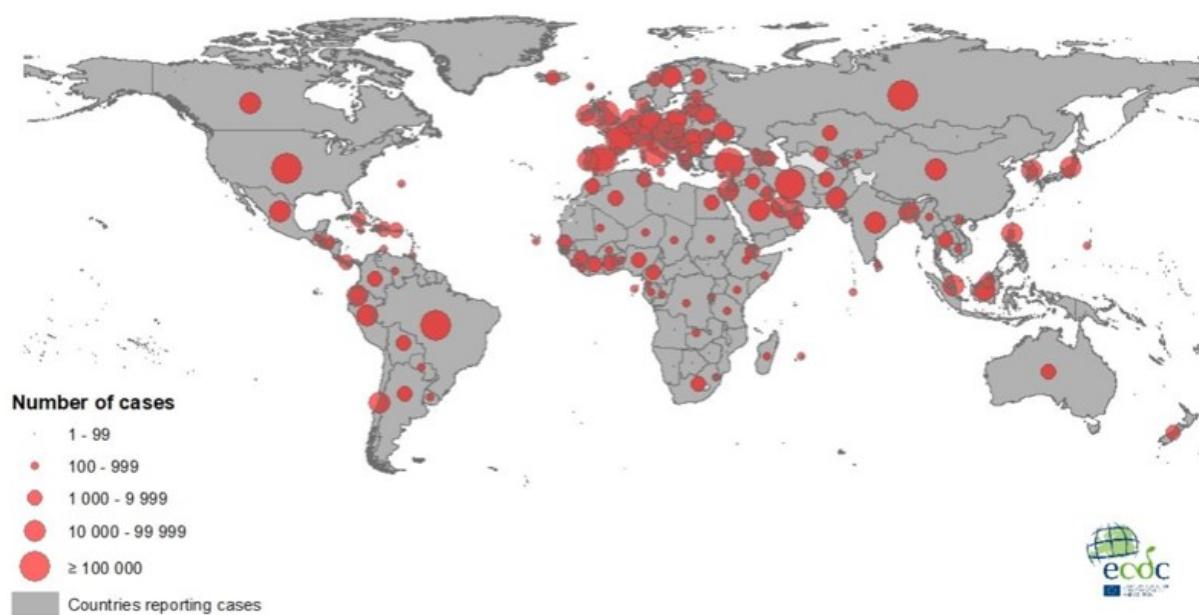
Per quanto riguarda l'**Europa**, i casi sono circa **1 milione e mezzo (1.459.723)**.

I **cinque paesi** dove si registra il maggior numero dei contagi sono la **Spagna (220.325)**, l'**Italia (214.457)**, il **Regno Unito (201.201)**, la **Germania (166.091)** e la **Russia (165.029)**. I **decessi**, sempre in Europa, sono oltre **145.000 (146.293)**.

I **cinque paesi** con il maggior numero di vittime sono il **Regno Unito (30.076)**, l'**Italia (29.684)**, la **Spagna (25.857)**, la **Francia (25.809)** e il **Belgio (8.339)**.

Per quanto riguarda i **Paesi UE/SEE**, sempre secondo i dati [dell'ECDC](#), al **7 maggio 2020** i **casi** sarebbero più di **1 milione e 200 mila (1.203.381)** e i **decessi** oltre **140 mila (141.999)**.

Distribuzione dei casi di Covid-19 nel mondo al 7 maggio 2020 - Fonte: ECDC.



Distribuzione dei casi di COVID-19 nell'Ue/SEE e nel Regno Unito al 7 maggio 2020 - Fonte: ECDC.



8 maggio 2020

A cura di Patrizia Borgna