

R_t or RD_t , that is the question!

R_t or RD_t , that is the question!

Maria Teresa Giraudo,¹ Manuele Falcone,² Ennio Cadum,³ Silvia Deandrea,⁴ Salvo Scondotto,⁵ Andrea Mattaliano,⁶ Carlo Di Pietrantonj,⁷ Lucia Bisceglia,⁸ Piergiorgio Duca,⁹ Cesare Cislaghi¹⁰

¹ Dipartimento di matematica G. Peano, Università di Torino

² Agenzia regionale di sanità Toscana, Firenze

³ Dipartimento igiene e prevenzione sanitaria; Unità operativa complessa salute e ambiente e progetti innovativi, Agenzia di tutela della salute, Pavia

⁴ Unità operativa complessa salute e ambiente e progetti innovativi; Unità operativa semplice epidemiologia ambientale, Agenzia di tutela della salute, Pavia

⁵ Dipartimento attività sanitarie e osservatorio epidemiologico, Regione Sicilia, Palermo

⁶ KPMG Italy, Palermo

⁷ Servizio di riferimento regionale di epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive, Azienda sanitaria locale, Alessandria

⁸ Area epidemiologia e *care intelligence*, Agenzia regionale strategica per la salute e il sociale Puglia, Bari

⁹ Università degli Studi di Milano

¹⁰ Economista epidemiologo

Corrispondenza: Maria Teresa Giraudo; mariateresa.giraudo@unito.it

RIASSUNTO

L'articolo confronta due tra gli indici più seguiti nel monitoraggio dei casi dell'epidemia di COVID-19: l' R_t e l' RD_t . Il primo è stato diffuso dall'Istituto superiore di sanità e il secondo, più fruibile data la minor difficoltà di calcolo e la disponibilità dei dati, è stato adottato da diverse realtà regionali e locali. Il rationale dell'indice R_t si richiama a quello dell'indice R_0 (indice di riproduzione di base), usato dagli infettivologi come misura di contagiosità di un determinato agente infettivo in una popolazione completamente suscettibile. L'indice RD_t , invece, deriva dalle tecniche della *time series analysis* per l'andamento di una misura di un evento che si sviluppa in funzione del tempo. L' RD_t non prende in considerazione il momento del contagio, bensì la data della diagnosi di positività e per questo motivo viene definito "indice di replicazione diagnostica", in quanto intende descrivere l'intensità dello sviluppo della frequenza di casi riconosciuti come positivi nella popolazione.

Il confronto tra le diverse applicazioni dei metodi e tra l'uso delle diverse tipologie di dati di monitoraggio è stato effettuato limitatamente a quattro aree per cui è stato possibile disporre di dati individuali completi relativi ai mesi di marzo e di aprile. I problemi maggiori nell'utilizzo di R_t , che è basato sulla data di inizio dei sintomi, derivano proprio dalla mancata completezza di questa informazione dovuta sia alla difficoltà nel registrarla sia alla sua assenza nei soggetti asintomatici. L'andamento generale dell' RD_t , per lo meno a un *lag* intermedio di 6 o 7 giorni, risulta molto simile a quello dell' R_t , come confermato dal valore molto alto dell'indice di correlazione tra i due indici. La correlazione massima tra R_t e RD_t viene raggiunta a *lag* 7 con un valore di R che supera 0.97 ($R^2=0,944$). I due indici, formalmente distinti, risultano entrambi validi e, pur mostrando aspetti specifici, forniscono fondamentalmente informazioni del tutto simili al decisore di sanità pubblica. La differenza tra i due indici non consiste tanto nel metodo di calcolo, quanto nell'utilizzo di informazioni differenti, appunto l'inizio dei sintomi e l'esito dei tamponi.

Non è, quindi, opportuno formulare un giudizio di preferenza per uno dei due indici, ma solamente invitare a capirne le diverse potenzialità in modo da poter scegliere quello che si ritiene più opportuno rispetto ai fini per il quale lo si voglia utilizzare.

Parole chiave: COVID-19, indici di monitoraggio, sviluppo epidemico, data inizio sintomi, data esito tampone

MESSAGGI PRINCIPALI

■ Lo sviluppo dell'epidemia può essere monitorato tramite i valori assunti dall'indice di trasmissibilità R_t al variare del tempo. Le difficoltà del suo utilizzo derivano sia dalla complessità di calcolo sia dalla disponibilità dell'informazione sulla data di insorgenza dei sintomi, di difficile e talvolta impossibile rilevazione.

■ Per analizzare l'accelerazione o la decelerazione della diffusione dei contagi si è messo a punto un indice detto "di replicazione diagnostica" (RD_t), in grado anch'esso di segnalare le variazioni nello sviluppo dell'epidemia. Il suo calcolo richiede solamente l'utilizzo dei dati di incidenza giornaliera di nuovi casi risultati positivi al test molecolare (tampone).

■ I due indici R_t e RD_t forniscono indicazioni molto simili, mentre si può rilevare che l'indice RD_t risulta più facilmente utilizzabile e comprensibile anche da parte di chi non dispone di competenze statistiche specifiche.

ABSTRACT

The article compares two of the most followed indices in the monitoring of COVID-19 epidemic cases: the R_t and the RD_t indices. The first was disseminated by the Italian National Institute of Health (ISS) and the second, which is more usable due to the lower difficulty of calculation and the availability of data, was adopted by various regional and local institutions.

The rationale for the R_t index refers to that for the R_0 index, the basic reproduction number, which is used by infectivologists as a measure of contagiousness of a given infectious agent in a completely susceptible population. The RD_t index, on the other hand, is borrowed from the techniques of time series analysis for the trend of an event measurement that develops as a function of time. The RD_t index does not take into account the time of infection, but the date of the diagnosis of positivity and for this reason it is defined as diagnostic replication index, as it aims to describe the intensity of the development of frequency for cases recognized as positive in the population.

The comparison between different possible applications of the methods and the use of different types of monitoring data was limited to four areas for which complete individual data were available in March and April 2020. The main problems in the use of R_t , which is based on the date of symptoms onset, arise from the lack of completeness of this information due both to the difficulty in the recording and to the absence in asymptomatic subjects.

The general trend of RD_t , at least at an intermediate lag of 6 or 7 days, is very similar to that of R_t , as confirmed by the very high value of the correlation index between the two indices. The maximum correlation between R_t and RD_t is reached at lag 7 with a value of R exceeding 0.97 ($R^2=0.944$). The two indices, albeit formally distinct, are both valid; they show specific aspects of the phenomenon, but provide basically similar information to the public health decision-maker. Their distinction lies not so much in the method of calculation, rather in the use of different information,

i.e., the beginning of symptoms and the swabs outcome. Therefore, it is not appropriate to make a judgment of preference for one of the two indices, but only to invite people to understand their different potentials so that they can choose the one they consider the most appropriate for the purpose they want to use it for.

Keywords: COVID-19, monitoring indexes, epidemic development, symptoms onset date, swab outcome date

INTRODUZIONE

Nelle giornate drammatiche dell'esplosione epidemica tutti aspettavano con ansia di sapere le variazioni di intensità della dinamica dell'epidemia e tra gli indici più seguiti c'erano sicuramente R_t ¹ e, in alcuni casi, RD_t .² Il primo è considerato più ufficiale, in quanto diffuso dall'Istituto superiore di sanità³ e il secondo più usufruibile, data la minore difficoltà di calcolo e la completa disponibilità dei dati tramite cui ricavarlo. I due indici hanno un diverso razionale e una diversa modalità di calcolo, ma soprattutto richiedono tipologie diverse di dati per essere elaborati.

Nel seguito verranno introdotti i due indici, i cui metodi di calcolo sono specificati nei materiali aggiuntivi on-line (box) S1 e S2, e i dati su cui si basano. Verranno poi presentati il confronto tra i due indici e tra valori di RD_t diversamente computati, relativi a un'area del Nord Italia, riportando negli allegati box S3 e box S4 i risultati analoghi per altre tre zone. Si presenteranno quindi una discussione inerente la variabilità casuale dell'indice RD_t , dettagliata nel box S5, l'interpretazione degli indici e la loro praticabilità e infine alcune conclusioni.

IL RAZIONALE

Il razionale dell'indice R_t si richiama a quello dell'indice R_0 ,⁴ che viene usato dagli infettivologi come misura di contagiosità di un determinato agente infettivo. L'indice R_0 indica quanti soggetti mediamente vengono infettati dal paziente «zero» in mancanza di qualsiasi misura di contenimento del contagio.

L'indice R_t fornisce una misura simile durante lo svolgimento dell'epidemia ed è quindi determinato non solo dall' R_0 , dipendente dall'agente infettivo, ma anche dalle misure preventive attuate per il contenimento dei possibili contagi. Dalle definizioni derivano anche il loro nome: R_0 «indice di riproduzione di base», R_t «numero di riproduzione» o «indice di trasmissibilità» o «indice di contagio al tempo t ». Il razionale dell'indice RD_t è invece differente e deriva dalle tecniche della *time series analysis* che si usano per analizzare le serie storiche, cioè per l'andamento di una misura o di una frequenza di un evento che si sviluppa in funzione del tempo. Per fare semplici esempi possiamo ricordare l'andamento della temperatura giornaliera o la crescita di una somma di denaro data in investimento. L' RD_t non pren-

de in considerazione il momento del contagio bensì la data della diagnosi di positività e per questo motivo viene chiamato «indice di replicazione diagnostica», in quanto vuole descrivere l'intensità dello sviluppo della frequenza di casi riconosciuti come positivi nella popolazione.

Per entrambi gli indici è chiaro che se il loro valore è >1 significa che gli eventi analizzati, contagi o positività, sono in crescita, se è uguale a 1 significa che sono stazionari, se è <1 significa, invece, che sono in decrescita.

METODI

I METODI DI CALCOLO

Esistono vari algoritmi di calcolo per ricavare i valori dell'indice R_t ,^{1,5,6,7} basati su interpretazioni diverse del suo significato. Seppure apparentemente molto diversi, i due metodi qui utilizzati per il calcolo degli indici R_t e RD_t sono più simili di quanto si pensi, in quanto, fondamentalmente, sono il rapporto tra una stima degli eventi al tempo t e degli eventi al tempo $t-s$ dove s sono i giorni che si stima siano necessari affinché un caso possa riprodurre un altro. L'intervallo s viene denominato in vario modo: tempo di generazione, *serial interval*, *lag*.

La differenza è che, mentre per l' RD_t il rapporto è tra due medie non pesate di due periodi separati da *lag* differenti, nel caso dell' R_t il rapporto è con i casi dei giorni precedenti a un determinato s , pesati con una distribuzione teorica dei tempi di generazione. Si può utilizzare, per esempio, una distribuzione Gamma,⁸ che è una distribuzione di probabilità continua che comprende, come casi particolari, anche le distribuzioni esponenziale e chi quadro. Per specificare la distribuzione da utilizzare se ne devono definire il valore atteso e la varianza.

Nel caso dell' RD_t , invece, il rapporto è tra una media mobile centrata non pesata di n elementi al tempo t e una media mobile centrata non pesata di n elementi al tempo $t-s$, dove s può assumere diversi possibili valori, solitamente pari a 4, 5, 6, 7 o 8 giorni. La scelta del *lag* è legata alle necessità interpretative del fenomeno, che richiedono di considerare i tempi di replicazione del contagio e potrebbe quindi essere diversa, ai fini di risultare informativa, per altri tipi di epidemia.

È comunque interessante notare che, se i dati su cui vengono calcolati sono gli stessi, i due indici R_t e RD_t assumo-

no valori molto simili e le discrepanze che si osservano non sembrano comunque poter dare adito a diversità interpretative del fenomeno. Una maggiore divergenza nei valori si può però riscontrare quando le frequenze diventano molto esigue; in questi casi, tuttavia, entrambi gli indici perdono probabilmente molto del loro significato e possono anzi fornire indicazioni ingannevoli.

Per la descrizione più puntuale dei metodi di calcolo dell' R_t e dell' RD_t si vedano gli allegati (box S1 per l' R_t e box S2 per l' RD_t).

DATI

I DATI SU CUI VENGONO CALCOLATI

La reale diversità che è possibile rilevare nei valori dei due indici R_t e RD_t può dipendere dai dati che vengono utilizzati per il loro calcolo. Le date che rivestono rilevanza sono le date in cui avviene il contagio, in cui sorgono i primi sintomi, quelle in cui il soggetto contatta la struttura sanitaria, quelle in cui viene fatta una diagnosi clinica, quelle in cui viene fatto un test molecolare (tampone) che determina inequivocabilmente la positività al virus e infine quelle in cui i risultati del test vengono inseriti nel sistema informativo. L' R_t utilizza la data dell'inizio sintomi, l' RD_t la data di registrazione della positività.

Sarebbe sicuramente ottimale poter conoscere con esattezza la data in cui è avvenuto il contagio, ma ciò non è di solito possibile, dato che per lo più non si riesce a determinare il contesto esatto in cui si è verificato. Si cerca quindi di stimarlo, utilizzando la data dell'inizio sintomi e prevedendo appunto che i tempi tra il contagio e l'esordio dei sintomi seguano una distribuzione Gamma i cui parametri vengano stimati utilizzando dei casi in cui entrambi gli eventi siano determinabili con sufficiente precisione.

La supposta costanza dei tempi di generazione

Va innanzitutto osservato come sia debole l'ipotesi che la distribuzione dei *serial interval*, cioè dei tempi di generazione tra un contagio ed il successivo, rimanga costante durante tutto il periodo dell'epidemia e sia la stessa in diversi ambiti o in diverse aree. Questo tempo dipende da molti fattori, ma, oltre che dal possibile *delay* tra momento dell'infezione e capacità di contagiare, dipende soprattutto dalla frequenza dei rapporti interpersonali, in quanto dove questi sono poco frequenti il *serial interval* si dilata, mentre in situazioni di contagio avvenute in comunità, come nelle RSA o negli ospedali, esso dipende probabilmente solo dalle capacità del virus di svilupparsi nell'individuo contagiato. Ciò significa che la distanza temporale tra contagio ed inizio sintomi non dovrebbe essere costante, né in media né in varianza, per situazioni differenti. Pensando di scomporre l'intervallo seriale in durata di infettività e tempo di contatto interpersonale, si potrebbe eventualmente considerare costante la prima e assegnare una distribuzione di probabilità al secondo, ma quest'ultima sarebbe comunque variabile a seconda delle circostanze.

La rilevazione e la registrazione della data di inizio sintomi

La data di inizio sintomi viene necessariamente ricavata solamente dall'anamnesi dei pazienti al momento dell'esito positivo del tampone. Ci sono casi in cui la rilevazione è impossibile, vuoi perché il paziente non è in grado di esprimersi o di ricordare, vuoi perché il paziente è immediatamente deceduto, vuoi perché il paziente è asintomatico; ci sono poi tutte le imprecisioni originate dal *recall bias* ed è comunque difficile attribuire i sintomi indicati proprio al Coronavirus. Le basi dati di test relative a quattro aree italiane (una provincia e una regione del Nord Italia e due regioni del Sud Italia) utilizzate per l'analisi sono state estratte dai rispettivi sistemi informativi il 20 maggio 2020 e si riferiscono al periodo compreso tra il primo caso e la settimana precedente per quanto riguarda l'analisi sulla completezza della data inizio sintomi e tra il primo caso e il 30 aprile per l'analisi su R_t e RD_t . Facciamo quindi presente come si possa ritenere che le caratteristiche di completezza delle basi dati riflettano quanto disponibile a livello di sistemi informativi locali o regionali per la gestione dell'operatività durante il corso del fenomeno epidemico e non il livello ottimale di qualità del dato che le stesse realtà possono raggiungere in fase di analisi e approfondimento post-epidemico.

Oltre ai problemi di rilevazione vi sono quelli dei tempi di registrazione. Come indicano i due grafici nella figura 1, ma soprattutto quello relativo alla provincia del Nord, la registrazione nella cartella clinica o la trascrizione nel sistema informativo sono state molto più lente nelle fasi avanzate dell'epidemia, quando il numero dei casi giornalieri è cresciuto di 5-10 volte e oltre la capacità del personale disponibile al fine di registrarli su supporto informatico in tempo reale (ma con recupero nel periodo successivo).

La completezza dell'informazione «inizio sintomi»

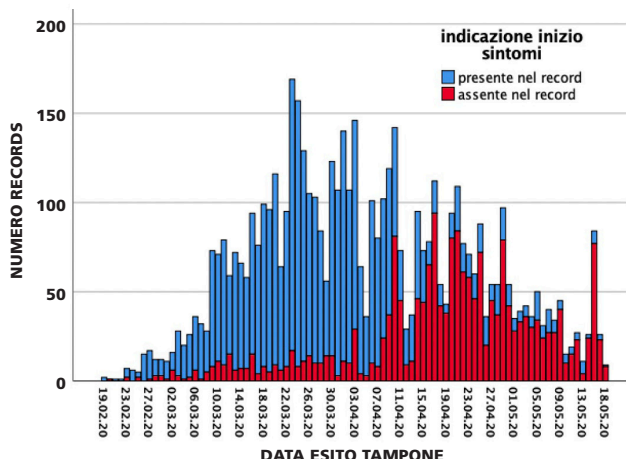
I problemi precedenti comportano quindi delle grosse carenze di completezza dell'informazione concernente la data di inizio sintomi, completezza che varia poi anche nel tempo e tra località diverse come si vede dai grafici nella figura 2 relativi a due zone del Nord Italia e due del Sud.

Inizio sintomi contemporaneo all'esito del tampone o anche molto successivo

Una caratteristica della data di inizio sintomi che fa molto dubitare sulla sua utilizzabilità come *proxy* posticipata della data del contagio è il fatto che ci siano molti casi per cui viene dichiarata come contestuale alla data del tampone o anche molto successiva.

Dal grafico riportato in figura 3 risulta che, nelle quattro aree analizzate, i dati di inizio sintomi realmente precedenti (anche solo di due giorni) alla data del tampone sono solo tra il 60% e l'80% dei dati validi, ma, se consideriamo tutti i record dei casi positivi, quelli che hanno la data del tampone di almeno due giorni successivi all'inizio sintomi sono tra il 35% ed il 52%.

DATI DI UNA PROVINCIA DEL NORD ITALIA



DATI DI UNA REGIONE DEL SUD ITALIA

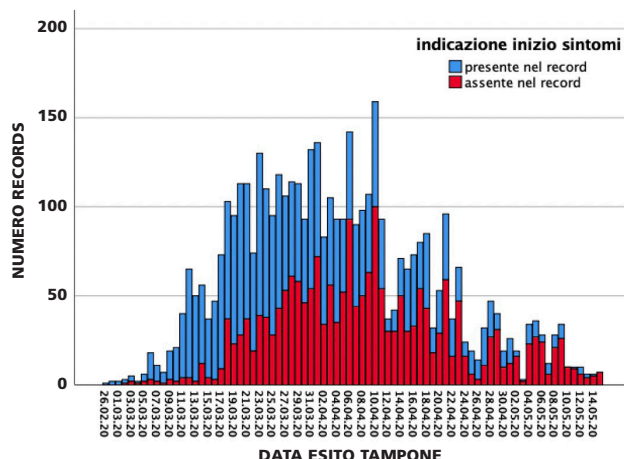
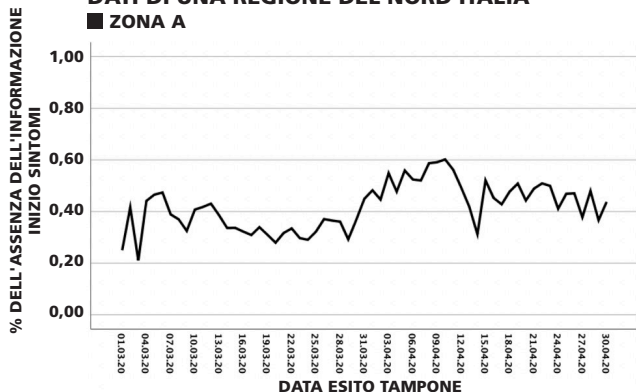


Figura 1. Proporzioni di incidenza dei casi rilevati per data di esito del tampone rispetto alla disponibilità del dato riguardo all'inizio dei sintomi.
Figure 1. Proportions of detected case incidence with respect to availability of symptoms onset date.

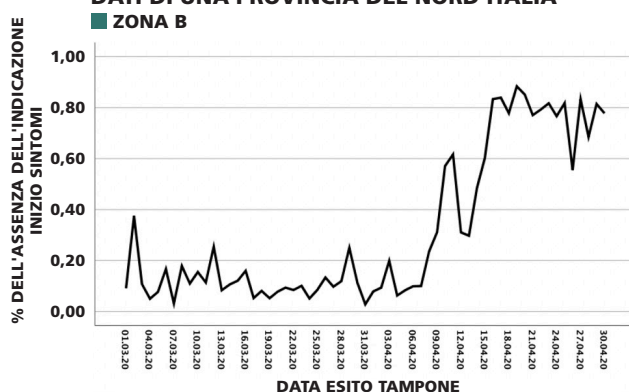
DATI DI UNA REGIONE DEL NORD ITALIA

ZONA A



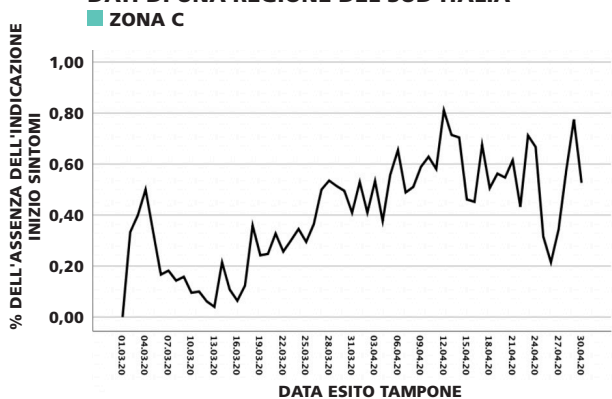
DATI DI UNA PROVINCIA DEL NORD ITALIA

ZONA B



DATI DI UNA REGIONE DEL SUD ITALIA

ZONA C



DATI DI UNA REGIONE DEL SUD ITALIA

ZONA D

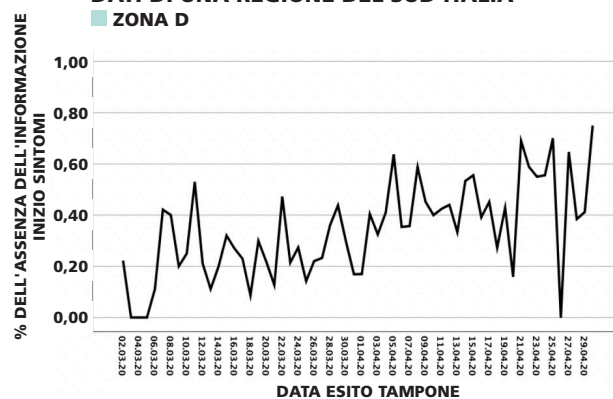


Figura 2. Percentuali di mancanza del dato riguardo all'inizio dei sintomi rispetto alle incidenze giornaliere di casi rilevati tramite tampone nelle quattro zone considerate: **A.** regione del Nord; **B.** provincia del Nord; **C e D.** regioni del Sud.
Figure 2. Percentage of lacking date about symptoms onset with respect to daily incidence of cases detected by swab in the four considered areas: **A.** Northern Italy Region; **B.** Northern Italy Province; **C and D.** two Southern Italy Regions.

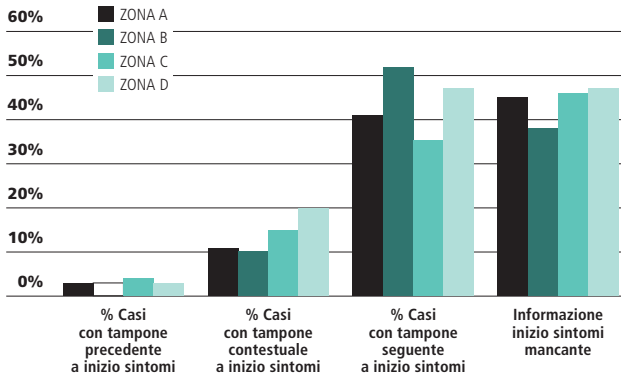


Figura 3. Percentuali di casi sul totale con diversa collocazione temporale del tampone rispetto all'inizio dei sintomi nelle quattro zone considerate: **A.** regione del Nord; **B.** provincia del Nord; **C e D.** regioni del Sud.

Figure 3. Percentage of cases with different time location of the swab with respect to symptoms onset in the four areas considered: **A.** Northern Italy Region; **B.** Northern Italy Province; **C and D.** two Southern Italy Regions.

Non si può essere certi se i dati riportati debbano essere letti come indicazione o meno della qualità dell'informazione relativa all'inizio dei sintomi, ma certamente non possono non creare delle perplessità sull'utilizzo di questa informazione, che non sembra sufficientemente solida.

INIZIO SINTOMI E TAMPONE

Se l'informazione sulla data inizio sintomi non appare sufficientemente disponibile e attendibile, l'informazione sulla data del tampone appare, invece, decisamente migliore, anche se la distanza tra questa data e l'inizio del contagio non è certo costante. La data del tampone dipende in larga misura dalle regole diagnostiche stabilite e che si sono modificate nel corso dell'epidemia. Nei primi giorni, data anche la disponibilità di un numero molto ridotto di tamponi che era possibile effettuare, questi venivano fatti solo a pazienti con sintomatologia grave che si presentavano al pronto soccorso.

Successivamente, i tamponi sono stati eseguiti in misura sempre maggiore, anche su richiesta dei MMG o per verificare casi sospetti come quelli di coloro che avevano contattato dei contagiati. Per questo motivo le analisi dell'andamento dell'epidemia effettuate utilizzando la data dell'inizio sintomi o la data del tampone non coincidono.

Come si può vedere nella tabella 1, le distanze medie tra data di inizio dei sintomi e data del tampone hanno avuto, nelle quattro zone in marzo (data del tampone), una media dai 4,04 ai 5,24 giorni e una mediana da 3 a 4, mentre in aprile una media molto più alta, da 5,28 a 7,67 giorni, con una mediana tra 2 e 6. Nel mese di maggio i valori delle medie si sono molto diversificati e le mediane si sono attestate tra 2 e 7 giorni. Questa variabilità della distanza tra data inizio sintomi e data tampone è il principale motivo per cui l'utilizzo delle due date non produce esattamente gli stessi risultati calcolando sia l' R_t che l' RD_t .

ZONE	MESI								
	MARZO			APRILE			MAGGIO		
	MEDIA	MEDIANA	DS	MEDIA	MEDIANA	DS	MEDIA	MEDIANA	DS
A	5,24	4	7,46	7,67	5	11,44	16,58	7	20,90
B	4,06	4	7,15	7,13	6	5,93	7,67	5	9,81
C	4,64	4	5,73	5,77	3	9,81	7,82	2	13,25
D	4,04	3	5,87	5,58	2	9,61	17,59	5	22,78

Tabella 1. Statistiche relative all'intervallo tra data di inizio dei sintomi e data del tampone nelle quattro zone considerate: **A.** regione del Nord; **B.** provincia del Nord; **C e D.** regioni del Sud.

Table 1. Statistical indexes referring to the interval between symptoms onset date and swab date in the four considered areas: **A.** Northern Italy Region; **B.** Northern Italy Province; **C and D.** two Southern Italy Regions.

RISULTATI

IL CONFRONTO DEI METODI ATTRAVERSO

I RISULTATI OTTENUTI

Il confronto tra le diverse applicazioni dei metodi, eseguito utilizzando, a tal fine, i medesimi dati per data di inizio dei sintomi, e il confronto tra l'uso delle diverse tipologie di dati di monitoraggio, eseguito per evidenziare le differenze tra l'informazione ricavabile dai due differenti set per inizio sintomi e per esito tampone, sono stati effettuati limitatamente alle quattro aree per cui è stato possibile disporre di dati individuali completi relativi ai mesi di marzo e di aprile.

Il confronto presentato nel seguito riguarda esclusivamente l'area popolosa corrispondente a una regione del Nord Italia; gli altri confronti sono riportati in allegato (vedi box S3). Per il calcolo dell' R_t è stato utilizzato il software $R_{t,9,10}$ mentre per il calcolo dell' RD_t si è fatto ricorso al foglio di calcolo di Excel. I valori dell' R_t sono stati ottenuti utilizzando per gli intervalli seriali, grazie all'analisi di dati di cluster dell'epidemia in Lombardia, una distribuzione Gamma con valore medio pari a 6,6 giorni e deviazione standard pari a 4,88 giorni⁸.

Confronto tra R_t e RD_t calcolati sui dati di incidenza per data di inizio dei sintomi

I grafici in figura 4 mostrano l'andamento giornaliero dell' R_t e dell' RD_t , calcolato a vari lag, da 4 ad 8 giorni, relativo rispettivamente ai mesi di marzo e aprile e, come particolare, al solo mese di aprile, utilizzando le frequenze disponibili dei casi per data inizio sintomi.

Si nota innanzitutto che, laddove l'andamento dell'epidemia cambia repentinamente, i valori dell' RD_t si differenziano maggiormente tra i vari lag in quanto, ad esempio, la modifica dell'andamento a quattro giorni risulta meno marcata di quella dell'andamento a otto giorni. Si può rilevare la stessa divaricazione al termine del mese di aprile,

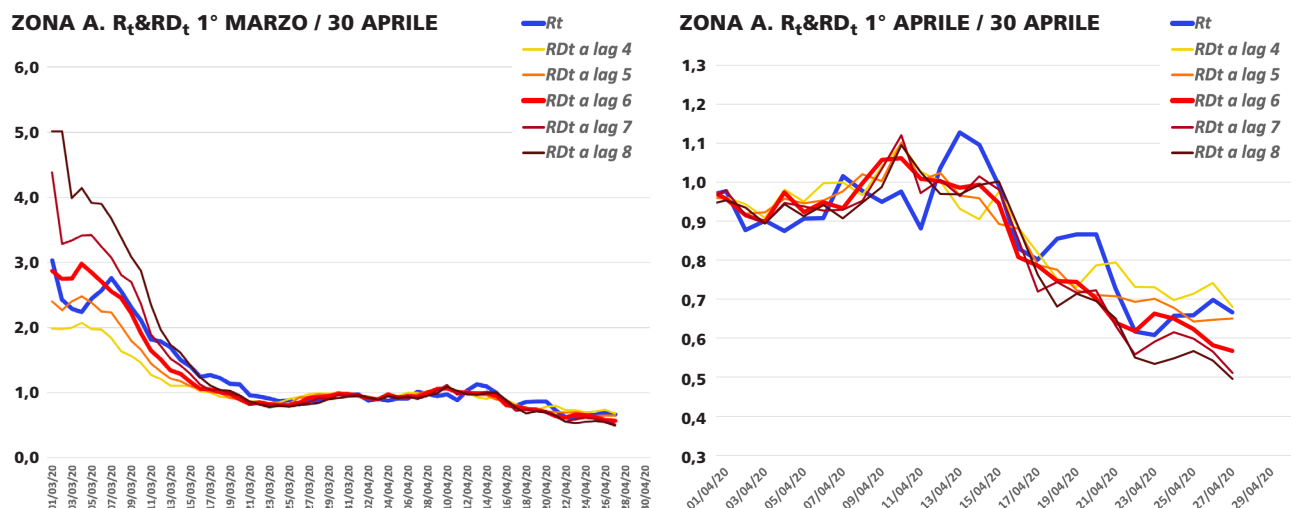


Figura 4. Andamento giornaliero di R_t e di RD_t per la zona A (una regione del Nord), calcolato in base alla data di inizio dei sintomi a vari lag per i mesi di marzo e aprile (a sinistra) e per il solo mese di aprile (a destra).

Figure 4. Daily trend of R_t and RD_t for area A (a Northern Italy Region), calculated according to the date of symptoms onset at various lags in March and April (left) and in April only (right).

quando nuovamente le frequenze cambiano velocemente, anche se per valori molto inferiori.

L'andamento generale dell' RD_t , per lo meno ad un *lag* intermedio (6 ovvero 7), sembra effettivamente molto simile a quello dell' R_t e la correlazione risulta, infatti, molto alta, come mostrato nella figura 5. La correlazione massima tra R_t e RD_t viene raggiunta a lag 7 con un valore di r che supera il 97% ($R^2 = 0,944$), per cui ciascun indice spiega la variabilità dell'altro per quasi il 95%. In corrispondenza di tale *lag* la discrepanza assoluta media tra i due indici assume il valore minimo di 0,14.

Osservando l'andamento nel solo mese di marzo, con una scala chiaramente maggiore sulle ordinate, emergono alcune differenze tra i due indici, che possono essere spiegate innanzitutto dal fatto che il calcolo dell' R_t qui effettuato considera solo quattro giornate come riferimento della situazione precedente, mentre l' RD_t è calcolato come rapporto di me-

AREA A. CORRELAZIONE TRA VALORI DI R_t E VALORI DI RD_t A VARI LAG

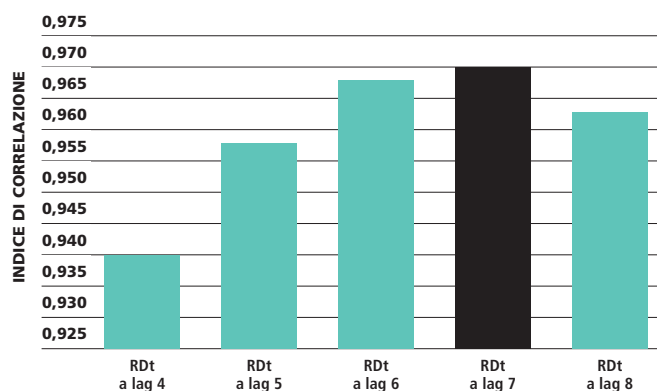


Figura 5. Correlazione tra i valori degli indici R_t e RD_t ai diversi lag riportati nel riquadro a sinistra della figura 4.

Figure 5. Correlation between the values of R_t and RD_t indices shown in the left panel of figure 4 above.

die mobili di incidenze a sette giorni. Un'altra ragione può derivare dal fatto che, mentre l' RD_t assegna a ogni giorno lo stesso peso nel calcolo della media mobile, l' R_t utilizza la distribuzione Gamma per i tempi di generazione del contagio, per cui può talvolta dare più rilevanza a una giornata in cui vi siano stati, anche solo casualmente, più o meno casi. A questo proposito, va rilevato che nell'incidenza registrata si osserva un andamento settimanale ripetitivo con dei minimi nelle giornate da domenica a martedì e dei massimi tra giovedì e venerdì, conseguenti ai ritmi di lavorazione dei laboratori che eseguivano analisi dei test molecolari.

Confronto tra diversi RD_t calcolati su dati degli stessi soggetti positivi per data di inizio dei sintomi o per data di esito del tampone

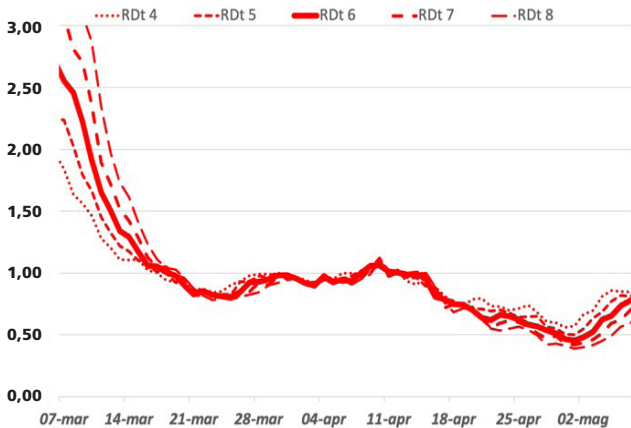
Per illustrare i differenti risultati che si ottengono calcolando l' RD_t ai vari *lag* per gli stessi casi positivi, ma utilizzando le frequenze per data di inizio dei sintomi oppure per data di esito dei tamponi, riportiamo di seguito, nella figura 6, solo i grafici relativi a un periodo prefissato per la regione del Nord Italia, rimandando all'allegato grafici per analoghi relativi anche alle altre aree (box S4).

L'andamento dei due grafici è simile, ma non uguale, perché innanzitutto il numero dei soggetti non è lo stesso, in quanto molti casi non riportano, come si è già detto, la data di inizio sintomi, e inoltre perché la distanza tra l'esordio dei sintomi e l'esito dei tamponi è variabile sia tra i soggetti sia in media tra le diverse fasi dell'epidemia.

Come si può vedere dal pannello a sinistra della figura 7, la media giornaliera della distanza tra inizio dei sintomi ed esito del tampone nella regione qui descritta varia tra un valore di circa 2 giorni a inizio marzo per diventare di 6 al 1° aprile e poi aumentare fino quasi a raddoppiare.

È quindi evidente come questa distanza tra i due eventi monitorati produca degli andamenti differenti negli indi-

ZONA A. CALCOLO DELL'RD_t SULLA DATA DI INIZIO SINTOMI 7 MARZO / 7 MAGGIO



ZONA A. CALCOLO DELL'RD_t SULLA DATA DI POSITIVITÀ DEL TAMPONE 15 MARZO / 15 MAGGIO

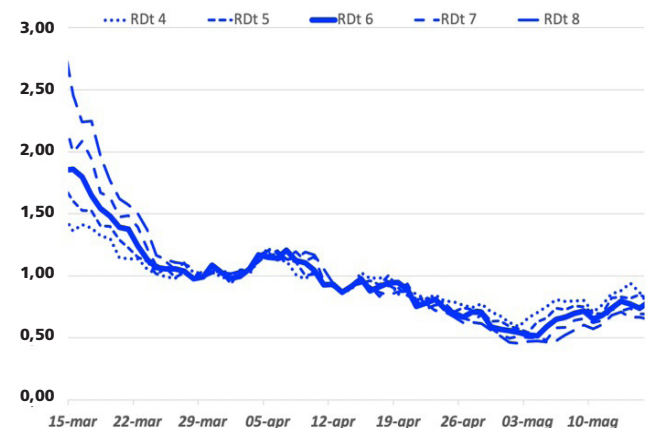
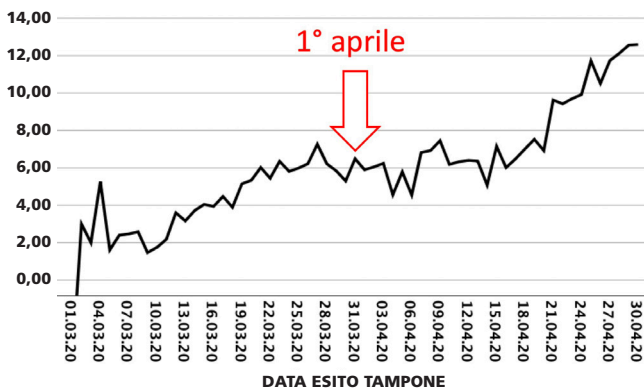


Figura 6. Valori di RDt ai vari lag per la zona A (una regione del Nord), considerando le incidenze sintomatiche (a sinistra) e di diagnosi (a destra).
Figure 6. RDt values at various lags for area A (a Northern Italy Region) considering symptomatic (left) and diagnostic (right) incidence.

**ZONA A. REGIONE DEL NORD ITALIA
MEDIA DEI GIORNI DI DISTANZA TRA SINTOMI E ESITO TAMPONE**



**ZONA A. REGIONE DEL NORD ITALIA
RD_t A LAG 6 PER DATA TAMPONE E DATA INIZIO SINTOMI
(DATA INIZIO SINTOMI DI 6 GIORNI PRIMA)**

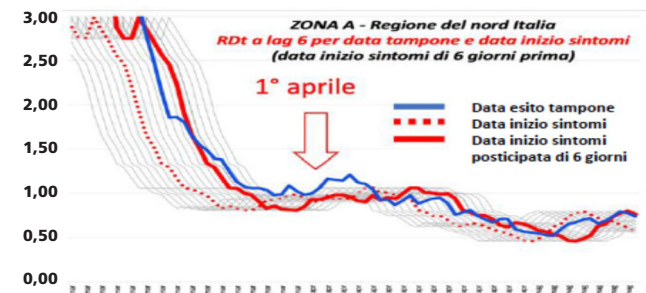


Figura 7. Media giornaliera dell'intervallo tra l'inizio dei sintomi e l'esito del tampone per la zona A (a sinistra) e andamento dell'indice RDt in base alla data di esito del tampone (linea blu) e alla data di inizio dei sintomi (linee rosse e nere).
Figure 7. Daily average of the interval between symptoms onset and swab outcome for area A (left) and trend of the RDt index according to swab outcome (blue line) and symptoms onset (red and black lines).

ci di replicazione diagnostica, con discrepanze tra di essi a loro volta variabili nel tempo.

Nel pannello a destra della figura 7 è riportato l'andamento dell'indice RD_t, calcolato in base alle frequenze per data di esito del tampone (linea blu) e alle frequenze per data di inizio sintomi (linea punteggiata rossa). Vengono inoltre riportate alcune copie di quest'ultima linea traslate in verso positivo e negativo di vari giorni (linee sottili nere) e, in particolare, viene evidenziata in rosso quella spostata in avanti di 6 giorni.

Si può notare che in corrispondenza del 1° aprile, giorno in cui la distanza tra gli eventi era di 6 giorni, le linee sono quasi coincidenti mentre non è così prima né dopo.

Da queste considerazioni emerge che gli indici di replicazione valutati in base alla data di esordio dei sintomi o di esito del tampone rappresentano due situazioni differenti tra di loro che sono abbastanza simili, ma non pienamente corrispondenti. Se interessa maggiormente capire l'evol-

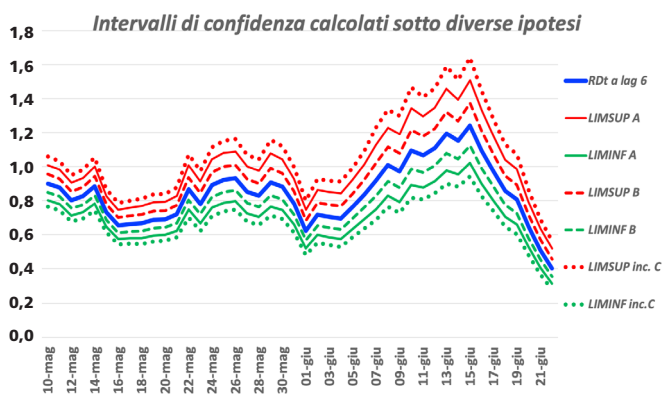
uzione del contagio, forse la curva dell'RD_t per inizio sintomi è più informativa, mentre se l'interesse risiede nella presa in carico dei casi positivi da parte del sistema sanitario allora risulta più efficace monitorare l'andamento dell'RD_t per data di esito del tampone. Si osservi comunque che i dati di inizio sintomi non sono completi e la loro validità è legata al ricordo, talvolta difficoltoso, del paziente; in alcuni casi, inoltre, la data non può essere determinata perché lo stesso non è in grado di parlare o di ricordare o perché è asintomatico. Quest'ultima situazione diventa via via più diffusa al diminuire dei casi di contagio e quindi a maggior ragione l'unico indice che riesce meglio a monitorare l'andamento dell'epidemia è quello che utilizza la data dell'esito del tampone.

DISCUSSIONE

LA VARIABILITÀ CASUALE DELL'INDICE RD_t

Come tutti gli indicatori, anche i numeri di riproduzione

RD_t LOMBARDIA 10 MAGGIO / 22 GIUGNO INTERVALLI DI CONFIDENZA CALCOLATI SOTTO DIVERSE IPOTESI



RD_t PUGLIA 10 MAGGIO / 22 GIUGNO INTERVALLI DI CONFIDENZA CALCOLATI SOTTO DIVERSE IPOTESI (RD_t IN SCALA LOGARITMICA)

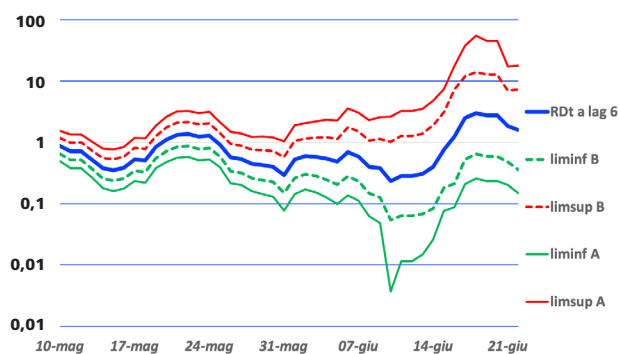
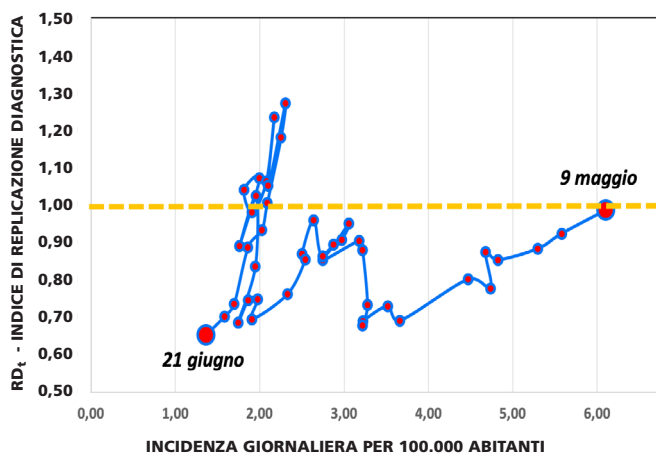


Figura 8. Andamento dell'indice RD_t in Lombardia e in Puglia per i mesi di maggio e giugno, con gli intervalli di confidenza e di massima variabilità.
Figure 8. Trends of the RD_t index in Lombardy and Apulia for May and June with confidence and maximum variability intervals.

ANDAMENTO DELL'INCIDENZA E DELL'RD_t IN LOMBARDIA DAL 9 MAGGIO AL 21 GIUGNO



ANDAMENTO DELL'INCIDENZA E DELL'RD_t IN PUGLIA DAL 9 MAGGIO AL 21 GIUGNO

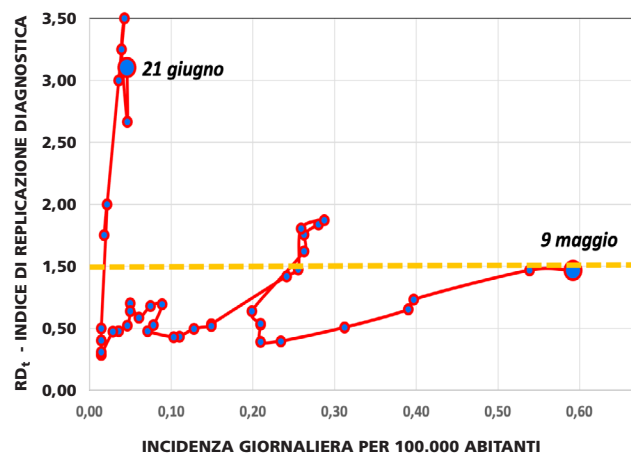


Figura 9. Valori dell'indice RD_t in funzione dell'incidenza giornaliera per Lombardia e Puglia nel periodo dal 9 maggio al 21 giugno.
Figure 9. RD_t values as a function of daily incidence for Lombardy Region (Northern Italy) and Apulia Region (Southern Italy) from 9 May to 21 June.

hanno una variabilità che in parte può essere attribuita al caso. Riportiamo in allegato (vedi box S5) la descrizione dei metodi tramite cui è possibile ricavare un intervallo di confidenza per l'indice RD_t; qui preme solo rilevare come sia opportuno leggere questi indici, rendendosi conto della possibile incertezza a essi associata.

Nella figura 8 sono rappresentati gli andamenti dell'RD_t in Lombardia e in Puglia per i mesi di maggio e giugno, nei quali le frequenze lombarde sono state poco elevate e quelle pugliesi addirittura minime.

Gli intervalli di confidenza descritti per la Lombardia sono stati calcolati tramite varie formule che derivano da diverse ipotesi distributive dell'indice stesso. Riteniamo che non sia così essenziale decidere quale sia l'ipotesi più corretta, dato che è necessario limitarsi a un impiego descrittivo dell'indice stesso e quindi non lo si può utilizzare per fini rigidamente decisionali. Nel caso dell'andamento dell'indice in Puglia, invece, l'ampiezza dell'intervallo di confidenza è così rilevante da sottintendere che l'indice non può essere utilizzato neppure a fini descrittivi.

Per queste ragioni crediamo sia opportuno sottolineare

che l'analisi dell'andamento di questi indici deve accompagnarsi sempre all'analisi dell'andamento delle frequenze giornaliere.¹¹ Possiamo simbolicamente dire che l'andamento delle frequenze giornaliere evidenzia la velocità di sviluppo dell'epidemia e l'RD_t, invece, ne mostra l'accelerazione, positiva o negativa a seconda che sia maggiore o minore dell'unità.

I due grafici riportati nella figura 9 costituiscono un esempio di come si possano rappresentare congiuntamente le due dimensioni giorno per giorno, in quanto riportano in ordinata l'RD_t e in ascissa l'incidenza giornaliera. I dati sono gli stessi di quelli prima utilizzati relativamente alle regioni Lombardia e Puglia per i giorni da metà maggio a metà giugno.

Ogni punto corrisponde a un giorno e si nota come dal 9 maggio l'incidenza diminuisca, non sempre con continuità, sino ad arrivare a dei valori in cui la diminuzione si arresta (in Puglia perché l'incidenza praticamente si annulla). In queste situazioni l'indice RD_t assume valori anche elevati, che però hanno scarso significato epidemiologico date le basse frequenze su cui viene calcolato.

INTERPRETAZIONE DEGLI INDICI COME RISCHI RELATIVI

Possiamo ritenere che, al di là dei diversi significati originariamente attribuiti agli indici di replicazione, nella loro sostanza possano essere interpretati come dei rischi relativi, dato che le popolazioni nei due periodi considerati distanti un numero di giorni pari ai tempi di generazione del contagio sono praticamente le stesse. Gli indici sono quindi assimilabili a un rapporto tra incidenze al tempo t e al tempo t meno alcuni giorni.

L'indice R_t può essere letto nella sua formulazione concettuale come il rischio relativo di contagiarsi di una popolazione rispetto al rischio di alcuni giorni precedenti, e l'indice RD_t come il rischio di avere un esito positivo ad un tampone al tempo t rispetto allo stesso rischio ad alcuni *lag* precedenti.

La differenza tra i due indici, infatti, non consiste tanto nel metodo di calcolo, che in situazioni normali porta a risultati praticamente coincidenti, quanto nell'utilizzo di informazioni differenti, appunto l'inizio dei sintomi e l'esito dei tamponi.

Se l'intervallo tra l'inizio dei sintomi e l'esito del tampone rimane costante tra aree e/o nel tempo, i due indici forniscono praticamente la stessa informazione. Le differenze possono derivare dall'ampiezza della finestra di giorni su cui vengono calcolati o dalla possibile presenza di dati giornalieri anomali, in senso sia positivo sia negativo, che l'indice RD_t tende a smorzare attraverso l'utilizzo di medie mobili settimanali mentre l'indice R_t potrebbe enfatizzare se assegna loro come peso un valore elevato della distribuzione Gamma.

PRATICABILITÀ DI CALCOLO E DI COMPrensIONE

Un'altra differenza tra i due indici è la diversa praticabilità di calcolo; per l' R_t serve comunque uno strumento informatico dedicato alle analisi statistiche, come ad esempio il *software* R, e con delle routine già predisposte per il suo calcolo. È difficile ipotizzare che l'indice R_t possa essere calcolato da chi non abbia nozioni sufficienti di statistica e non sia in grado di utilizzare gli strumenti adatti.

L'indice RD_t , invece, è basato su calcoli e nozioni elementari e può essere ricavato facilmente tramite un foglio di

calcolo, come per esempio quello disponibile in Excel.

A tale facilità corrisponde, inoltre, anche l'immediatezza della comprensione, caratteristica importante che può permettere ai decisori di fare affidamento su di un indice di cui hanno compreso sino in fondo le modalità di calcolo.

CONCLUSIONI

Possiamo concludere, quindi, affermando che i due indici presentati sono differenti, ma entrambi validi e, pur mostrando aspetti differenti, forniscono fondamentalmente informazioni del tutto simili al decisore di sanità pubblica. È comunque importante chiamarli con il loro nome, R_t «indice di riproduzione di base», RD_t «indice di replicazione diagnostica» e considerare che le date di monitoraggio a cui si riferiscono sono date differenti, anche se relative agli stessi individui. Non si riferiscono alle date di contagio, ma l' R_t a un evento successivo di circa sei giorni nel caso del Coronavirus e l' RD_t a un momento più variabile, quello della data dell'esito del test molecolare, che dipende non tanto dai diversi comportamenti del virus quanto dalle modalità diagnostiche dei servizi in fasi differenti dell'epidemia.

Più che le diversità dei metodi di calcolo, risultano importanti le caratteristiche dei dati sia per la loro completezza sia per la loro accuratezza. In questo senso si consideri che la data dell'esito del tampone solitamente corrisponde alla realtà, mentre la data di inizio sintomi risente sia della minore importanza data alla sua registrazione da parte dell'operatore, sia dei problemi di *recall bias* del malato, che può interpretare molto diversamente sintomi precedenti anche di diversi giorni come attinenti o meno alla sua patologia.

In conclusione, non riteniamo necessario assegnare un giudizio di preferenza a uno dei due indici, ma solamente invitare l'utilizzatore a capirne le diverse potenzialità in modo da poter scegliere quello che ritiene più opportuno rispetto ai fini per i quali lo si voglia impiegare.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Data di sottomissione: 18.07.2020.

Data di accettazione: 19.09.2020.

BIBLIOGRAFIA

1. Cori A, Ferguson NM, Fraser C, Cauchemez S. A new framework and software to estimate time-varying reproduction numbers during epidemics. *Am J Epidemiol* 2013;178(9):1505-12.
2. Cislighi C. R_0 , R_t , RD_t che sono e che significano? Blog di Cesare Cislighi: Come sta oggi in Italia la sanità? Disponibile all'indirizzo: <https://www.epiprev.it/rt-rt-dt-che-sono-e-che-significano>
3. https://www.iss.it/comunicati-stampa/-/asset_publisher/fjTKmJgSgdK/content/id/5398713
4. Smith DL, Battle KE, Hay SI, Barker CM, Scott TW, McKenzie FE. Ross, Macdonald and a theory for the dynamics and control of mosquito-transmitted pathogens. *PLoS Pathogens* 2012;8(4):e100258.
5. Fraser C. Estimating individual and household reproduction numbers in an emerging epidemic. *PLoS One* 2007;2(8):e758.
6. Wallinga J, Teunis P. Different epidemic curves for severe acute respiratory syndrome reveal similar impacts of control measures. *American Journal of Epidemiology* 2004;160(6):509-16.
7. Cintrón-Arias A, Castillo-Chávez C, Bettencourt LMA, Lloyd AL, Banks AT. The estimation of the effective reproduction number from disease outbreak data. *Math Biosci Eng* 2009;6(2):261-82.
8. Cereda D, Tirani M, Rovida F et al. The early phase of the Covid-19 outbreak in Lombardy, Italy. Disponibile all'indirizzo: <https://arxiv.org/abs/2003.09320>
9. R Core team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, R Core team 2017. Disponibile all'indirizzo: <https://www.R-project.org/>
10. Cori A, Cauchemez S, Ferguson NM et al. EpiEstim: estimate time varying reproduction numbers from epidemic curves (2013). Disponibile all'indirizzo: <https://cran.r-project.org/web/packages/EpiEstim/index.html>
11. Adam D. A guide to R – the pandemic misunderstood metric. *Nature* 2020;583(7816):346-48.