



REGIONE ABRUZZO
ASL n.2
Lanciano-Vasto-Chieti

DIREZIONE SANITARIA

Unità di Coordinamento dell'Assistenza Territoriale
Integrazione Ospedale Territorio
Dipartimento Prevenzione
Distretti Sanitari

*Covid-19 Situazione
epidemiologica
settimana n. 51
Dati al 19 dicembre 2020*



Questo report è l'ultimo prenatalizio. Vogliamo ringraziare tutte le persone che lavorano per l'emergenza, dentro gli ospedali e sul territorio: auguri di Buon Natale a tutti (ma attenti agli assembramenti..!)

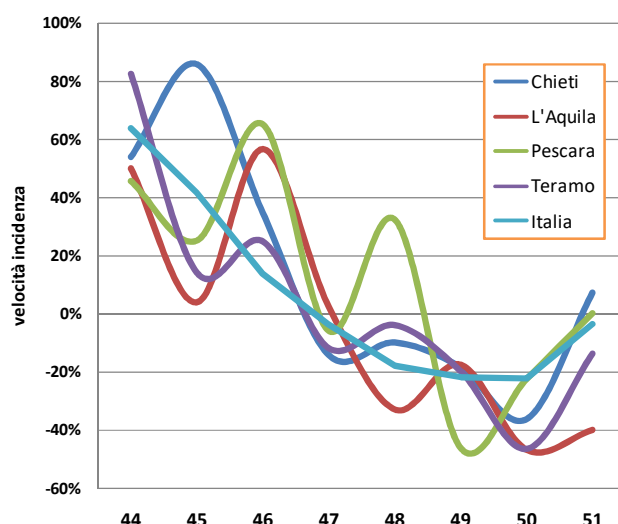
Sommario

Sintesi	1
Insorgenza dei casi per età	4
Sorveglianza clinica ed epidemiologica	7
Ospedalizzazione	9
Tamponi	11
Mappe e andamenti temporali	15
Attività del Dipartimento di Prevenzione	18
Mortalità	20

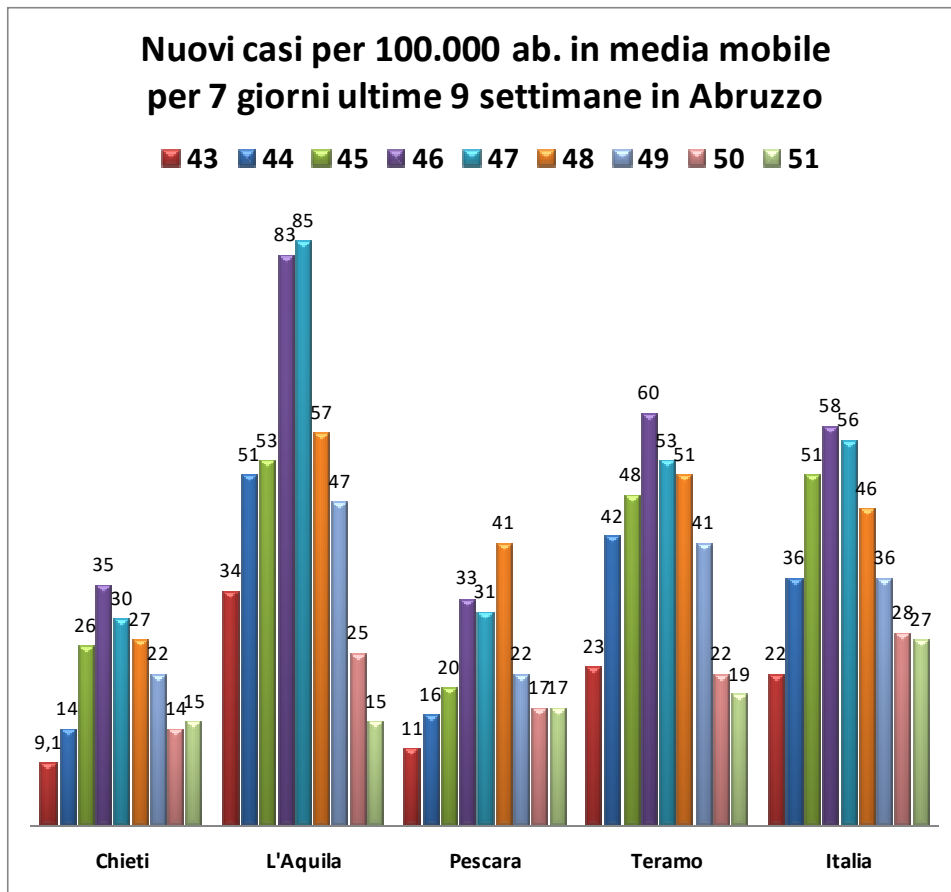
Sintesi

In Provincia di Chieti, la situazione epidemiologica della settimana scorsa sta rallentando sia la decisa riduzione della velocità nelle ultime settimane (come per il resto della Regione e in Italia), sia la diminuzione casi ricoverati in ospedale. In Provincia al 19 dicembre ci sono stati 57 nuovi casi positivi ogni giorno nell'ultima settimana (15 casi ogni 100.000 ab.). Al 19 dicembre risultano ricoverati 174 pazienti presso gli ospedali di Chieti (80), di Vasto (17), di Atesa (24), CdC Spatocco (39) e 14 presso il PTA di Casoli. C'è stato un leggero decremento dei ricoveri ospedalieri nell'ultima settimana di -2,8%, con una percentuale di occupazione dei posti letto di Terapia Intensiva del 33% (22% in Abruzzo; soglia critica 30%) e in area non critica del 65% in diminuzione (37% in Abruzzo; soglia 40%). Al 19 dicembre 2020 il numero dei **casi cumulativi da inizio epidemia nella Provincia di Chieti è salito a 6.523** (più 241 casi domiciliati in provincia ma non residenti) con un tasso di incidenza cumulativa pari a **1.702 casi ogni 100.000 abitanti**.

% velocità incidenza di ciascuna settimana con la precedente in Abruzzo



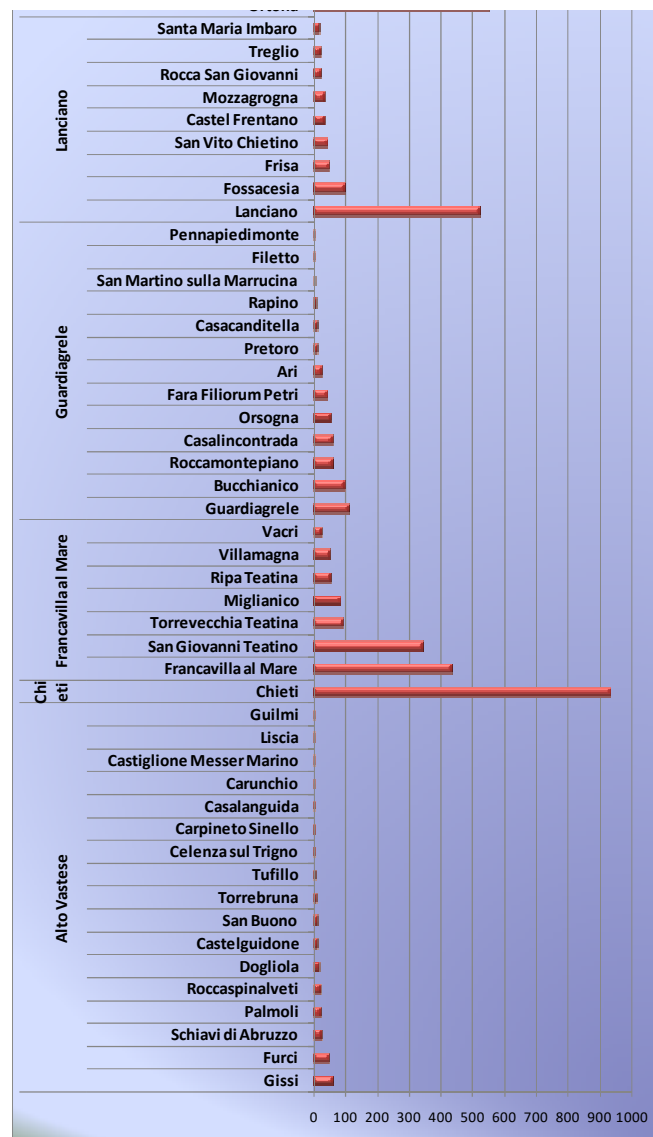
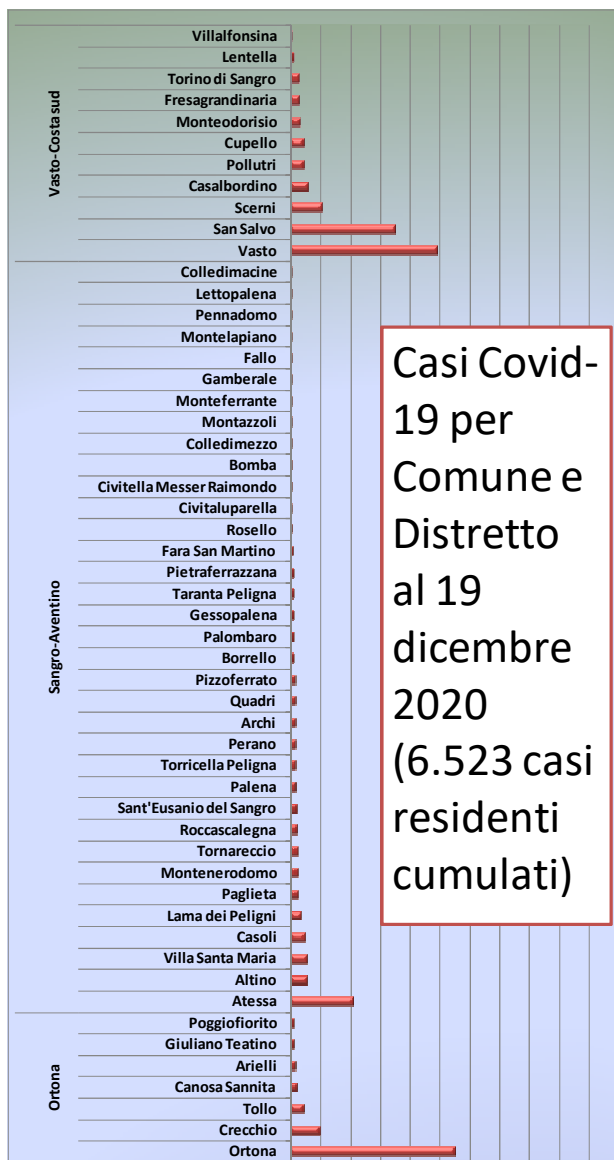
Il grafico a fianco mostra l'andamento dei nuovi casi nelle ultime nove settimane ogni 100.000 ab. (media casi giornalieri di ogni settimana) tra le province abruzzesi e la media italiana. Nel mese di novembre la provincia di Chieti ha visto progressivamente una riduzione della velocità di incremento dei nuovi casi, che ha subito un rallentamento nell'ultima (cfr. grafico prima pagina).



La tabella descrive la distribuzione per Distretto sanitario del numero dei casi e ogni 100 abitanti (tasso di incidenza). I Distretti di Ortona e Francavilla hanno il numero di casi per abitanti più elevato. La tabella della frequenza per genere calcola il tasso di prevalenza (n. casi ogni 100.000 persone dello stesso genere). A pagina successiva si riporta il grafico dei casi cumulativi di Covid-19 di ciascun Comune della Provincia di Chieti al 19 dicembre.

Distretto	Codiv19+ al 19 dic	ogni 100 ab.
Alto Vastese	267	1,7
Chieti	932	1,8
Francavilla al Mare	1082	1,9
Guardiagrele	504	1,6
Lanciano	840	1,4
Ortona	739	2,1
Sangro-Aventino	676	1,3
Vasto-Costa sud	1177	1,4
Fuori provincia	241	
Totale	6523	1,76

FREQUENZA DEL GENERE		
GENERE	Frequenza positivi Covid-19	Prevalenza (casi ogni 100.000 ab.)
FEMMINA	3460	1.747
MASCHIO	3311	1.771
Totale	6771	1.759



Di seguito le tabelle che riportano la percentuale dei casi positivi particolare: per presenza di almeno una malattia cronica o operatori sanitari particolarmente esposti. la scorsa settimana gli operatori infettati a dicembre erano il 14%, mentre è rimasto costante il numero delle persone con cronicità..

OPERATORI SANITARI		
Mese	n.	%
ott	96	29%
nov	153	46%
dic	86	26%
Totale	335	100%

FREQUENZA CRONICITA'		
Cronicità	Frequenza positivi Covid-19	Percentuale
Senza una malattia cronica	5832	86%
Con almeno una malattia cronica	939	14%
Totale	6771	100%

Insorgenza dei casi per età

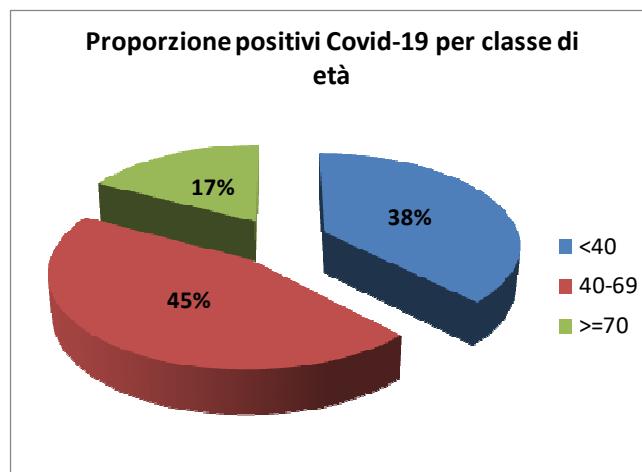
Epi Info

**Asl 2 Abruzzo - Analisi epidemiologica dei casi positivi Codiv -19 in carico alla Asl
Casi al 19 dicembre - 6.764 casi (+ 417 casi ultima settimana)**

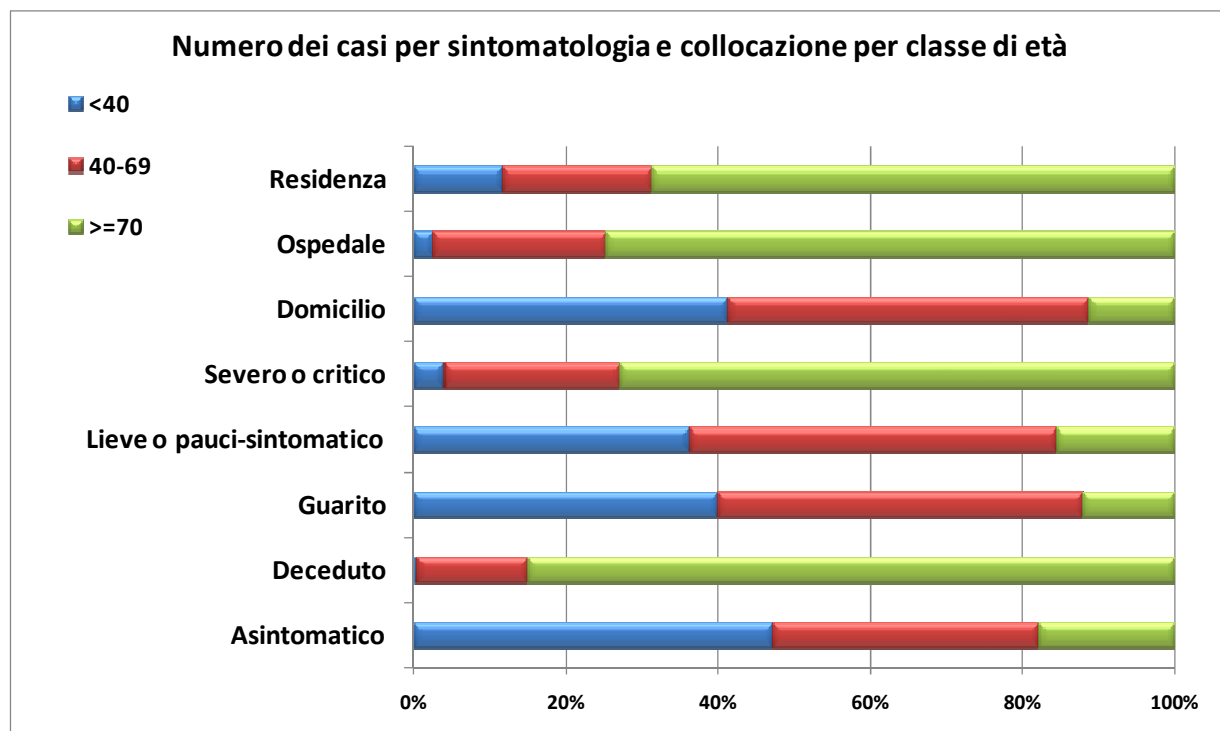
Current Data Source: D:\Covid\Covid.accdb:CasiCodiv
Record Count: 6764 (Asl2 Abruzzo) Date: 19/12/2020
Selection: CasiChieti = 1

FREQUENZA DELLE CLASSI DI ETÀ

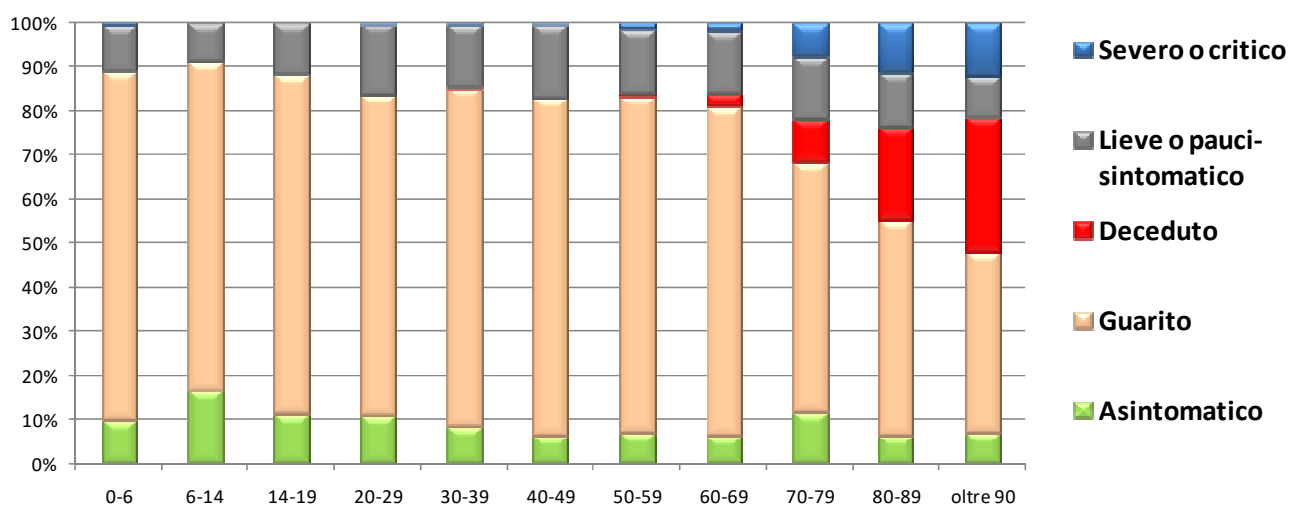
CLASSI DI ETÀ	Frequenza positivi Covid-19	Percentuale
0-6	175	2,6%
6-14	321	4,7%
14-19	329	4,9%
20-29	819	12,1%
30-39	908	13,4%
40-49	1020	15,1%
50-59	1164	17,2%
60-69	859	12,7%
70-79	515	7,6%
80-89	454	6,7%
oltre 90	200	3,0%
Totale	6764	100%



Come si può osservare, da due settimane riportiamo tutti i casi cumulativi (da inizio epidemia) fino alla settimana n. 51 (al 19 dic.). La percentuale della distribuzione per classe di età di questa settimana è simile alla precedente. Il grafico successivo mostra la misura di quanto, con l'aumento dell'età cresca la probabilità, di avere sintomi severi, di ricoverarsi in ospedale o di morire.



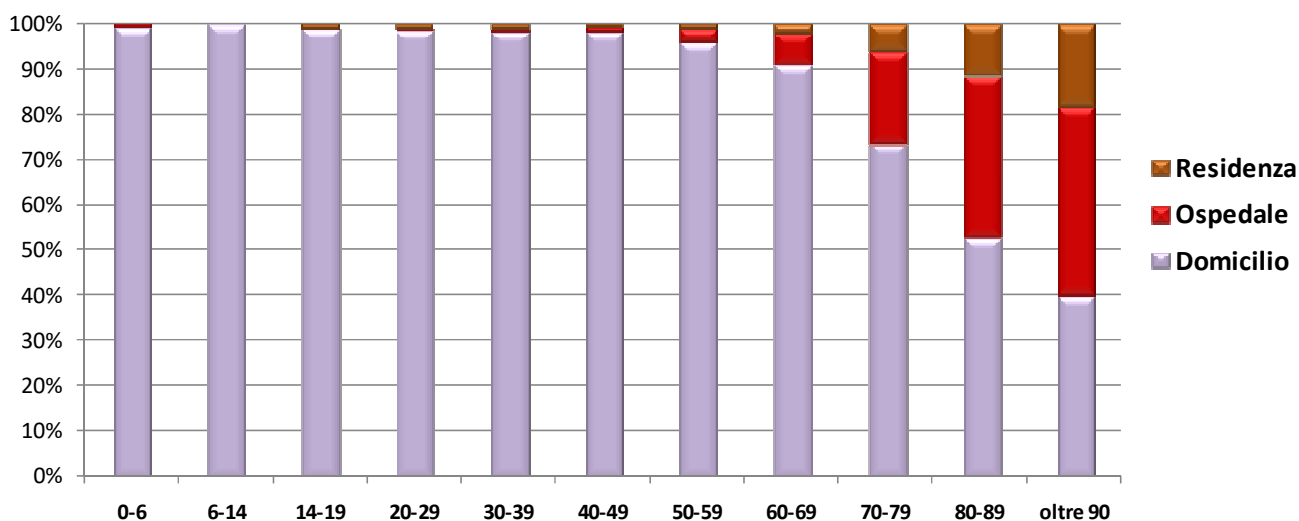
Numero dei casi per sintomatologia sul totale dei casi per ciascuna classe di età (al 19/12)



In questa pagina ciascuno può osservare qual è la probabilità, in base alla propria età, di avere sintomi severi o critici, di ricoverarsi in ospedale o morire, in caso di infezione al Covid-19.

Ma l'età è solo uno dei fattori che determinano la gravità della malattia SARS-CoV-2.

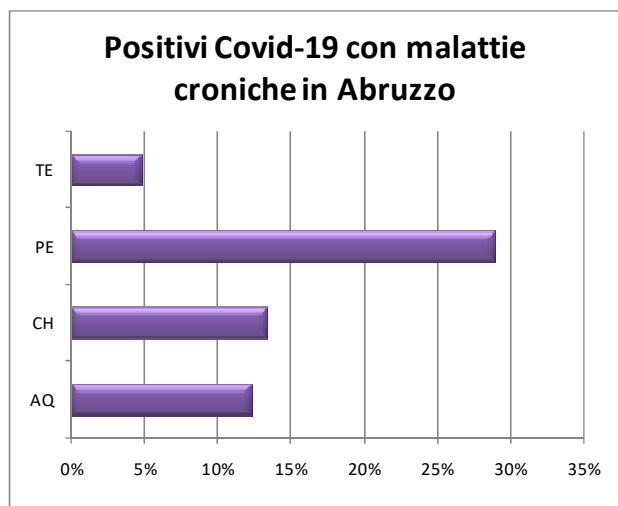
Numero dei casi per collocazione sul totale dei casi per ciascuna classe di età (Casi al 19/12)



Frequenza positivi Covid-19 con malattie croniche per classe di età		
Classi di età	Malattie croniche	% di ciascuna classe
0-6	7	4,3%
06-14	2	0,7%
14-19	3	1,0%
20-29	29	3,7%
30-39	43	5,1%
40-49	66	6,9%
50-59	149	13,6%
60-69	197	24,4%
70-79	167	35,5%
80-89	189	44,7%
oltre 90	87	45,5%
Totale	939	14,8%

Infatti, come si può constatare dalle tabelle di questa pagina, l'aumento dell'età è correlata con l'aumento costante (a partire dai 6 anni) della percentuale di presenza di patologie croniche preesistenti al Coronavirus. Quindi, insieme all'età la presenza di patologie croniche sono i determinanti principali sia della severità dei sintomi, del ricovero ospedaliero e infine (e soprattutto) del decesso (il 67% di tutti i decessi da Covid-19).

Questa evidenza deve guidare il comportamento delle persone nei confronti dei "nonni" e, al contempo, deve influenzare (come sta avvenendo presso la Asl2 Abruzzo) le strategie di sanità pubblica per il monitoraggio e la protezione delle persone più fragili.



Frequenza positivi Covid-19 con malattie croniche per sintomi e collocazione assistenziale		
SINTOMI	Malattie croniche	% di ciascuna categoria
Asintomatico	63	9,9%
Deceduto	151	66,8%
Guarito	551	13,2%
Lieve o pauci-sintomatico	123	11,4%
Severo o critico	51	30,4%
COLLOCAZIONE		
Residenza	48	28,6%
Domicilio	651	11,5%
Ospedale	237	53,7%
Totale	936	14,9%

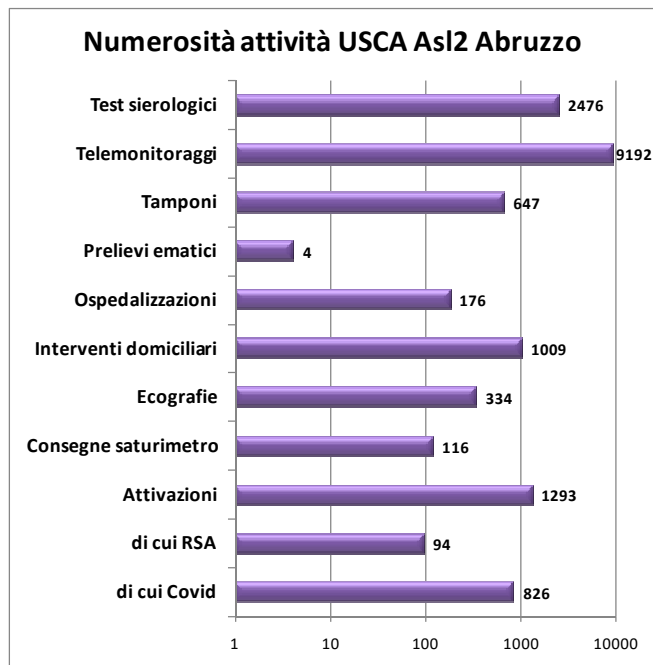
Approvato il Programma operativo per la Sorveglianza clinica ed epidemiologica Covid-19



Il 14 dicembre è stata approvata la Delibera n.1106: “Sorveglianza clinica ed epidemiologica. Programma operativo UCAT”, con “l’obiettivo di garantire ai pazienti affetti da COVID-19 un approccio integrato e multidisciplinare, sviluppato sulla base delle migliori evidenze scientifiche disponibili nei diversi ambiti di assistenza territoriale e/o ospedaliera” ¹.

La Sorveglianza Clinica ed Epidemiologica è una attività coordinata dell'UCAT ², che lavora sinergicamente ed in stretta collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione e le strutture Ospedaliere e Territoriali della Asl2 Abruzzo. La Sorveglianza seguirà tutti i pazienti affetti da infezione da SARS-CoV-2 in tutti gli stadi di infezione e malattia, dagli asintomatici ai vari diversi stadi clinici che non hanno bisogno di ricovero ospedaliero in sinergia con i medici USCA e i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta. Verranno altresì seguiti tutti i pazienti dimessi dagli

ospedali della Azienda e residenti sul territorio, che non hanno più bisogno di cure ospedaliere, ma non ancora possono essere considerati guariti, qualsiasi sia l’esito del tampone. Verranno infine seguiti tutti i pazienti già affetti da COVID-19 in follow up periodico, con particolare attenzione ai pazienti fragili. L’attività consiste in una sorveglianza, etimologicamente correlata al concetto di “veglia”, attenzione, vigilanza, volta a seguire, controllare ed eventualmente supportare la sintomatologia clinica e l’evoluzione epidemiologica (storia naturale della malattia) in relazione alla consistenza sintomatologica e delle caratteristiche personali del malato da SARS-CoV-2. La Centrale operativa,

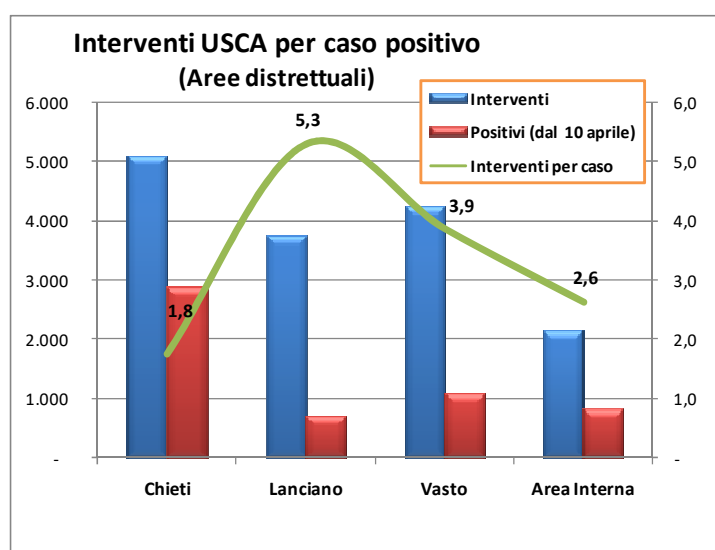


¹ DGR 746 del 23 novembre 2020: “Misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid 19: approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione dei pazienti Covid 19 della Regione Abruzzo”;

² istituita con Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n.53 “Procedura per la gestione domiciliare di casi accertati o sospetti COVID-19” del 3 maggio 2020,

Attività dei medici USCA dal 10 aprile al 19 dicembre 2020							
Attività	Sede USCA						
	Chieti	Gissi	San Salvo	San Vito	Francavilla	Atessa	Guardiagrele
Attivazioni	226	32	263	258	222	146	146
di cui Covid	218	28	173	163	108	46	90
di cui RSA	-	-	-	51	-	43	-
Consegne saturimetro	2	5	41	22	10	32	4
Ecografie	10	-	8	209	-	26	81
Interventi domiciliari	170	18	131	303	125	98	164
Ospedalizzazioni	9	15	21	16	33	43	39
Prelievi ematici	-	-	-	-	-	4	-
Tamponi	-	-	-	45	-	505	97
Telemonitoraggi	1.225	403	3.178	2.211	685	530	960
Test sierologici	301	-	595	697	301	299	283
Totale	1.943	473	4.237	3.761	1.376	1.683	1.774

aperta presso i locali del vecchio SS Annunziata a Chieti, si avvarrà della esperienza di clinici ed epidemiologi esperti e di un congruo numero di giovani medici e infermieri. La sorveglianza, sia clinica che epidemiologica, necessita inoltre, per attivare la sorveglianza clinica a domicilio e nelle residenze assistenziali, di monitorare attivamente i pazienti con l'ausilio della tecnologia digitale (e-health) governata da professionisti dedicati (medici, pediatri e infermieri di famiglia e comunità). Inoltre l'attività seguirà le linee guida emanate recentemente, in proposito, dalla Regione Abruzzo³ e



dal Ministero della Salute⁴. Infine le risorse sono definite dall'art. 1 del D.L. n. 34 del 19 maggio 2020⁵ e dal DGR della regione Abruzzo per la sua attuazione⁶. Come già detto l'attività di sorveglianza è complementare da un lato all'attività di contact tracing svolto dal Dipartimento di Prevenzione, dall'altro da quella di supporto clinico e assistenziale ai pazienti Covid-19 confinati e sintomatici svolto dall'USCA.

Complessivamente i medici USCA (28 medici distribuiti su 7 sedi) hanno eseguito 16.167 prestazioni (in media 2,8 per ciascuno dei 5.511 casi positivi dal 10 aprile al 19 dicembre collocati in Residenza o a Domicilio). Le attivazioni complessive sono state n.1.293. Le prestazioni comprendono le visite domiciliari, consegne del saturimetro, ecografie polmonari e tele-monitoraggio, ma anche ospedalizzazioni dei casi critici e tamponi.

³ il già citato DGR 746 del 23 novembre 2020

⁴ • Circolare del Ministero della Salute n. 24970 del 30 novembre 2020: "Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2".

⁵ convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020: "Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale" che disponeva l'utilizzo di risorse aggiuntive per potenziare l'organizzazione territoriale straordinaria Covid-19,

⁶ DGR 598 del 6 ottobre 2020: "Potenziamento e riorganizzazione assistenza territoriale per emergenza Covid."

Ospedalizzazione

Covid-19 - Ricoveri in ospedale per mese												Totale
Ospedale	Mese di Ricovero											
	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic		
OSPEDALE CIVILE VASTO	19	9	2	2	1	2	4	17	58	17	131	
OSPEDALE 'G. BERNABEO' - ORTONA	3	11	3				1	3	1	2	24	
OSPEDALE RENZETTI LANCIANO	9	1	1							1	12	
OSPEDALE San Camillo de Lellis ATESSA	1	54	36						44	29	164	
Pres. Osp. Clinicizzato SS. ANNUNZIATA	163	142	42	11	4	4	20	83	213	74	756	
CASA DI CURA DOTT SPATOCCO									93	90	183	
Totale complessivo	195	217	84	13	5	6	25	103	409	213	1270	

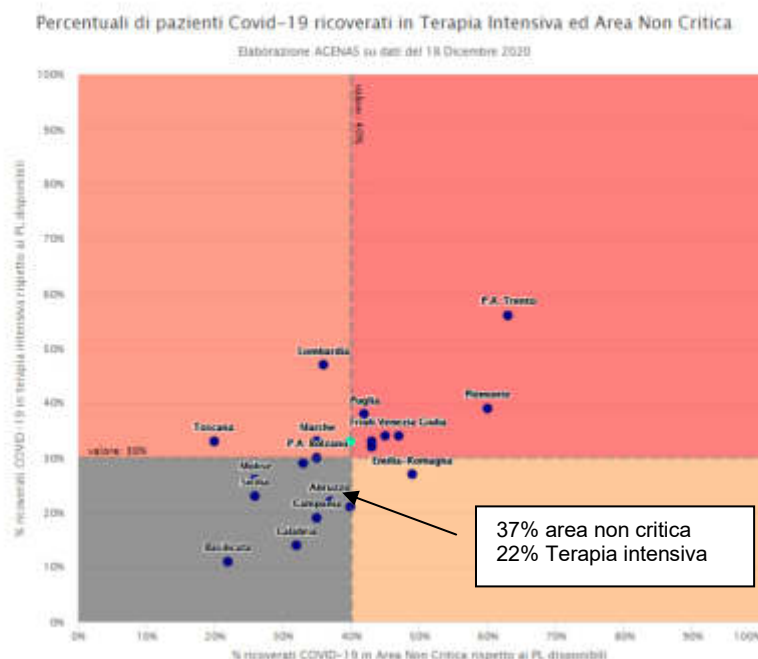
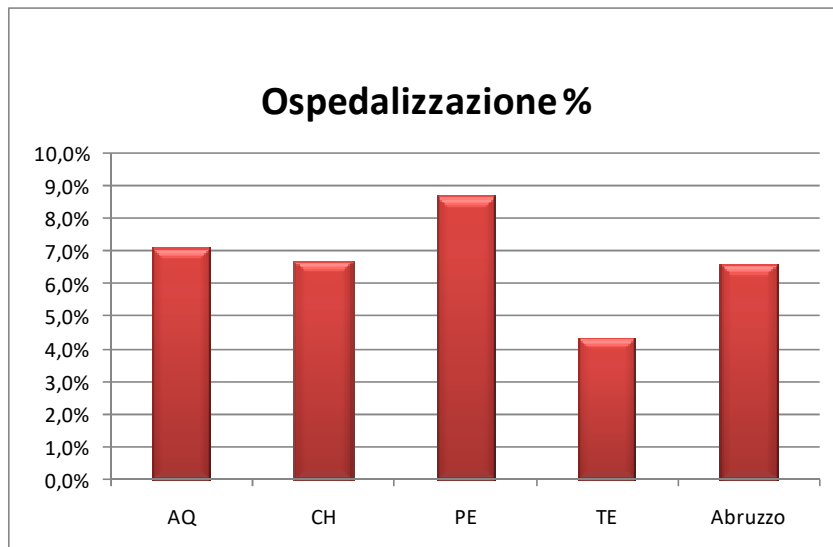
Ricoverati per reparto il 19 dicembre	OSPEDALE CIVILE VASTO	Pres. Osp. Clinicizzato SS. ANNUNZIATA	OSPEDALE San Camillo de Lellis ATESSA	CASA DI CURA SPATOCCO	PTA Casoli	Totale
Sezioni Covid Medicina		47	24	39		110
Pneumologia Covid		9				9
Malattie Infettive	15	19				34
Terapia Intensiva	2	5				7
Presidi territoriali					14	14
Totale	17	80	24	39	14	174
Percentuale di Posti Letto di Terapia Intensiva occupata da Pazienti Covid-19				33%		
Percentuale di Posti Letto in area NON critica occupata da Pazienti Covid-19				65%		

Da evidenziare che si è verificato un calo del -2,8% dei casi ricoverati nell'ultima settimana (erano 179 la scorsa), e bisogna sottolineare che 77 casi (44%) sono collocati in strutture a bassa intensità di cura. Infatti il piano aziendale prevede azioni sequenziali basate sulla gravità del quadro epidemiologico e la pressione sulle strutture sanitarie, in particolare sul Policlinico di Chieti e sul Presidio Ospedaliero di Vasto, mentre il Presidio di Lanciano e Ortona rimarranno dedicati solo ai pazienti NO-Covid.

Piano posti letto dedicati ai casi di Covid per Area ospedaliera ad intensità di cura	OSPEDALE CIVILE VASTO	OSP. CLINICIZZATO SS. ANNUNZIATA CHIETI	OSPEDALE San Camillo de Lellis ATESSA	CASA DI CURA SPATOCCO	Covid Hospital Pescara	Totale
Area non critica		101	58	31		190
Area sub-intensiva	15	31				46
Terapia Intensiva	4	6			11	21
Totale	19	138	58	31	11	257

La percentuale di posti letto occupata è del 33% per l'area Terapia intensiva, e del 65% per l'area non critica.

Confronto setting assistenziali casi di Covid- 19 in Italia	12-dic	19-dic	Differenza assoluta	Differenza percentuale
Positivi	684.848	620.166	- 64.682	-9,4%
Terapia Intensiva	3.199	2.784	- 415	-13,0%
Ricoverati con sintomi	28.066	25.364	- 2.702	-9,6%
Isolamento domiciliare	653.583	592.018	- 61.565	-9,4%

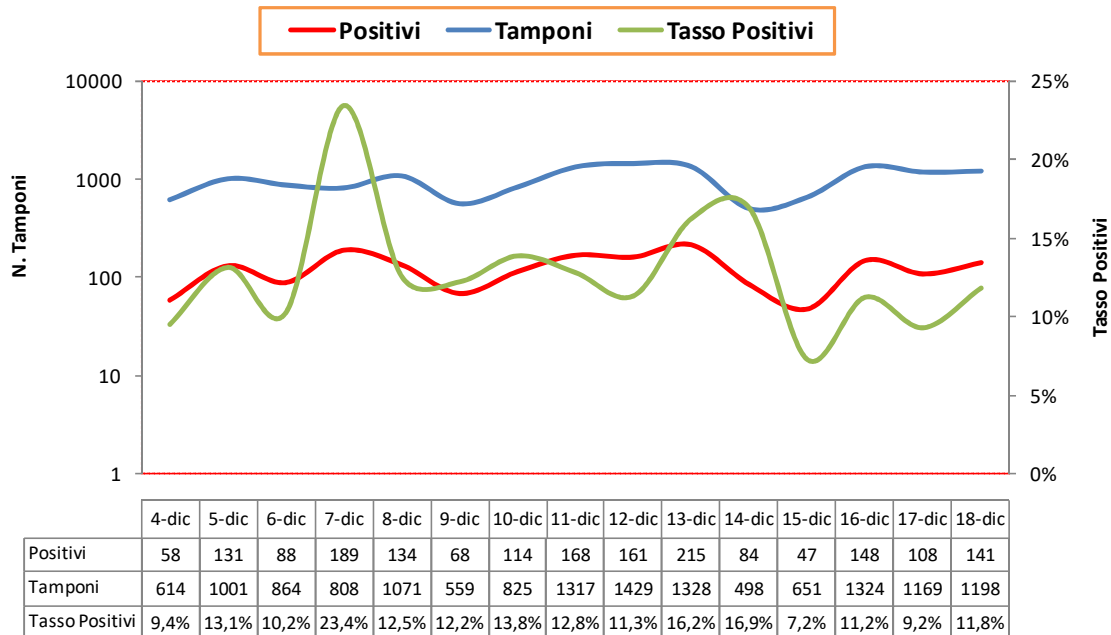


La tabella mostra la collocazione assistenziale di ricovero ospedaliero, in terapia intensiva e al proprio Domicilio a livello nazionale nell'ultima settimana. Prosegue il calo generalizzato del ricorso in ospedale (-9,6% in area non critica e -13,0% in terapia intensiva). La diminuzione dell'assistenza al proprio domicilio (come nei ricoveri non critici) è proporzionale al calo dei positivi (9,4%). Viene inoltre mostrata la differenza del tasso di ospedalizzazione nelle quattro Asl della Regione Abruzzo.

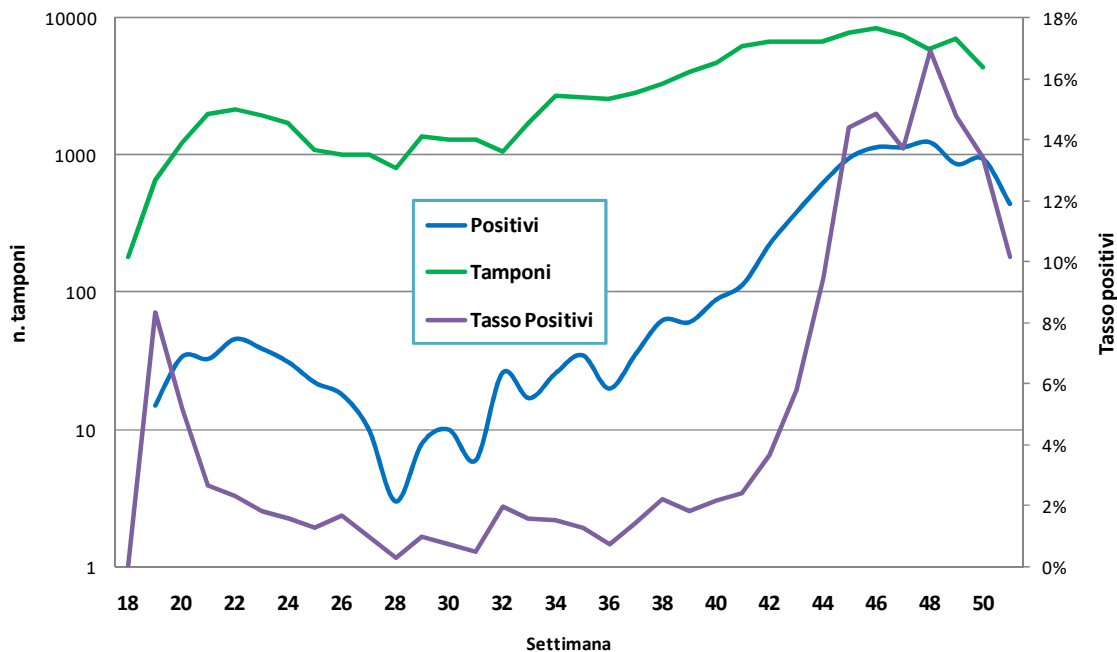
Infine si riporta la percentuale dei pazienti Covid ricoverati in Terapia intensiva e in Area non critica nelle regioni italiane al 18 dicembre (fonte: AGENAS) in cui l'Abruzzo ha un valore del 37% in area non critica e del 22% in terapia intensiva, rispetto ai posti letto disponibili.

Tamponi

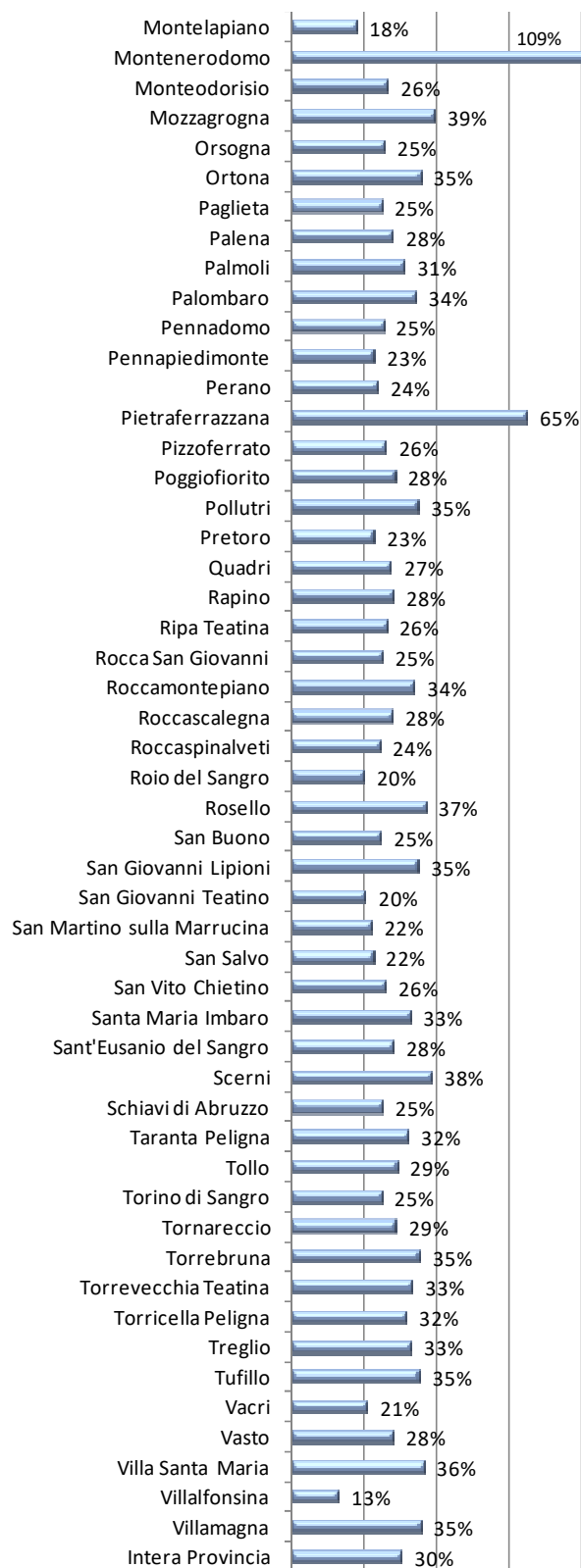
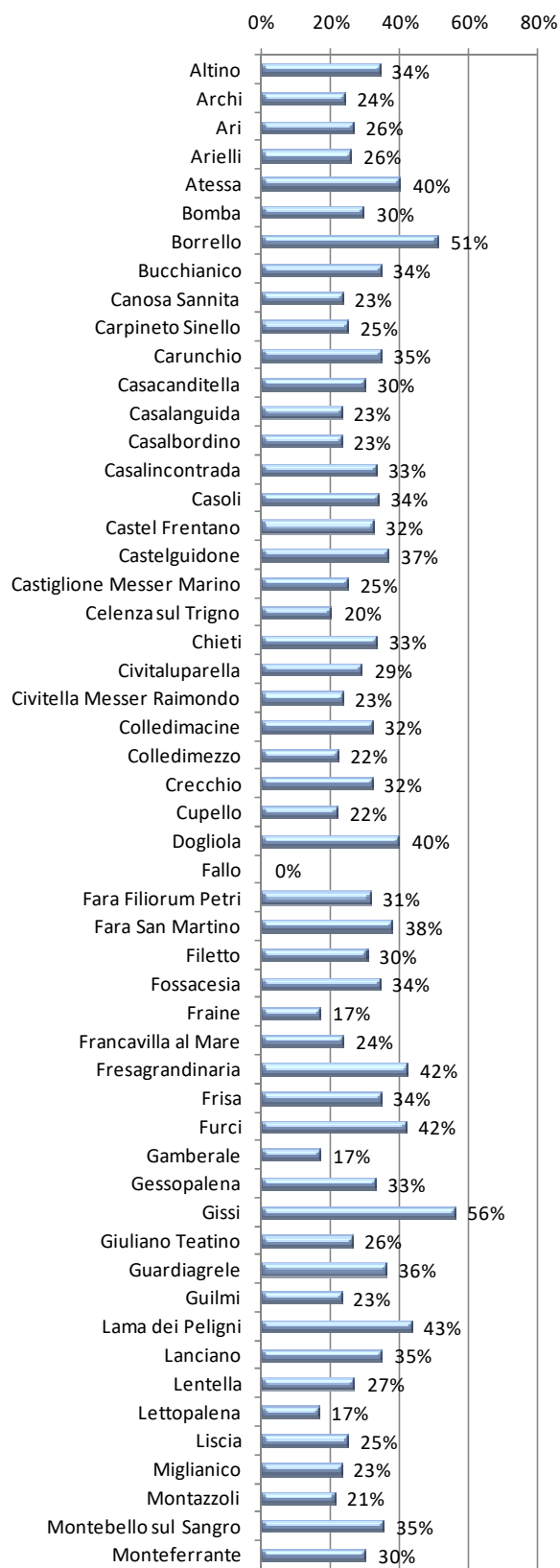
Tamponi (positivi e percentuale) ultime due settimane



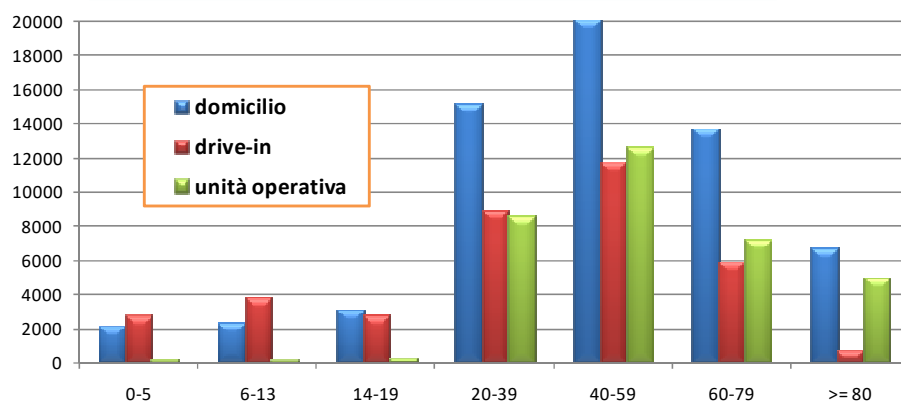
Numero tamponi e % positivi da inizio epidemia



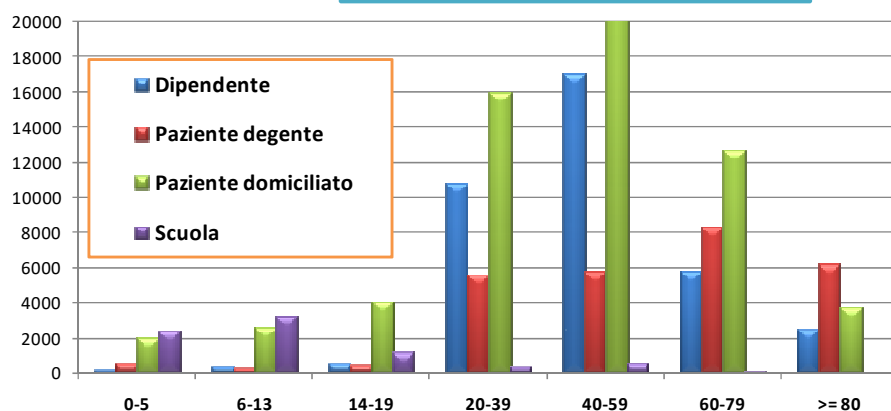
N. Tamponi ogni 100 ab. per Comune



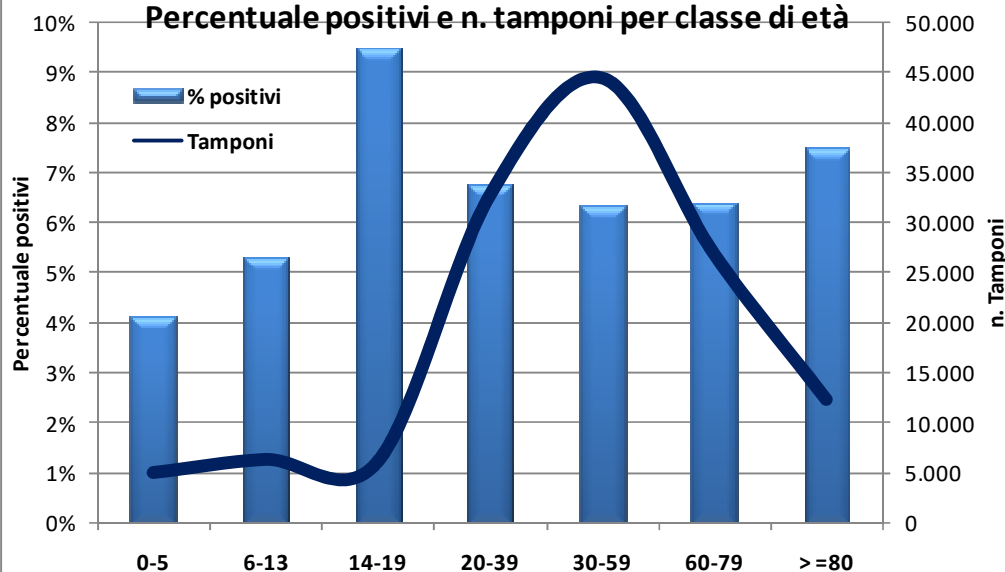
Tamponi effettuati per modalità e classe di età

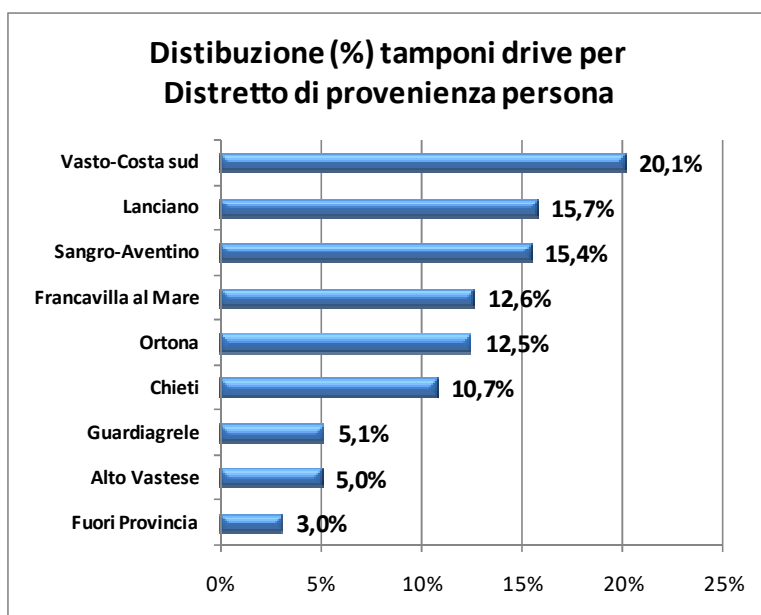
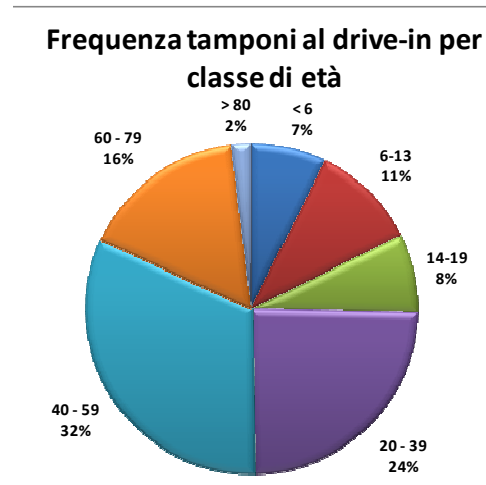
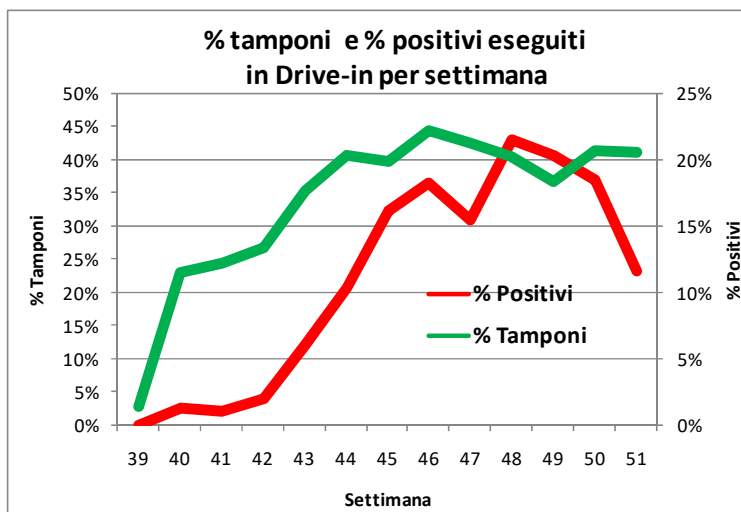


Tamponi effettuati per tipologia richiesta e classe di età



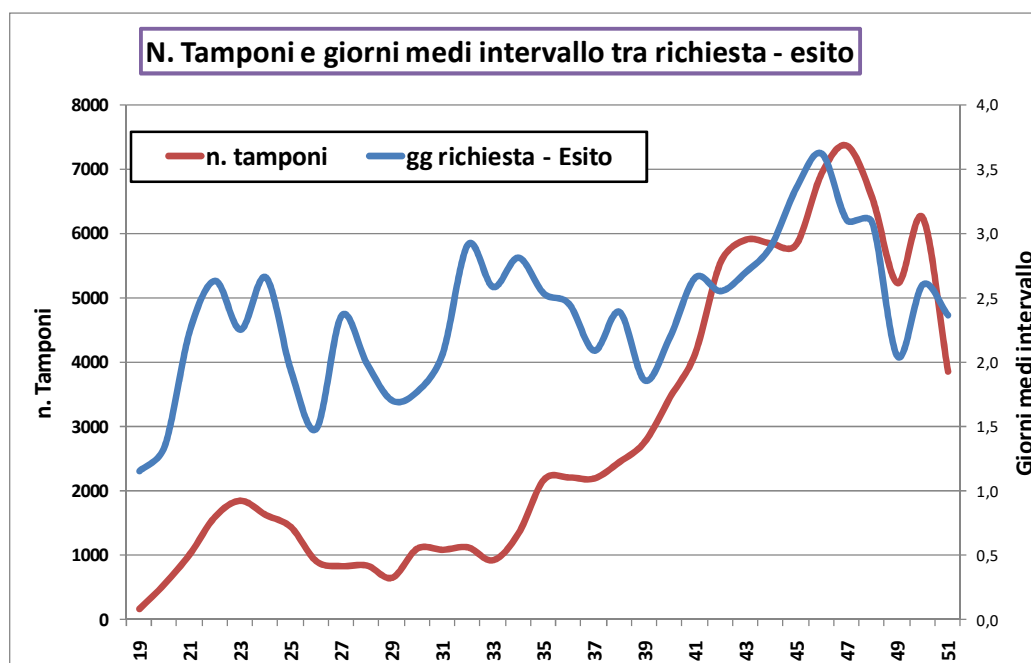
Percentuale positivi e n. tamponi per classe di età



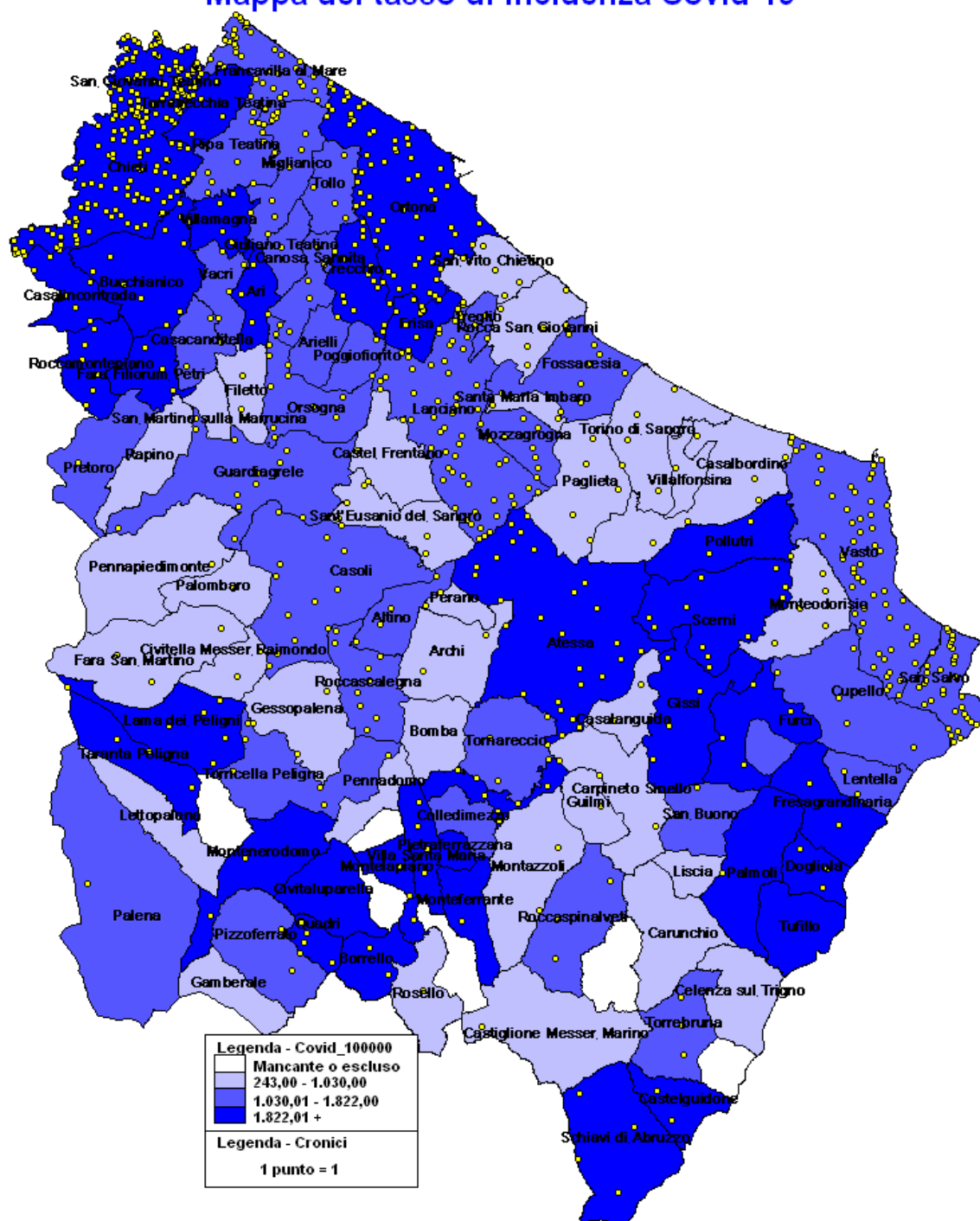


In queste pagine l'andamento temporale della somministrazione di tamponi molecolari, distinto per fascia di età, sede di somministrazione, tipologia della persona richiedente e intervallo intercorrente tra la richiesta, l'esecuzione del tampone e la refertazione dell'esito. E' stata introdotta anche un grafico che mostra la percentuale dei tamponi effettuati ogni 100 persone residenti in ciascun Comune della Provincia.

.Si riporta il grafico aggiornato dei giorni di intervallo dalla richiesta alla consegna del referto dei tamponi, messi in relazione con la numerosità dei tamponi complessivi.



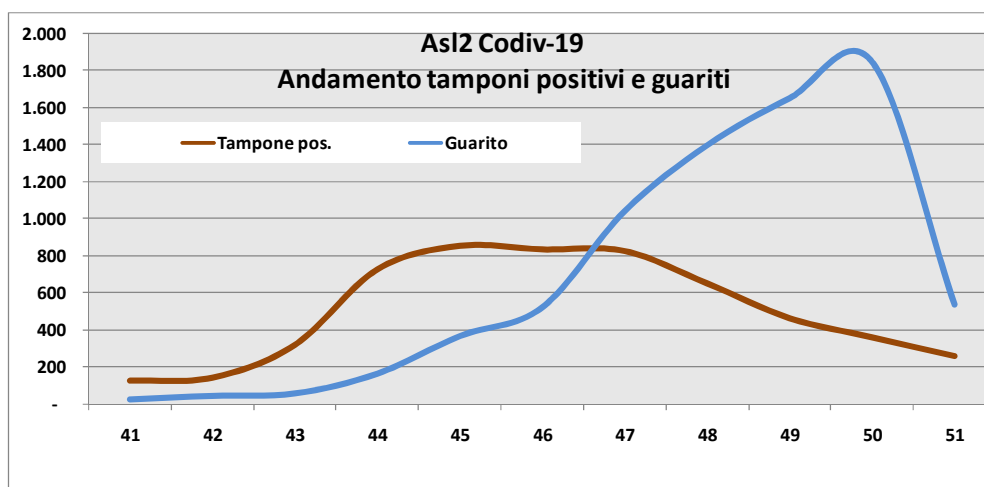
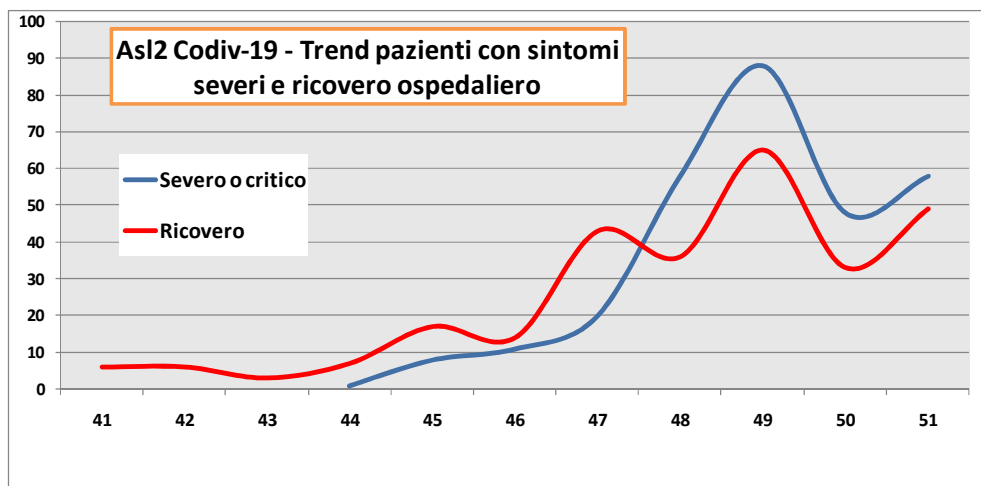
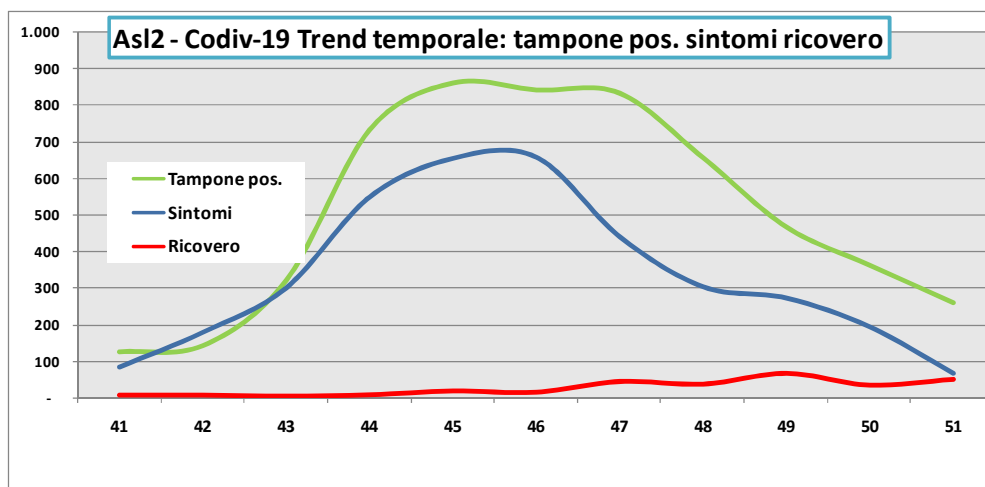
Mappa del tasso di incidenza Covid-19



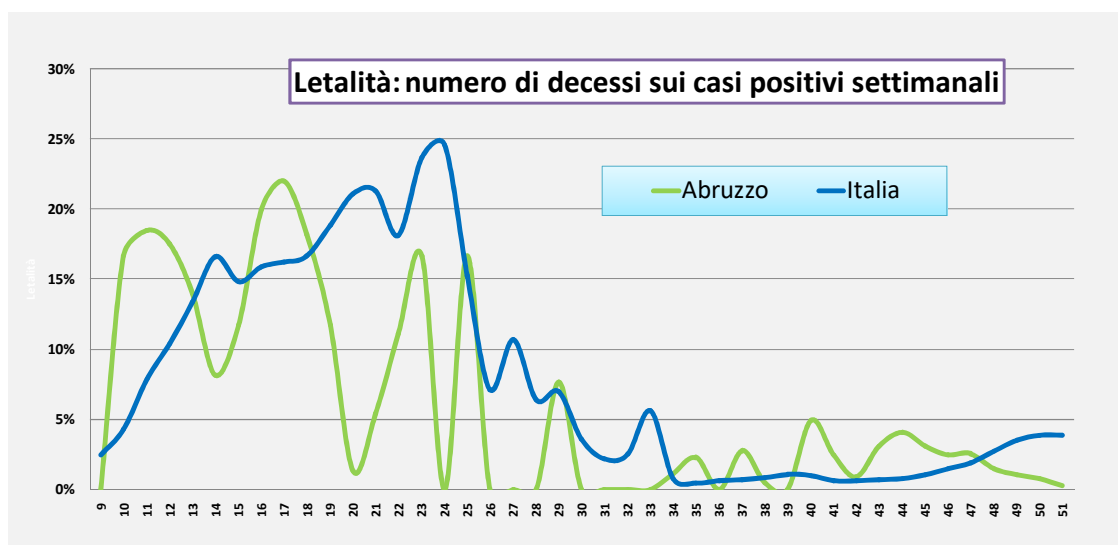
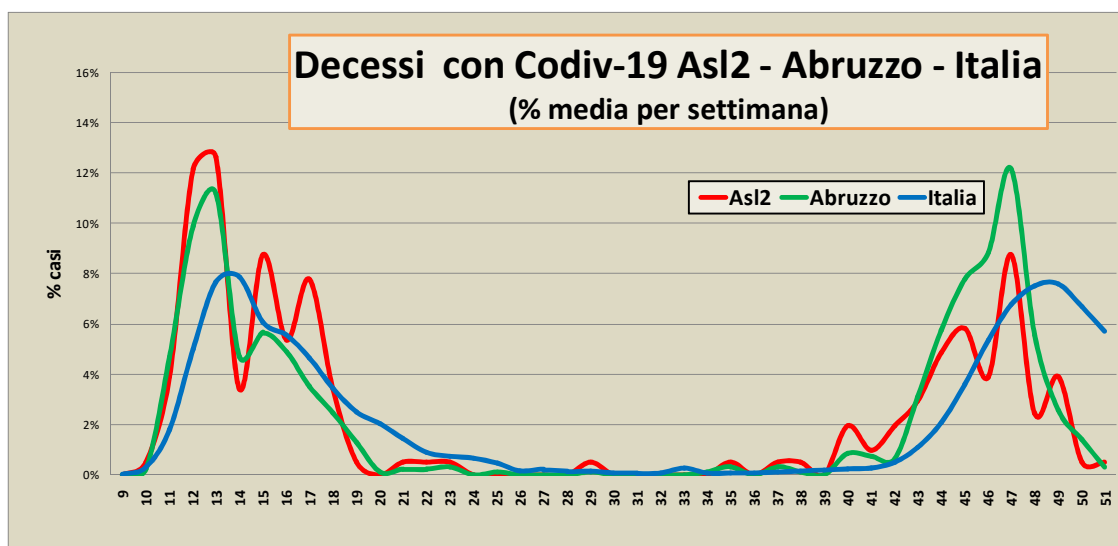
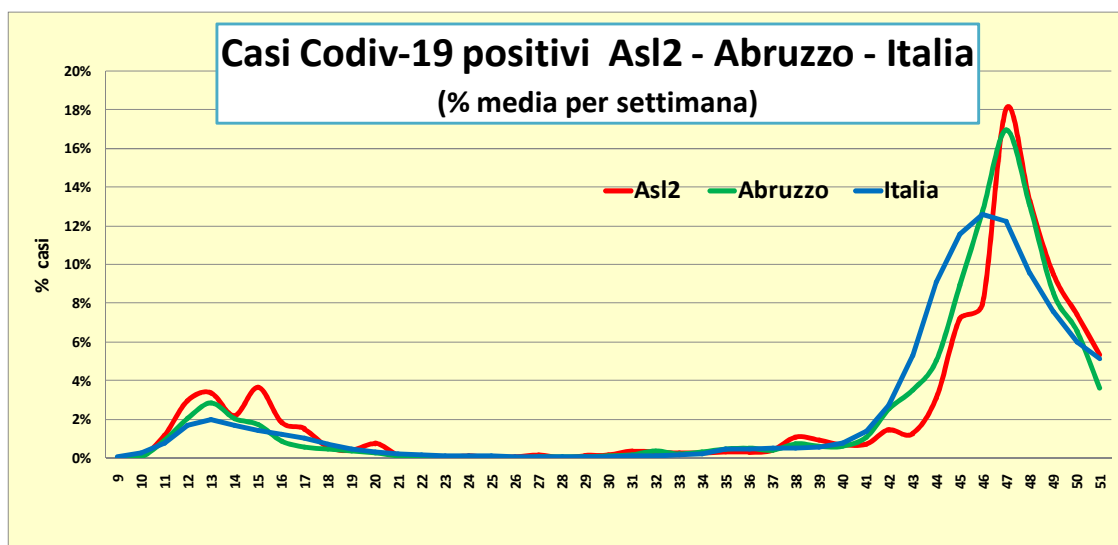
La mappa della Provincia di Chieti, mostra il tasso di incidenza (casi positivi al Covid-19 da inizio epidemia) per Comune di residenza colorandoli con intensità di blu progressivo. Inoltre i punti gialli indicano la numerosità delle persone positive che hanno una o più condizioni croniche, rilevate in occasione del contact tracing.

Di seguito alcuni grafici che mostrano l'andamento nel tempo della fluttuazione del diverso grado

della sintomatologia e della collocazione assistenziale dei casi Covid dell'Asl2 Abruzzo, nella dinamica giornaliera delle ultime 11 settimane (positività dei tamponi, l'insorgenza dei sintomi, i ricoveri, i domiciliati in quarantena, i guariti ed i decessi. (fonte: ISS).



Gli ultimi tre grafici mostrano lo svolgersi dell'epidemia lungo tutto il periodo epidemico, mettendo in comparazione l'Asl2, l'Abruzzo e l'Italia, per la curva dei casi positivi, i decessi e la letalità.



Attività del Dipartimento di Prevenzione per l'epidemia Covid-19

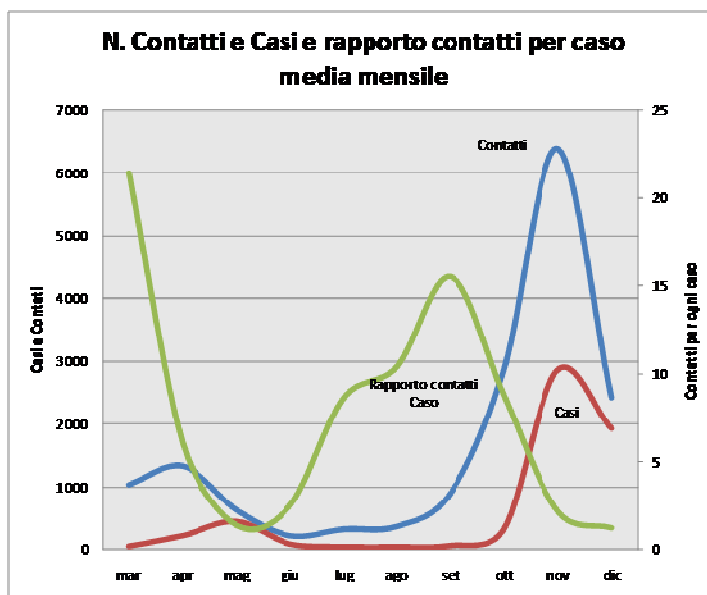
Con l'ausilio di queste tabelle cerchiamo di analizzare a fondo quelle che sono state le attività del Dipartimento di Prevenzione riguardo l'emergenza COVID-19 da marzo ad oggi. Si è utilizzata la data del 1° ottobre per distinguere le due ondate dell'epidemia e notiamo delle profonde differenze.

Attività di Contact Tracing durante la prima e seconda ondata* dell'epidemia da Covid-19			
Valori assoluti	Prima ondata	Seconda ondata	Totale gg epidemia
Giorni di epidemia	214	79	293
Tamponi eseguiti	42.322	91.545	133.867
Casi positivi	1.204	5.854	7.058
Contatti stretti	3.624	9.600	13.224
Tasso positività	2,8%	6,4%	5,3%
Telefonate operatore	30.136	122.464	152.600
Chiamate automatiche	66.389	104.246	170.635
Totale chiamate	96.525	226.710	323.235
Valori procapite			
media n. contatti stretti per ogni caso positivo	3,0	1,6	1,9
Chiamate totali per ciascuna persona	20,0	14,7	15,9
Sintomi rilevati tra i contatti in quarantena			
Diff_respiratorie	13%	6%	8%
Ricontattare	33%	27%	28%
Temperatura	16%	10%	12%
Tosse	48%	40%	42%

(*) La data che divide la prima dalla seconda ondata è il 1 ottobre

diversificati e spesso superavano i 10 giorni, motivo per il quale le nostre attività di contact tracing non sono state efficaci come avremmo desiderato, ma il lockdown generalizzato ha comunque permesso, nel giro di alcuni mesi, il contenimento efficace dei contagi. Il lockdown ha di fatto dato respiro agli ospedali e ai pronto soccorso e ha consentito l'attivazione di convenzioni con i laboratori per l'analisi dei tamponi, l'acquisto di scorte di tamponi, mascherine e

Nella prima ondata infatti i tamponi eseguiti sono stati di molto inferiori, soprattutto andando a vedere il quanti giorni questi sono stati effettuati (42.322 in 214 giorni vs 91.545 in 79 giorni) questo perché non ancora conoscevamo bene il virus che avevamo davanti, si tamponavano solo pazienti con franchi e persistenti sintomi respiratori e che avevano anche il cosiddetto link epidemiologico, ovvero provenivano da zone in cui la circolazione del virus era elevata (tra tutte la Cina e alcune aree della Lombardia e del Veneto). I tempi di refertazione dei tamponi erano molto



disinfettanti che erano diventati merce rara.

Gli studi eseguiti in tutto il mondo ci hanno aiutato a capire contro cosa stessimo e stiamo tutt'ora combattendo: un virus la cui via di trasmissione è quella aerea ma anche da soggetti asintomatici. In più sono stati inclusi come sintomi riferibili al COVID-19 anche diarrea, perdita del gusto/olfatto oppure rinite e mal di gola. Ovviamente ormai la diffusione del virus è mondiale.

Durante la seconda ondata però sono state utilizzate le esperienze ed anche gli errori maturati nella prima ondata. Con l'istituzione dei drive in è stata potenziata la capacità di esecuzione dei tamponi sul territorio non più limitata agli accessi domiciliari/ospedalieri e si sono garantiti tamponi ai contatti stretti che ne facevano richiesta e non soltanto ai sintomatici. Questo ha permesso di scoprire un gran numero di positivi asintomatici e lievemente sintomatici, quasi inesistenti nella prima ondata come si vede nella tabella.

L'aumento dei casi positivi ha portato un aumento anche del personale dedicato all'emergenza in tutte le sue sfaccettature: contact tracing, monitoraggio dei positivi a domicilio, richieste di tamponi, contatti telefonici o via e-mail per chiarimenti con i positivi o con i loro medici curanti/pediatri, comunicazione delle persone in quarantena alle autorità.

Casi positivi al Covid-19 a confronto prima e seconda ondata dell'epidemia			
Valori assoluti	Prima ondata	Seconda ondata	Totale
Casi positivi	1.204	5.854	7.058
Con patologie croniche	391	468	859
Età media	62	45	60
Asintomatico	2,4%	10,4%	9,0%
Deceduto	11,8%	1,4%	3,2%
Guarito	68,3%	57,2%	59,1%
Lieve o pauci-sintomatico	0,2%	18,4%	15,3%
Severo o critico	0,0%	2,9%	2,4%
Residenza	3,4%	2,2%	2,4%
Domicilio	63,7%	83,6%	80,2%
Ospedale	14,8%	4,5%	6,2%

Vediamo come, in linea con i dati nazionali, anche nella nostra ASL l'età media dei casi positivi si è drasticamente abbassata (62 vs 45 anni) e questo ha fatto sì che anche se i casi sono 5 volte in più di quelli della prima ondata, il numero di persone con patologie croniche è solo lievemente aumentato (391 vs 468) e sono queste proprio le persone alle quali bisogna consentire valutazioni

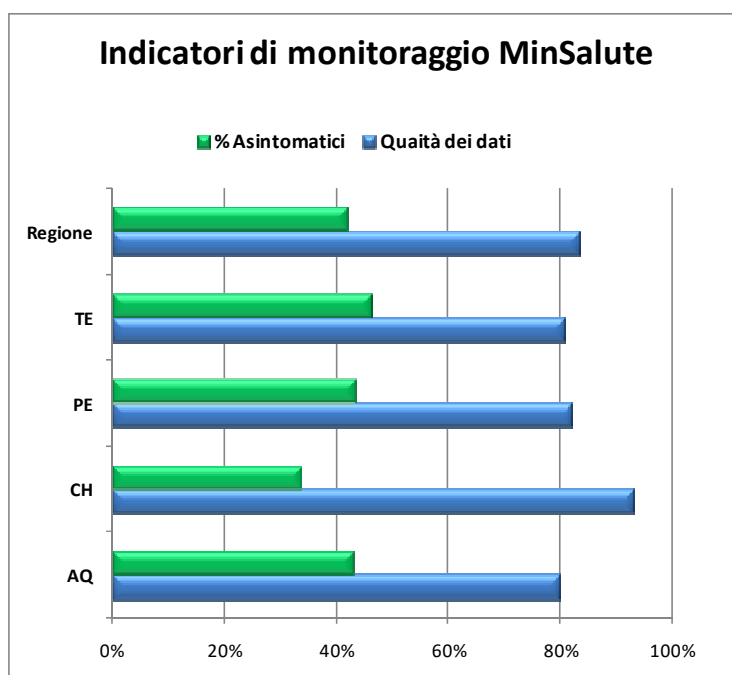
cliniche, non solo telefoniche per evitare che peggiorino e richiedano l'ospedalizzazione. Il riuscire a mantenere più basso rispetto alla prima ondata la percentuale di positivi in ospedale è forse il dato più evidente che le attività del Dipartimento stanno funzionando (14.8% vs 4.5%) così come la ridotta percentuale di decessi (11.8% vs 1.4%).

Un ulteriore passo da attuare a breve è proprio quello di collegare le attività di contact tracing del Dipartimento di Prevenzione con le visite da parte dei medici USCA al fine di valutare i pazienti

sintomatici e consentire un'efficace gestione clinica di questi al proprio domicilio, non trascurando di informare i conviventi sulla gestione degli spazi domestici.

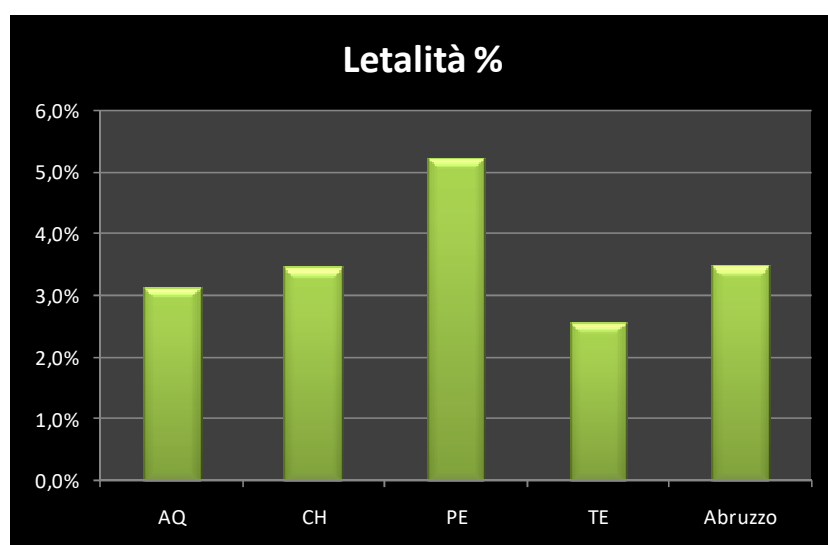
L'obiettivo attuale è quello di far permanere i malati a casa propria dove, anche se isolati dai propri conviventi, almeno possono godere delle comodità di un ambiente familiare senza dover rinunciare alle cure. In tutta questa storia l'aspetto che spesso emerge dai colloqui con i pazienti positivi è la sofferenza derivata dall'isolamento, dalla privazione

degli affetti e della libertà che si unisce alla paura di affrontare una malattia nuova e che può diventare insidiosa. Inoltre bisogna menzionare l'ottimo risultato conseguito con l'attività di monitoraggio integrata nel Portale nazionale Covid-19 dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che vede la nostra Asl prima in Abruzzo per performance e rilevamento dei sintomi e patologie concomitanti.



Mortalità

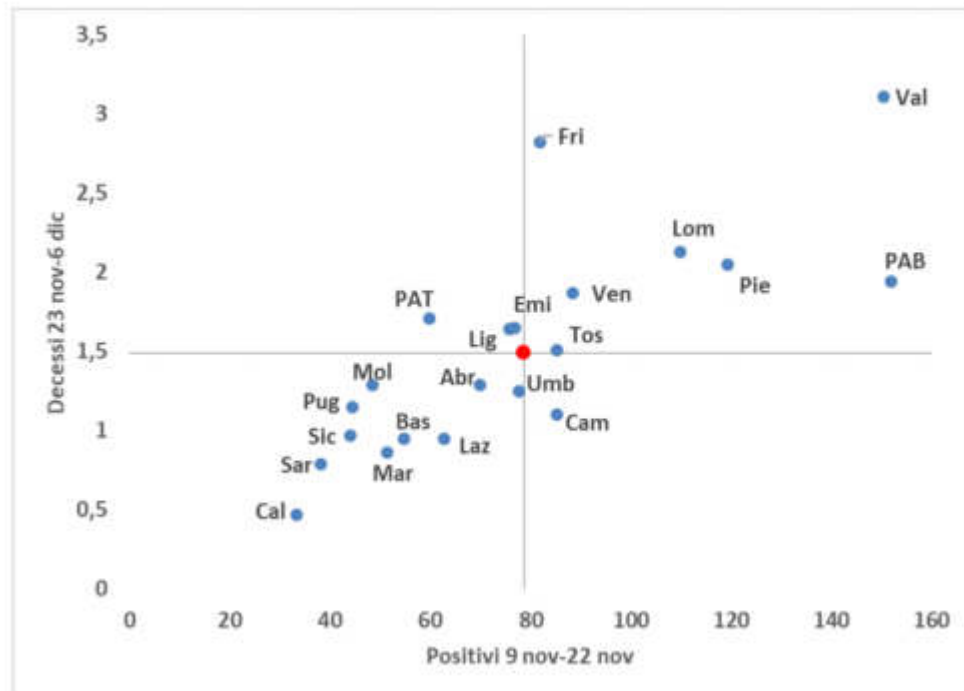
“Il Covid non uccide ovunque allo stesso modo, differenze di quasi 5 volte tra alcune Regioni in Italia”. L'analisi [dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane](#), il 15 dicembre ha sottolineato l'estrema variabilità nella letalità di Sars-Cov2 nelle Regioni italiane e in Europa.



Da un massimo del 5,4% dei positivi in Lombardia a un minimo dell'1,3% in Campania, con una media del 3,5% a livello nazionale. Focalizzando il periodo ottobre-dicembre (seconda ondata), si evidenzia che i livelli di mortalità per Covid-19 nelle Regioni italiane variano anche a parità di prevalenza dei nuovi contagi e indipendentemente dalla struttura per età della popolazione residente.

Le analisi confermano quanto già emerso dai dati sin dall'inizio dell'epidemia Covid-19: che la pandemia ha avuto intensità e letalità diverse sia in Italia sia in Europa. Tali differenze non sono

Grafico 1 A - Numero di contagiati e di decessi (origine degli assi sui valori Italia) (tassi per 10.000 residenti)



attribuibili solo alla fragilità della popolazione anziana, quella più colpita dal virus.

Difficile stabilire i motivi differenti tra le diverse regioni e i Paesi Europei:

- carenze organizzative,
- ritardi iniziali nel comprendere la gravità dell'emergenza,
- deficit nei sistemi di tracciamento dei contagi,
- diversi livelli di aggressività del virus,
- comportamenti individuali differenti
- diversi orientamenti delle scelte dei Governi centrali e locali
- livelli di mobilità sociale ed economica.

Nel quadrante in alto a destra del grafico si trovano le Regioni in cui si è registrato il numero maggiore di decessi e di contagi in relazione alla popolazione residente.

La Valle d'Aosta è la Regione con il tasso di decessi Covid-19 più alto in assoluto: 3,11 ogni 10.000 abitanti, come in Friuli Venezia Giulia (2,82).

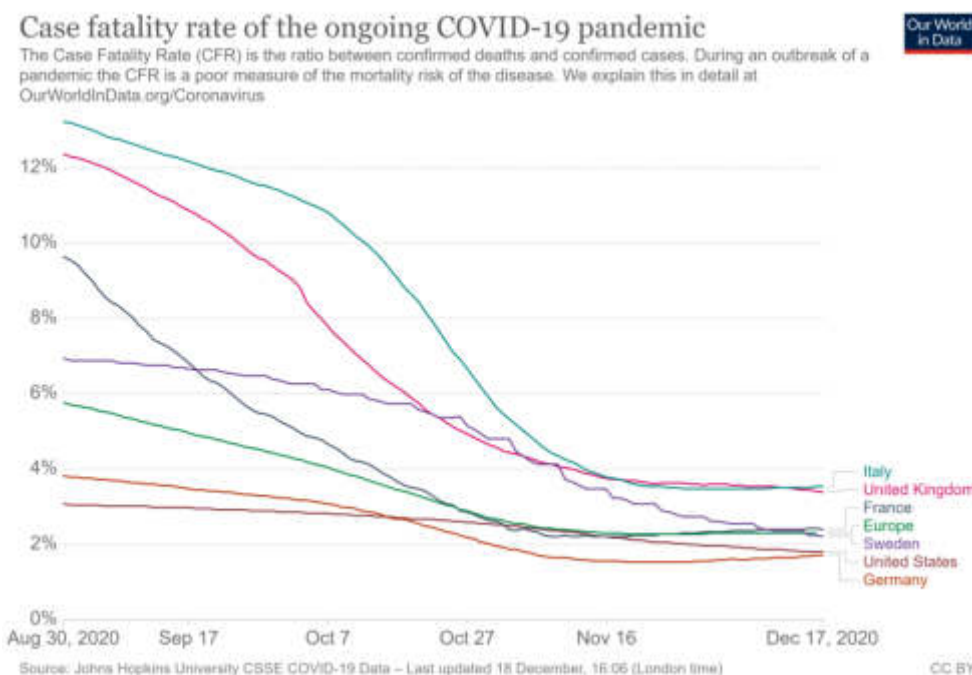
Nel quadrante in basso a sinistra sono collocate le Regioni con minore incidenza dei contagi e della mortalità. Anche in questo caso si nota tra i due periodi un aumento della variabilità, ma di intensità decisamente minore. L'Abruzzo registra un tasso di decessi Covid-19 di 1,26 ogni 10.000 abitanti, a fronte di un tasso di nuovi contagi pari a 70 per 10.000 abitanti.

“L’allentamento dell’attenzione ha favorito i contagi nel periodo estivo, soprattutto tra i giovani e questo ha rinfocolato e, probabilmente, anticipato la seconda fase della pandemia - afferma Walter Ricciardi, direttore dell’Osservatorio - si è trattato di un errore che ha coinvolto nella pandemia anche le Regioni del Sud Italia, già in difficoltà con i loro Sistemi Sanitari e che nella prima fase erano state solo sfiorate dall’emergenza sanitaria. La riapertura delle scuole, ancorché doverosa, e l’allentamento delle restrizioni alla circolazione hanno amplificato la diffusione dei contagi”.

L’Italia e la Svezia hanno i tassi di mortalità per Covid 19 pro capite più alti al mondo. Oltre il 90% dei decessi correlati a Covid sono stati tra persone di età pari o superiore a 70 anni e quasi la metà di tutti i decessi sono avvenuti in case di cura.

Il 17 dicembre il re di Svezia, Carlo Gustavo, ha detto che la strategia nazionale per il coronavirus è fallita: "Penso che abbiamo fallito. Abbiamo un gran numero di morti e questo è terribile". La Svezia è stata ampiamente criticata per il suo approccio alla gestione della pandemia, basata su linee guida non obbligatorie, che non prevedevano il ricorso alle mascherine. Nel Paese si sono avuti 350.000 casi e più di 7.800 morti. Invece di ricorrere a sanzioni legali, la Svezia ha fatto appello al senso di responsabilità e al dovere civico dei cittadini, non ha mai imposto un lockdown a livello nazionale e la

maggior parte delle scuole, dei bar e dei ristoranti sono rimasti aperti. L’epidemiologo svedese, Anders Tegnell, ha spiegato che la strategia si basava su una combinazione di misure legali e volontarie. “Alla base della strategia del governo svedese”, scrive Haba Habib in uno dei due ampi reportage del BMJ



dedicati al caso svedese “sta l’implicita e controversa idea che, piuttosto che contenere la diffusione di un’infezione, un paese può raggiungere l’immunità di gregge consentendo che una parte della popolazione s’infecti, a spese della morte dei più vulnerabili. Ciò non viene detto in maniera chiara e esplicita, ma l’immunità di gregge è l’obiettivo reale del governo svedese”.

Daily new confirmed COVID-19 deaths per million people

Shown is the rolling 7-day average. Limited testing and challenges in the attribution of the cause of death means that the number of confirmed deaths may not be an accurate count of the true number of deaths from COVID-19.

Our World
in Data

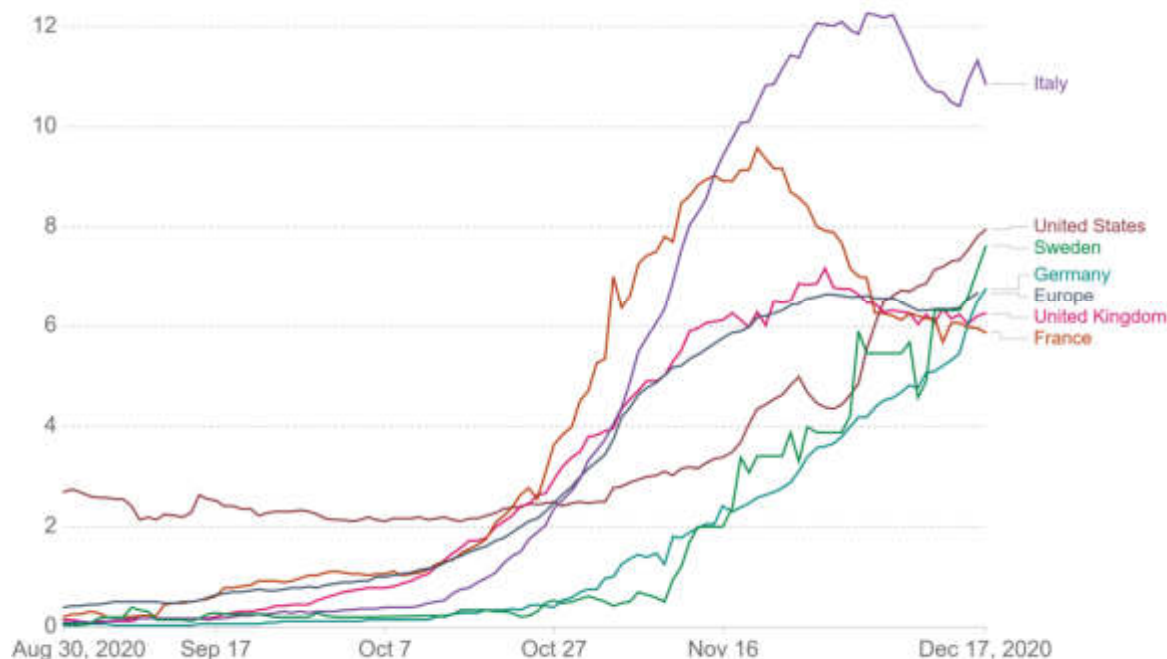
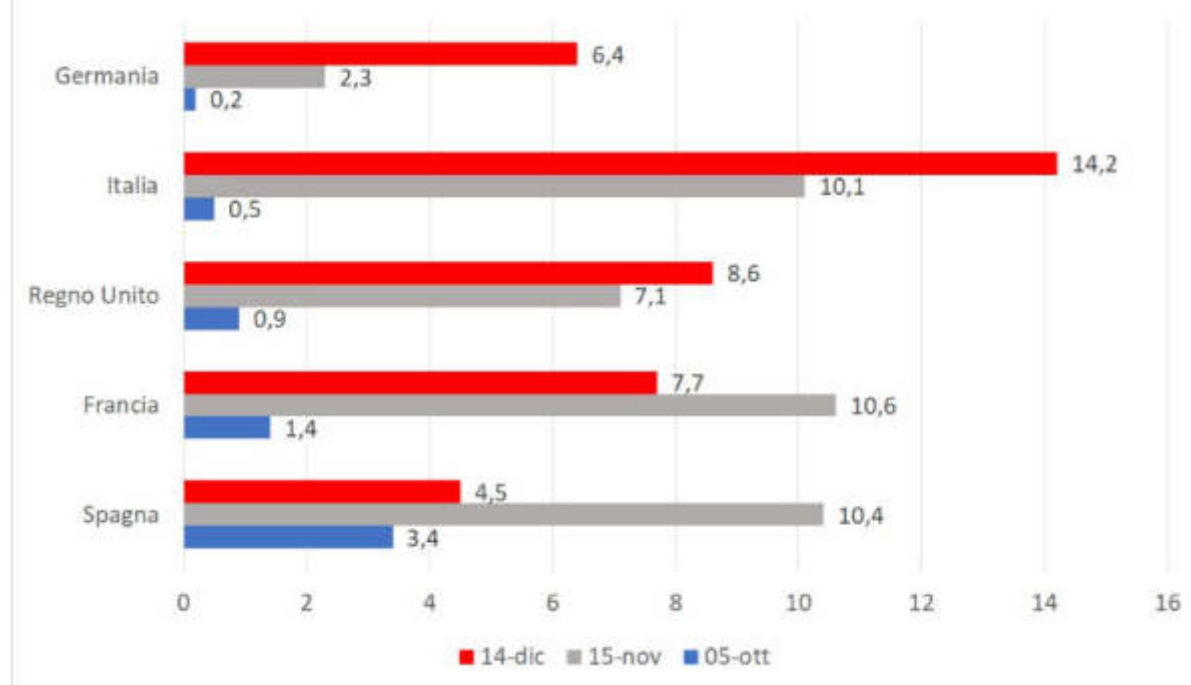


Figura 1. Tasso di mortalità x 100mila abitanti, nei 14 giorni precedenti il 5 ottobre (blu), il 15 novembre (grigio), il 14 dicembre (rosso). Fonte Ecdc.



Tassi di mortalità per Covid di alcuni Paesi europei per 100.000 ab. due settimane prima del 5 ottobre (blu) 15 novembre (grigio) e 14 dicembre (rosso).