



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. 52
Dati al 27 dicembre 2020*



Questo report è l'ultimo dell'anno 2020. Vogliamo ringraziare tutte le persone che lavorano per l'emergenza, dentro gli ospedali e sul territorio: auguri di Buon Anno a tutti!

Sommario

Sintesi.....	1
Insorgenza dei casi per età	4
Attività USCA	7
Ospedalizzazione.....	9
Tamponi.....	11
Mappe e andamenti temporali.....	15
Mortalità	17
PASSI e PASSI d'Argento e COVID-19.....	21



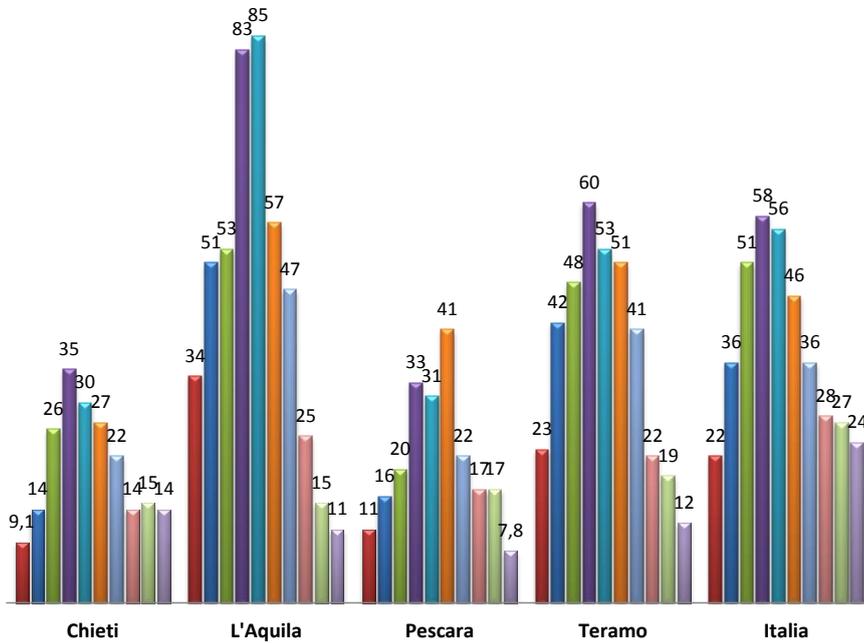
27 dicembre 2020 - Giorno della vaccinazione

Sintesi

In Provincia di Chieti, la situazione epidemiologica della diffusione del Covid-19 evidenzia una frenata nella riduzione della velocità di aumento dei casi, nelle ultime tre settimane (come è avvenuto invece nelle altre province della Regione e in Italia – si veda pag. successiva), ma continua la diminuzione dei casi ricoverati in ospedale. In Provincia al 27 dicembre ci sono stati 52 nuovi casi positivi ogni giorno nell'ultima settimana (14 casi ogni 100.000 ab.). Al 27 dicembre risultano ricoverati 155 pazienti presso gli ospedali di Chieti (65), di Vasto (13), di Atesa (20), CdC Spatocco (37) e 20 presso il PTA di Casoli. C'è stato un decremento dei ricoveri ospedalieri nell'ultima settimana di -10,9%, con una percentuale di occupazione dei posti letto di Terapia Intensiva del 14% (19% in Abruzzo; soglia critica 30%) e in area non critica del 56% in diminuzione (30% in Abruzzo; soglia 40%). Al 27 dicembre 2020 il numero dei **casi cumulativi da inizio epidemia nella Provincia di Chieti è salito a 6.939** (più 224 casi domiciliati in provincia ma non residenti) con un tasso di incidenza cumulativa pari a **1.811 casi ogni 100.000 abitanti**.

Nuovi casi per 100.000 ab. in media mobile per 7 giorni ultime 10 settimane in Abruzzo

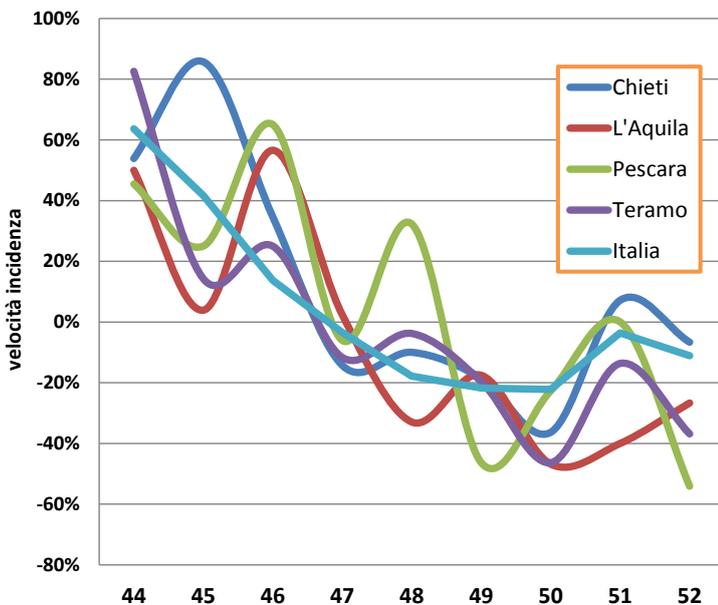
■ 43 ■ 44 ■ 45 ■ 46 ■ 47 ■ 48 ■ 49 ■ 50 ■ 51 ■ 52



Il grafico a fianco mostra l'andamento dei nuovi casi nelle ultime dieci 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 a dicembre. Il grafico della velocità visualizza come la provincia

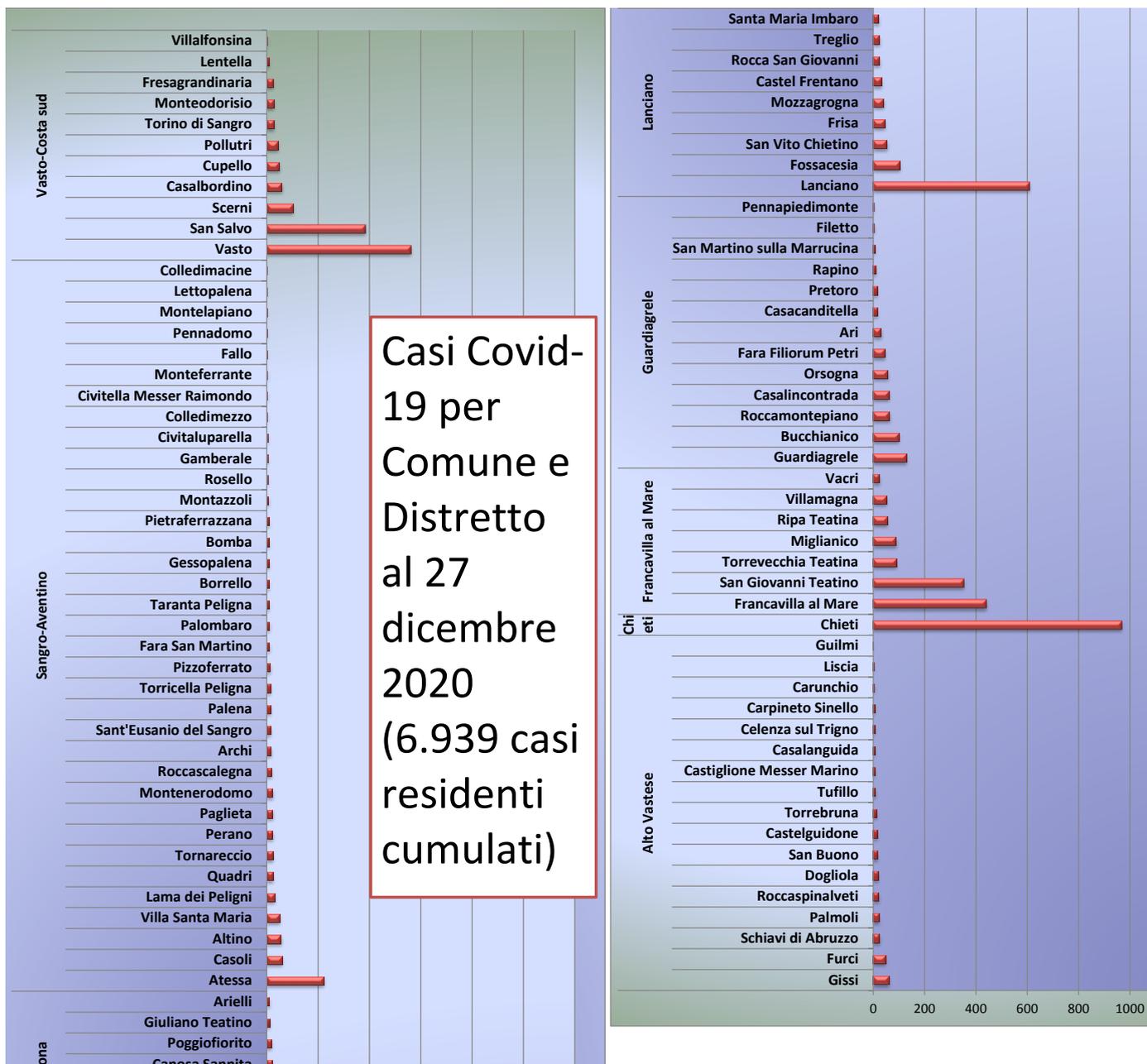
di Chieti abbia ridotto la frenata, rispetto alle altre province e anche della media italiana.

% velocità incidenza di ciascuna settimana con la precedente in Abruzzo



La tabella descrive la distribuzione per Distretto sanitario del numero dei casi e ogni 100 abitanti (tasso di incidenza). Il Distretto di Ortona ha il numero di casi per abitanti più elevato seguito da e Francavilla e Chieti.

Distretto	Codiv19+ al 19 dic	ogni 100 ab.
Alto Vestese	272	1,7
Chieti	969	1,9
Francavilla al Mare	1102	1,9
Guardiagrele	538	1,7
Lanciano	949	1,6
Ortona	769	2,2
Sangro-Aventino	721	1,4
Vasto-Costa sud	1286	1,5
Fuori provincia	564	
Totale	7170	1,9



Il grafico mostra i casi cumulativi di Covid-19 di ciascun Comune della Provincia di Chieti al 27 dicembre 2020. Le tabelle 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.

FREQUENZA CRONICITA'		
Cronicità	Frequenza positivi Covid-19	Percentuale
Senza una malattia cronica	6192	86%
Con almeno una malattia cronica	978	14%
Totale	7170	100%

OPERATORI SANITARI		
Mese	n.	%
ott	96	23%
nov	153	37%
dic	168	40%
Totale	417	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 - 7.163 casi (+ 399 casi ultima settimana)

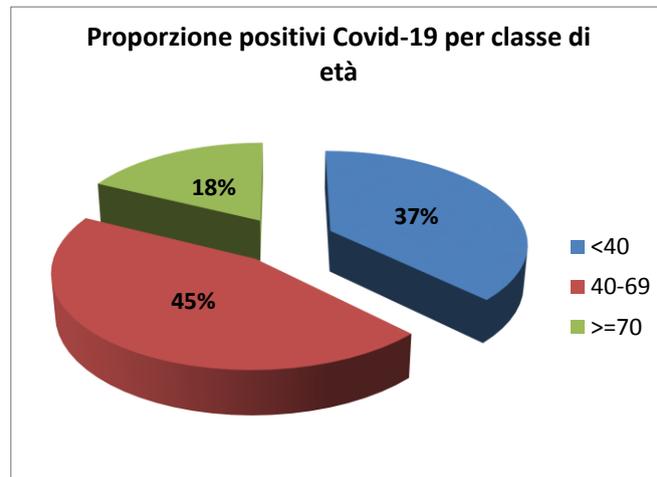
Current Data Source: D:\Covid\Covid.accdb:CasiCodiv

Record Count: 7163 (Asl2 Abruzzo) Date: 27/12/2020

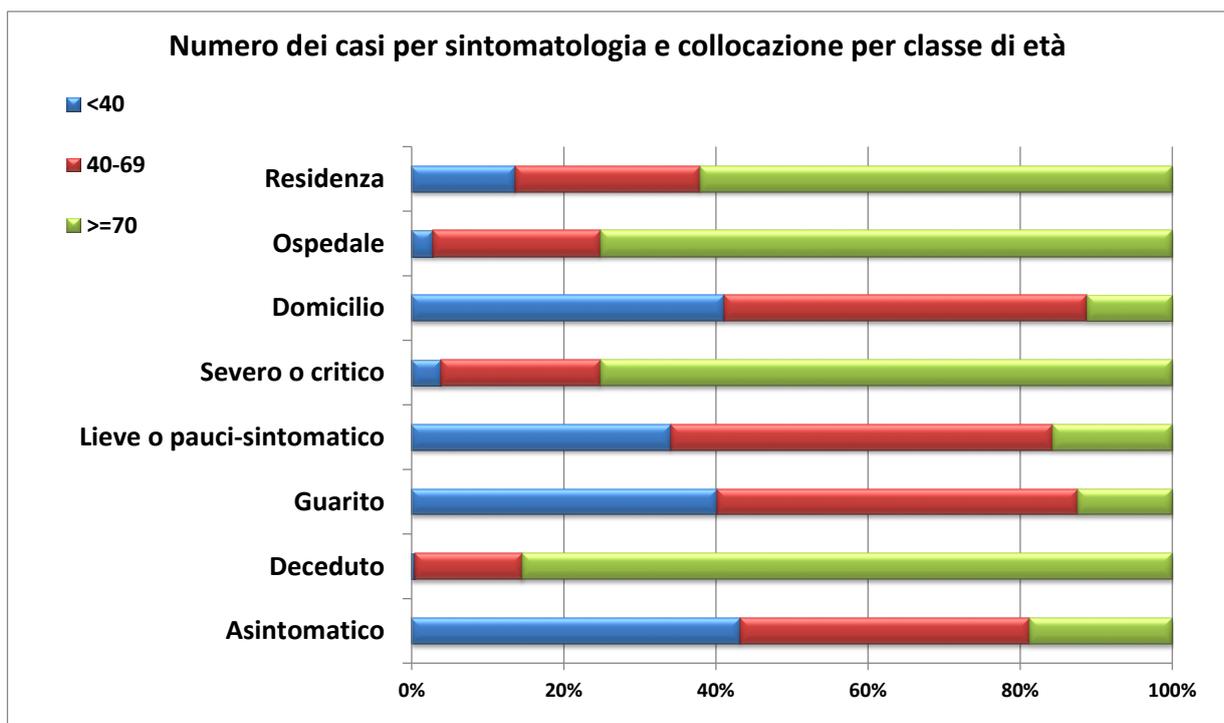
Selection: CasiChieti = 1

FREQUENZA DELLE CLASSI DI ETA'

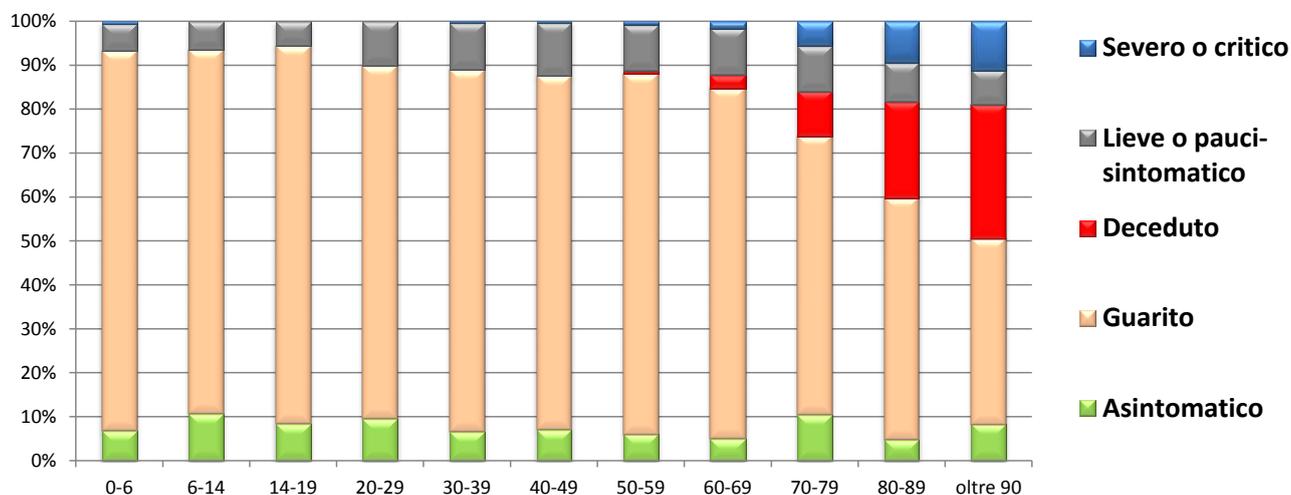
CLASSI DI ETA'	Frequenza positivi Covid-19	Percentuale
0-6	180	2,5%
6-14	347	4,8%
14-19	344	4,8%
20-29	856	12,0%
30-39	952	13,3%
40-49	1089	15,2%
50-59	1228	17,1%
60-69	902	12,6%
70-79	540	7,5%
80-89	492	6,9%
oltre 90	233	3,3%
Totale	7163	100%



I casi cumulativi, da inizio epidemia fino alla settimana n. 52 (al 27 dic.), sono distribuiti per classe di età in modo uniforme nelle ultime settimane. Il grafico successivo mostra invece la misura di quanto, con le stesse classi di età, possa essere molto differente la probabilità, di avere sintomi severi, di ricoverarsi in ospedale o di morire.

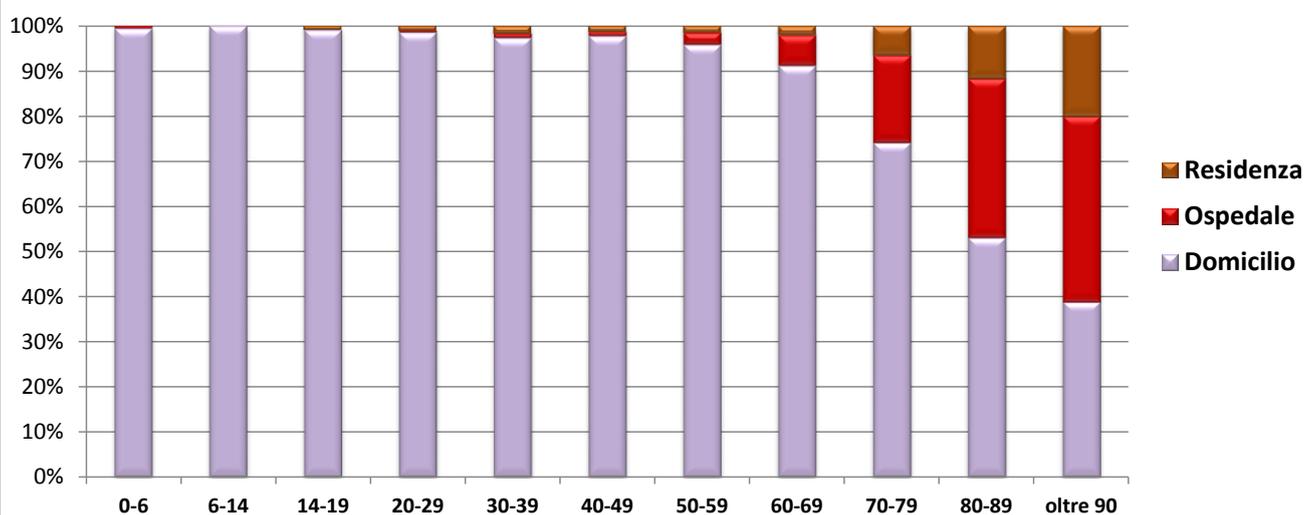


Numero dei casi per sintomatologia sul totale dei casi per ciascuna classe di età (al 27/12)



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.

Numero dei casi per collocazione sul totale dei casi per ciascuna classe di età (Casi al 27/12)



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

Infatti, come si può constatare dalle tabelle a pagina successiva, 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 (25,6% vs il 2% medio), del ricovero ospedaliero

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	3	1,0%
14-19	3	1,0%
20-29	31	4,0%
30-39	43	5,1%
40-49	71	7,4%
50-59	156	14,2%
60-69	202	25,1%
70-79	180	38,2%
80-89	195	46,1%
oltre 90	87	45,5%
Totale	978	15,4%

(54,9% vs il 6%) e infine (e soprattutto) del decesso (il 70,4% vs il 3,5% medio dei casi 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, la protezione e la vaccinazione delle persone più fragili**. Non possiamo dimenticare che è iniziata il 27/12 la campagna vaccinale nei confronti del virus SARS-CoV-2, appuntamento fondamentale nel controllo della pandemia, cui è chiamata anche la nostra Azienda. Riteniamo prioritaria, proprio a causa di quanto descritto in questo report epidemiologico, **iniziare la vaccinazione coinvolgendo, oltre gli operatori sanitari degli ospedali e del territorio,**

tutti gli operatori sanitari e non (cioè personale a contatto con l'utenza) operanti nelle strutture residenziali di qualsivoglia tipologia. In questo modo si realizzerà una protezione indiretta nei confronti degli ospiti di queste strutture, che sono di solito pazienti fragili e quindi a maggiore rischio di morbilità e mortalità da COVID-19, prima di effettuare quella vaccinale diretta che è un pochino più complessa in questa popolazione e comunque inizierà in primavera..

Frequenza positivi Covid-19 con malattie croniche per sintomi e collocazione assistenziale		
SINTOMI	Malattie croniche	% di ciascuna categoria
Asintomatico	51	8,0%
Deceduto	159	70,4%
Guarito	621	14,9%
Lieve o pauci-sintomatico	104	9,6%
Severo o critico	43	25,6%
COLLOCAZIONE		
Residenza	49	29,2%
Domicilio	685	12,1%
Ospedale	242	54,9%
Totale	976	15,6%

Attività USCA



Il 14 dicembre è stata approvata la Delibera n.1106: “Sorveglianza clinica ed epidemiologica. Programma operativo UCAT”.

Lo stesso giorno, durante una riunione organizzativa in Direzione, presenti i direttori di Distretto, rappresentanti dei MMG, alcuni medici dell'USCA di Guardiagrele hanno presentato e illustrato una lettera sulle criticità riscontrate durante il servizio USCA. Si riporta uno stralcio della lettera, in quanto rappresenta bene la difficoltà e i problemi

dell'assistenza domiciliare ai pazienti positivi Covid-19.

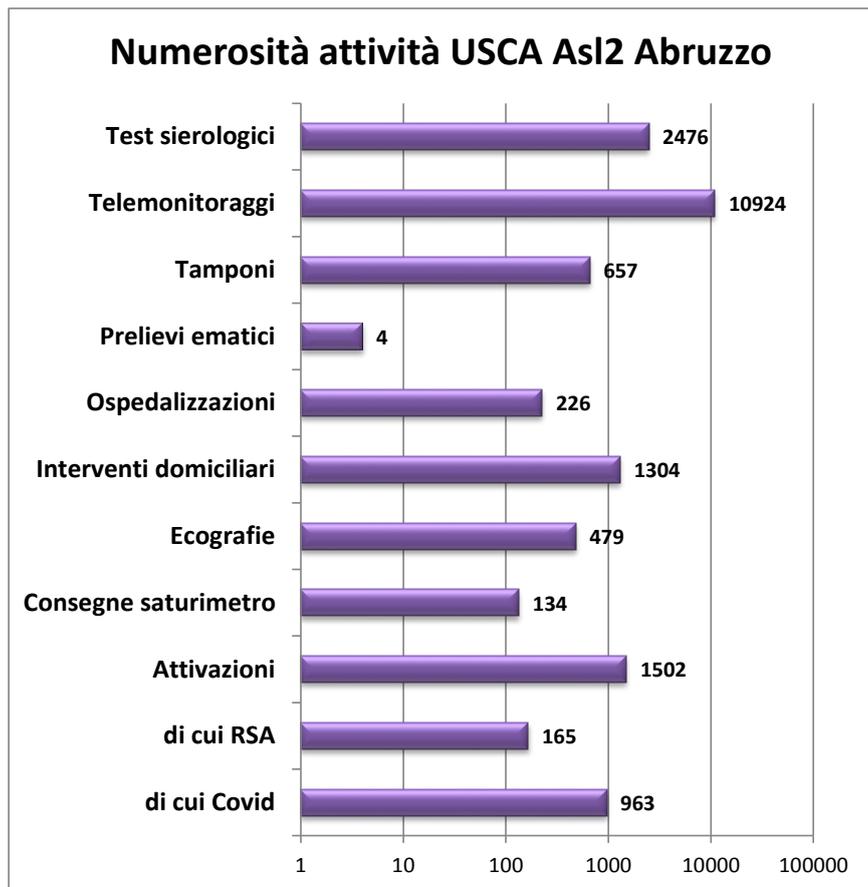
“Il territorio di competenza è di estensione assai grande, con tempi di percorrenza fino ai 45 minuti solo per raggiungere la casa del primo paziente, che inficiano inevitabilmente il numero di accessi domiciliari. Inoltre il numero dei casi presenti sul territorio ha determinato un aumento del numero di attivazioni che spesso, al fine di non far passare eccessivo tempo tra il momento di attivazione e la visita domiciliare, richiedono rientro del secondo medico”¹.

Attività dei medici USCA dal 10 aprile al 27 dicembre 2020							
Attività	Sede USCA						
	Chieti	Gissi	San Salvo	San Vito	Francavilla	Atessa	Guardiagrele
Attivazioni	233	35	266	342	225	182	219
di cui Covid	220	31	173	246	111	46	136
di cui RSA	-	-	-	95	-	43	27
Consegne saturimetro	2	5	43	27	10	39	8
Ecografie	13	-	8	267	-	34	157
Interventi domiciliari	179	21	139	366	132	128	339
Ospedalizzazioni	11	15	22	20	35	44	79
Prelievi ematici	-	-	-	-	-	4	-
Tamponi	-	4	-	45	-	511	97
Telemonitoraggi	1.369	567	3.404	2.398	748	944	1.494
Test sierologici	301	-	595	697	301	299	283
Totale	2.108	647	4.477	4.162	1.451	2.185	2.676

“Il secondo operatore, nella figura del Medico, si rende necessario anche al fine di gestire correttamente le chiamate in entrata, le attivazioni subentranti nel corso delle visite garantendo una efficace programmazione sull'analisi del triage telefonico, il contatto con gli specialisti di riferimento, sia ospedalieri che territoriali, i quali si sono spesso dimostrati vicini e risolutivi.

¹ Di recente e in alcune sedi USCA sono presenti due medici in contemporanea (ndr)

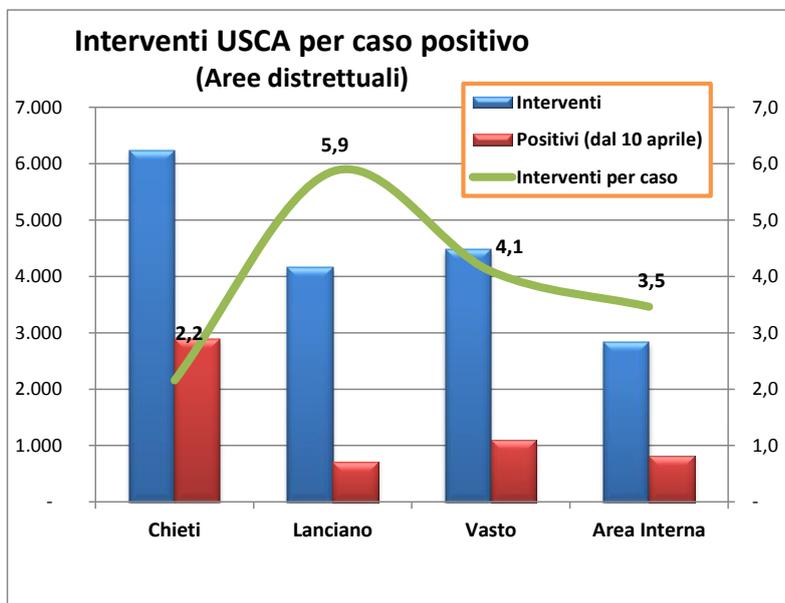
Abbiamo diviso i pazienti sulla base del medico che ha effettuato la visita domiciliare. Questo ha



consentito una migliore gestione del paziente ricreando il rapporto di fiducia 1:1 che normalmente è presente tra MMG e paziente, tuttavia richiede impegno quotidiano (anche diverse ore) e una responsabilità aggiuntiva”

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). Al 27

dicembre hanno eseguito 17.700 prestazioni (in media 3 prestazioni per ciascuno dei 5.500 casi positivi dal 10 aprile, collocati in Residenza o a Domicilio). Le attivazioni complessive sono state n.1.502. Le prestazioni comprendono le visite domiciliari, consegne del saturimetro, ecografie polmonari e telemonitoraggio, ma anche ospedalizzazioni dei casi critici e tamponi.



Ospedalizzazione

Covid-19 - Ricoveri in ospedale per mese												
Ospedale	Mese di Ricovero											Totale
	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic		
OSPEDALE CIVILE VASTO	19	9	2	2	1	2	4	17	58	22	136	
OSPEDALE 'G. BERNABEO' - ORTONA	3	11	3				1	3	1	2	24	
OSPEDALE RENZETTI LANCIANO	9	1	1							2	13	
OSPEDALE San Camillo de Lellis ATESSA	1	54	36						44	39	174	
Pres. Osp. Clinicizzato SS. ANNUNZIATA	163	142	42	11	4	4	20	83	215	88	772	
CASA DI CURA DOTT SPATOCCO									93	109	202	
Totale complessivo	195	217	84	13	5	6	25	103	411	262	1321	

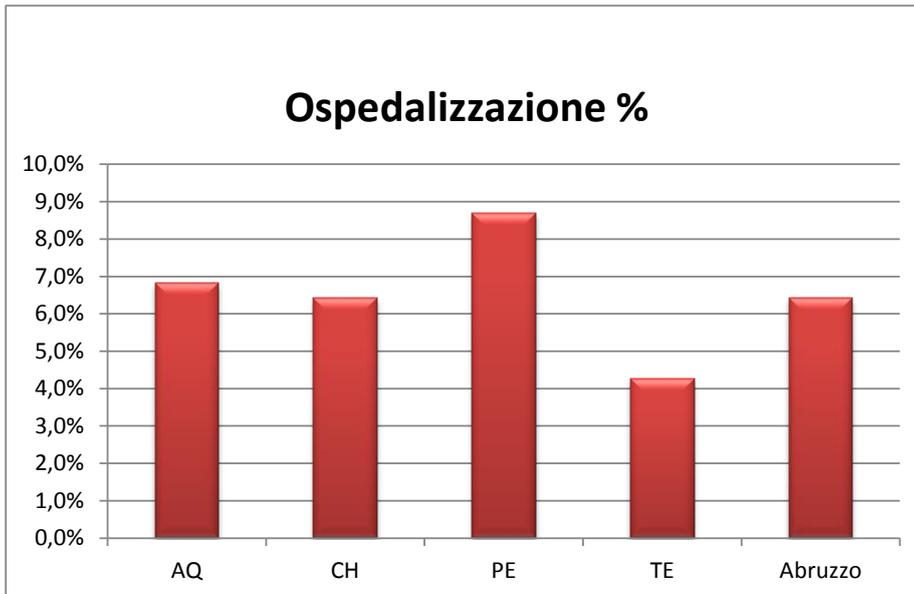
Ricoverati per reparto il 19 dicembre	OSPEDALE CIVILE VASTO	Pres. Osp. Clinicizzato SS. ANNUNZIATA	OSPEDALE San Camillo de Lellis ATESSA	CASA DI CURA SPATOCCO	PTA Casoli	Totale
Sezioni Covid Medicina		36	20	37		93
Pneumologia Covid		10				10
Malattie Infettive	12	17				29
Terapia Intensiva	1	2				3
Presidi territoriali					20	20
Totale	13	65	20	37	20	155
Percentuale di Posti Letto di Terapia Intensiva occupata da Pazienti Covid-19				14%		
Percentuale di Posti Letto in area NON critica occupata da Pazienti Covid-19				56%		

Da evidenziare che si è verificato un calo del -10,9% dei casi ricoverati nell'ultima settimana (erano 174 la scorsa), e bisogna sottolineare che sempre 77 casi (50%) 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 14% per l'area Terapia intensiva, e del 56% per l'area non critica.

Confronto setting assistenziali casi di Covid-19 in Italia	19-dic	19-dic	Differenza assoluta	Differenza percentuale
Positivi	620.166	581.760	- 38.406	-6,2%
Terapia Intensiva	2.784	2.580	- 204	-7,3%
Ricoverati con sintomi	25.364	23.571	- 1.793	-7,1%
Isolamento domiciliare	592.018	555.609	- 36.409	-6,1%

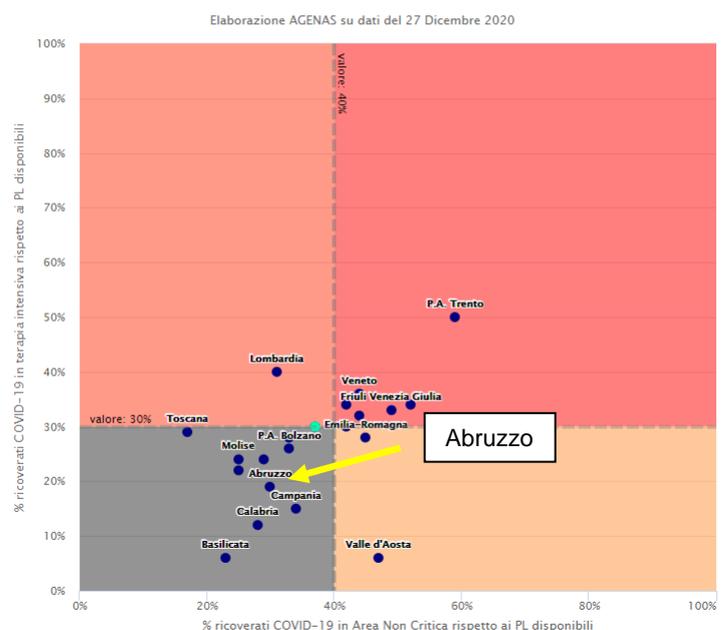


La tabella mostra la collocazione assistenziale di ricovero ospedaliero, in terapia intensiva e al proprio domicilio a livello nazionale nell'ultima settimana. Prosegue il calo generalizzato del ricorso in ospedale (-7,1% in area non critica e -7,3% in terapia intensiva). La diminuzione dell'assistenza al proprio

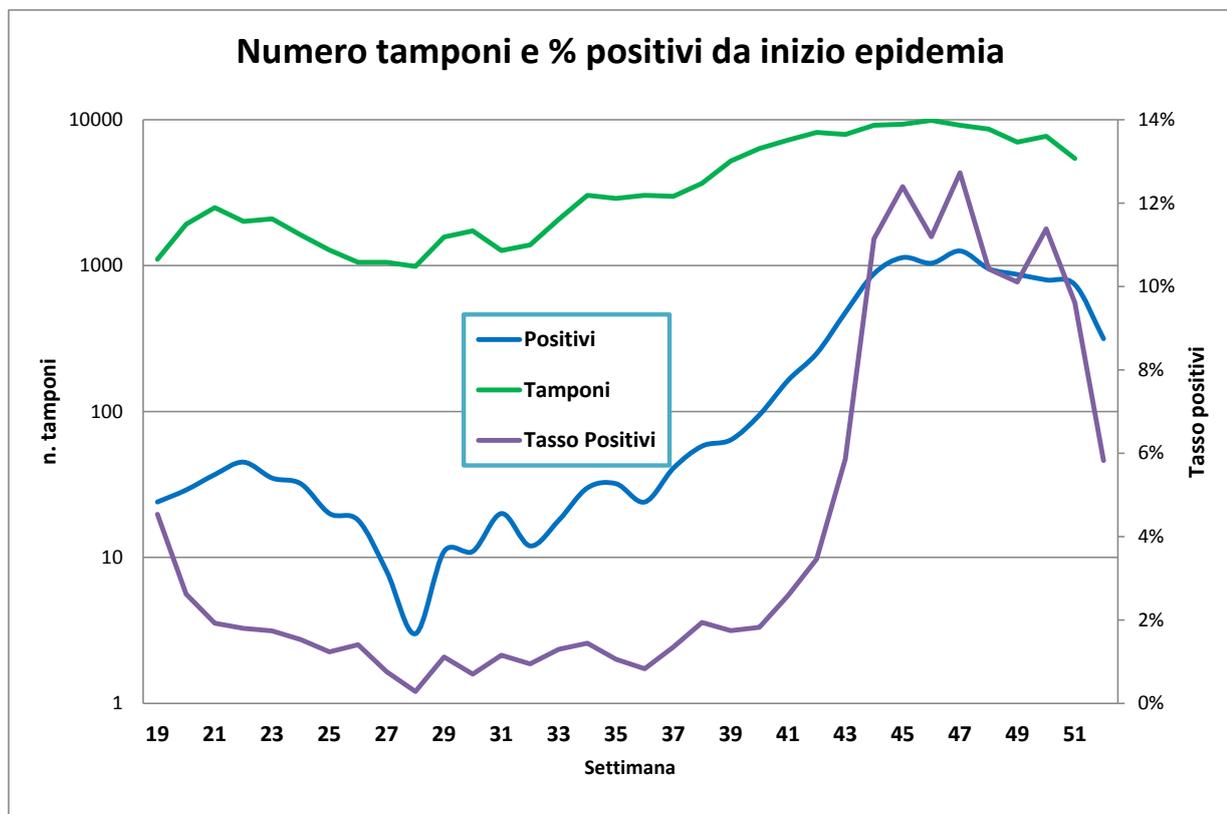
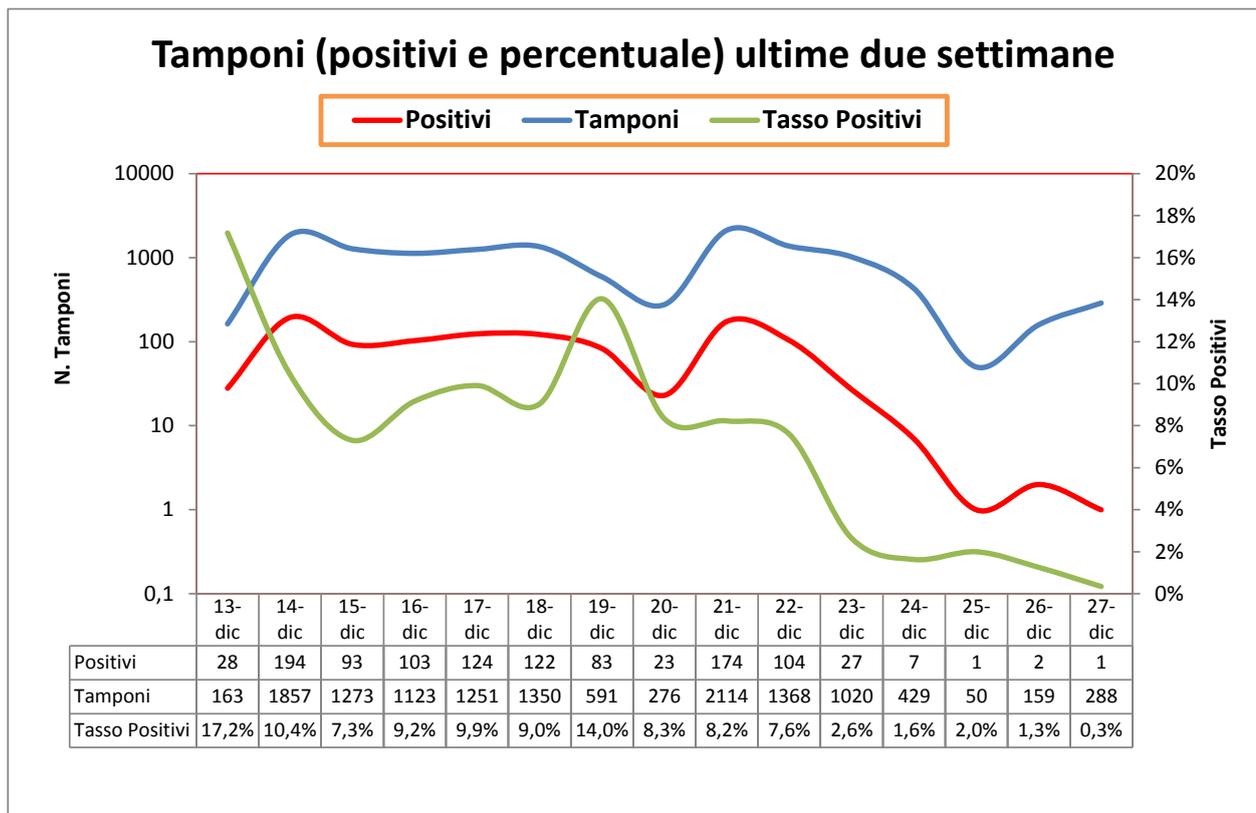
domicilio è proporzionale al calo dei positivi (6,1%). Viene inoltre mostrata la differenza del tasso di ospedalizzazione nelle quattro Asl della Regione Abruzzo.

Infine si riporta la percentuale dei pazienti Covid ricoverati in Terapia intensiva e in Area non critica nelle regioni italiane al 27 dicembre (fonte: AGENAS) in cui l'Abruzzo ha un valore del 30% in area non critica e del 19% in terapia intensiva, rispetto ai posti letto disponibili.

Percentuali di pazienti Covid-19 ricoverati in Terapia Intensiva ed Area Non Critica

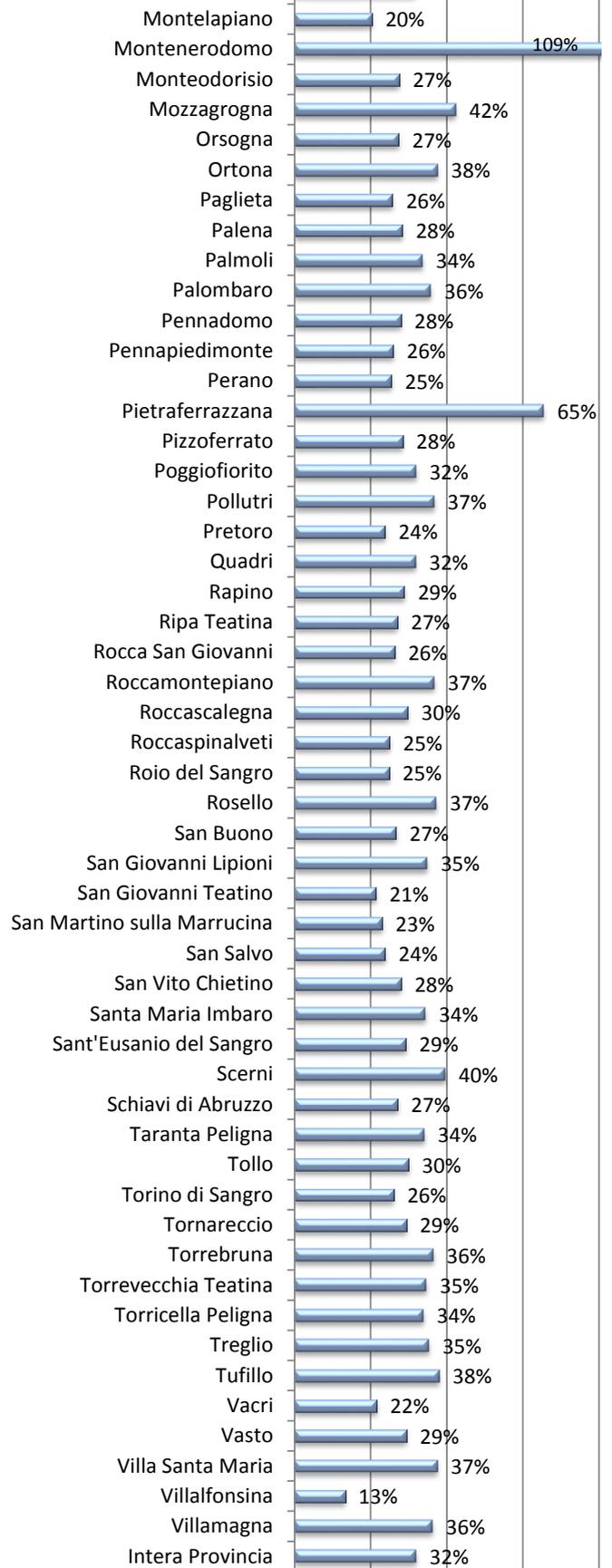
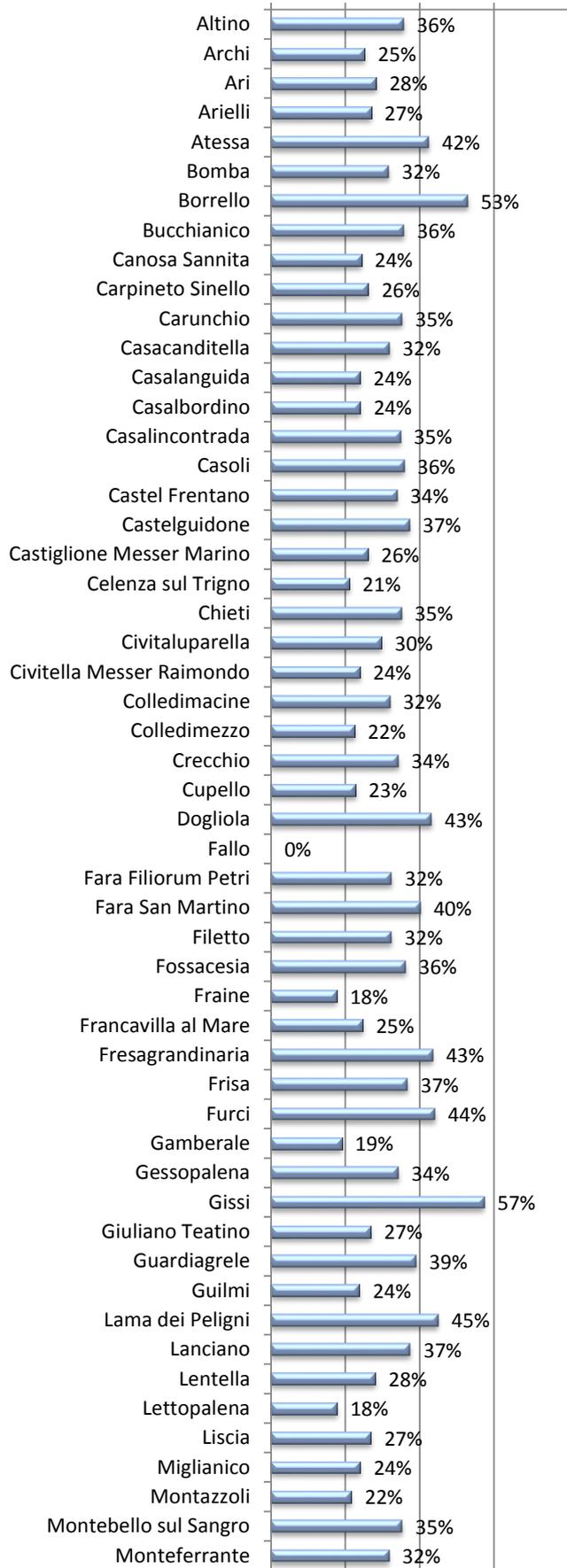


Tamponi

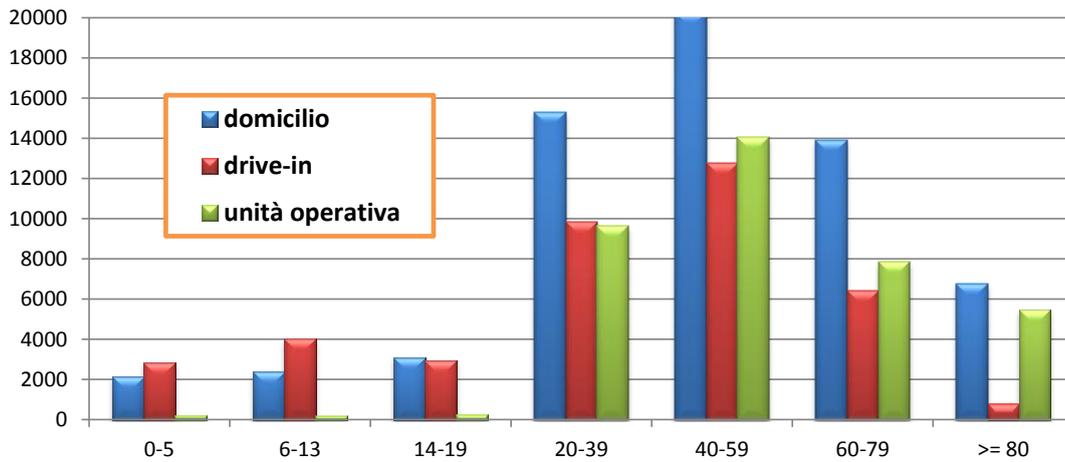


per Comune

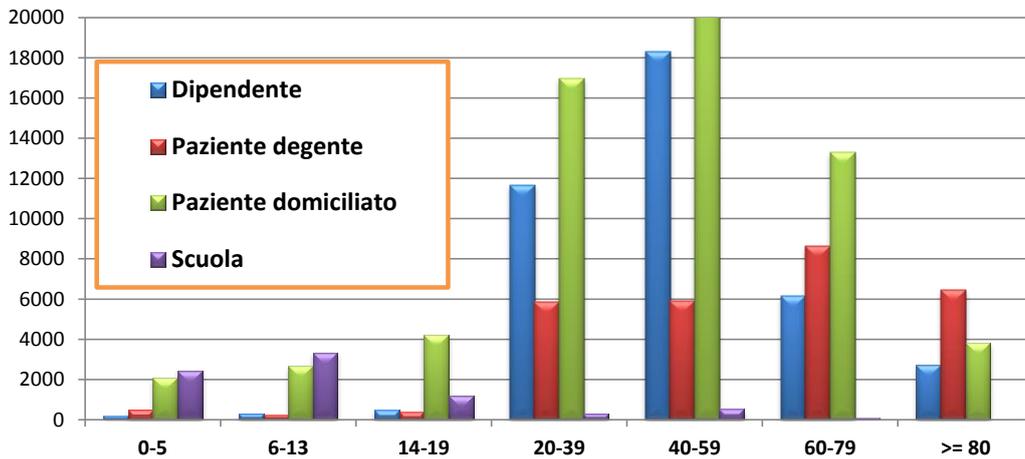
0% 20% 40% 60% 80



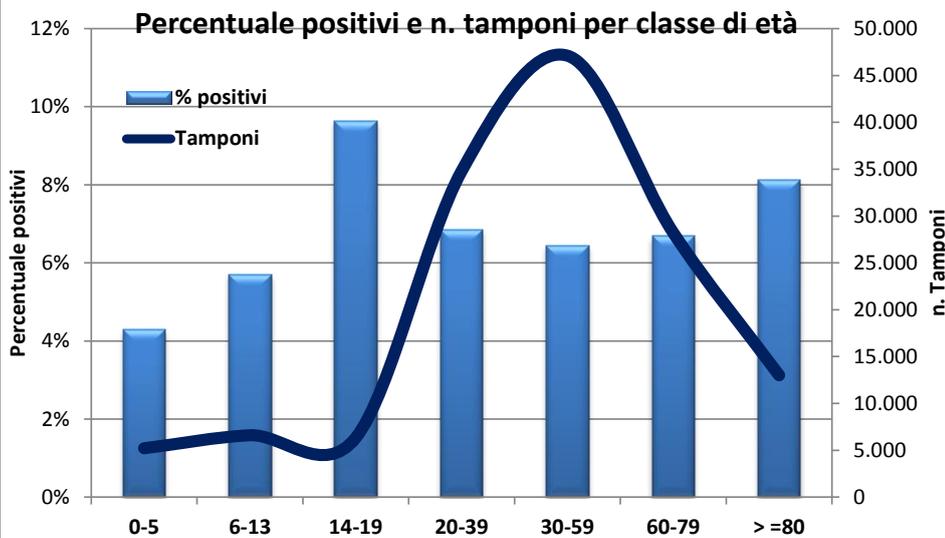
Tamponi effettuati per modalità e classe di età

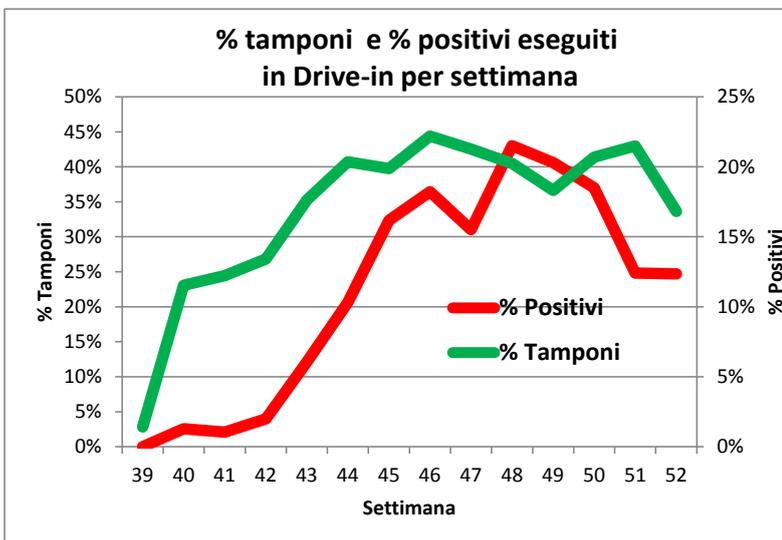
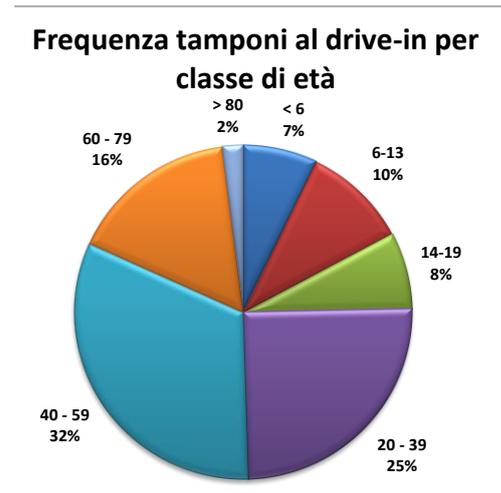
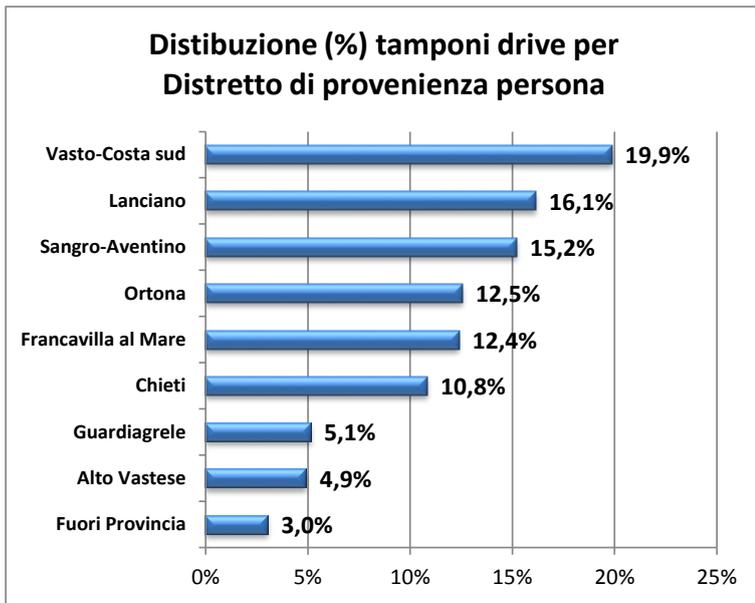


Tamponi effettuati per tipologia richiesta e classe di età

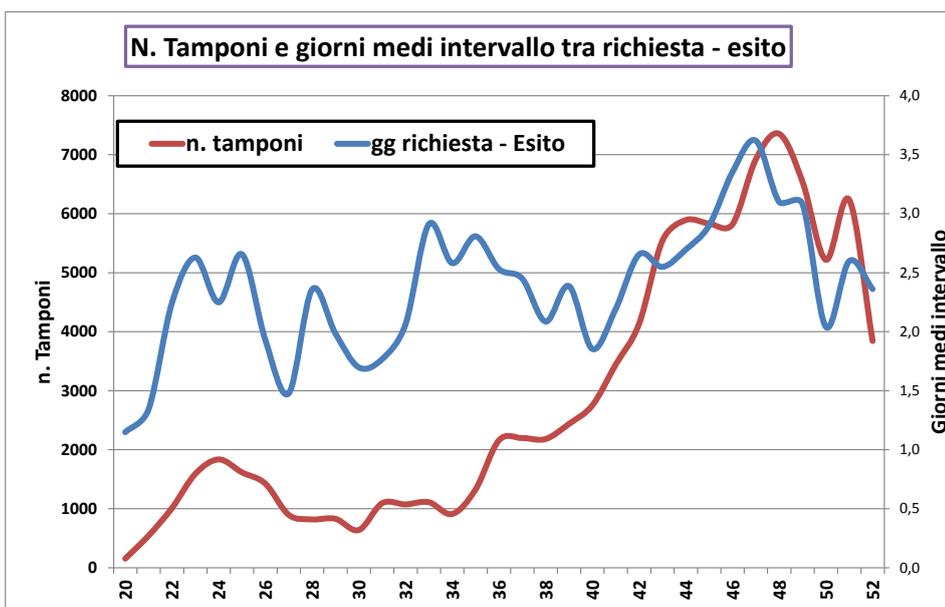


Percentuale positivi e n. tamponi per classe di età



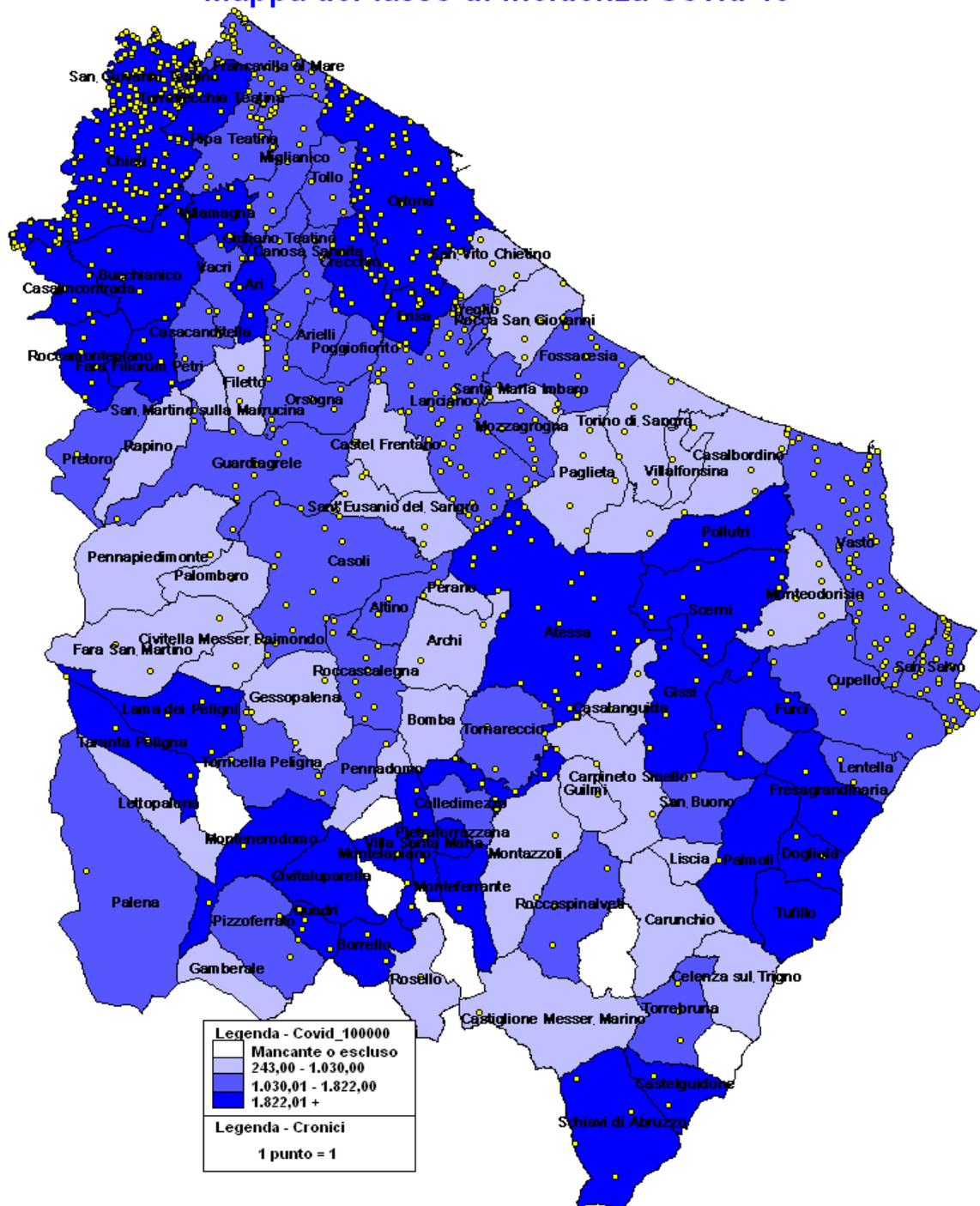


In queste pagine l'andamento temporale della somministrazione di tamponi molecolari, distinto per fascia di età, sede di somministrazione, tipologia della persona richiedente e intervallo intercorrente tra la richiesta, l'esecuzione del tampone e la refertazione dell'esito. E' stato introdotto anche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



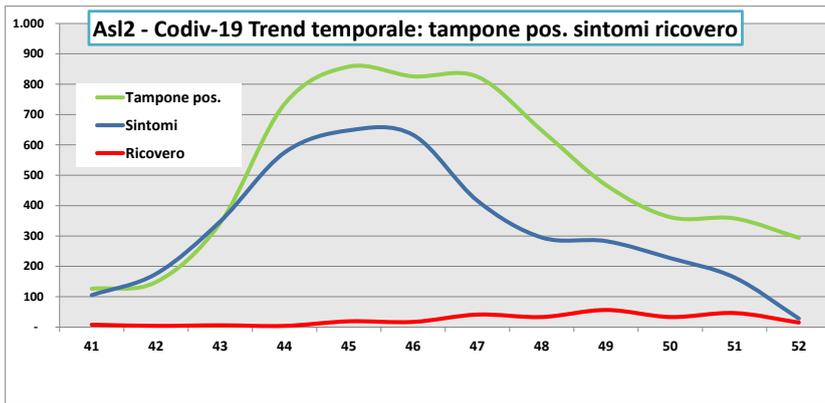
Si riporta infine il grafico aggiornato dei giorni di intervallo dalla richiesta alla consegna del referto dei tamponi, messi in relazione con la numerosità dei tamponi complessivi.

Mappa del tasso di incidenza Covid-19



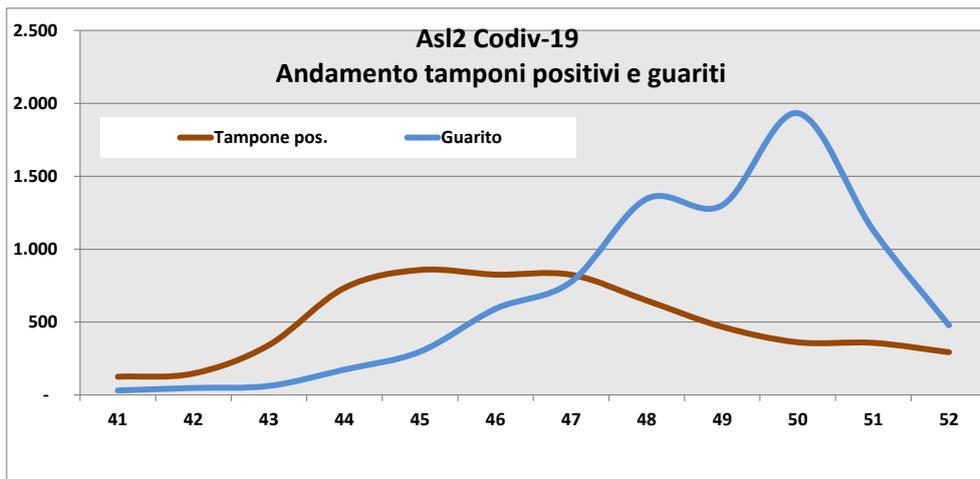
Mappe e andamenti temporali

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.

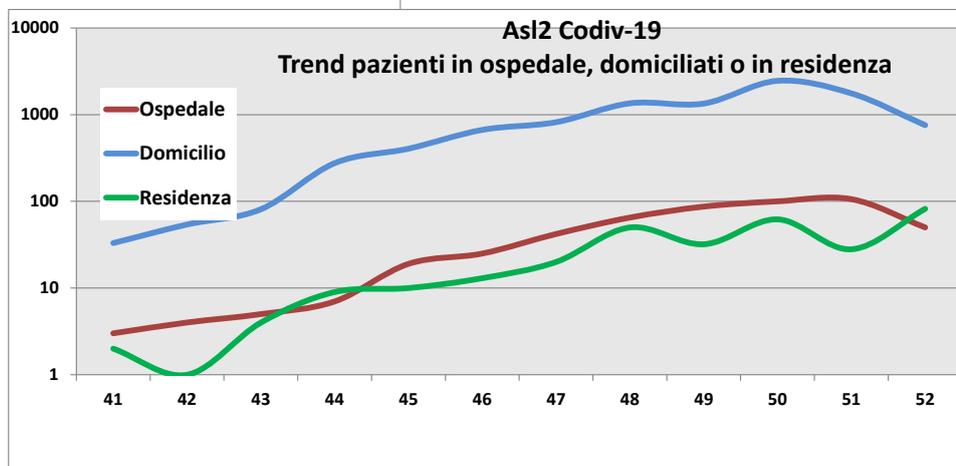
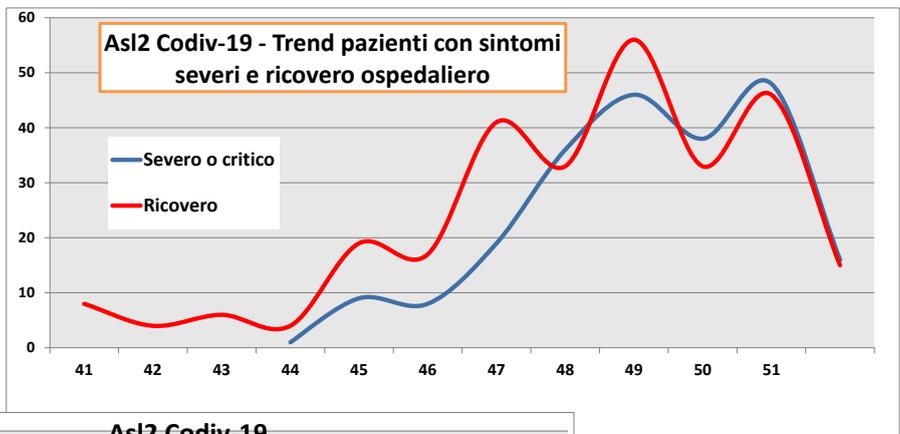


Di seguito alcuni grafici che mostrano l'andamento nel tempo della fluttuazione del diverso grado della sintomatologia e della collocazione assistenziale dei casi Covid dell'Asl2 Abruzzo, nella dinamica giornaliera delle ultime 12 settimane (positività dei tamponi,

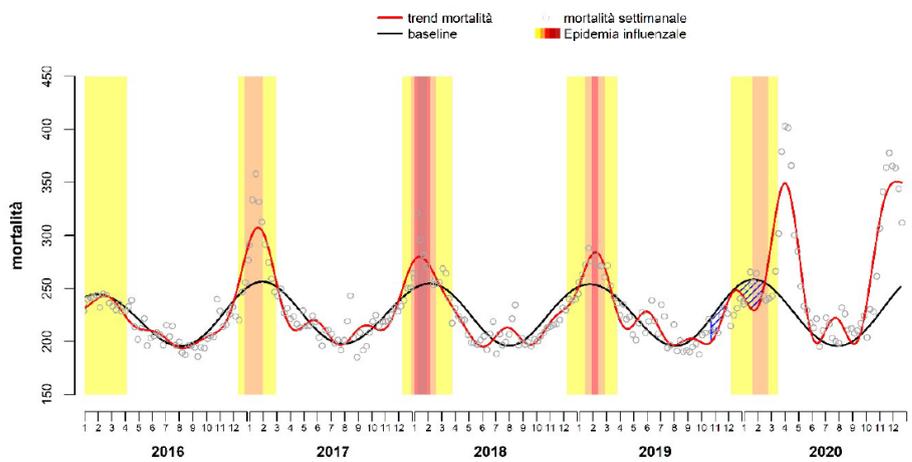
l'insorgenza dei sintomi, i ricoveri, i domiciliati in quarantena, i guariti ed i decessi. (fonte: ISS).



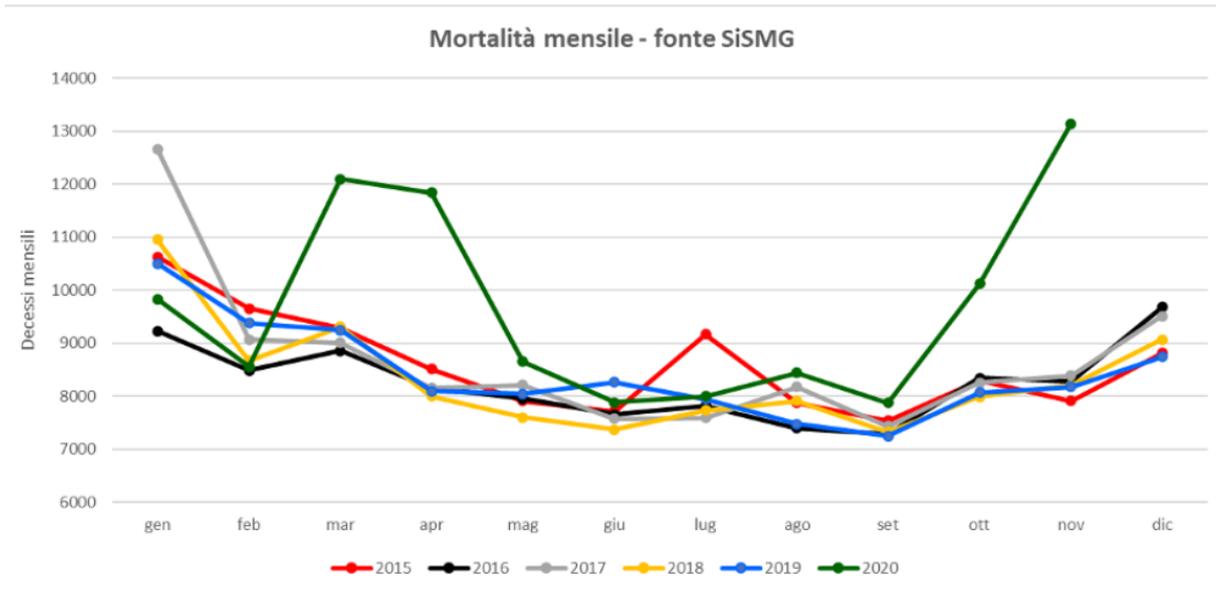
Gli ultimi due grafici mostrano come si siano ridotti i casi collocati in ospedale e a domicilio, mentre si evidenzia un trend in salita dei residenti in Residenze assistenziali.



ANDAMENTO STAGIONALE DELLA MORTALITÀ: Periodo 2016-2020



Gli eventi estremi che l’influenza stagionale del 2015 e del 2017 hanno colpito una popolazione molto anziana, con il maggiore incremento di mortalità negli ultra65enni e ultra85enni. L’incremento osservato nel 2020 ha interessato sin dall’inizio dell’epidemia anche la fascia 15-64 anni, soprattutto uomini. Per questo, sono importanti analisi dell’impatto dell’epidemia, basate sugli anni di vita persi o sugli anni vissuti con disabilità, indicatori che assumono una maggiore rilevanza quando la quota di decessi nella popolazione più giovane è maggiore. Un’analisi recente ha stimato che a causa del Covid-19 la speranza di vita alla nascita negli italiani si sarebbe ridotta di 1 anno circa, da 83,2 anni a 82,1 anni (stima basata sui parametri di sopravvivenza della tavola di mortalità ISTAT 2019)³.



² Estratto da “Nel 2020 in Italia eccesso di mortalità totale senza precedenti dal dopoguerra” Scienza in Rete 2020. Pubblicato il 21/12/2020

³ Cislighi C. Quanto stiamo perdendo in speranza di vita? Scienza in Rete 2020. Pubblicato il 17/12/2020.

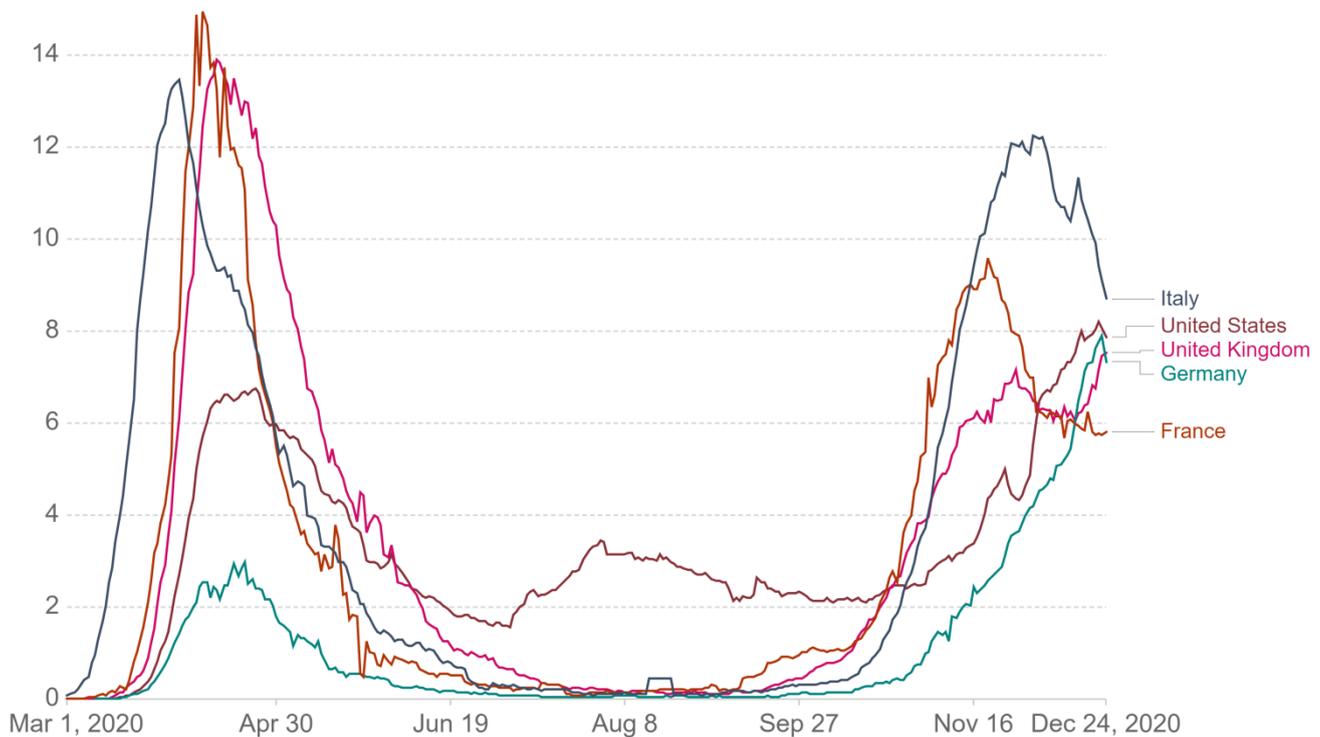
La mortalità Covid-19 rappresenta solo una frazione dell'eccesso di mortalità totale. Nell'analisi delle 32 città SISMIG⁴ sulla prima ondata la frazione di decessi Covid-19 era pari al 66% nelle città del Nord. Parallelamente, una quota aggiuntiva di decessi può essere riconducibile ad effetti indiretti dell'epidemia, per esempio in conseguenza della contrazione dell'offerta sanitaria dovuta alle misure di contenimento del contagio o alla paura di rivolgersi ai servizi assistenziali, diffusasi nella popolazione soprattutto nella prima ondata epidemica. In diverse regioni italiane, per esempio, durante il lockdown si è osservato un minore ricorso ai servizi di emergenza per condizioni anche gravi come ictus e infarto del miocardio, che può avere avuto ricadute in termini di mortalità, e questo probabilmente a svantaggio delle fasce socialmente svantaggiate.

Solo la disponibilità dei dati sulla mortalità per causa consentirà di indagare gli effetti indiretti della

Daily new confirmed COVID-19 deaths per million people

Our World in Data

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.



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data – Last updated 25 December, 06:06 (London time)

CC BY

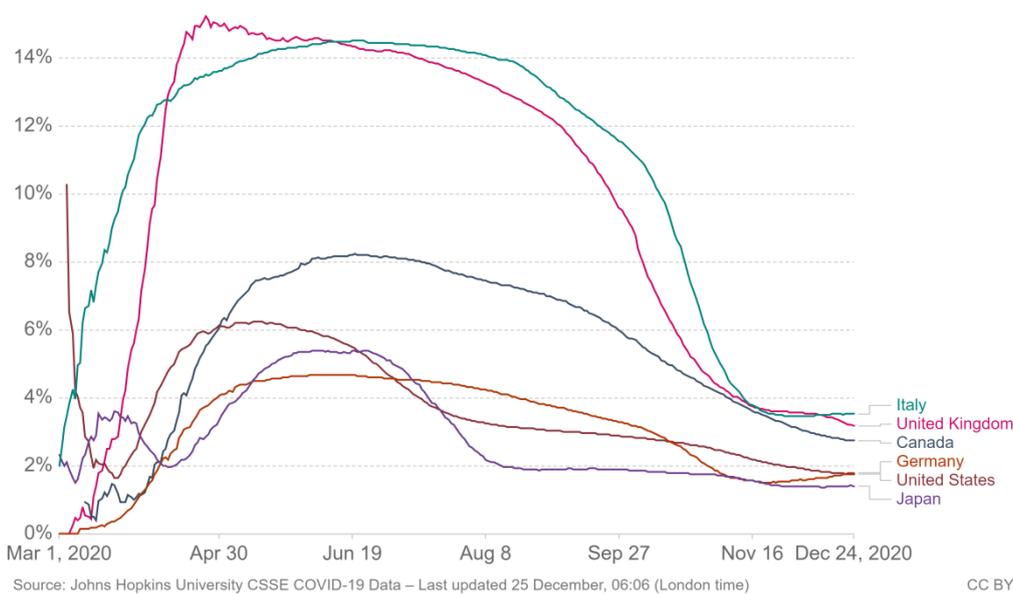
pandemia su pazienti cronici, anche in relazione alle disuguaglianze di salute della popolazione.

⁴ Rapporti SISMIG, Ministero della salute. Andamento della mortalità giornaliera nelle città italiane in relazione all'epidemia di Covid-19

Al 24 dicembre, l'Italia con i suoi 65 mila decessi Covid-19 è il quinto paese a livello mondiale per

Case fatality rate of the ongoing COVID-19 pandemic

The Case Fatality Rate (CFR) is the ratio between confirmed deaths and confirmed cases. During an outbreak of a pandemic the CFR is a poor measure of the mortality risk of the disease. We explain this in detail at OurWorldInData.org/Coronavirus



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data – Last updated 25 December, 06:06 (London time)

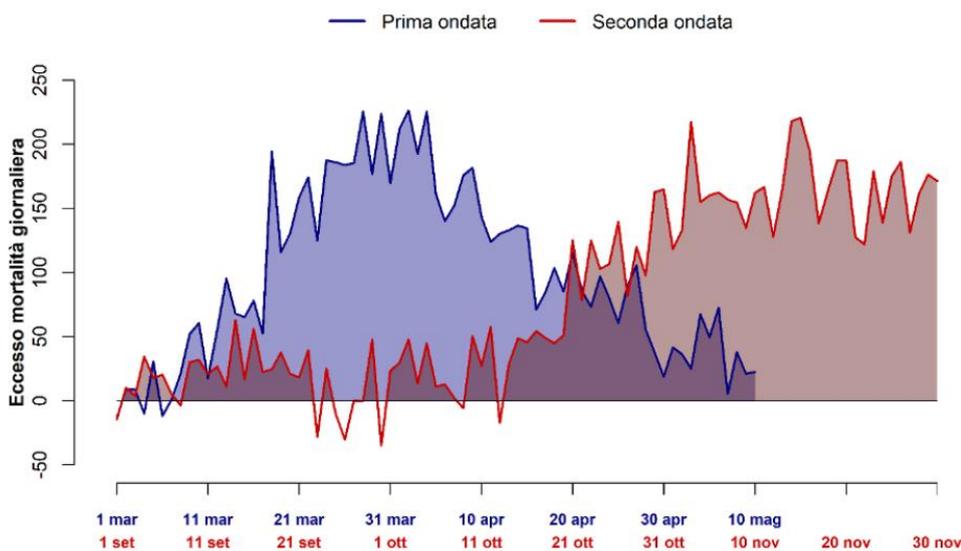
CC BY

impatto sulla mortalità, e il primo in Europa. La sorveglianza SISMG Uno dei dati più rilevanti e un'importante differenza tra la prima e la seconda ondata rimane la forte eterogeneità geografica della diffusione dell'epidemia e quindi degli

eccessi di mortalità osservati nelle diverse aree del paese.

La figura a lato evidenzia come i dati siano pressoché sovrapponibili in termini di eccesso totale (+35% e +31% rispettivamente nella prima e seconda ondata), nonostante la prima fase dell'epidemia sia stata concentrata solo tra le città del Nord Italia mentre la seconda abbia interessato

Eccesso di mortalità durante l'epidemia Covid-19



Eccesso di mortalità nelle due ondate dell'epidemia Covid-19 nelle città incluse nella sorveglianza SISMG

tutto il territorio nazionale. La seconda ondata dell'epidemia è stata però più prolungata rispetto alla prima, perché nella fase 1, in seguito alle misure di contenimento adottate dal Governo italiano a inizio marzo in tutto il paese, si è osservata una rapida flessione della curva epidemica che ha riportato dopo circa 63

giorni, a inizio maggio, la mortalità osservata entro i valori di riferimento.

Perché la mortalità Covid-19 e l'eccesso di mortalità totale sono così elevate in Italia?

Uno studio americano che ha analizzato i dati fino a settembre 2020 inserisce l'Italia, insieme agli Stati Uniti fra gli otto paesi a elevata mortalità Covid-19 (tasso > 25 per 100.000 ab.) stimando per il nostro paese un tasso pari a 59.1 per 100.000. Differenze nella definizione di caso e nella capacità del sistema di identificare i casi di infezione e i decessi per Covid-19 possono essere alla base delle differenze osservate tra paesi e tra aree all'interno dello stesso paese. Un altro determinante importante è la capacità del sistema sanitario di far fronte all'emergenza sanitaria e di adattarsi all'andamento dell'epidemia per gestire flussi molto elevati di pazienti, attraverso la riorganizzazione di aree di degenza per intensità di cura e complessità assistenziale, oltre alla capacità di gestione dei pazienti non ospedalizzati assistiti presso il proprio domicilio o in strutture dedicate. L'eccesso di mortalità totale vi sono anche differenze nella quota di anziani e nella prevalenza di patologie croniche ovvero nella quota di popolazione più suscettibile all'infezione e a maggior rischio di complicanze e decesso a causa della malattia. In conclusione, la mortalità è una importante sentinella non solo dell'impatto dell'epidemia in atto, ma anche dei complessi processi che legano i cittadini al servizio sanitario, oltre che ai determinanti che aumentano il rischio di decesso sia per Covid-19 che Totale, come il livello di deprivazione socio-economica e la prevalenza di comorbidità.



PASSI e PASSI d'Argento e la pandemia COVID-19

[Estratto dal Primo Report nazionale Modulo COVID - 22 dicembre 2020](#)

La misura dell'impatto della pandemia sulle condizioni economiche e lavorative, sullo stato emotivo e sulla domanda di cura della popolazione, la percezione del rischio del contagio e dei suoi esiti, la disponibilità a vaccinarsi contro Sars-CoV-2, l'uso delle mascherine, la fiducia dei cittadini nelle istituzioni, sono gli aspetti indagati in PASSI e PASSI d'Argento.



The screenshot shows the header of the Epicentro website, which is part of the Istituto Superiore di Sanità (ISS). The header includes the logo of the Istituto Superiore di Sanità and the text "Epicentro L'epidemiologia per la sanità pubblica Istituto Superiore di Sanità". Below the header is a photograph of several people wearing face masks walking outdoors. Underneath the photo, the text reads "Coronavirus 22 dicembre 2020". The main title of the article is "PASSI e PASSI d'Argento e la pandemia COVID-19". The introductory text states: "La pandemia di COVID-19 ha investito la collettività su molteplici aspetti di vita e non solo relativi alla salute, ma anche economici, sociali e culturali. L'impatto della pandemia sulle condizioni economiche e lavorative, sullo stato emotivo e sulla domanda di cura della popolazione, la percezione del rischio del contagio e dei suoi esiti, la disponibilità a vaccinarsi contro SARS-CoV-2, l'uso delle mascherine, la fiducia dei cittadini nelle istituzioni, sono aspetti indagati in PASSI e PASSI d'Argento. È online un [report](#) con i primi risultati su un campione di 2700 persone, raccolti fra agosto e novembre 2020."

Si può caricare il report completo sul sito:

<https://www.epicentro.iss.it/>

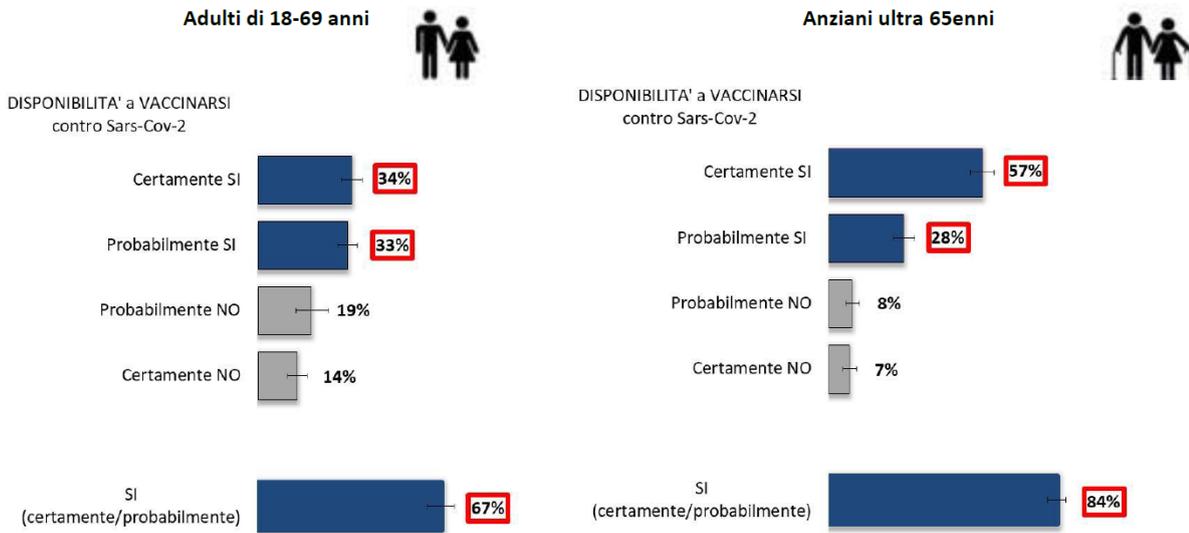
Quasi la totalità della popolazione tra i giovani e gli ultra65enni ha indossato la mascherina nei luoghi pubblici chiusi e sui mezzi di trasporto. Ma una persona su tre ha dichiarato di aver visto peggiorare la propria condizione economica. Tra gli anziani l'84% ha dichiarato che è disponibile a vaccinarsi contro Sars-Cov-2; ma anche nella popolazione adulta la disponibilità a vaccinarsi sembra elevata

(67%). Sono i primi risultati di un approfondimento realizzato nell'ambito delle sorveglianze Passi e Passi d'Argento, coordinate dall'ISS, nei mesi tra agosto e novembre su un campione di 2.700 intervistati (tra cui anche la nostra Asl ndr).

“Questi dati, raccolti dai Dipartimenti di Prevenzione nell'ambito delle sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento, attraverso un modulo dedicato al tema Covid-19 introdotto nello scorso agosto ad integrazione dei questionari standard - dice Angela Spinelli, direttrice del Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute dell'ISS - sono preziosi e di grande supporto alle decisioni collaterali la pandemia. I Dipartimenti di Prevenzione rappresentano il vero punto di forza di questi sistemi di sorveglianza, ne costituiscono il motore, sono la garanzia di un'alta adesione dei cittadini all'indagine e assicurano la qualità dei dati raccolti e la robustezza del campione. Anche in questo periodo di straordinaria emergenza sanitaria in cui tutte le risorse disponibili dei Dipartimenti di Prevenzione vengono convogliate sulle attività di gestione dell'epidemia di Covid-19, non dobbiamo dimenticare gli altri aspetti della salute ed è necessario rafforzare e supportare queste strutture affinché il patrimonio informativo di tali sorveglianze non si disperda e continui invece ad orientare le politiche e gli interventi di prevenzione e a monitorarne l'efficacia nel tempo”

Figura 8. Disponibilità a vaccinarsi contro il Sars-CoV-2, nella popolazione adulta e anziana. PASSI e PASSI d'Argento 2020.

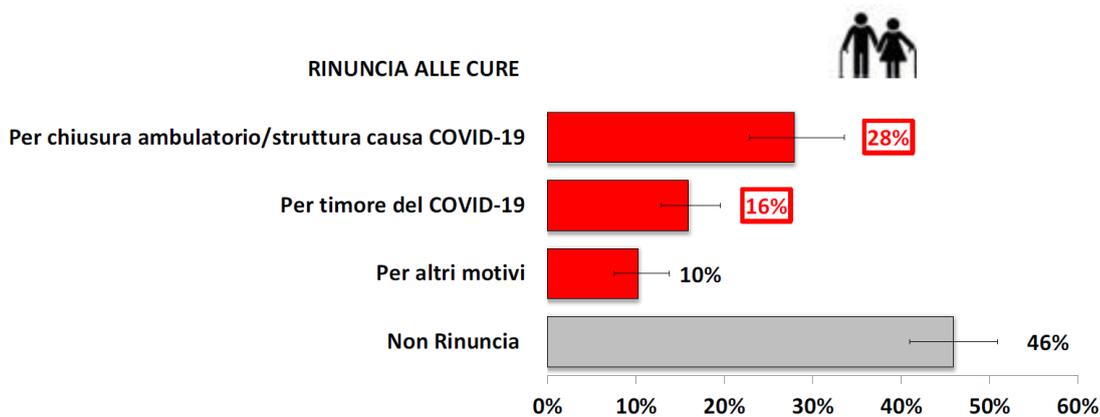
Prevalenze percentuali e relativi Intervalli di Confidenza al 95%.



Complessivamente, il 67% degli intervistati 18-69enni dichiara che sarebbe disposto a vaccinarsi (metà risponde che lo farebbe senza esitazione, l'altra metà risponde che lo farebbe con molta probabilità). Le persone più istruite sono maggiormente disposte a vaccinarsi (71% fra le persone con diploma di scuola superiore o laurea e 56% fra chi ha conseguito al più la licenza media); qualche differenza si osserva per risorse finanziarie (69% fra chi non ha difficoltà economiche, il 63% di chi ne ha) e per genere (gli uomini sono più propensi delle donne a vaccinarsi, 74% vs 60%). L'età non disegna un vero gradiente ma mostra che i più giovani, 18-34enni, sarebbero ben disposti a vaccinarsi più di altri (76%) rispetto ai 50-69enni (67%) e ai 35-49enni (59%).

Figura 6. Rinuncia alle cure nell'anziano durante la pandemia di COVID-19. PASSI d'Argento 2020.

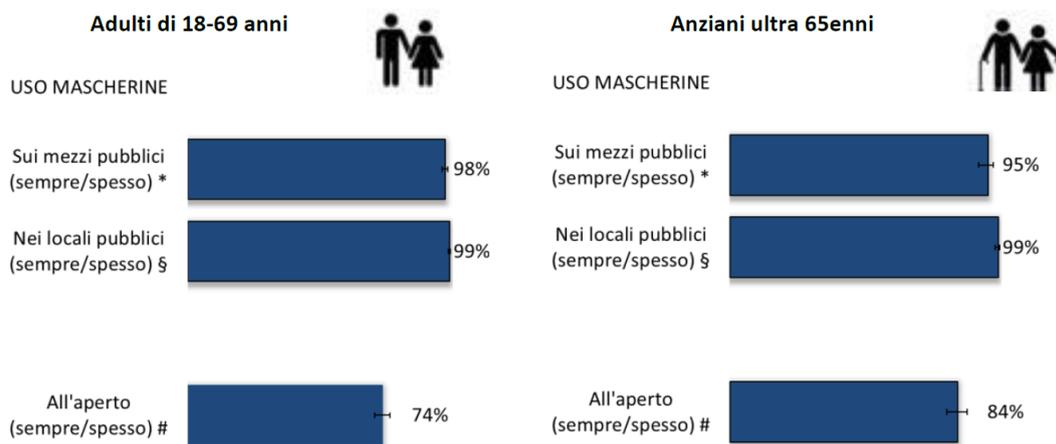
Prevalenze percentuali e relativi Intervalli di Confidenza al 95%.



Con due domande specifiche, il report indaga sulla rinuncia a visite mediche e ad esami diagnostici (programmati) nei 12 mesi precedenti l'intervista e le motivazioni.

I dati non sono incoraggianti e nel campione delle oltre 1200 interviste realizzate fra gli ultra 65enni una quota rilevante, pari al 44%, dichiara di aver rinunciato nei 12 mesi precedenti ad almeno una visita medica (o esame diagnostico) di cui avrebbe avuto bisogno, in particolare il 28% ha dovuto rinunciarvi per sospensione del servizio mentre il 16% lo ha fatto volontariamente per timore del contagio.

Figura 9. Uso delle mascherine nella popolazione adulta e anziana. PASSI e PASSI d'Argento 2020.
Prevalenze percentuali e relativi Intervalli di Confidenza al 95%.



La quasi totalità degli intervistati riferisce di aver indossato “sempre” la mascherina nel caso di uso dei trasporti pubblici e nei locali pubblici. Senza distinzione di età, genere o condizioni sociali, la stragrande maggioranza dei residenti in Italia indossa le mascherine in queste circostanze.

Figura 5. Impatto della crisi legata alla pandemia di COVID-19 sulle condizioni lavorative nella popolazione adulta. PASSI 2020.
Prevalenze percentuali e relativi Intervalli di Confidenza al 95%.

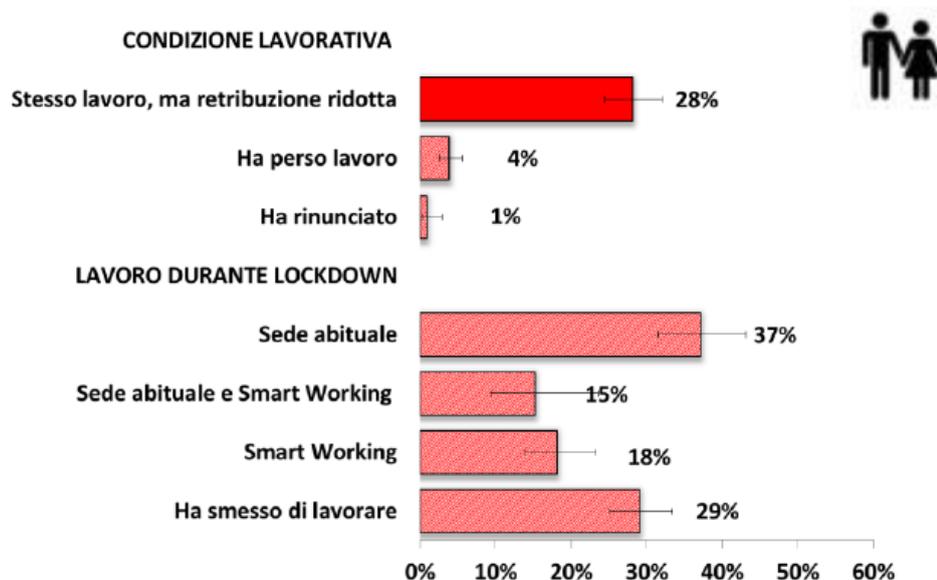
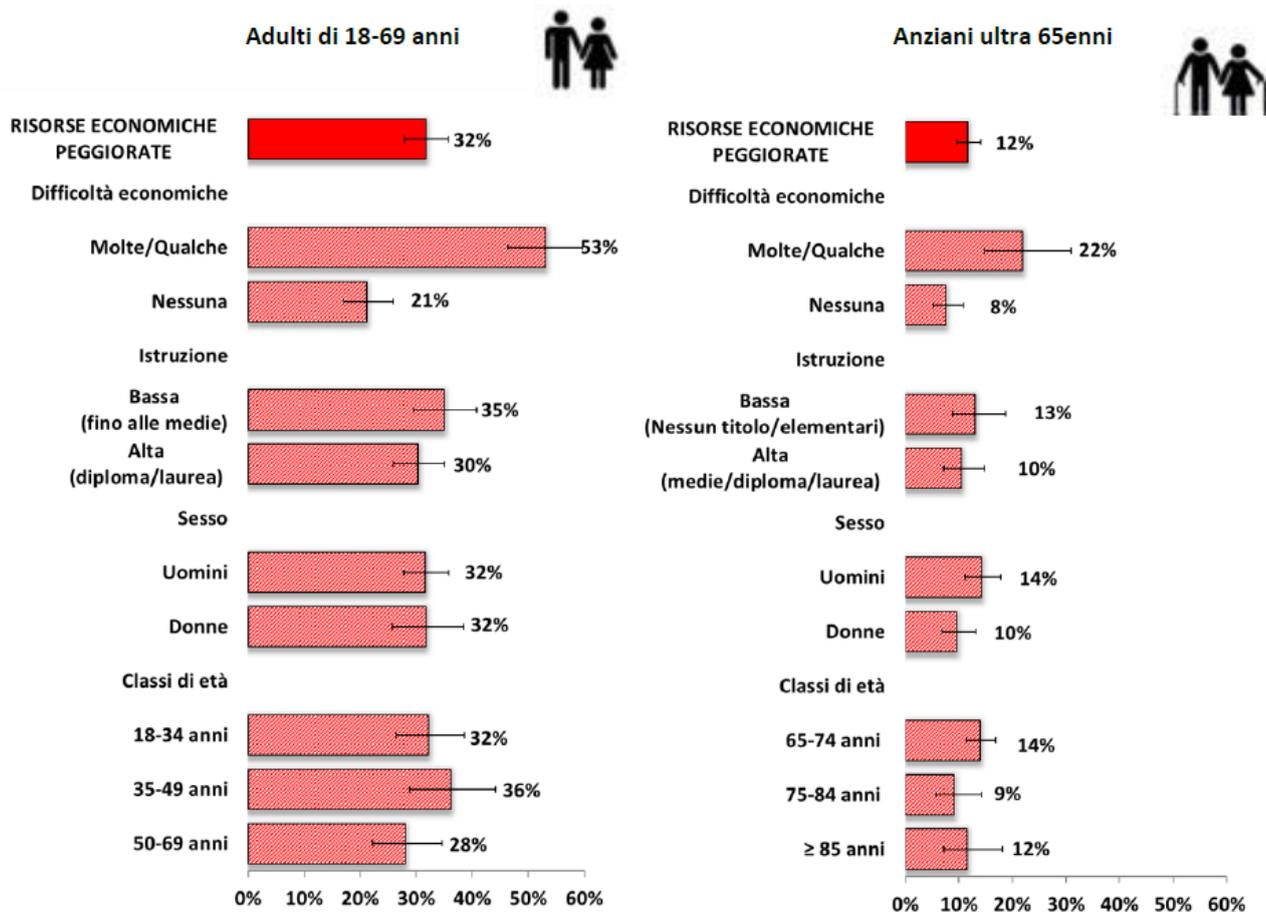


Figura 4. Impatto della crisi legata alla pandemia di COVID-19 sulle condizioni economiche nella popolazione adulta e anziana. PASSI e PASSI d'Argento 2020.

Prevalenze percentuali e relativi Intervalli di Confidenza al 95%.



Il 32% della popolazione tra i 18 e i 69 anni ha dichiarato che le proprie risorse economiche sono peggiorate a causa dell'impatto della crisi legata al Covid. Tra i più giovani, ma soprattutto nelle età centrali, 35-49 anni (presumibilmente più rappresentative di famiglie con figli piccoli), la quota di chi riferisce un peggioramento sale al 36%, mentre è del 28% fra i 50-69enni.

Un lavoratore su tre, inoltre, ha subito perdite economiche: mantenendo lo stesso lavoro ma con una ridotta retribuzione (28%) o perdendolo del tutto (il 4%). Durante il lockdown nazionale (marzo-aprile 2020), il 37% degli intervistati ha continuato a lavorare nella sede abituale, mentre il 33% ha lavorato in modalità smart working e, in particolare, il 18% in modo esclusivo; il 29% ha invece smesso di lavorare.

Fra gli ultra 65enni, una quota più bassa ma non trascurabile (12%) riferisce un peggioramento delle proprie disponibilità economiche a causa della crisi legata alla pandemia.