

UN ANNO DI COVID-19 in VALLE D'AOSTA. Dati e considerazioni a 12 mesi dall'inizio della pandemia. *(di Massimo Lévêque)*

1 - Brevi cenni introduttivi

A poco più di un anno dalla dichiarazione dello “stato di emergenza” per il coronavirus (31 gennaio 2020) e, a poco meno, dalla individuazione del “paziente uno” in Italia (21 febbraio 2020), di seguito si cercherà di fare il punto sui dati sanitari forniti quotidianamente sull'evoluzione della pandemia COVID-19 con particolare riferimento alla Valle d'Aosta.

Data la sua evoluzione quotidiana – involuzione ci si augura in prospettiva – per fare un punto sulla situazione si rende necessario stabilire una data di riferimento in cui fermarsi a leggere il decorso dei fatti. La data scelta per questo breve lavoro è quella del 7 febbraio 2021 e certamente nel corso della stesura dell'articolo continueranno ad affluire e ad essere disponibili nuovi dati¹. Se ne terrà conto in un eventuale aggiornamento del lavoro.

La finalità che ci si propone è quella di fornire un quadro sintetico di quanto avvenuto in Valle d'Aosta – cercando ove possibile di confrontare i dati regionali con quelli nazionali o di alcune regioni di riferimento - anche al fine di rendere disponibile il quadro che emerge a chi, sul tema, deve assumere decisioni operative o a medio-lungo termine.

Infine, e contestualmente, il presente lavoro vorrebbe essere propedeutico ad un secondo documento che, centrato invece sugli impatti socio-economici della pandemia nella regione, consenta di mettere in relazione i due aspetti – quello sanitario e le sue conseguenze su economia, imprese e occupazione a livello locale - anche in questo caso al fine di mettere a disposizione dei decisori un ulteriore strumento informativo e di analisi che potrebbe rivelarsi utile.

2 - Contagi (positivi) e loro curve.

Alla “data attuale” (d'ora in poi sempre il 7 febbraio 2021) in Valle d'Aosta il totale dei “positivi” al virus ha raggiunto quota 7.843 persone. Il rapporto con la popolazione residente² è pari al 6,2%, che, se indicato in ragione di 100 mila abitanti è pari a 6.272. Il dato medio nazionale, alla stessa data, è assai inferiore (4.434), lo sono anche i dati relativi a Piemonte e Lombardia (rispettivamente 5315 e 5505) mentre superano la Valle d'Aosta come numero di positivi totali dall'inizio della pandemia ogni 100 mila abitanti il Veneto (6515) e la Provincia Autonoma di Bolzano (8534).

Certamente il confronto tra regioni va fatto anche tenendo conto delle diverse strategie adottate da ciascuna in ordine ai test ed ai tamponi effettuati. Non a caso, proprio Veneto e Bolzano, che con modalità e in tempi diversi hanno comunque scelto di effettuare molti più tamponi tra la popolazione, evidenziano valori più elevati.

Il dato sui positivi totali, dunque, è un dato non pienamente significativo della diffusione dei contagi per regione (e ovviamente, cambiando scala, per Paesi) se non messo in relazione anche con le quantità di test e tamponi effettuati in ciascun ambito.

In Valle d'Aosta, alla data attuale, i tamponi effettuati risultano 71.822 per 42.029 casi testati (totale persone sottoposte a tampone), pari ad oltre un terzo della popolazione residente. Il dato medio

¹ Tutti dati relativi all'andamento della pandemia in Valle d'Aosta citati nel testo e contenuti nei grafici sono desunti esclusivamente dai bollettini quotidiani pubblicati dall'AUSL della Valle d'Aosta.

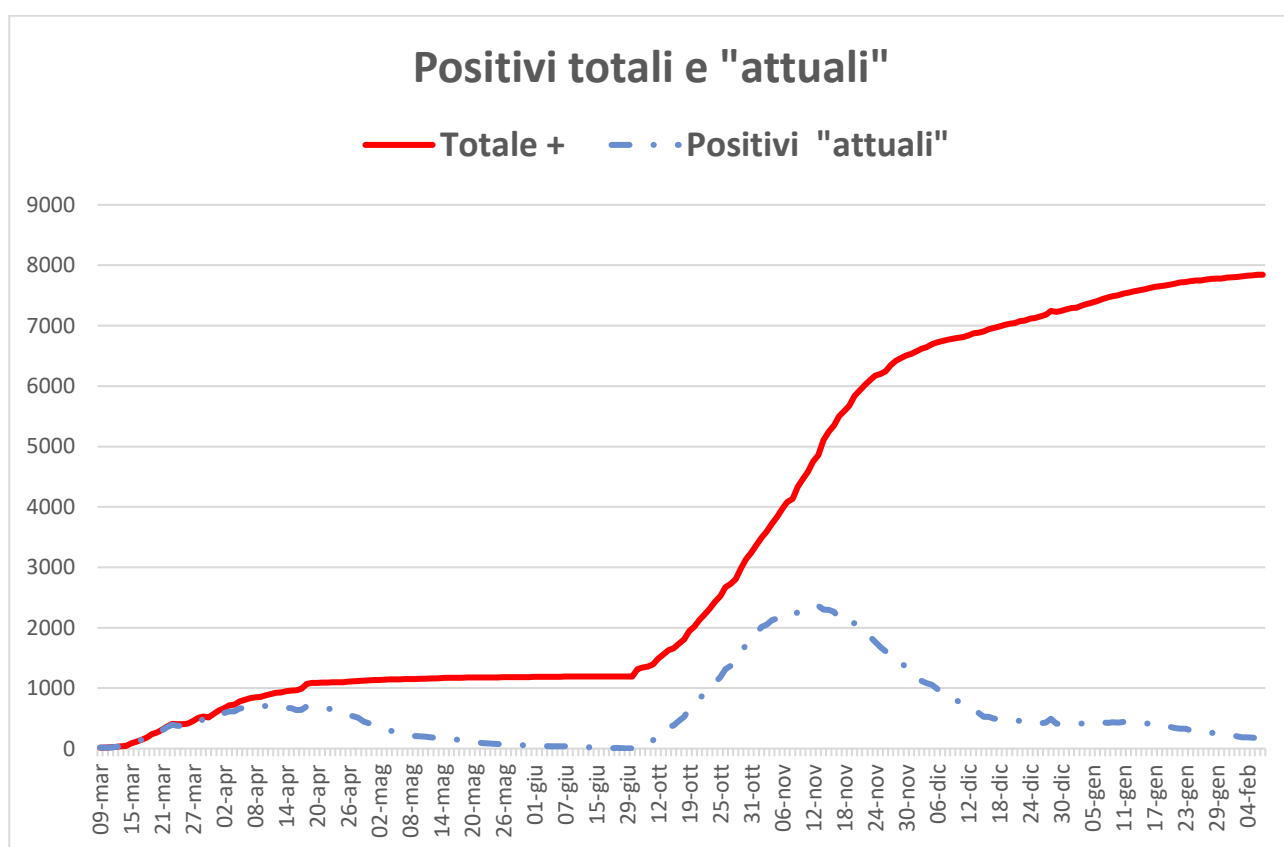
² dato ISTAT al 1° gennaio 2020 = 125.034 residenti

nazionale indica invece 34,5 milioni di tamponi effettuati per 17.8 milioni di casi, rappresentanti il 29,8 per cento della popolazione italiana.

Esaminando l'andamento della curva dei positivi totali è evidente che ci si è trovati innanzi a due fasi (ondate) di diffusione del virus.

Una prima, andata esaurendosi in Valle intorno a inizio maggio quando il totale dei positivi risultava pari a 1151 rimanendo sino a luglio al di sotto delle 1200 unità e con un incremento medio giornaliero nel periodo intorno a un caso; ed una seconda, a partire da inizio ottobre, in cui il dato passa dai 1314 casi totali del 2 ottobre agli attuali 7843. Dunque, solo tra ottobre e inizio febbraio si sono individuati oltre 6500 casi, quasi cinque volte quelli relativi al periodo marzo-settembre.

Grafico 1

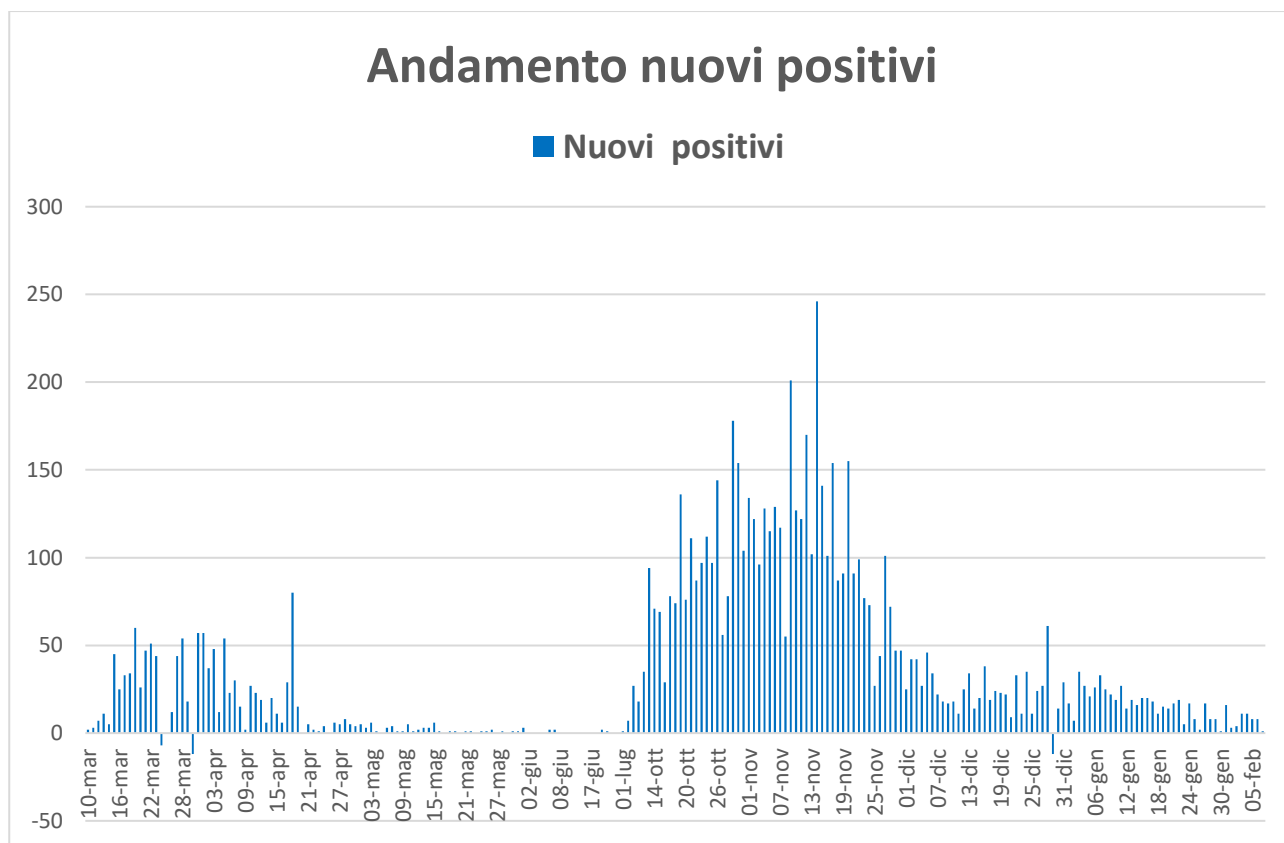


Il grafico mostra la curva dei positivi totali sino alla prima settimana di febbraio (continua, in rosso) e quella dei “positivi attuali” (tratteggiata, in azzurro), ovvero gli ammalati del momento, in condizioni “asintomatiche” o ”paucisintomatiche” (a domicilio), “severe” (ricoverati in ospedale) o “gravi” (in terapia intensiva, d’ora innanzi TI). L’uno è un dato di stock cumulativo (il totale), l’altro è un dato di stock istantaneo. Il primo non può che stabilizzarsi, ma non può ridursi. Il secondo, ci si augura, può azzerarsi, come già sostanzialmente avvenuto nel periodo estivo.

La curva dei “positivi attuali” (quella tratteggiata) evidenzia con chiarezza ampiezza, durata e dimensione delle “due ondate”, la seconda decisamente (e ancora oggi inspiegabilmente) più rilevante della prima. E ciò sia in Valle d’Aosta che in Italia.

Il grafico seguente, relativo all’andamento dei “nuovi positivi”, indica con tutta evidenza la diversa e maggiore incidenza del fenomeno nella seconda ondata (autunno) rispetto alla prima (primavera).

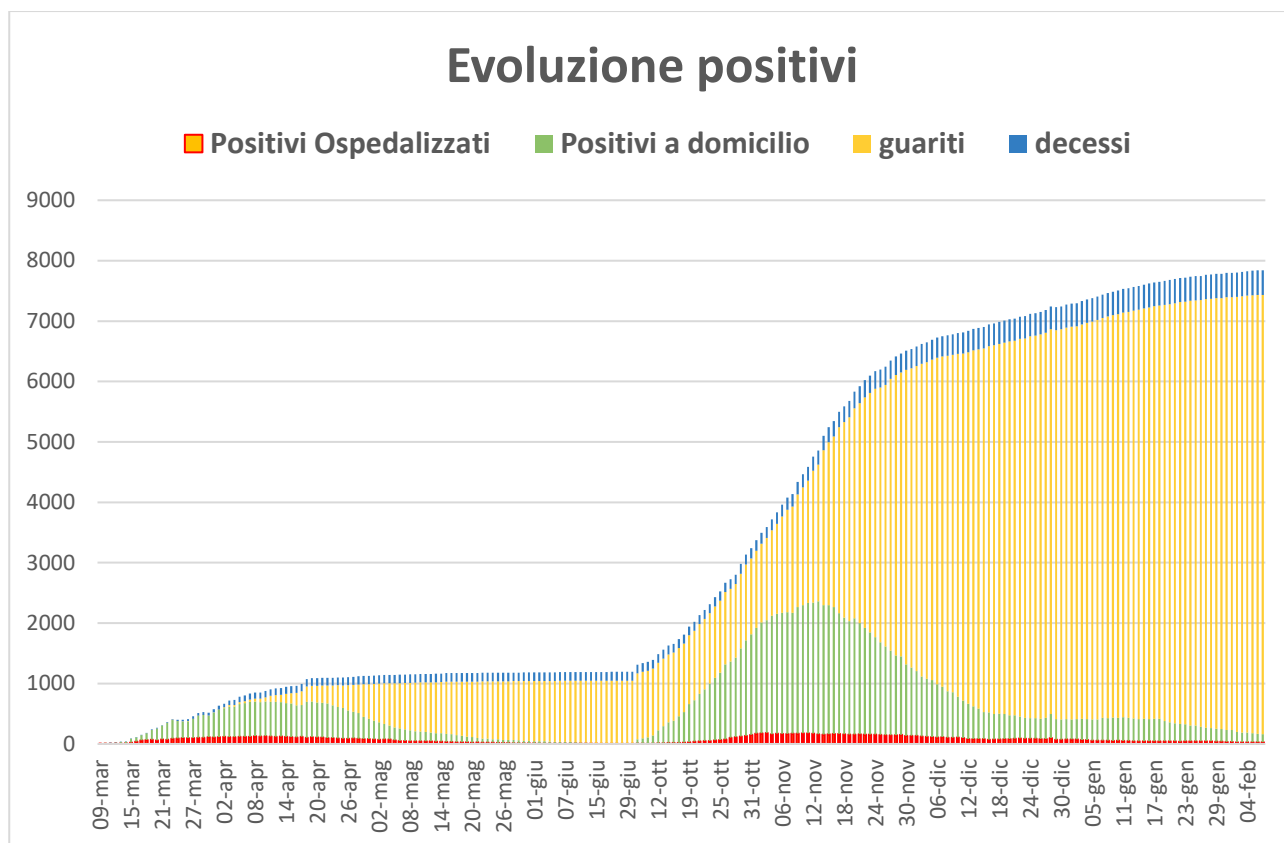
Grafico 2



3 - La “composizione” dei positivi: a domicilio, ricoverati e in TI

Come indicato nel precedente **Grafico 1**, la curva tratteggiata degli “attualmente positivi”, indica la quantità complessiva delle persone al momento (in ogni dato giorno) risultanti contagiate, senza però darne una qualificazione più precisa in relazione alla gravità della malattia contratta. Per saperne di più, e in assenza di altri dati pubblici di maggior dettaglio, risulta dunque utile esaminare l’andamento puntuale dei dati sulla condizione dei positivi, ovvero se “a domicilio”, “ricoverati” o se “ricoverati in terapia intensiva” (TI).

Grafico 3



Il **Grafico 3** mostra la composizione della popolazione risultata positiva al virus nel periodo evidenziando, giorno per giorno, quanti a domicilio, quanti ospedalizzati, quanti guariti (stock cumulato) e quanti – purtroppo – deceduti (stock cumulato). La somma dei quattro dati disegna la curva indicata nel precedente grafico1 dei positivi totali.

Il grafico evidenzia come, anche nel corso della seconda ondata, la gran parte dei positivi non abbia necessitato di ricovero e sia “a domicilio”, così come il numero di guariti risulta essere prossimo alla quasi totalità dei colpiti (93%).

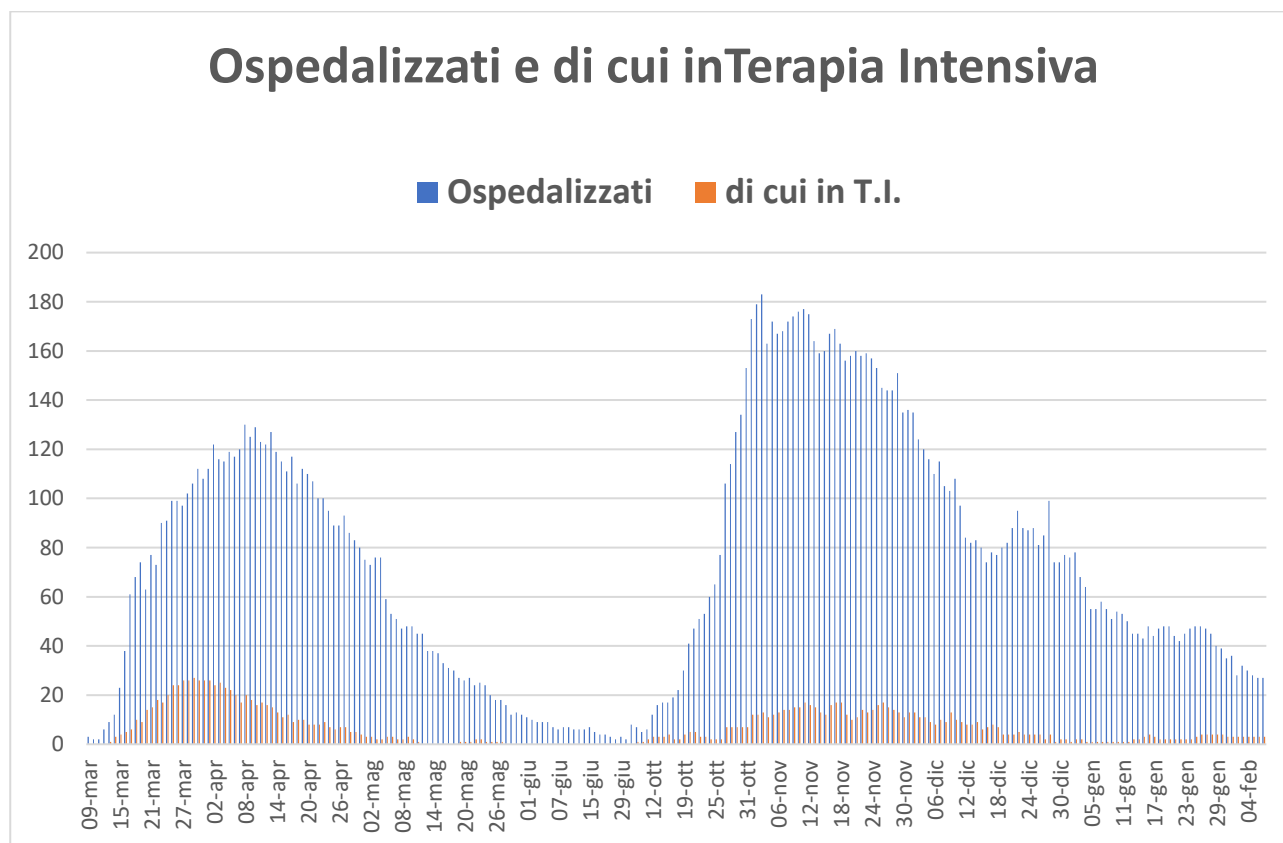
Però un confronto tra due momenti ci può offrire indicazioni di particolare interesse.

Al 1° luglio 2020, su un numero di positivi totali di 1195 (prima fase), gli “attualmente positivi” erano solo più 3 (di cui 2 ricoverati in ospedale e 1 a domicilio), i guariti erano 1046 (87,5%), i decessi 146 (12,2 per cento del totale positivi); con la seconda ondata, a inizio febbraio, su un totale positivi di 7843, gli “attualmente positivi” sono 162 (il 2 per cento di cui 135 a casa), i guariti sono 7272 (il 93%), i decessi 409 (il 5,2 per cento). Prendendo i soli dati dal 2 ottobre 2020 (seconda fase), i nuovi positivi sono stati 6648, con 6181 guariti (il 93%) e 263 decessi (4%).

Parrebbe quindi, dai dati forniti quotidianamente dalle autorità sanitarie locali, di dover registrare una seconda ondata con numeri assoluti assai maggiori rispetto alla prima (maggiori positivi, maggiori decessi), ma con indici relativi decisamente più favorevoli (percentuali di guariti più elevate e inferiori decessi rispetto al numero di contagiati). Va detto, tornando a quanto richiamato in precedenza, che nel periodo marzo-maggio i tamponi effettuati sono stati di poco superiori ai 180 al giorno, contro una media prossima ai 450 nel periodo ottobre-gennaio (con un calo a circa 250 test al giorno da metà gennaio): ciò può aver determinato l’individuazione di un numero maggiore di casi positivi nella seconda ondata rispetto a quanto avvenuto nel corso della primavera quando i tamponi

sono stati effettuati prevalentemente su pazienti già con sintomi, quindi complessivamente già in condizioni di salute più critiche. Ad esempio, la campagna di screening effettuata nell'autunno sulla scuola (insegnanti e studenti), ha innalzato il numero di soggetti testati rispetto a quanto accaduto in primavera.

Grafico 4



Anche i dati relativi ai casi più gravi (ricoverati in ospedale e in terapia intensiva) evidenziano con chiarezza:

- i periodi caratterizzanti le due “ondate”. Dai primi di giugno il numero complessivo di persone ricoverate in ospedale con COVID è stabilmente inferiore alle 10 unità (dopo picchi massimi di 130 persone a inizio aprile) di cui nessuno in TI, mentre, a partire da inizio ottobre la curva risale rapidamente, per raggiungere a inizio novembre i suoi valori massimi (180 ospedalizzati complessivi) e a inizio febbraio sono ancora 27, di cui ancora 3 in TI).
- l'intensità dell'impatto della seconda ondata. L'entità dei ricoveri risulta assai più elevata nella seconda fase. Prendendo ad esempio i due mesi in cui il fenomeno è risultato più grave (aprile nella prima e novembre nella seconda) si registrano 3289 giornate di ricovero (in media 109 ricoverati al giorno) di cui 398 in TI (oltre 13) ad aprile mentre a novembre le giornate di ricovero complessivamente sono 4881 (163 ricoverati/g, quasi il 50% in più) con 414 giornate di TI (poco meno di 14 al giorno);
- la durata della seconda ondata. Nella prima fase, il 16 marzo si supera il numero di 30 ospedalizzati per COVID (38 pazienti) e si torna sotto le 30 unità il 19 maggio (27), quindi il fenomeno diffusivo si sviluppa e si ritrae sostanzialmente nell'arco di due mesi. La stessa soglia nella seconda ondata viene nuovamente raggiunta il 19 ottobre e si deve attendere il 5

febbraio per tornarne al di sotto (con ancora 28 ospedalizzati, di cui 3 in TI), quindi con una durata ben superiore ai tre mesi.

- d) Il diverso peso dei ricoveri in TI nelle due fasi. Sia in valore assoluto sia in rapporto alle ospedalizzazioni complessive, nella prima fase il ricorso alla TI è stato maggiore. Per oltre tre settimane, dal 21 marzo al 13 aprile, il numero di ricoverati in TI è stato superiore alle 15 unità, raggiungendo per giorni il picco di 26-27 unità (un quarto di tutti i pazienti ricoverati per COVID). Nel secondo periodo, il picco massimo di ricoveri in TI è stato di 17 pazienti (rappresentando circa un decimo dei ricoveri complessivi) e le 15 degenze giornaliere in TI sono state superate solo tra l'11 e il 26 novembre (dunque per due settimane). I dati medi ci dicono che a ottobre si registra una media 3,5 ricoverati al giorno in TI, a novembre (il mese “peggiore”) 13,8 mentre a dicembre riscendono a 6,8 al giorno e a gennaio sono 2,2.
- e) I decessi, rispetto al numero dei ricoverati, risultano inferiori nella seconda fase (Grafico5) e sull'argomenti si tornerà nel successivo paragrafo.

Quanto fornito quotidianamente dall'AUSL, non consente di disporre del numero di “casi” ospedalizzati (nei reparti COVID o in TI) poiché il dato fornito è relativo al numero dei ricoverati nel dato giorno ma non indica nulla sul “turn-over” giornaliero (nuovi ricoveri e dimessi); la differenza del numero dei ricoverati tra un giorno e l'altro, senza almeno quello sui dimessi, non permette di contare puntualmente il numero di persone che hanno dovuto fare ricorso alle cure ospedaliere. Tra l'altro, non vi sono neppure dati ufficiali da parte delle autorità sanitarie sulla durata media dei ricoveri, neppure a livello nazionale aggregato.

Si trovano, peraltro, alcuni studi³ mirati a quantificare i costi ospedalieri per i ricoveri COVID che indicherebbero una durata media dei ricoveri in reparti sub-intensivi intorno ai 17 giorni e di oltre 23 giorni per coloro che hanno dovuto fare ricorso anche alle TI. Con questi “indicatori di degenza media” si può stimare, seppur con una certa approssimazione e utilizzando una degenza media di 20 giorni, un numero di ricoverati COVID in Valle d'Aosta di almeno 800 unità dal marzo 2020, pari a poco più del 10% del totale dei casi verificati nel periodo e tra i quali sono indicati 272 decessi “in ospedale” (essendo indicati nei bollettini quotidianamente pubblicati dall'AUSL anche 137 decessi registrati “sul territorio”).

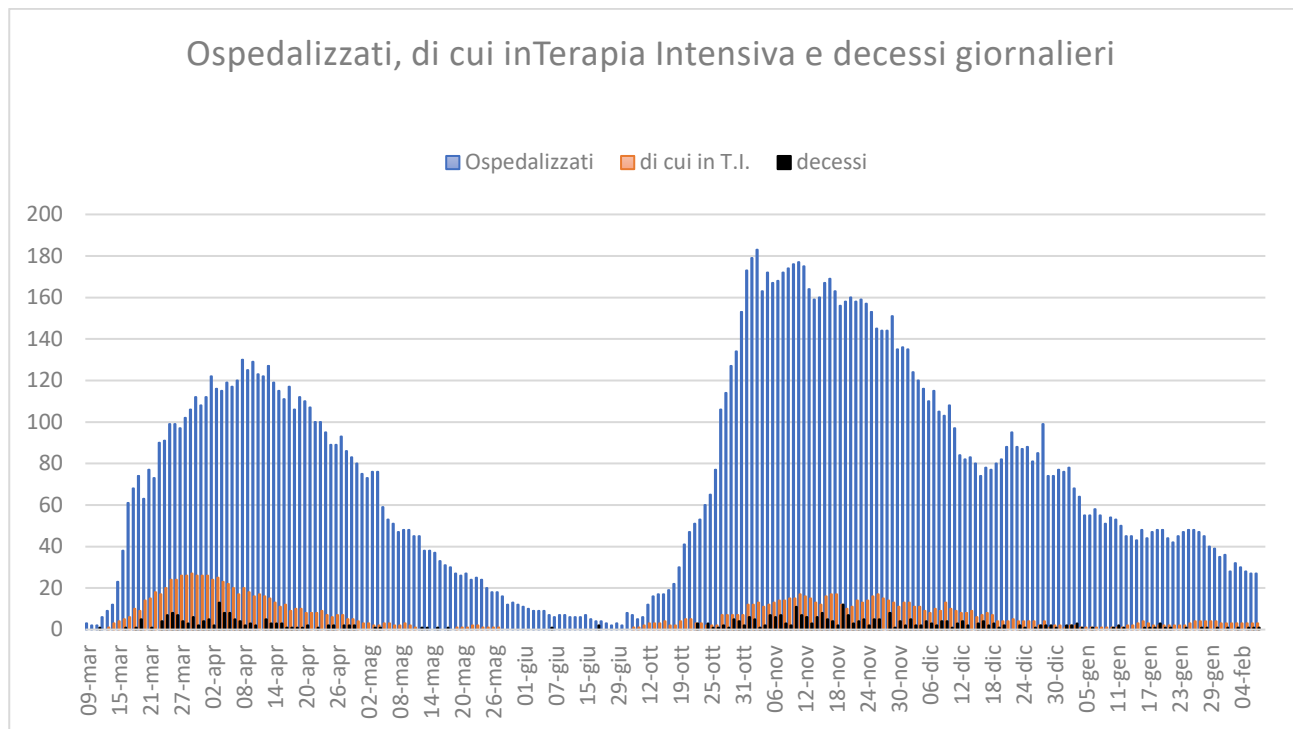
Gli studi richiamati, finalizzati a valutare i costi per la sanità pubblica della pandemia, valutano in 450-500 euro a giornata i costi di assorbimento per un ricovero in reparto COVID a bassa o media intensità di cura e a circa 1400 euro quelli giornalieri in reparti ad alta intensità di cura (TI). Tali valori, sulla base delle regole vigenti nel Sistema Sanitario Nazionale, costituiscono la base di riferimento per la determinazione dei DRG⁴ – assumono un significato economico concreto per tutte le strutture private che operano in convenzione con il sistema pubblico, ove le prestazioni sono

³ Cfr. “**Quanto costa un paziente Covid? Secondo la complessità di cure, dai 9 ai 22mila euro**”, in “Quotidiano Sanità Studi e Analisi” del 1 luglio 2020 che cita una ricerca del *Healthcare Datascience Lab* (HD-LAB) della Università Carlo Cattaneo – LIUC di Castellanza, realizzata in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Nazionale SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria e In.Ge.San (Associazione Ingegneri Gestionali in Sanità).

⁴ **Il sistema DRG** (Diagnostic Related Groups) si può definire un sistema isorisorse orientato a descrivere la complessità dell'assistenza prestata al paziente, partendo dal principio che malattie simili, trattate in reparti ospedalieri simili, comportano approssimativamente lo stesso consumo di risorse umane e materiali. Nel Sistema Sanitario Nazionale DRG sono oltre 500 e ad ognuno è attribuito un valore economico utile, nelle strutture pubbliche, per l'analisi delle performance delle unità operative o della struttura ospedaliera e utilizzato come parametro per le prestazioni rese dai privati in convenzione con le aziende pubbliche.

effettivamente remunerate sulla base delle tariffe indicate dai DRG. E in alcune regioni italiane, il privato convenzionato è ampiamente diffuso.

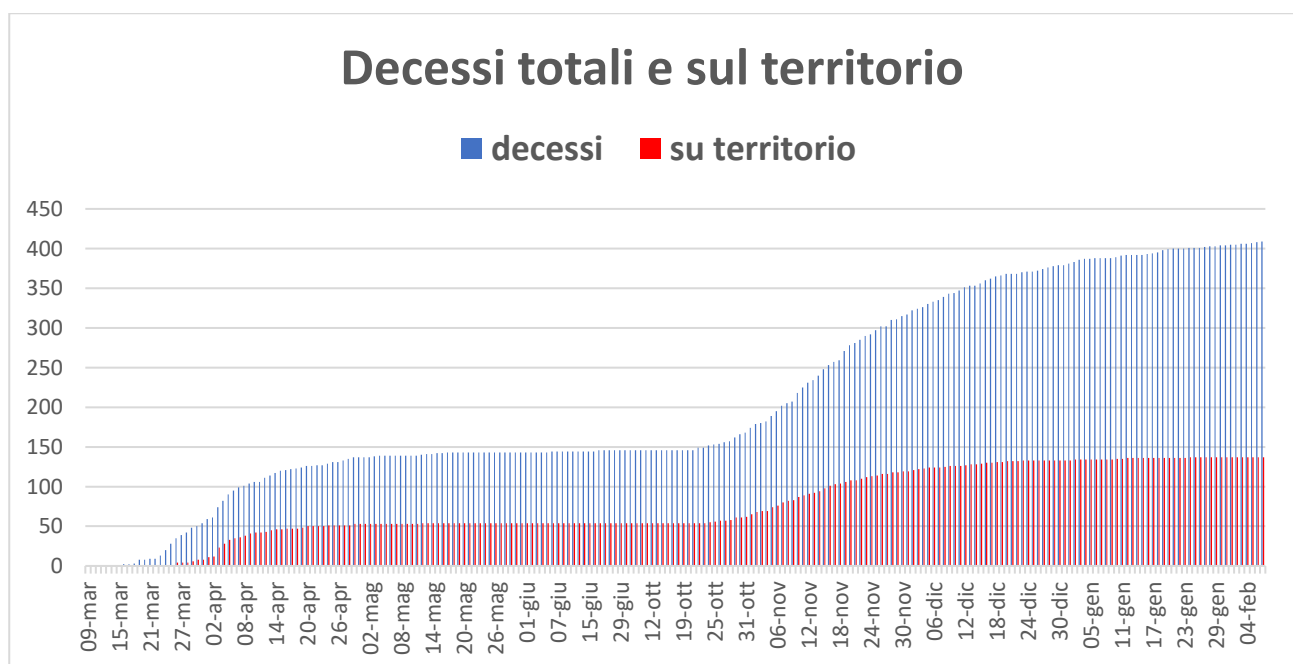
Grafico 5



4 - I decessi: complessivi e quelli “sul territorio”

Il dato sui decessi correlati al COVID rappresenta senza dubbio uno dei più rilevanti per definire la gravità della malattia e delle sue conseguenze.

Grafico 6

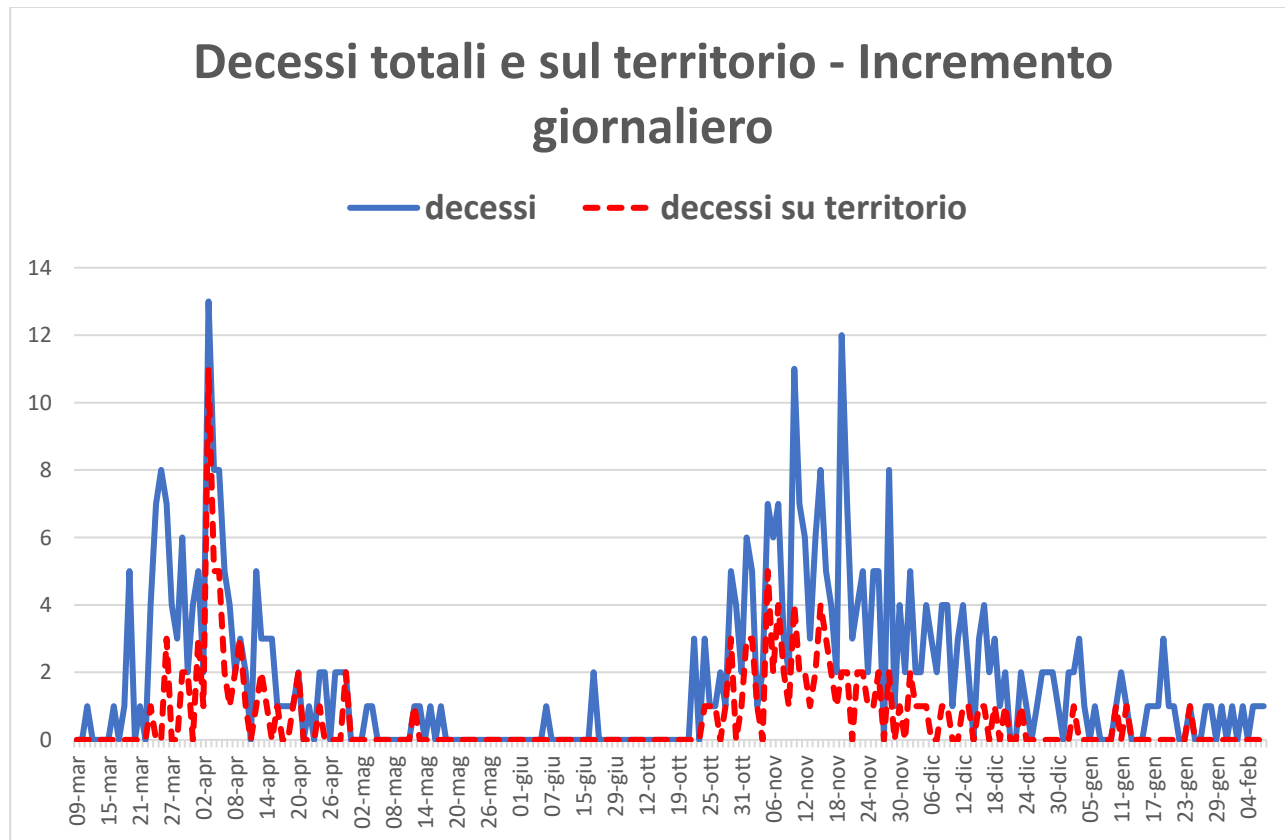


Complessivamente, al 7 febbraio 2021 in Valle d'Aosta sono stati registrati 409 decessi COVID, con l'andamento indicato dal grafico che precede che mette bene in evidenza le due fasi: la prima che concentra il fenomeno tra metà marzo e fine aprile e che, sostanzialmente, si esaurisce con la prima quindicina del mese di maggio, la seconda che, da inizio ottobre, prosegue con tassi di incremento marcati sino a inizio 2021.

Anche il grafico 7 sull'andamento giornaliero evidenzia con chiarezza durata e intensità del fenomeno nelle due fasi, confermando la durata più breve della prima – ancorché con il più elevato picco di decessi giornaliero con 13 morti – la rilevanza della seconda, ed il numero significativo, in entrambe le fasi, dei decessi giornalieri avvenuti non in ospedale (linea rossa e tratteggiata del grafico seguente).

Su questo dato qualche interrogativo è lecito porsi. Data la caratteristica del COVID e della sua evoluzione sintomatologica – nella stragrande maggioranza dei casi non con mortalità immediata come altre patologie che colpiscono soprattutto la popolazione anziana – i decessi sul territorio, pur senza disporre di dati puntuali, non paiono riconducibili a morti avvenute tra le pareti domestiche poiché, in tal caso verrebbe da chiedersi la ragione per cui, con l'aggravarsi delle condizioni del paziente, non ne sia stato disposto il ricovero in ospedale. Ciò non di meno, se i decessi sul territorio sono avvenuti in tali dimensioni prevalentemente nelle RSA, qualche dubbio sorge sulla tempestività delle diagnosi effettuate o sull'efficacia dei percorsi terapeutici intrapresi dai sanitari dedicati all'assistenza degli anziani in tali ambiti. Ed il fatto che nella seconda fase il problema si sia riproposto (quasi) con la stessa intensità della prima rende maggiore la portata del problema.

Grafico 7



Al valore assoluto dei decessi sono associati normalmente altri indicatori (relativi) che permettono confronti territoriali e tra Paesi. Essi possono indicare il diverso grado di aggressività del virus nelle diverse aree messe a confronto, possono evidenziare differenze nell'efficacia dell'organizzazione sanitaria e/o delle diverse misure adottate per contrastare la diffusione del virus, o entrambe le cose.

Sebbene le statistiche sanitarie dispongano e adottino molteplici indicatori per “misurare” la pericolosità di una malattia – specie se virale – in questa fase ci si concentra su quattro di essi:

- tasso di “morbosità” (TMbo): numero di casi di malattia in rapporto alla popolazione (o di un suo multiplo)
- tasso di “morbilità” (TMbi): numero di casi di malattia in rapporto al numero complessivo di persone prese in esame (testate)
- tasso di “mortalità” (TMt): numero di decessi in un dato periodo e in una data area in rapporto alla media della popolazione dell'area stessa
- tasso di “letalità” (TLt): numero di decessi per una data malattia, in un dato periodo, e in una data area, in rapporto al totale delle persone colpite dalla malattia nell'area stessa.

Nel caso di una malattia virale, a carattere epidemico/pandemico, tali indicatori vanno presi in esame complessivamente, associandovene eventualmente alcuni altri (generali o di confronto) per misurare anche l'incidenza e la portata della malattia. A titolo di esempio, gli stessi indicatori per altre patologie (o simili) ovvero gli stessi indicatori a livello medio/generale. Tutti questi indici, come già detto in precedenza, e fatte se del caso opportune normalizzazioni, vanno confrontati con gli stessi di altre aree o Paesi.

Di seguito si cerca di fornire un quadro della situazione valdostana relativa a diffusione e mortalità del virus nell'arco dell'intero periodo di osservazione (marzo 2020-inizio febbraio 2021) e nei due periodi caratterizzanti le cosiddette “due ondate” (marzo-giugno 2020 e ottobre 2020- inizio febbraio 2021).

Nell'arco dell'intero periodo i tassi rilevati in Valle d'Aosta sono stati i seguenti:

TMbo: 7843 positivi totali / 125.034 = **6,27%** (6272 x 100 mila abitanti)

TMbi: 7843 positivi totali / 42.029 casi testati = **18,66%** (18.660 x 100 mila abitanti)

TMt: 409 decessi / 125.034 = **0,33%** (327 x100 mila abitanti)

TLt: 409 decessi / 7843 positivi totali = **5,21%**

Tutti quattro gli indici risultano in Valle d'Aosta più elevati degli stessi rilevati a livello medio nazionale mentre, se confrontati con alcune aree regionali (Piemonte e Lombardia per ragioni di prossimità, Bolzano per analogie territoriali e dimensionali) le indicazioni che emergono sono contrastanti.

Nelle grandi regioni vicine (e aree con rilevanti flussi di mobilità da e verso la Valle) i dati relativi alla diffusione della malattia tra la popolazione (morbosità) sono inferiori, seppur superiori alla media nazionale, mentre quelli relativi alla diffusione tra i casi testati (morbilità), paiono più allineati (lievemente superiori in Piemonte, di poco inferiori in Lombardia).

Gli indicatori sui decessi invece sono comunque “migliori” sia in Piemonte che, sorprendentemente, anche in Lombardia, regione italiana che ne ha fatti registrare il numero più elevato a livello assoluto. Su tutto il periodo considerato, i 327 decessi per 100 mila abitanti della Valle d'Aosta, sono comunque superiori a quelli di Piemonte (209) e Lombardia (274), così come il tasso di letalità valdostano (5,21%) è più alto sia di quello piemontese (3,94%) sia di quello lombardo (5,0%).

Il confronto con Bolzano, evidenzia una forte divaricazione tra gli indici di diffusione della malattia (entrambi più elevati rispetto alla Valle d'Aosta) e quelli di mortalità e letalità (entrambi ampiamente

inferiori e con l'indice di letalità molto al di sotto del dato medio nazionale). Tali dati sono solo in parte la risultante di un diverso approccio ai test sul territorio che a Bolzano sono stati posti in essere in scala maggiore, determinando un numero di casi "positivi" più elevato: infatti se nella Provincia Autonoma la % di casi testati risulta assai elevata (36% della popolazione contro una media nazionale del 31%) non va trascurato che anche in Valle d'Aosta il rapporto tra casi testati e popolazione è comunque elevato, attestandosi al 33,6 per cento.

Tab.1

(dati al 7 febbraio 2021)	Valle d'Aosta	Italia	Piemonte	Lombardia	Bolzano
Popolazione	125.034	59.641.488	4.311.917	10.027.602	532.644
Casi testati	42.029	18.547.836	1.184.276	2.980.514	191.540
Positivi totali	7.843	2.636.738	228.279	549.485	44.481
Decessi	409	91.273	9.002	27.453	902
% su positivi	5,21%	3,46%	3,94%	5,00%	2,03%
Guariti	7.272	2.118.441	206.955	473.192	38.290
% su positivi	92,7%	80,3%	90,7%	86,1%	86,1%
TMbo	6,27%	4,42%	5,29%	5,48%	8,35%
TMbi	18,66%	14,22%	19,28%	18,44%	23,22%
TMt	0,327%	0,153%	0,209%	0,274%	0,169%
TLt	5,21%	3,46%	3,94%	5,00%	2,03%

Cosa emerge dunque dai dati valdostani sui decessi?

Scomponendo l'andamento del fenomeno nei due diversi periodi (primavera e autunno/inverno) emergono con chiarezza due distinte curve con:

- ✓ forte concentrazione dei decessi nella "fase acuta" della diffusione della malattia sia nella prima che nella seconda fase, ma con un'incidenza della letalità assai più marcata nella prima fase;
- ✓ un numero di decessi assai elevato nell'autunno, malgrado "l'esperienza" maturata nelle strutture sanitarie nella prima fase, in particolare nel mese di novembre dove i decessi (147) risultano superiori in un solo mese a tutti quelli registrati sino a fine settembre (146);
- ✓ in entrambe le fasi, il numero di decessi avvenuti "sul territorio" (ovvero non in ospedale) appare assai elevato: 54 su 146 (il 37%) nella prima fase, 83 su 263 (quasi il 32%) nella seconda. In sostanza, su 409 decessi COVID avvenuti, alla "data attuale" 137 (più di uno su tre) sono avvenuti fuori dall'ospedale, in larga parte nelle strutture per anziani (RSA).

Tab.2

	Fase1	Fase 2	Totale
Popolazione	125.034	125.034	125.034
Casi testati	13.892	28.137	42.029
Positivi totali	1.195	6.648	7.843
Decessi	146	263	409
% su positivi	12,2%	4,0%	5,2%
di cui su territorio	54	83	137
%	37,0%	31,6%	33,5%
Guariti	1046	6226	7272
% guariti su positivi	87,5%	93,7%	92,7%
TMbo	0,96%	5,32%	6,27%
TMbi	8,60%	23,63%	18,66%
TMt	0,12%	0,21%	0,327%
<i>TMtOsp</i>	<i>0,07%</i>	<i>0,14%</i>	<i>0,22%</i>
<i>TMtTerr</i>	<i>0,04%</i>	<i>0,07%</i>	<i>0,11%</i>
TLt	12,22%	3,96%	5,21%
<i>TLtOsp</i>	<i>7,70%</i>	<i>2,71%</i>	<i>3,47%</i>
<i>TLtTerr</i>	<i>4,52%</i>	<i>1,25%</i>	<i>1,75%</i>

I dati sui decessi per sesso e per età in Valle d'Aosta non evidenziano rilevanti differenze rispetto a quelli medi nazionali benché l'età media risulti in Valle più alta di quella media italiana, anche in ragione di una composizione per età della popolazione che presenta un indice di vecchiaia più elevato.

Al 7 febbraio 2021, l'età media dei 409 decessi in Valle d'Aosta è di 83,5 anni, su una fascia di età che va da 38 a 104 anni, 211 (51,6%) sono maschi e 198 (48,4%) sono femmine. In Italia l'ISS indica a fine gennaio 2021 un'età media dei decessi inferiore (81) anni e una ripartizione per sesso meno equilibrata (56,3% di uomini e 43,7% di donne).

Per concludere, e a completamento dell'analisi, di seguito si prendono in considerazione anche i dati relativi alla mortalità complessiva (totale decessi) registrata nel 2020 in presenza della pandemia da coronavirus.

Purtroppo, a differenza dei dati relativi ai decessi COVID, puntualmente e quotidianamente diffusi a livello regionale e nazionale (e mondiale, con quelli relativi a tutti i principali Paesi) un po' inspiegabilmente quelli relativi ai decessi complessivi, hanno seguito i tempi statistici ordinari. Anzi, per l'Italia, rispetto ad altri Paesi dell'U.E., sono stati resi con alcune settimane di ritardo. A novembre, Eurostat pubblicava i dati sui decessi "per tutte le cause" nei principali Paesi europei a tutto ottobre. I dati italiani erano purtroppo in ritardo e fermi al 31 agosto (in compagnia di Albania, Bulgaria, Romania).

La questione non è di poco conto poiché, insieme agli altri indicatori, consente di misurare l'effetto "aggiuntivo" sulla mortalità del COVID (il cosiddetto "eccesso di mortalità").

La mancata tempestività nella disponibilità di tali dati risulta poi di difficile comprensione per territori piccoli come la Valle d'Aosta ove i "piccoli numeri" e la concentrata distribuzione territoriale potrebbero consentire rilevazioni e statistiche sui decessi a carattere settimanale. Si parla infatti di

125 mila abitanti, di 74 comuni e, in anni normali, di 1400-1500 decessi all'anno, cioè una media di poco superiore ai 4 casi al giorno.

In ogni caso, a fine febbraio, i dati a disposizione sui decessi totali si fermano a fine novembre (ISTAT) ed evidenziano ciò che segue:

- a) da gennaio a novembre 2020 i decessi complessivi in Valle d'Aosta risultano 1668
- b) alla stessa data (30 novembre 2020) i decessi classificati COVID sono stati 315
- c) la media dei decessi complessivi tra gennaio e novembre dei 5 anni precedenti è pari a 1328

Da questi dati, risulta che in Valle d'Aosta i decessi COVID risulterebbero interamente responsabili dell'eccesso di mortalità del 2020 (315 decessi su un dato superiore alla media di 340 unità) e il dato complessivo è di oltre il 25% superiore al dato medio del quinquennio precedente.

Se si confrontano i dati non con la media degli ultimi cinque anni ma con quelli puntuali di ciascun anno emerge un incremento dei decessi nel 2020 un po' più diversificato, che va da un +31% rispetto al 2016 al +21% rispetto al 2015. Solo il mese precedente (ottobre), ovvero prima del novembre "horribilis" (con 147 decessi COVID, di cui 57 non in ospedale) gli stessi dati evidenziavano un incremento dei decessi rispetto alla media dei cinque anni precedenti del 14%, con un incremento rispetto al 2015 del 9%. Non si dispone al momento di studi e valutazioni, a livello nazionale o regionale, in grado di misurare l'impatto sulla mortalità generato dalle misure di contenimento adottate dal marzo 2020, ovvero di stime su cosa sarebbe potuto avvenire in loro assenza o con misure diverse.

Tab.3

Decessi in Valle d'Aosta	V.A.	Variaz. 2020	Variaz.% 2020
gen-nov 2015	1380	288	20,8
gen-nov 2016	1269	399	31,4
gen-nov 2017	1333	335	25,1
gen-nov 2018	1347	321	23,8
gen-nov 2019	1313	355	27,0
gen-nov 2020	1668		
Media 2015-2019	1328	340	25,6
Decessi COVID gen-nov 2020	315		

5 – Alcune considerazioni di sintesi

Mentre scriviamo si sta parlando di "terza ondata" in arrivo. Le varianti al primo virus isolato risulterebbero molteplici e gli indici di contagio sono nuovamente in crescita. Seppur con diversa distribuzione territoriale, in Italia in molte regioni le strutture sanitarie sono nuovamente sotto pressione. In Valle d'Aosta, pur essendo in crescita i contagi, a inizio marzo i ricoveri sono ancora contenuti intorno alla decina e in TI vi sono 2-3 pazienti. Il piano vaccinale è partito, anche con segnali di efficienza nell'avvio in Valle d'Aosta, ma, come nel resto del Paese, vi sono stati problemi di forniture, approvvigionamenti e quindi di disponibilità di vaccini rispetto ai tempi inizialmente ipotizzati.

Le prime due fasi, sono state sinteticamente descritte nelle pagine che precedono. Esse sono state accompagnate da misure di contenimento, decise a livello statale, in parte diverse: nella prima fase,

chiusura generalizzata di tutte le attività “non essenziali” (lock-down), scuole comprese, per diverse settimane (dalla seconda decade di marzo a inizio maggio). Nella seconda, si è passati a forme di chiusura più articolate, con maggiori attività consentite, e differenziate per territori regionali in base ai diversi livelli di “rischio” indicati da una serie di parametri concordati tra stato e Regioni tra cui i più rilevanti sono l’indice di contagio R_t e le percentuali di saturazione in ospedali e TI. Questa seconda fase, che, come visto, è di durata maggiore e, di fatto, ha mostrato un appiattimento della “curva” dei contagi ma non si è ancora esaurita come invece la prima nel periodo estivo, ha visto interventi di chiusura e limitazioni a partire da inizio novembre che, al momento, sono ancora in essere e sui quali si stanno ipotizzando forme di ulteriore rafforzamento, ad esempio in vista delle festività pasquali, proprio a fronte di una prevista “terza ondata” di diffusione del virus (e ora delle sue cosiddette varianti).

Sull’argomento, e in conclusione, alcuni interrogativi, ad un anno dall’inizio della pandemia, si pongono.

- a) le diverse scelte effettuate dalle autorità nazionali tra la prima e la seconda fase (primavera e autunno/inverno) sono state supportate da analisi di impatto ex-ante e da valutazioni di efficacia ex-post? Alcuni settori ritenuti critici per il verificarsi di affollamenti e contagi (trasporti pubblici, supermercati, scuole, residenze per anziani, uffici pubblici, sportelli bancari, solo per citarne alcuni) come sono stati analizzati nello specifico? Sulle attività oggetto di misure più severe anche nella seconda fase (pubblici esercizi, ristorazione, strutture ricettive, impianti di risalita per lo sci, settori dello sport, musei, cinema, teatri), quali analisi scientifiche sono state poste in essere? Se vi sono, non sono state rese pubbliche. Se non vi sono, il rischio serio è che siano stati sottovalutati i rischi di alcune attività tenute (quasi) regolarmente aperte e sopravvalutati quelli di altre, oggetto di chiusure o limitazioni, senza ottimizzare i risultati delle diverse disposizioni assunte sul piano della diffusione del virus (tralasciando in questa sede gli impatti sui piani economico e sociale, oggetto di altro e futuro approfondimento).
- b) Alla luce della tempistica della seconda ondata, risulta difficile attribuire al cosiddetto “allentamento estivo” la ripartenza dei contagi. Dati i tempi di incubazione del COVID-19 (8-10 giorni), il riesplodere del fenomeno avrebbe dovuto verificarsi ad agosto, al massimo a inizio settembre, e non a inizio-metà ottobre, come effettivamente successo. Cosa è avvenuto nel mese di settembre di “nuovo” rispetto al periodo precedente? Da un lato la ripresa dell’attività scolastica in presenza, con una gestione del sistema di mobilità ad essa connesso probabilmente inadeguato, specie nei grandi centri urbani; inoltre non va dimenticato che al 20 settembre in tutta Italia si è tenuto il referendum e, in molte regioni ed in molti comuni italiani (ad esempio in Valle d’Aosta) “l’election-day” per le elezioni amministrative in contemporanea. Se l’accesso ai seggi e le operazioni di voto si sono svolte con grande attenzione e controllo, qualche dubbio invece sorge sul periodo precedente di “campagna elettorale” quando i candidati (solo in Valle d’Aosta circa 360 candidati alle elezioni regionali e circa 1200 a quelle comunali) erano naturalmente impegnati nei tradizionali “porta a porta” alla ricerca del voto.
- c) Risulta difficile comprendere come, nella seconda fase, alcuni errori commessi nella prima si siano potuti ripetere. Il più macroscopico è quello relativo alla gestione delle residenze per anziani dove (è il caso della Valle d’Aosta ma non solo) a novembre si è assistito sostanzialmente alla ripetizione del dramma dei decessi registrato nei mesi di marzo e aprile. Ma la stessa riflessione va posta sulla quantità di ricoveri, in reparti sub-intensivi ed in TI, registrata ancora a novembre quando, dopo mesi dall’inizio dei primi casi, un protocollo

chiaro di presa in carico e di cura da parte dei medici di famiglia non era ancora ufficializzato dalle autorità sanitarie nazionali. Abbiamo visto nelle pagine che precedono che il picco di ricoveri in Valle d'Aosta non si è verificato in primavera ma nell'autunno, in particolare a novembre.

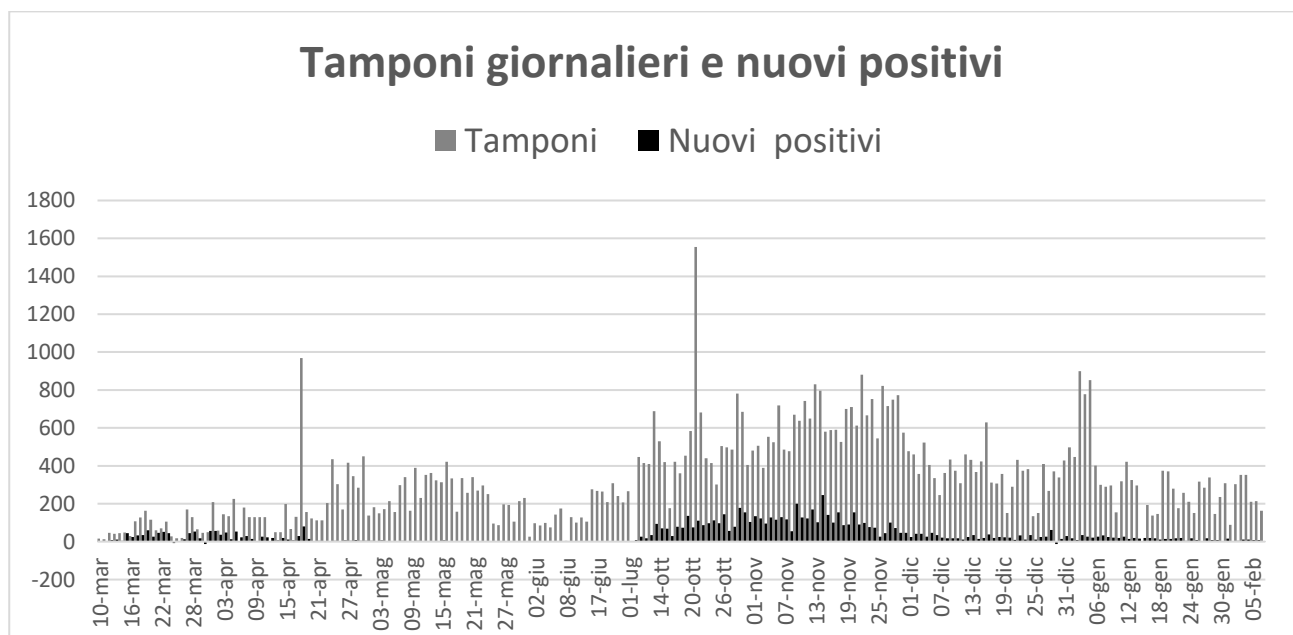
Va quindi detto che, se riguardo alla prima fase, errori o inefficienze del sistema possono essere attribuibili, oltre che al fenomeno nuovo ed inaspettato “coronavirus”, a responsabilità a vario titolo di “chi c’era prima” (ad esempio la mancanza di piani pandemici aggiornati nazionale e regionali o il progressivo depauperamento delle strutture di sanità territoriale), lo stesso non può dirsi riguardo alla seconda quando, se responsabilità vi sono, sono da imputare a chi c’era “in quel momento” e nei mesi precedenti, a livello statale come a livello regionale.

Il trade-off tra test e tracciamento

Anche in materia di ricerca e mappatura dei contagi, non vi è stata una strategia nazionale chiara ed univoca. Le diverse realtà regionali si sono sostanzialmente mosse in autonomia adottando ora azioni di screening diffusi sulla popolazione, ora test e verifiche puntuali su determinate categorie “sensibili”, ora effettuando test e tamponi solo a persone con sintomi. Ciò ha determinato, nel tempo, diverse capacità di operare tracciamenti sui “positivi” – assai difficili da effettuare su grandi numeri – e differenti quadri epidemiologici nei diversi territori: chi effettua più tamponi risulta avere una dinamica e uno stock di positivi maggiore (con effetti negativi sul famoso indice di diffusione R_t) ancorché magari con una larga prevalenza di casi asintomatici; inoltre il sistema delle “colorazioni regionali”, introdotto a novembre fondato anche e soprattutto sul valore in ciascuna regione dell’indice R_t , non ha indubbiamente promosso l’adozione di strategie di screening di massa. Infine, anche il dibattito tecnico-scientifico è passato dal sostenere la linea del *contact tracing* (prima fase) a considerare più efficace (e realizzabile) quella del *network testing*, perimetrando gli spazi frequentati abitualmente dai casi positivi anziché inseguire i loro contatti individuali.

Come abbiamo avuto modo di indicare in precedenza, la Valle d'Aosta ha realizzato un numero elevato di tamponi, testando, da marzo 2020 alla data attuale, circa un terzo della popolazione, valore più elevato della media nazionale.

Grafico 8



Come evidenzia il Grafico 8, al di là di alcuni “picchi di giornata” registratisi ad aprile e ad ottobre (le cui ragioni non sono state indicati nei bollettini quotidiani), risulta evidente come, nella seconda fase, in Valle d’Aosta il numero di tamponi giornalieri effettuati sia più elevata rispetto alla prima, quando, specie nelle prime settimane, la struttura preposta alle analisi non era strutturata adeguatamente; analogamente, il grafico conferma l’esistenza nelle fasi di diffusione del virus una correlazione tra i tamponi fatti ed il numero di positivi rilevati.

Il Piano Vaccinale

Da poche settimane è partito anche in Valle d’Aosta il piano vaccinale. Tenuto conto delle difficoltà registrate complessivamente in Italia su forniture e disponibilità di vaccini, dopo una primissima fase dedicata a personale sanitario ed anziani, dal 1° marzo è iniziata la campagna vaccinale di massa e al 9 marzo risultano vaccinate in Valle d’Aosta (prima e seconda dose) circa 7000 persone, pari a circa il 5,5% della popolazione (circa il 3% a livello nazionale alla stessa data) e i vaccini somministrati (quasi 15 mila) corrispondono al 92% delle dosi consegnate (82% a livello nazionale). Esiste ed è stato approvato dal governo regionale il Piano Vaccinale che prevede 80 mila soggetti da vaccinare (75% adesioni stimate) entro la fine del mese di luglio 2021.

Nei prossimi mesi avremo modo di valutare l’andamento epidemiologico in Valle d’Aosta - confrontandolo con quello del Paese e dei territori già presi a confronto – considerando anche l’avanzamento del piano vaccinale, il numero di persone “guarite” (ai primi di marzo oltre 7500) e l’evoluzione delle misure di contrasto alla diffusione del virus che saranno adottate.

L’auspicio è che, nel contempo, oltre alla campagna di vaccinazione, vengano meglio identificati e posti in essere adeguati protocolli terapeutici atti ad evitare, nei confronti di quella porzione di popolazione che risulterà colpita dal virus con evidenze sintomatiche, quelle forme di complicanze che hanno pesantemente messo sotto stress, sino ad ora, le strutture ospedaliere ed i loro reparti di terapia intensiva in Valle d’Aosta e nel resto del Paese.

Nel frattempo, in un prossimo lavoro già avviato, si tenterà di affiancare al presente breve *outlook* sui dati sanitari relativi alla Valle d’Aosta, una analisi sulle ricadute economiche a livello regionale della pandemia, utilizzando dati disponibili (al momento non ancora molti) e modelli di stima relativi all’anno 2020.