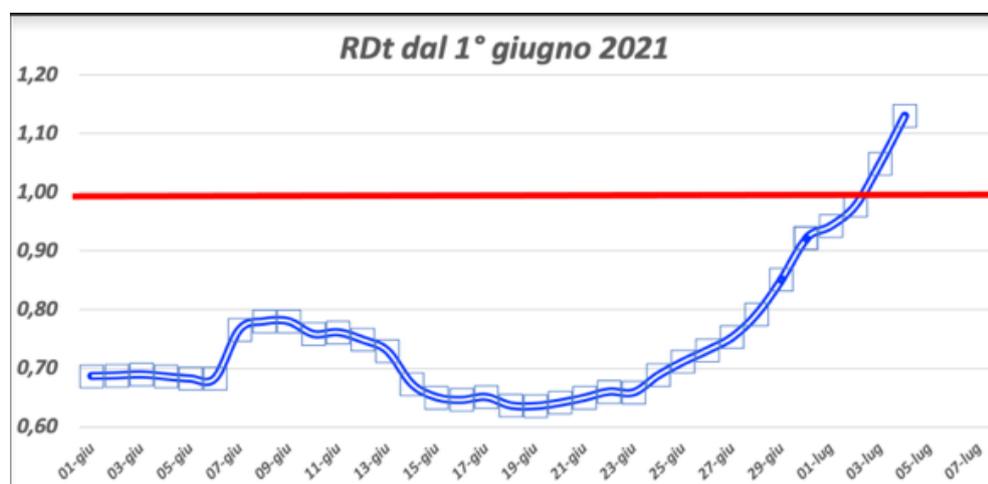


COMUNICATO STAMPA

IL CONTRIBUTO DELL’AIE PER LA GESTIONE DELLA ATTUALE FASE EPIDEMICA

Negli ultimi giorni, i dati della sorveglianza epidemiologica COVID-19 suggeriscono una possibile inversione di tendenza rispetto all’andamento in costante decremento registrato dalla fine di aprile in poi in tutta Italia.

I dati elaborati per il periodo 1° giugno – 7 luglio dal gruppo di lavoro dell’Associazione Italiana di Epidemiologia che ha sviluppato il sistema MADE (Monitoraggio e Analisi dei Dati dell’Epidemia - <https://epiprev.it/apps/made.php>) – indicano un incremento dell’indice di replicazione diagnostica (Rd_t) a partire dal 20 giugno, con 11 regioni che negli ultimi giorni hanno superato la soglia di 1, indicando una tendenza all’aumento del numero di nuove diagnosi di infezione.



Come l’anno scorso, ci ritroviamo all’inizio dell’estate, dopo circa un mese dall’allentamento delle misure di restrizione, con chiari segnali di ripresa della circolazione virale, che non potrà che aumentare alla luce degli spostamenti turistici, tra regioni e da altri Paesi.

Anche se l’Rd_t è solo uno degli indicatori dell’attuale fase pandemica, è importante notare che finora non si è registrato un calo evidente della letalità delle infezioni e che i decessi sono diminuiti in proporzione alla diminuzione dei casi.

La differenza sostanziale rispetto al 2020 è rappresentata dalla disponibilità di vaccini antiCOVID-19, la cui efficacia nel prevenire la malattia sintomatica e le sue conseguenze più gravi è stata ampiamente dimostrata.

In Italia la campagna vaccinale sta procedendo, ma il numero di decessi registrato quotidianamente è ancora elevato rispetto ai nuovi casi identificati.

I recenti studi condotti in Inghilterra (Bernal JL et al, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.22.21257658v1>) e in Scozia (Sheikh A et al, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01358-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01358-1/fulltext)), dove la variante delta è ormai diventata prevalente, hanno inoltre evidenziato che, nel contesto britannico:

- La variante delta ha una capacità di diffusione del contagio del 40-60% superiore rispetto alla variante alfa e la circolazione è più elevata tra i giovani;
- Il rischio di ospedalizzazione dei casi contagiati con variante delta è doppio rispetto alla variante alfa, ed è particolarmente aumentato nelle persone con comorbidità;
- L’efficacia dei vaccini disponibili nel proteggere dalla malattia sintomatica dopo una singola dose si riduce in presenza di variante delta (33,5% nella variante delta verso 51,1% nella variante alfa), mentre sembra buona al completamento del ciclo vaccinale, ma inferiore rispetto alle valutazioni iniziali.

Il 23 giugno scorso, l’ECDC ha pubblicato un rapporto (European Centre for Disease Prevention and Control. Implications for the EU/EEA on the spread of the SARS-CoV-2 Delta (B.1.617.2) variant of concern - 23 June 2021. ECDC: Stockholm; 2021) nel quale si valutano le implicazioni della diffusione della variante delta in

Europa, che si stima sarà responsabile per la fine di agosto del 90% dei contagi: in un contesto di graduale riduzione del 50% delle misure di restrizione al primo settembre, l'ECDC prevede un incremento dell'incidenza in tutti i gruppi di età, e in particolare nei soggetti di età inferiore a 50 anni.

In questo quadro, il rischio complessivo di contagio nelle persone che abbiano completato il ciclo vaccinale è considerato basso, mentre è alto/molto alto per le persone parzialmente o non vaccinate.

E' quindi prevedibile che, nelle prossime settimane, come l'anno scorso, assisteremo ad un aumento nell'incidenza dei contagi, legato soprattutto alla mobilità dei giovani adulti: è possibile, tuttavia, mettere sollecitamente in campo una serie di azioni di sanità pubblica per identificare gli ambiti di intervento, contenere l'incremento dei casi positivi e limitarne l'impatto sul sistema sanitario e sulla salute dei cittadini.

Alla luce delle evidenze disponibili, l'Associazione Italiana di Epidemiologia raccomanda i seguenti interventi:

(1) Rimodulare la campagna vaccinale in tutto il territorio nazionale concentrando le risorse disponibili per il completamento, nel più breve tempo possibile, del ciclo vaccinale nelle persone di età superiore a 50 anni o vulnerabili, anche attraverso sistemi di chiamata attiva;

(2) Potenziare le attività di sequenziamento genomico dei tamponi molecolari, in modo omogeneo e stabile in tutte le Regioni, garantendo, oltre alle indagini campionarie nazionali e regionali, attività di indagine specifica sui soggetti con ripositivizzazione, sui contagi in persone che abbiano completato il ciclo vaccinale e sui nuovi ricoveri ospedalieri;

(3) Potenziare le attività di contact tracing, individuando e isolando il maggior numero possibile di contatti stretti, per i quali occorre prevedere l'esecuzione di un test diagnostico 72 ore dopo l'ultima esposizione al caso indice, in modo da identificare e interrompere le ulteriori catene di trasmissione del virus;

(4) Identificare precocemente i focolai epidemici per circoscrivere la diffusione delle infezioni;

(5) Potenziare le attività di controllo e testing sugli spostamenti tra regioni e da altri Paesi;

(6) Mantenere misure di prevenzione individuale in grado di contenere la trasmissione comunitaria (distanziamento sociale, mascherine negli ambienti chiusi e in caso di assembramenti anche all'aperto, valutando comunque l'opportunità di limitare le aggregazioni di persone) fino al raggiungimento di una soddisfacente completa copertura vaccinale dei soggetti a maggior rischio.

L'Associazione Italiana di Epidemiologia ritiene inoltre che, a supporto di questi interventi, si debba procedere a:

- Potenziare e integrare le funzioni di sorveglianza epidemiologica, per caratterizzare i casi gravi e i deceduti in base all'epoca di infezione, alla storia vaccinale e a fattori di rischio individuali e per valutare la frazione ulteriormente prevenibile con vaccinazione
- Basare eventuali rimodulazioni delle misure di prevenzione su solidi sistemi di allerta epidemiologica, focalizzati sugli indicatori di attuale interesse (insorgenza di sintomi, ospedalizzazione e letalità) e su modelli previsionali che tengano conto delle caratteristiche di contagiosità delle varianti circolanti e dello stato di copertura vaccinale;
- Favorire la conduzione di studi analitici sulle circostanze di esposizione, sugli esiti dell'infezione e sulla sicurezza e sull'efficacia dei vaccini, in modo da poter disporre tempestivamente di dati solidi sulla base dei quali orientare, ed aggiornare quando necessario, le strategie, le misure e le azioni da adottare per scongiurare l'eventualità di una nuova ondata di ricoveri e decessi dovuta al SARS-CoV-2.

L'Associazione Italiana di Epidemiologia, che ha avviato un percorso di confronto sulle evidenze e sulle indicazioni per le politiche relative al mondo della scuola attraverso un ciclo di seminari online che parte l'8 luglio (<https://www.epidemiologia.it/webinar-covid-e-scuola-scateniamoli/>), ritiene infine indispensabile completare la vaccinazione del personale scolastico (rispetto al quale la copertura risulta ancora molto eterogenea a livello nazionale) per garantire un sereno rientro nelle aule a settembre.

07/07/2021

Associazione Italiana di Epidemiologia

C.F. 93014390509 – PIVA 09589680967

Sede legale e amministrativa: Via Cristoforo Colombo, 12 - 00147 Roma

Email Segreteria aie.segreteria.amministrativa@gmail.com - Presidenza: c/o Area Epidemiologia e Care Intelligence

ARESS Puglia – Lungomare Nazario Sauro,33 - 70121 BARI • email l.bisceglia@aress.regione.puglia.it

www.epidemiologia.it