



Roma, 24 luglio 2020 - Per quanto riguarda le campagne vaccinali antinfluenzali 2020-2021 allo stato attuale, risultano essere 17 (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Liguria, Val d'Aosta, Friuli-Venezia-Giulia, P.A. di Bolzano, Lazio, Abruzzo, Molise, Umbria, Basilicata, Calabria, Puglia, Campania e Sardegna) le Regioni e Province Autonome che hanno programmato la fornitura di vaccinazioni per la stagione 2020/2021.

Alcune

di esse (Lazio e Calabria) hanno deliberato circa l'obbligatorietà della vaccinazione antiinfluenzale per determinate categorie a rischio (over-65 e operatori sanitari), mentre altre Regioni (Campania) hanno annunciato l'intenzione di introdurla.

Emerge

in molte realtà regionali l'attenzione, in sede di programmazione, ad una fornitura di dosi vaccinali specificamente dedicate agli operatori sanitari, nonché la consapevolezza dell'importanza di raggiungere un'ampia copertura vaccinale, specie nei soggetti più esposti, consentendo una riduzione al ricorso all'assistenza nelle strutture sanitarie e permettendo una più facile

diagnosi dei sospetti casi di positività al coronavirus.

Tali

vaccinazioni sono state riconosciute di primaria importanza in epoca Covid-19 dalla WHO e dal CDC, sia per ridurre il numero di pazienti con sintomatologia sovrapponibile a quelle dall'infezione da Sars-CoV-2, sia per ridurre il più possibile la circolazione di altri patogeni respiratori causa di gravi complicanze e comorbidità.

L'adozione

di politiche vaccinali specificamente rivolte agli operatori sanitari può inoltre consentire di tutelare e preservare il personale sanitario, riducendo per questo non solo i rischi in termini di salute, ma anche in termini di giorni di lavoro persi per malattia.

È

quanto emerso della 17ma puntata dell'Instant Report Covid-19. Il report si è arricchito sin dalla scorsa puntata dell'analisi dell'impatto economico dell'emergenza Covid-19 nella prospettiva del Servizio sanitario nazionale.

Si

tratta di una iniziativa dell'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari dell'Università Cattolica di confronto sistematico dell'andamento della diffusione del Sars-COV-2 a livello nazionale. L'analisi riguarda tutte le 21 Regioni e Province Autonome con un focus dedicato alle Regioni in cui è stato maggiore il contagio (Lombardia, Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna, Marche e Lazio).

Il

gruppo di lavoro dell'Università Cattolica, è coordinato da Americo Cicchetti, Professore Ordinario di Organizzazione Aziendale presso la Facoltà di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore con l'advisorship scientifica del Professor Gianfranco Damiani e della Dottoressa Maria Lucia Specchia del Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica (Sezione di Igiene).

A partire dal Report #4 la collaborazione si è estesa al Centro di Ricerca e Studi in Management Sanitario dell'Università Cattolica (prof. Eugenio Anessi Pessina) e al Gruppo di Organizzazione dell'Università Magna Græcia di Catanzaro (prof. Rocco Reina). Il team multidisciplinare è composto da economisti ed aziendalisti sanitari, medici di sanità pubblica, ingegneri informatici, psicologi e statistici.

La finalità è comprendere le implicazioni delle diverse strategie adottate dalle Regioni per fronteggiare la diffusione del virus e le conseguenze del Covid19 in contesti diversi per trarne indicazioni per il futuro prossimo e per acquisire insegnamenti derivanti da questa drammatica esperienza.

È stata inserita anche l'analisi della riorganizzazione della rete ospedaliera (art. 2 DL 34 del 19 maggio 2020) con uno specifico focus sui posti letto di terapia intensiva pre-emergenza Covid - 19, durante la fase 1 e a regime come da programmazione regionale (DL34/2020).

La riorganizzazione della rete ospedaliera

Il Decreto-legge n. 34 del 19 maggio all'articolo 2 sancisce che le Regioni, tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da Covid-19 in corso, garantiscono l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure. Inoltre, la circolare del Ministero della Salute del 29 maggio 2020 integra e definisce le linee guida per la riorganizzazione.

A poco più di due mesi dall'approvazione del DL n.34 del 19 maggio, l'80% delle regioni italiane ha deliberato specifici piani di riorganizzazione dell'attività ospedaliera per il potenziamento della rete ospedaliera e delle terapie intensive. All'appello mancano, quindi, Basilicata Friuli-Venezia Giulia, Lazio e Sicilia.

In riferimento ai diversi approcci messi in campo dalle regioni nella riprogettazione della rete ospedaliera, ed in

particolare nella riorganizzazione della rete delle terapie intensive, come previsto dall' articolo 2 del decreto 34 del 19 maggio 2020, emerge come la maggior parte delle regioni (11) abbia optato per il modello hub and spoke. La Toscana, invece, ha optato per un modello a rete mentre Piemonte e Valle d'Aosta si sono orientate verso la definizione di Covid Hospital. In quest'ultimo caso, la scelta del modello è dovuta alla presenza di un unico presidio ospedaliero.

Sono

7 le regioni, prevalentemente caratterizzate da una consistente circolazione del virus, che hanno deliberato piani di riorganizzazione della rete ospedaliera in risposta a quanto richiesto dal DL 34/2020 e che avevano già riorganizzato l'assistenza ospedaliera. All'opposto, invece, sono 2 le regioni, tendenzialmente di piccole dimensioni e con una bassa circolazione del virus, che - al momento - non hanno approvato alcun piano di riorganizzazione ospedaliera. Altre 8 regioni e le 2 Province Autonome, che precedentemente non avevano riorganizzato l'assistenza ospedaliera, hanno approvato piani in risposta all'art. 2 del DL 34/2020. Infine, Lazio e Sicilia, al momento non hanno approvato piani di riorganizzazione ospedaliera come richiesto dal DL 34 ma avevano precedentemente definito un piano di riorganizzazione per la fase 2.

Analizzando

l'andamento relativo alla progressiva attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA, che servono per dare continuità assistenziale, ovvero per assistere a domicilio i pazienti affetti da Covid-19 che non hanno bisogno di un ricovero) sul territorio nazionale a partire dal DL n.14 del 9 marzo 2020, si evidenzia un costante aumento sino al raggiungimento del 49% di copertura registrato nell'aggiornamento odierno del report.

Come

preventivabile, gran parte delle USCA è stata attivata nella prima fase dell'emergenza, specie in quelle regioni in cui il virus ha circolato in maniera consistente. Nella fase II dell'emergenza, le attivazioni sono, invece, ascrivibili principalmente a regioni del centro-sud, caratterizzate da una modesta o bassa circolazione del virus, mentre incrementi - seppur più modesti e riferibili alle regioni del centro/sud - si sono registrati anche nella fase III.

“Va

completandosi la riorganizzazione della rete ospedaliera, come previsto dal DL 34/2020 - afferma il prof. Americo Cicchetti, Direttore ALTEMS - Ad oggi solo in 4 regioni italiane non sono stati approvati i piani di riorganizzazione della rete ospedaliera, anche se va sottolineato come due di queste (Lazio e Sicilia) avessero già riorganizzato la rete precedentemente al DL 34/2020”.

“Se

nella prima fase dell'emergenza - continua Cicchetti - la maggior parte delle regioni ha adottato il modello per Covid Hospital, concentrando i pazienti Covid-19 in specifiche strutture, in questa fase l'orientamento prevalente delle regioni è quello Hub and Spoke, che prevede di concentrare i casi più complessi in strutture centrali - HUB - lasciando i casi meno gravi in ospedali periferici - spoke”.

Tamponi diagnostici

Per quanto riguarda la ricerca del virus attraverso i tamponi, si osserva che il trend nazionale, in discesa dalle scorse settimane, è ora stabile: rispetto alla settimana scorsa, infatti, in Italia il tasso per 100.000 abitanti è di 4,98. Relativamente al tasso settimanale di nuovi tamponi, i valori più alti di tamponamento vengono registrati nelle regioni del nord (Trento, Veneto, Friuli-Venezia-Giulia ed Bolzano). Il valore più basso viene registrato nella Regione Campania (1,66).

Nella

maggior parte delle Regioni solo una minoranza dei casi accertati di Covid-19 risulta diagnosticata a partire dai test di screening. La Puglia registra il valore più basso nella percentuale di casi totali diagnosticati a partire dal sospetto clinico (44,97%). Nella maggior parte delle Regioni la quasi totalità dei casi accertati di Covid-19 risulta diagnosticata a partire dal sospetto clinico.

“L'incidenza

su base settimanale a livello nazionale conferma, come già la settimana scorsa, un dato stabilmente intorno a 2,3 nuovi casi per 100.000 abitanti - afferma il prof. Gianfranco Damiani della sezione di Igiene dell'Università Cattolica - in parallelo, si mantiene stabile il dato sui nuovi casi testati su base settimanale, circa 2,8 per 1.000 abitanti a livello nazionale. Anche questa settimana la Regione che presenta l'incidenza più elevata rimane l'Emilia-Romagna e si rilevano degli aumenti di incidenza degni di nota in Regioni quali Veneto, Liguria,

Toscana e P.A. di Trento. Si ribadisce pertanto l'importanza di continuare a rispettare le misure di contenimento e i protocolli di sicurezza e ad operare un'attenta sorveglianza epidemiologica”.