

*In collaborazione con:*

Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica (Sezione di Igiene)  
Facoltà di Medicina e Chirurgia «A. Gemelli»

Gruppo di Organizzazione Aziendale  
Università Magna Graecia di Catanzaro

Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario (Cerismas)  
Università Cattolica del Sacro Cuore

Centro di ricerca e studi sulla Leadership in Medicina  
Università Cattolica del Sacro Cuore

# Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19

Instant REPORT#16: **16 Luglio 2020**

Gruppo di Lavoro

Americo Cicchetti, Gianfranco Damiani, Maria Lucia Specchia, Eugenio Anessi Pessina, Antonella Cifalinò, Giuseppe Scaratti, Paola Sacco, Elena Cantù, Stefano Villa, Giuliana Monolo, Rocco Reina, Michele Basile, Rossella Di Bidino, Eugenio Di Brino, Maria Giovanna Di Paolo, Andrea Di Pilla, Carlo Favaretti, Fabrizio Massimo Ferrara, Marzia Vittoria Gallo, Luca Giorgio, Roberta Laurita, Marta Piria, Maria Teresa Riccardi, Martina Sapienza, Filippo Rumi, Andrea Silenzi, Angelo Tattoli, Entela Xoxi, Marzia Ventura, Concetta Lucia Cristofaro, Walter Vesperi, Anna Maria Melina, Teresa Gentile, Giovanni Schiuma, Primiano Di Nauta, Raimondo Ingrassia, Paola Adinolfi, Chiara Di Guardo



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# Indice del Documento



## [OBIETTIVI](#)

## [NOTA METODOLOGICA E FONTE DEI DATI](#)

## [CONTESTO NORMATIVO](#)

[PROVVEDIMENTI NAZIONALI](#)

[PREPAREDNESS](#)

[RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA](#)

## [LIBRARY INSTANT REPORT](#)

## [INDICATORI DI MONITORAGGIO DEL CONTAGIO](#)

- [1.1. INCIDENZA SETTIMANALE X 100.000](#)
- [1.2. ANDAMENTO ATTUALMENTE POSITIVI](#)
- [1.3. ANDAMENTO OSPEDALIZZATI](#)
- [1.4. POSITIVITÀ AL TEST](#)

## [INDICATORI EPIDEMIOLOGICI](#)

- [2.1. TOTALE ATTUALMENTE POSITIVI](#)
- [2.2. TOTALE CASI](#)
- [2.3. TOTALE TAMPONI](#)
- [2.4. PREVALENZA PERIODALE E PREVALENZA PUNTUALE](#)
- [2.5. PREVALENZA PERIODALE 07/7/2020 – 14/7/2020](#)
- [2.6. PREVALENZA PUNTUALE 07/7/2020 – 14/7/2020](#)

## [INDICATORI CLINICO-ORGANIZZATIVI](#)

- [3.1. RICOVERI TI / RICOVERI TOTALI 07/7/2020 E 14/7/2020](#)

[3.2. PAZIENTI RICOVERATI IN TI/POSITIVI](#)

[3.3. TASSO SETTIMANALE NUOVI TAMP. X 1.000 AB](#)

[3.4. POPOLAZIONE SOTTOPOSTA AL TEST SU RESIDENTI](#)

[3.5. CASI DA SOSPETTO CLINICO/CASI TOTALI & CASI DA SCREENING/CASI TOTALI](#)

[3.6. RELAZIONE TRA INCIDENZA PER 100.000 ABITANTI E N°TAMPONI EFFETTUATI PER 1.000 ABITANTI](#)

[3.7. RELAZIONE TRA INCIDENZA PER 100.000 ABITANTI E N°NUOVI CASI TESTATI PER 1.000 ABITANTI](#)

[3.8. PL DI TI PRE-EMERGENZA COVID - 19, DURANTE LA FASE 1 E A REGIME COME DA PROGRAMMAZIONE REGIONALE \(DL34/2020\)](#)

[3.9. RAPPORTO TRA PL TI ATTIVATI DURANTE LA FASE 1 E QUELLI PREVISTI A REGIME DALLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE](#)

[3.10. IMPATTO ECONOMICO](#)

[3.11. SOLUZIONI DIGITALI](#)

[3.12. LIVELLI DI ASSISTENZA PER AREA TERAPEUTICA](#)

[3.13. SPERIMENTAZIONI CLINICHE](#)

[3.14. APPROFONDIMENTO SUI TEST COVID-19](#)

[3.15 TASSO DI COPERTURA DELLE UNITÀ SPECIALI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE X 50.000 AB.](#)

## [ANALISI A LIVELLO AZIENDALE](#)

[4.1 VOCI DAL CAMPO E BUONE PRATICHE](#)

[4.2. CONNESSIONI E SUPPORTI PER LA COMUNICAZIONE DIGITALE](#)

## [ANALISI DEI PROFILI REGIONALI](#)

## [APPENDICE METODOLOGICA](#)

## [CHI SIAMO](#)



# Obiettivi

- Obiettivo di questo documento è presentare un confronto sistematico dell'andamento della diffusione del Sars-COV-2 a livello nazionale e in 6 Regioni italiane, che rappresentano il 52% della popolazione nazionale e che al 14 Luglio hanno l'89% dei positivi al virus rispetto al totale dei positivi sul territorio nazionale e il 78% dei casi. In queste Regioni sono deceduti l'83% delle 34.984 persone che abbiamo perduto dall'inizio del contagio.
- Il gruppo di lavoro dell'Università Cattolica ha elaborato un sistema di indicatori utile a valutare l'effetto che i diversi provvedimenti emergenziali (adottati a livello nazionale e a livello regionale) hanno avuto sull'andamento del contagio e per comprendere le implicazioni sui modelli organizzativi progressivamente adottati sul territorio nazionale.
- La finalità è comprendere meglio 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.
- Il documento non pretende di essere esaustivo né tantomeno ha l'obiettivo di stilare classifiche o dare giudizi sulle scelte adottate in una situazione di grave emergenza, ma intende offrire a ricercatori e policy makers una base conoscitiva per sviluppare ulteriori analisi per una migliore comprensione di un evento di portata storica e che, se ben analizzato, permetterà di innescare un processo di apprendimento utile alle decisioni future.





# Nota metodologica e fonte dei dati

- I dati utilizzati per la realizzazione dell'analisi sono stati estrapolati dal Sito Ufficiale della Protezione Civile aggiornati al **14 Luglio** [1]. Al fine di determinare lo stato di diffusione del virus e valutare conseguentemente le misure attuate nelle Regioni target considerate nella presente analisi (Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte, Veneto, Lazio e Marche) rispetto alle caratteristiche specifiche di ciascun Servizio Sanitario Regionale è stato implementato un modello di elaborazione dati disponibili per l'individuazione di indicatori di carattere epidemiologico e clinico-organizzativo.
- L'analisi ha inoltre previsto la realizzazione, per ciascun indice individuato, di rappresentazioni grafiche che informassero sull'andamento dei trend in analisi e facilitassero la fruizione dei risultati ottenuti su base regionale dall'inizio del mese di Marzo 2020. Ulteriori indicatori sono stati determinati al fine di individuare lo stato di saturazione dei posti letto in terapia intensiva a disposizione di ciascuna Regione rispetto al fabbisogno causato dal diffondersi della pandemia considerando i nuovi allestimenti dei setting assistenziali volti alla gestione della situazione attuale di crisi. A tal fine, è stato fatto riferimento al database reperito sul sito del Ministero della Salute riportante le principali caratteristiche delle strutture ospedaliere Regionali [2].
- Sono stati esclusi i dati relativi agli ultimi giorni del mese di Febbraio 2020 in quanto caratterizzati da estrema variabilità o, per alcune Regioni, da immaturità del dato, e dunque ritenuti fattori confondenti all'interpretazione delle evidenze.
- Infine, sono stati analizzati i principali provvedimenti nazionali e regionali per correlarli al trend degli indicatori analizzati.

## Fonte Dati:

1. Protezione Civile Italiana; disponibile a: <http://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/b0c68bce2cce478eaac82fe38d4138b1>;
2. Ministero della Salute; disponibile a: <http://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglioDataset.jsp?menu=dati&idPag=96>



# Contesto normativo (1/4):

## Principali provvedimenti nazionali (1/2)



Data	Provvedimento	Sintesi dei contenuti
31 gennaio 2020	Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dichiarazione dello stato di emergenza</li> </ul>
23 Febbraio 2020	Decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6 (in Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n. 45 del 23 febbraio 2020), coordinato con la legge di conversione 5 marzo 2020, n. 13 (in questa stessa Gazzetta Ufficiale - alla pag. 6), recante: «Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.».	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificazione delle restrizioni in alcuni comuni del Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Marche</li> </ul>
1 Marzo 2020 4 marzo 2020	<p>Dpcm 1 marzo 2020 «Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19»</p> <p>Dpcm 4 marzo 2020 «Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Attivazione modello di cooperazione interregionale</li> <li>➤ Incremento della disponibilità dei posti letto, + 50% in terapia intensiva</li> <li>➤ Coordinamento trasporti regionali ed interregionali (CROSS)</li> <li>➤ Incremento del 100% dei posti letto in unità di pneumologia e malattie infettive, isolati e dotati di strumenti per il supporto alla respirazione (compresa ventilazione assistita)</li> <li>➤ Identificazione COVID Hospital</li> <li>➤ Sospensione delle attività didattiche di scuole di ogni grado e università</li> </ul>
9 marzo 2020	Decreto legge 9 marzo 2020, n. 14 «Disposizioni urgenti per potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Potenziamento delle risorse umane SSN;</li> <li>➤ Potenziamento delle reti assistenziali (attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale - USCA)</li> </ul>
11 Marzo 2020	Dpcm 11 marzo 2020 «Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale»	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Chiusura attività commerciali (non beni di prima necessità e attività operanti nel settore della ristorazione)</li> </ul>
17 Marzo 2020	Decreto Legge del 17 marzo n.18 - Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale</li> <li>➤ Misure a sostegno del lavoro</li> <li>➤ Misure a sostegno della liquidità attraverso il sistema bancario</li> <li>➤ Misure fiscali a sostegno della liquidità delle famiglie e delle imprese</li> </ul>

# Contesto normativo (2/4):

## Principali provvedimenti nazionali (2/2)



Data	Provvedimento	Sintesi dei contenuti
17 Marzo 2020	Decreto Legge del 17 marzo n.18 - Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale</li> <li>➤ Misure a sostegno del lavoro</li> <li>➤ Misure a sostegno della liquidità attraverso il sistema bancario</li> <li>➤ Misure fiscali a sostegno della liquidità delle famiglie e delle imprese</li> </ul>
22 Marzo 2020	Dpcm 22 marzo 2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Chiusura attività produttive e commerciali</li> <li>➤ Restrizione alla circolazione di persone tra comuni</li> </ul>
25 Marzo 2020	Decreto Legge del 25 marzo 2020 n.19 - Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Misure urgenti per evitare la diffusione del COVID-19</li> <li>➤ Restrizione negli assembramenti e per la circolazione</li> <li>➤ Sanzioni</li> </ul>
1 Aprile 2020	Dpcm 1 aprile 2020 - Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ulteriori misure per il contenimento del contagio</li> </ul>
10 Aprile 2020	Dpcm 10 aprile 2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ulteriori misure urgenti per il contenimento del contagio;</li> <li>➤ misure di contenimento del contagio per lo svolgimento in sicurezza delle attività produttive industriali e commerciali</li> </ul>
26 Aprile 2020	Dpcm 26 aprile 2020 -Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ulteriori misure urgenti per il contenimento del contagio;</li> <li>➤ misure di contenimento del contagio per lo svolgimento in sicurezza delle attività produttive industriali e commerciali</li> </ul>
10 maggio 2020	Decreto Legge 10 maggio 2020, n. 30. Misure urgenti in materia di studi epidemiologici e statistiche sul SARS-COV-2	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Misure finalizzate alla conduzione di studi epidemiologici e all'elaborazione di statistiche affidabili e complete sullo stato immunitario della popolazione</li> </ul>
19 maggio 2020	<a href="#">Decreto Legge</a> 19 maggio 2020, n. 34 - Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-1	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale, compresa l'istituzione dell'infermiere di famiglia o di comunità</li> <li>➤ Riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19</li> <li>➤ Incremento delle borse di studio degli specializzandi</li> <li>➤ Proroga validità delle ricette limitative dei farmaci classificati in fascia A e dei piani terapeutici;</li> <li>➤ Rilevazioni statistiche dell'ISTAT connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19</li> </ul>



# Contesto normativo (3/4):

## Indirizzi clinico organizzativi - Livello nazionale (1/2)



Data	Ente	Provvedimento	Sintesi dei contenuti
29 Febbraio 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute del 29/02/2020 - Linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da Covid-19	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Requisiti per presidi COVID</li><li>➤ postazioni isolate per osservazione di pazienti ventilati/intensivi sospetti SARS – CoV – 2 in attesa risultati test diagnostici eseguiti;</li><li>➤ terapie intensive di coorte (separate) (UTI)</li><li>➤ UTI prioritariamente create in strutture ospedaliere con reparti di malattie infettive e nelle strutture ospedaliere di riferimento ECMO1</li><li>➤ Definizione criteri di accesso al trattamento intensivo dei pazienti COVID-19, loro gestione clinica ed assistenziale;</li><li>➤ Criteri di distribuzione e utilizzo dei DPI e relativa formazione del personale;</li><li>➤ la previsione di ampliare la capacità di ogni singola struttura ospedaliera mediante l'attivazione di posti letto di area critica attualmente non funzionanti e/o procedere</li><li>➤ rimodulazione dell'attività programmata;</li><li>➤ formazione del personale per utilizzo dei sistemi di ventilazione e alla corretta adozione dei DPI.</li></ul>
1 Marzo 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute del 01/03/2020 - Incremento disponibilità posti letto de Servizio Sanitario Nazionale e ulteriori indicazioni relative alla gestione dell'emergenza	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Attivazione modello di cooperazione interregionale</li><li>➤ Incremento della disponibilità dei posti letto, + 50% in terapia intensiva</li><li>➤ Coordinamento trasporti regionali ed interregionali (CROSS)</li><li>➤ Incremento del 100% dei posti letto in unità di pneumologia e malattie infettive, isolati e dotati di strumenti per il supporto alla respirazione (compresa ventilazione assistita)</li></ul>
9 marzo 2020	Governo	Decreto Legge 9 marzo 2020, n. 14 «Disposizioni urgenti per potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Potenziamento delle risorse umane SSN;</li><li>➤ Potenziamento delle reti assistenziali (attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale - USCA)</li></ul>
16 Marzo 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute 16/03/2020 - Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Identificazione prestazioni ambulatoriali e ospedaliere non COVID differibili</li></ul>
25 Marzo 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute del 25/03/2020 - Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Rimodulazione contratti per prestazioni COVID e non COVID con operatori privati</li><li>➤ Differenziazione chiamate al 112/118</li><li>➤ Linee di indirizzo per gestione territoriale e RSA</li><li>➤ Coordinamento soluzioni ICT e Digitali</li><li>➤ Sperimentazioni medicinali</li></ul>



# Contesto normativo (4/4):

## Indirizzi clinico organizzativi - Livello nazionale (2/2)



Data	Ente	Provvedimento	Sintesi dei contenuti
18 Aprile 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute del 18/04/2020 - Indicazioni ad interim per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali e sociosanitarie	➤ Indicazioni clinico – organizzative per la prevenzione e il controllo dell'infezione da COVID 19 in strutture residenziali e sociosanitarie
30 Aprile 2020	MdS	Decreto del 30 aprile 2020 - Emergenza COVID-19: attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase 1 alla fase 2A di cui all'allegato 10 del DPCM 26/4/202	➤ Defizione dei criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario per l'evoluzione della situazione epidemiologica.
9 maggio 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute del 9 Maggio 2020 - COVID-19: test di screening e diagnostici	➤ Indicazioni in merito all'utilizzo di test sierologici e molecolari
29 maggio 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute del 29 Maggio 2020 Ricerca e gestione dei contatti di casi COVID-19 (Contact tracing) ed App Immuni	➤ Definizione del «contatto stretto» ➤ Definizione delle azioni chiave dopo l'identificazione di un caso ➤ App «Immuni»
1 giugno 2020	MdS	<a href="#">Circolare</a> del 01 giugno 2020 - Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19	➤ Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19.



# Preparedness (1/2)

## *Piano Nazionale di Preparazione e Risposta per una Pandemia Influenzale*



Con l'Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome del 9 febbraio 2006 è stato approvato il **Piano nazionale di preparazione e risposta per una pandemia influenzale** (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.77 del 01-04-2006 - Suppl. Ordinario n. 81) stilato secondo le indicazioni dell'OMS del 2005, che aggiorna e sostituisce il precedente Piano italiano multifase per una pandemia influenzale.

«L'**obiettivo** del Piano è rafforzare la preparazione alla pandemia a livello nazionale e locale, in modo da:

1. identificare, confermare e descrivere rapidamente casi di influenza causati da nuovi sottotipi virali, in modo da riconoscere tempestivamente l'inizio della pandemia.
2. Minimizzare il rischio di trasmissione e limitare la morbosità e la mortalità dovute alla pandemia.
3. Ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali e assicurare il mantenimento dei servizi essenziali.
4. Assicurare una adeguata formazione del personale coinvolto nella risposta alla pandemia.
5. Garantire informazioni aggiornate e tempestive per i decisori, gli operatori sanitari, i media e il pubblico.
6. Monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi.»

«Le **azioni chiave** per raggiungere gli obiettivi del Piano sono:

1. migliorare la sorveglianza epidemiologica e virologica.
2. Attuare misure di prevenzione e controllo dell'infezione (misure di sanità pubblica, profilassi con antivirali, vaccinazione).
3. Garantire il trattamento e l'assistenza dei casi.
4. Mettere a punto piani di emergenza per mantenere la funzionalità dei servizi sanitari e altri servizi essenziali.
5. Mettere a punto un piano di formazione.
6. Mettere a punto adeguate strategie di comunicazione.
7. Monitorare l'attuazione delle azioni pianificate per fase di rischio, le capacità/risorse esistenti per la risposta, le risorse aggiuntive necessarie, l'efficacia degli interventi intrapresi; il monitoraggio deve avvenire in maniera continuativa e trasversale, integrando e analizzando i dati provenienti dai diversi sistemi informativi.»

Approfondimento  
[Instant Report #12](#)



# La riorganizzazione della rete ospedaliera (art. 2 DL 34 del 19 maggio 2020)



## Commento

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.

Al 15 luglio 2020 si registra l'approvazione dei piani di riorganizzazione in Puglia e Valle d'Aosta. Per questo motivo, a poco meno di due mesi dall'approvazione del DL n.34 del 19 maggio, il **76 %** delle regioni italiane ha deliberato specifici piani di riorganizzazione dell'attività ospedaliera per il potenziamento della rete ospedaliera e delle terapie intensive. Si va quindi progressivamente completando il primo step della riorganizzazione dei servizi sanitari regionali. la totalità delle regioni caratterizzate da una **circolazione consistente del virus** ha riorganizzato la rete ospedaliera mentre tra le regioni in cui il virus ha circolato con **intensità media** manca all'appello il Lazio. Infine, una buona parte di quelle regioni che hanno registrato un numero di casi limitati hanno approvato in Giunta Regionale piani di riorganizzazione ospedaliera.

# Gli approcci Regionali all'organizzazione della rete ospedaliera COVID-19 per la fase 2



Covid – Hospital dedicati 	Modello a rete 	Hub and spoke 
Piemonte	Toscana	Abruzzo
Valle d'Aosta		Calabria
		Campania
		Emilia Romagna
		Marche
		Liguria
		Lombardia
		Puglia
		Umbria
		Veneto

## Commento

La tabella riporta i 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 (**10**) 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.

*Nota: dalle delibere della Sardegna, P.A di Trento e P.A. di Bolzano non è possibile desumere un modello organizzativo*



# Appendice 1: fonte delle informazioni



- Abruzzo**  
DGR n. 334 del 15.6.2020 «Art.2 D.L.n.34 del 19 maggio 2020: riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza CoVid-19»
- Calabria**  
Decreto del Commissario ad Acta 18.06.2020, n. 91 «Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34 -Art. 2 - Documento di riordino della Rete Ospedaliera in Emergenza COVID-19.
- Campania**  
DGR n 304 del 16/06/2020 «Piano di riorganizzazione/potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure della Regione Campania
- Emilia Romagna**  
Delibera Num. 677 del 15/06/2020 "Emergenza Pandemica Covid-19 - Disposizioni In Ordine Al Piano Di Riorganizzazione Dell'assistenza Ospedaliera Di Cui All'art. 2 Del D.L. 19 Maggio 2020, N. 34."
- Liguria**  
DGR 500 del 16.06.2020 "Piano per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19".
- Lombardia**  
DGR XI/3264 "Piano di riordino della rete ospedaliera: attuazione dell'Art.2 del DL 34/20
- Marche**  
DGR 751 del 16/06/2020 Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 in attuazione del D.L. 19 MAGGIO 2020, N. 34 (Misure Urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19)
- Piemonte**  
DGR 7 -1492 del 12 giugno 2020 «Emergenza COVID – 19 Approvazione del Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID da proporre all'approvazione del Ministero della Salute ai sensi dell' art 2 del DL 34 del 19 maggio 2020».
- Puglia**  
DGR n. 1079 del 9 luglio 2020 «: Potenziamento della Rete Ospedaliera ai sensi dell'art. 2 del Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34 e del D.M. n.70/2015. Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019.
- Sardegna**  
Deliberazione N. 28/19 Del 4.06.2020 «Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza Covid-19, ai sensi dell'art. 2, decreto legge 19 maggio 2020, n. 34. Implementazione dei Posti Lettodi Terapia Intensiva e Sub Intensiva. Approvazione preliminare.
- Toscana**  
DGR 741 del 15/06/2020 Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 di cui all'art. 2 del Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34 recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19".
- Trentino Alto Adige**  
P.A. Bolzano: DGR 437 del 16/06/2020 «Covid-19 - Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza»  
P.A. Trento Comunicato stampa regionale (<https://www.ufficiostampa.provincia.tn.it/Comunicati/Approvato-la-proposta-di-riorganizzazione-della-rete-ospedaliera-post-Covid-piu-che-raddoppiate-le-terapie-intensive>)
- Umbria**  
DGR 483 del 19/06/2020 Piano di riorganizzazione emergenza COVID-19 \_ Potenziamento rete ospedaliera (ai sensi dell'art. 2 decreto legge 19 maggio 2020 n. 34).
- Veneto**  
DGR n. 782 del 16 giugno 2020 «Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria.»
- Valle d'Aosta**  
DGR n. 584 dell' 08/07/2020 «Regione autonoma Valle d'Aosta - Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera»



# Programmazione dell'assistenza ospedaliera per Covid-19



È stato deliberato il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in ottemperanza all' art. 2 del DL 34/2020?\*

		si	no
Erano stati precedentemente implementati piani di riorganizzazione della rete ospedaliera per la fase 2?	si	Emilia-Romagna Liguria Lombardia Marche Toscana Umbria Veneto	Lazio Sicilia
	no	Abruzzo Calabria Campania Piemonte Sardegna Puglia P.A. Bolzano P.A. Trento Valle d'Aosta	Basilicata Friuli Venezia Giulia Molise

## Commento

La matrice mette in relazione i diversi approcci programmatori delle regioni adottati per la rete ospedaliera, distinguendo le delibere approvate in ottemperanza all' art 2 del DL 34/2020 da documenti di programmazione ospedaliera precedentemente approvati per la fase 2. 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 **3** 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 **7** 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.



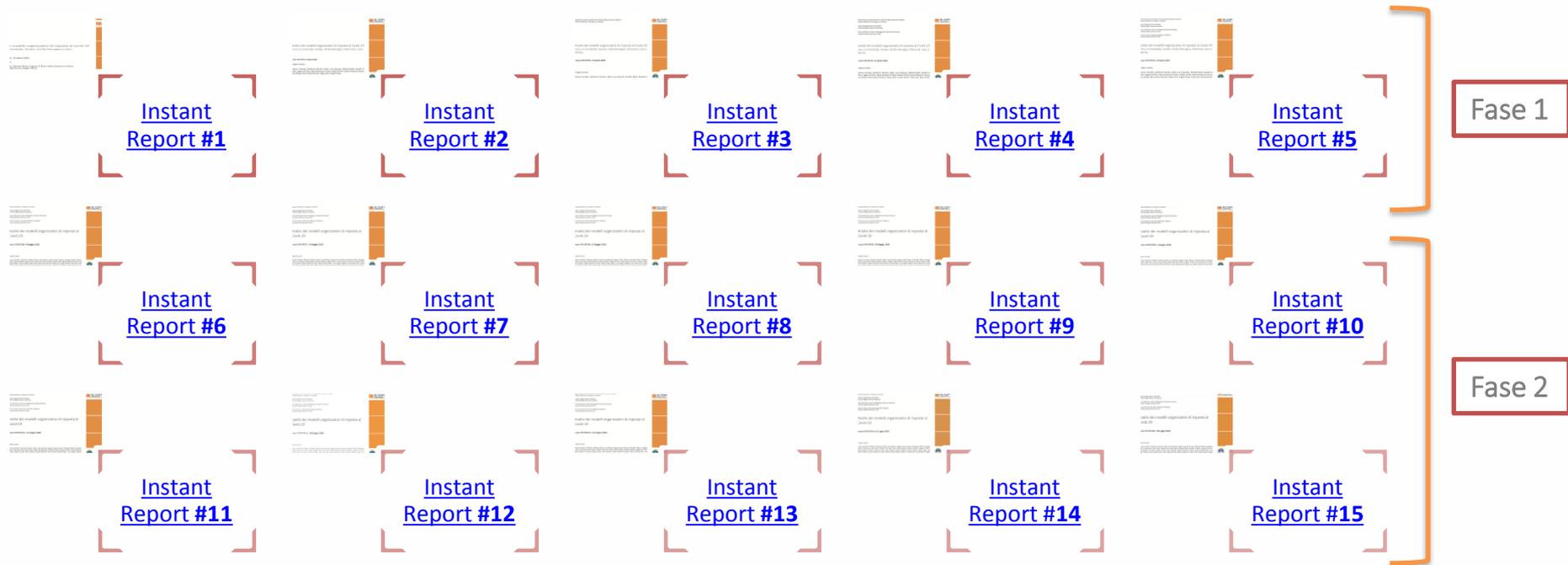


# Library Instant Report



# ALTEMS Instant Report

*dal 31 marzo 2020 ad oggi*

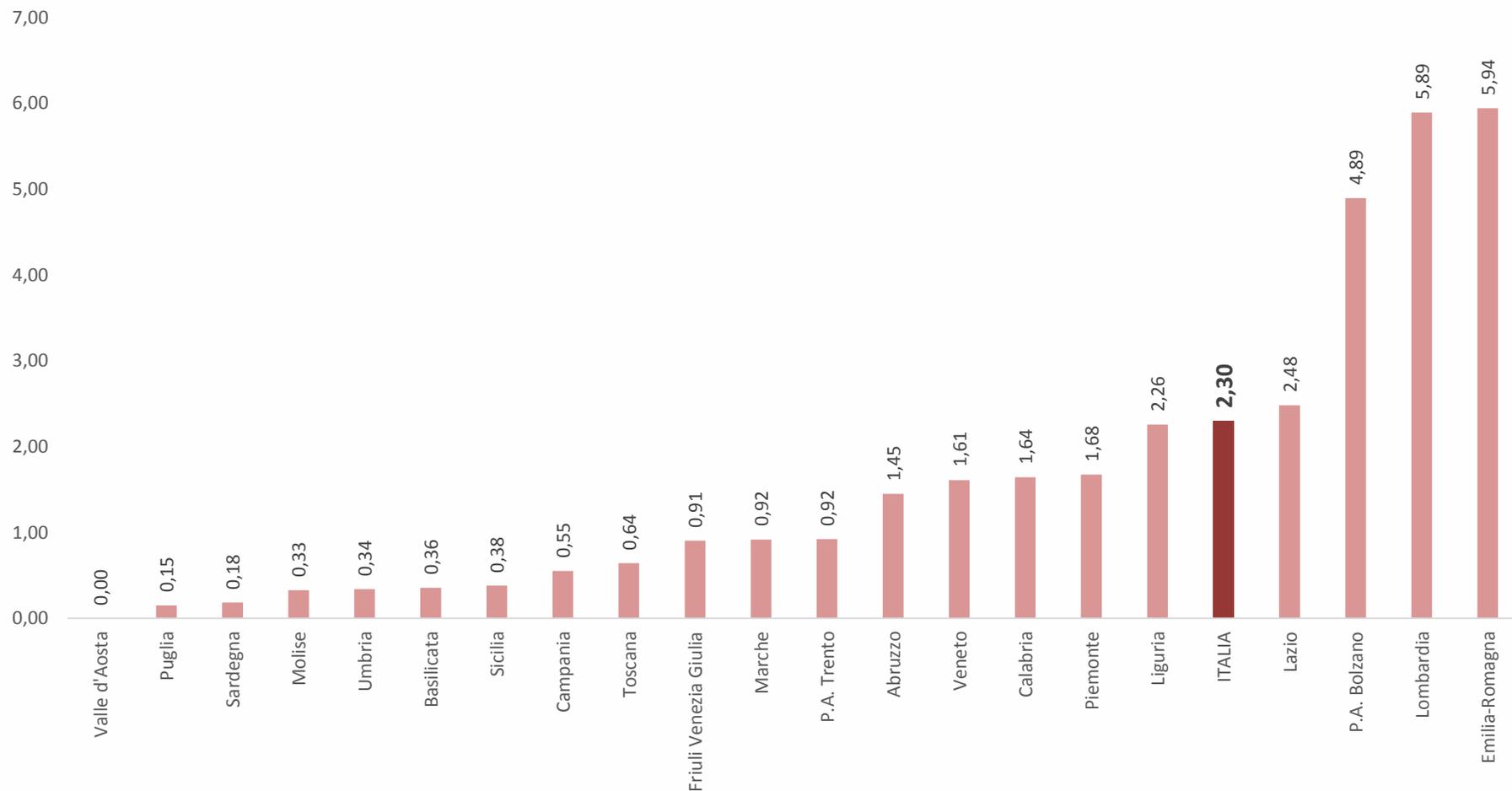




# Indicatori di monitoraggio del contagio



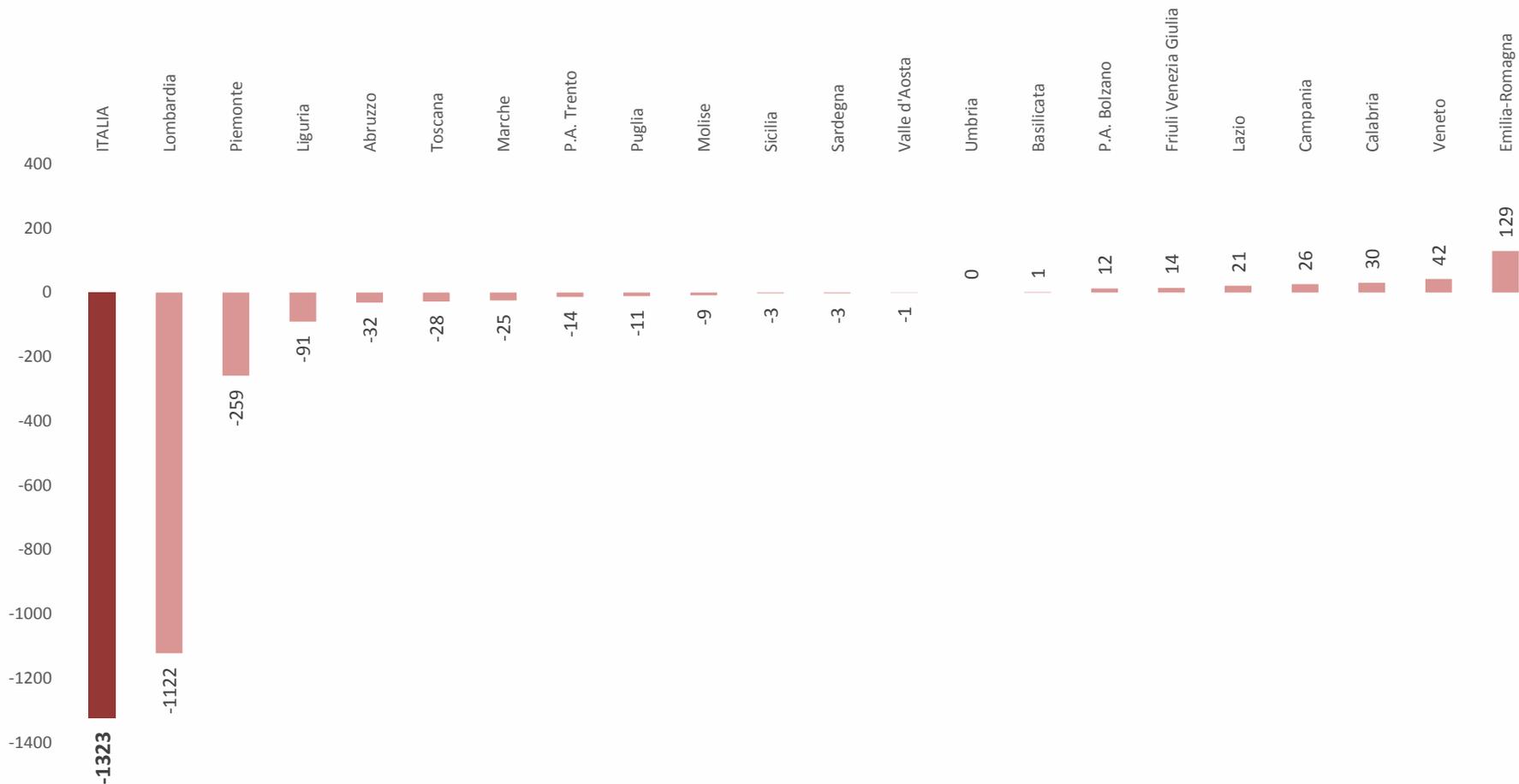
# Indicatore 1.1. Incidenza settimanale x 100.000



## Commento

Questo indicatore fornisce un'indicazione precoce dell'eventuale sviluppo di nuovi focolai di contagio. Essendoci verosimilmente un numero elevato di casi sommersi, l'indicatore risente delle politiche di monitoraggio attuate dalle varie Regioni sul numero di tamponi effettuati. In termini di incidenza settimanale l'Emilia-Romagna e la Lombardia registrano i valori più elevati.

# Indicatore 1.2. Andamento attualmente positivi



<b>Media</b>	<b>-63,00</b>
Min	-1.122,00
Max	129,0
Dev-St	252,44
Var	63.725,50

## Commento

Questo indicatore fornisce un'indicazione sull'andamento dei casi positivi nelle varie Regioni. La differenza maggiore viene registrata in Lombardia, con una variazione di -1.122, la scorsa settimana era di -986 casi. In generale, si sottolinea un andamento negativo con una media di -63 casi, la settimana scorsa erano -61. Si registra un aumento degli attualmente positivi in diverse Regioni.

# Indicatore 1.3. Andamento ospedalizzati



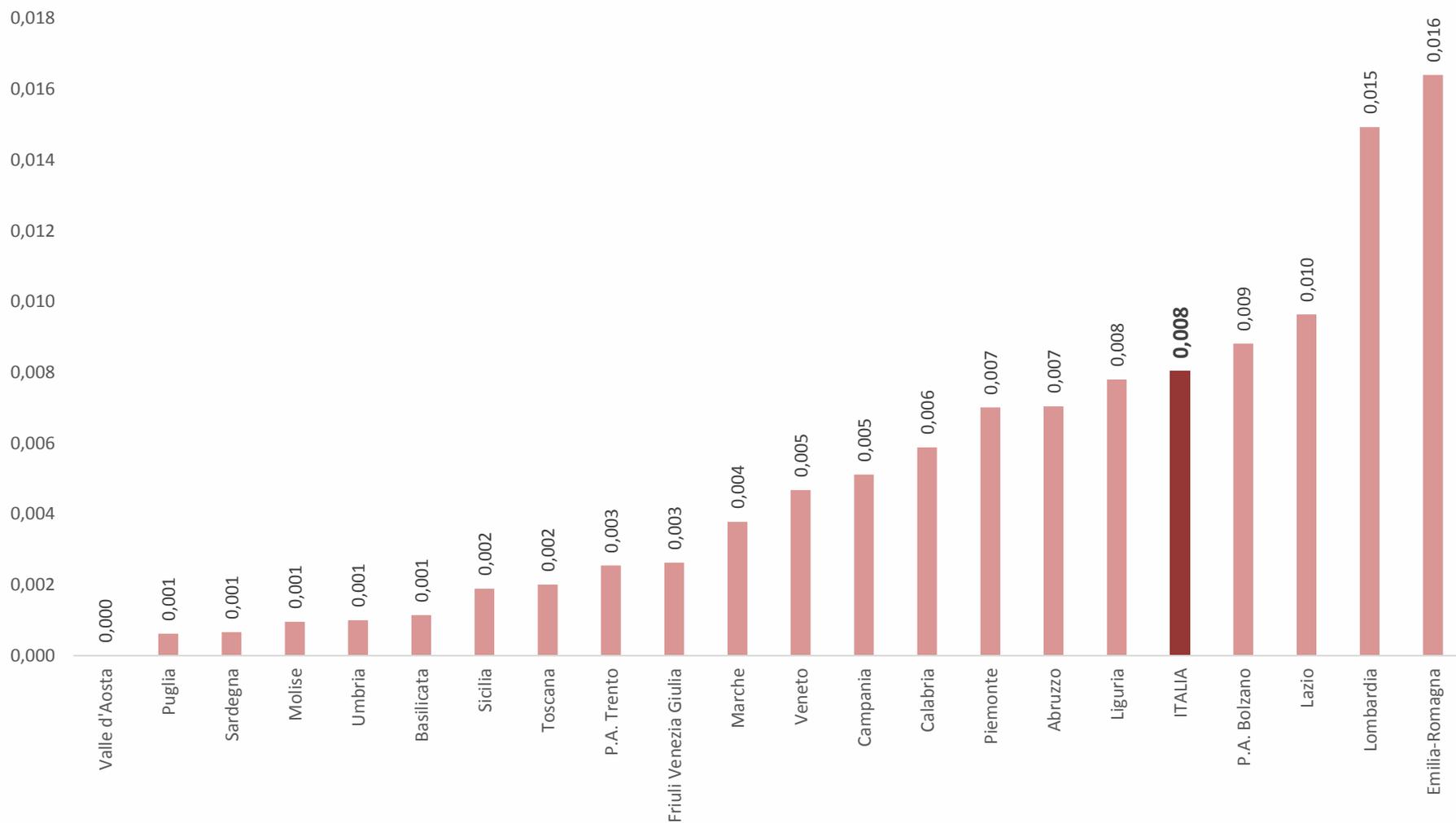
<b>Media</b>	<b>-8,24</b>
Min	-62,0
Max	12,00
Dev-St	16,39
Var	271,09

## Commento

Questo indicatore fornisce un'indicazione sull'andamento dei casi ospedalizzati in tutte le Regioni. La differenza maggiore viene registrata in Lombardia con una variazione di -62 casi ospedalizzati, la settimana scorsa erano -74. In generale in si registra un andamento negativo pari in media a -8 casi ospedalizzati, tale dato non registra una variazione significativa in questa settimana. Si segnala un andamento positivo dell'indicatore in Veneto nella P.A di Bolzano ed in Basilicata.



# Indicatore 1.4. Positività al test



## Commento

L'indice di positività rispetto ai test effettuati registra un valore massimo di 0,016 in Regione Emilia-Romagna e 0,015 in Lombardia. In Italia è positivo un nuovo soggetto testato ogni 125.

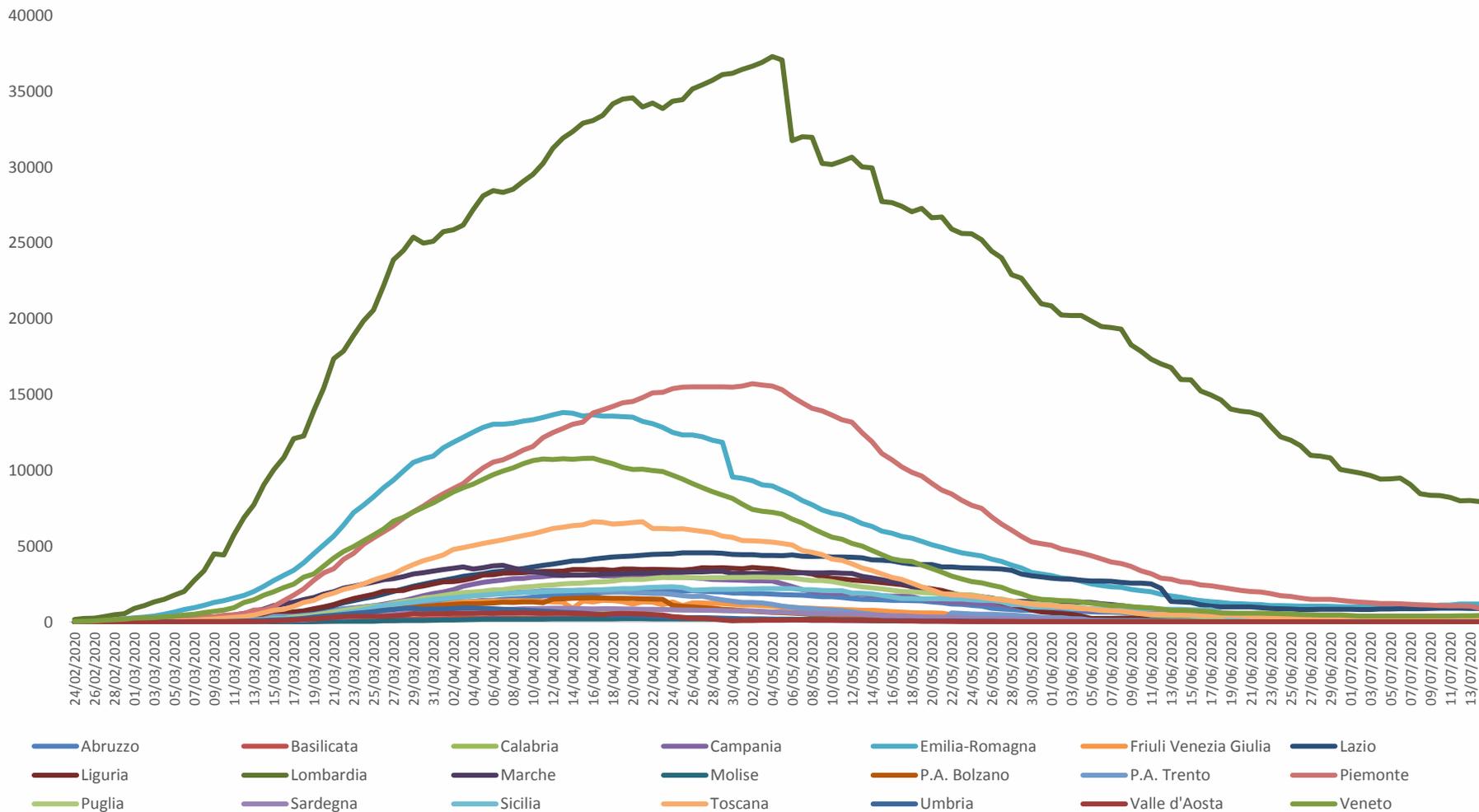




# Indicatori epidemiologici



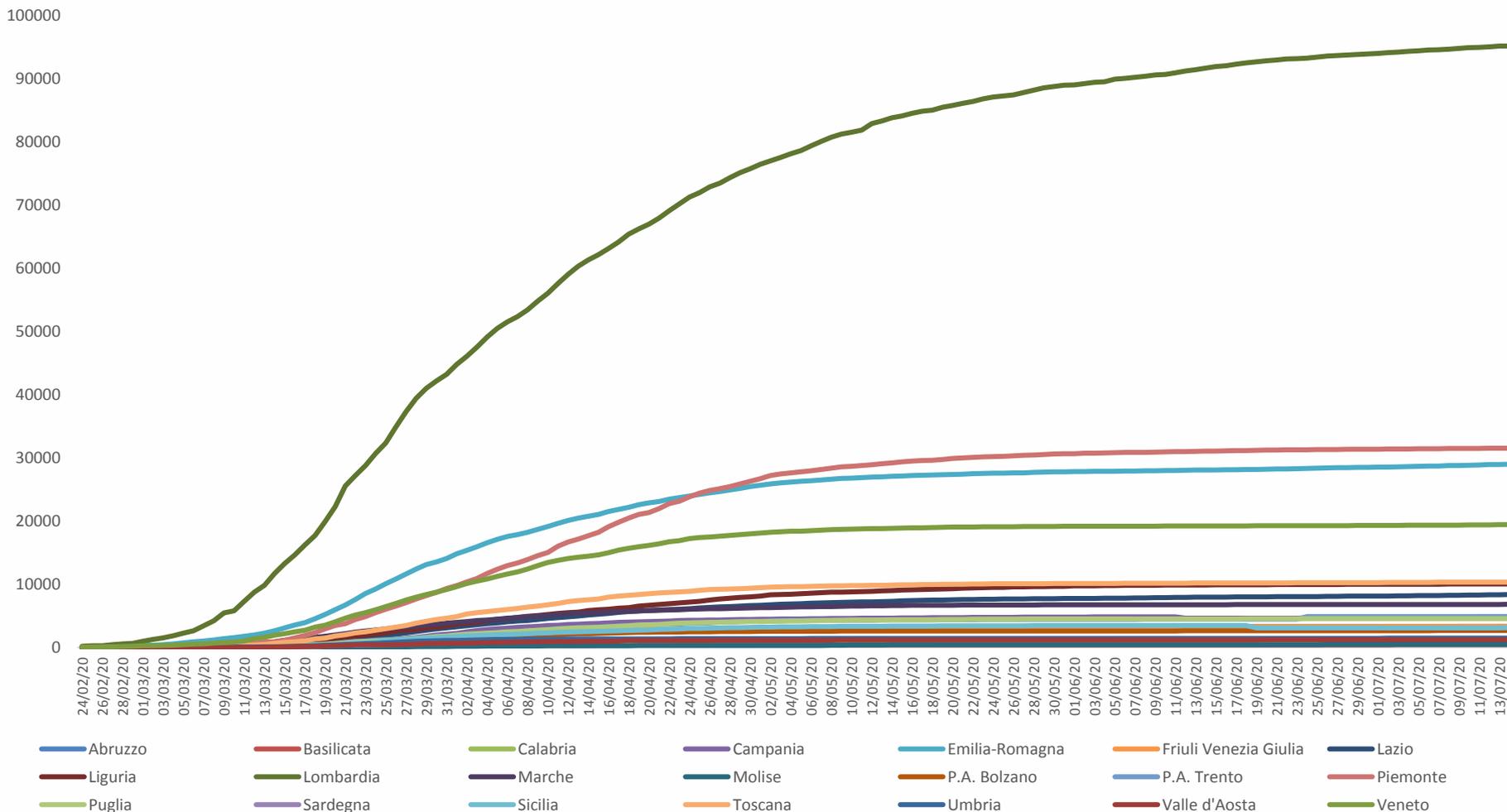
# Indicatore 2.1. Totale attualmente positivi



## Commento

Si registra in generale un andamento decrescente nella quasi totalità delle regioni considerate. In particolare, il numero di casi risulta decrescere maggiormente nelle regioni Lombardia e Piemonte.

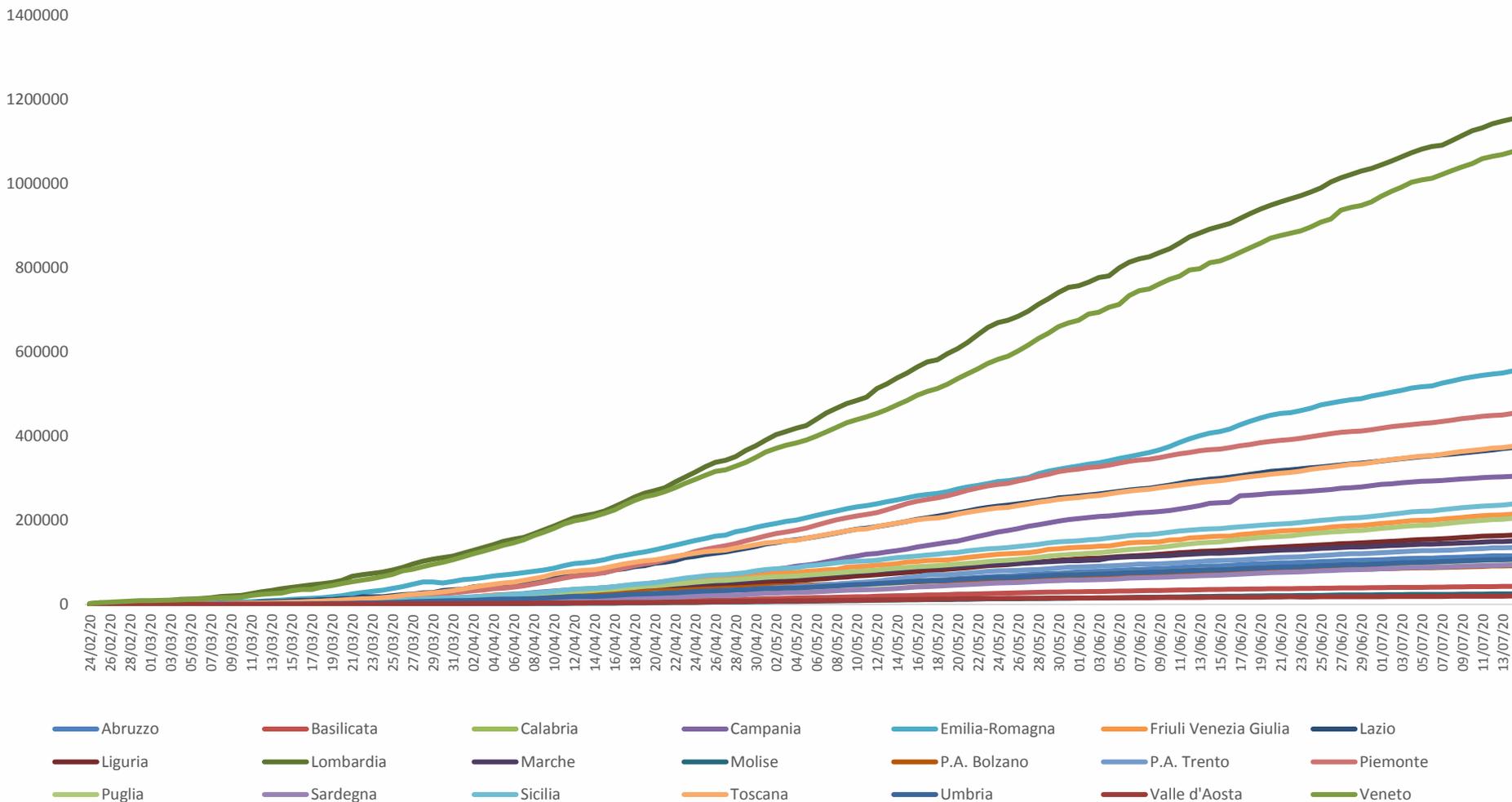
# Indicatore 2.2. Totale casi



## Commento

Si registra in generale un andamento tendente ad un plateau nella quasi totalità delle regioni considerate. In particolare, il numero di casi risulta ancora in crescita nella regione Lombardia, mentre nelle regioni Piemonte ed Emilia Romagna si assiste ad un calo più significativo nella tendenza analizzata.

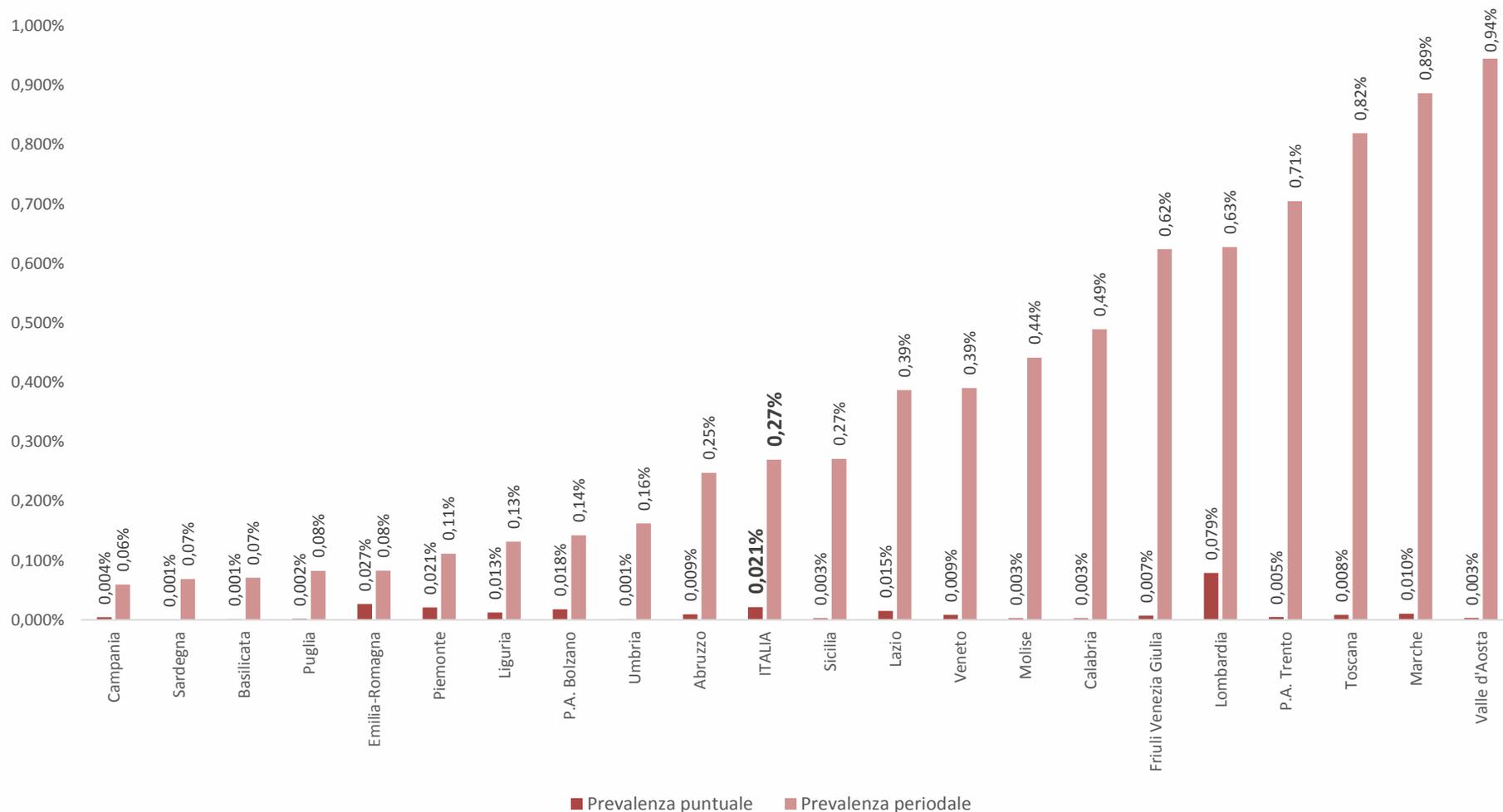
# Indicatore 2.3. Totale tamponi



## Commento

Si registra in generale un andamento crescente in tutte le regioni considerate. Il numero di tamponi realizzati rimane più elevato nelle regioni Lombardia e Veneto, con un incremento particolarmente significativo per quanto riguarda la regione Lombardia.

## Indicatore 2.4. Prevalenza Periodale\* e Prevalenza Puntuale

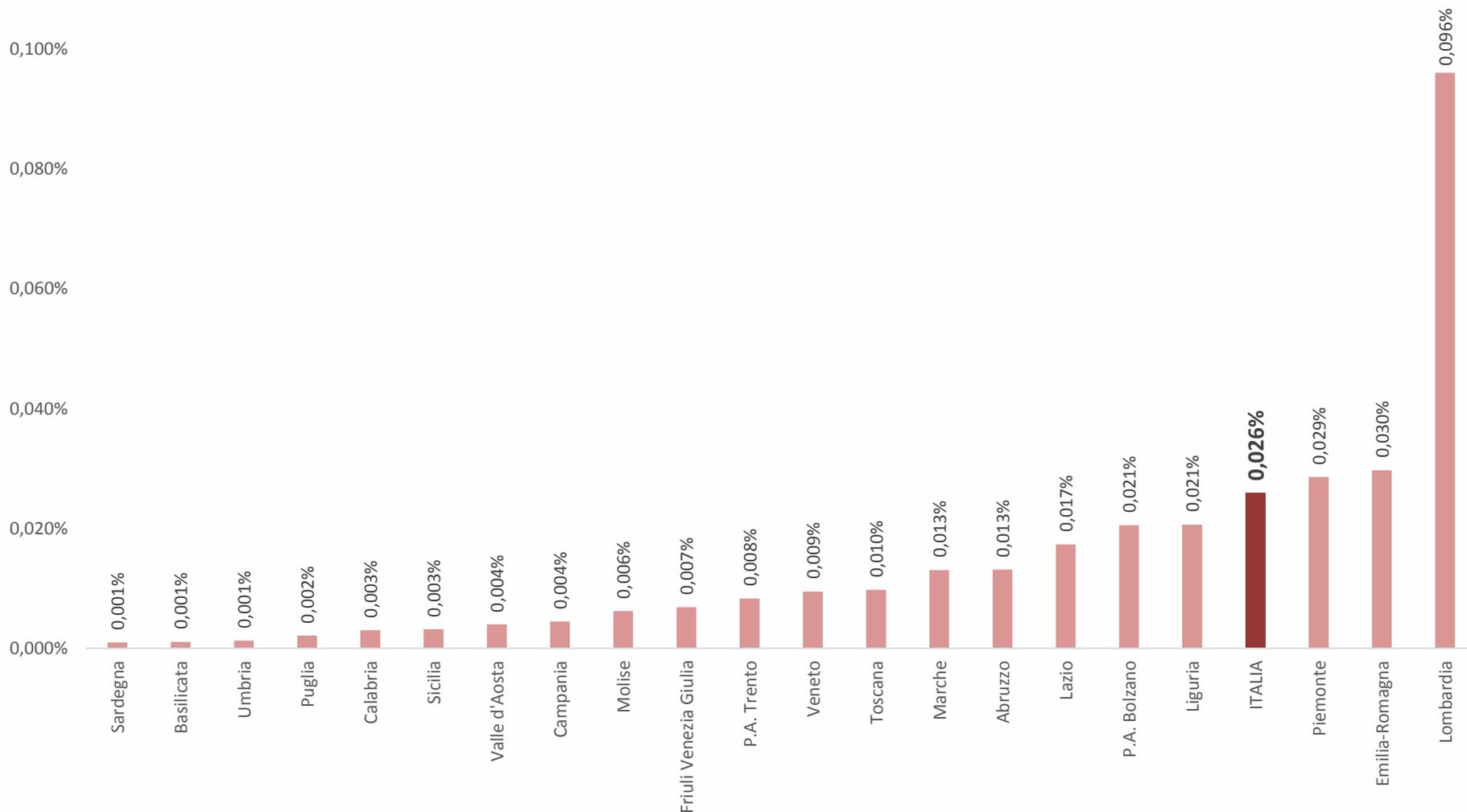


### Commento

L'indicatore mostra una maggiore prevalenza di periodo in Valle D'Aosta (riferita a tutto il periodo dell'epidemia). La differenza tra prevalenza puntuale e prevalenza di periodo indica un diverso peso dell'emergenza nelle varie regioni, attualmente ancora in evoluzione, e potrebbe indicare una diversa tempestività nelle misure di contenimento adottate.

(\* ) Il dato considera il periodo dal 1 Marzo 2020 al 14 Luglio 2020

# Indicatore 2.5. Prevalenza periodale 07/7/2020 – 14/7/2020



## Commento

In termini di monitoraggio della prevalenza settimanale si registra un tasso di prevalenza rispetto alla popolazione residente più elevato rispetto alla media nazionale in Lombardia, Emilia-Romagna e Piemonte. Tra le Regioni del centro il Lazio registra un valore dello 0.017%. La prevalenza nell'ultima settimana registrata nel contesto nazionale è pari a 0.026%.



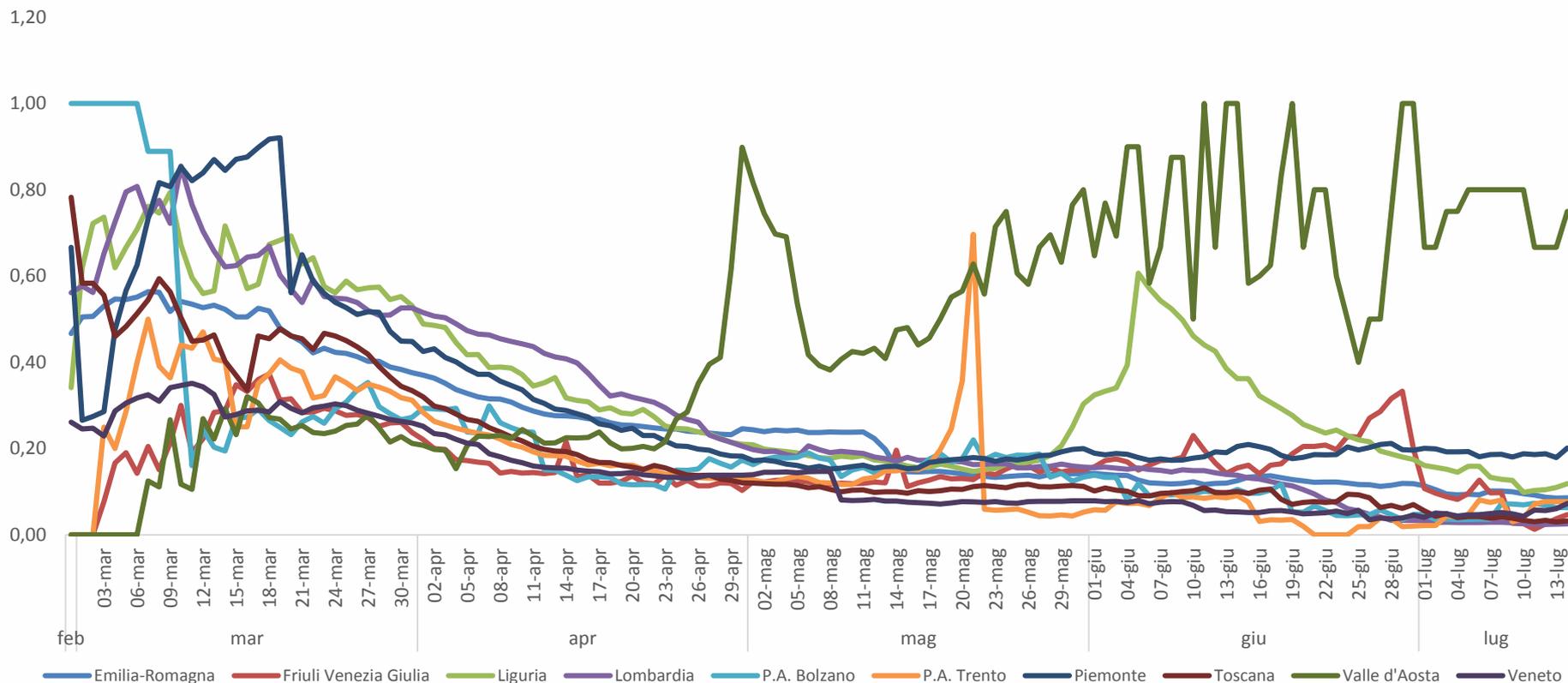


# Indicatori clinico-organizzativi





# Indicatore 3.2. Pazienti ricoverati / Positivi (1/3)

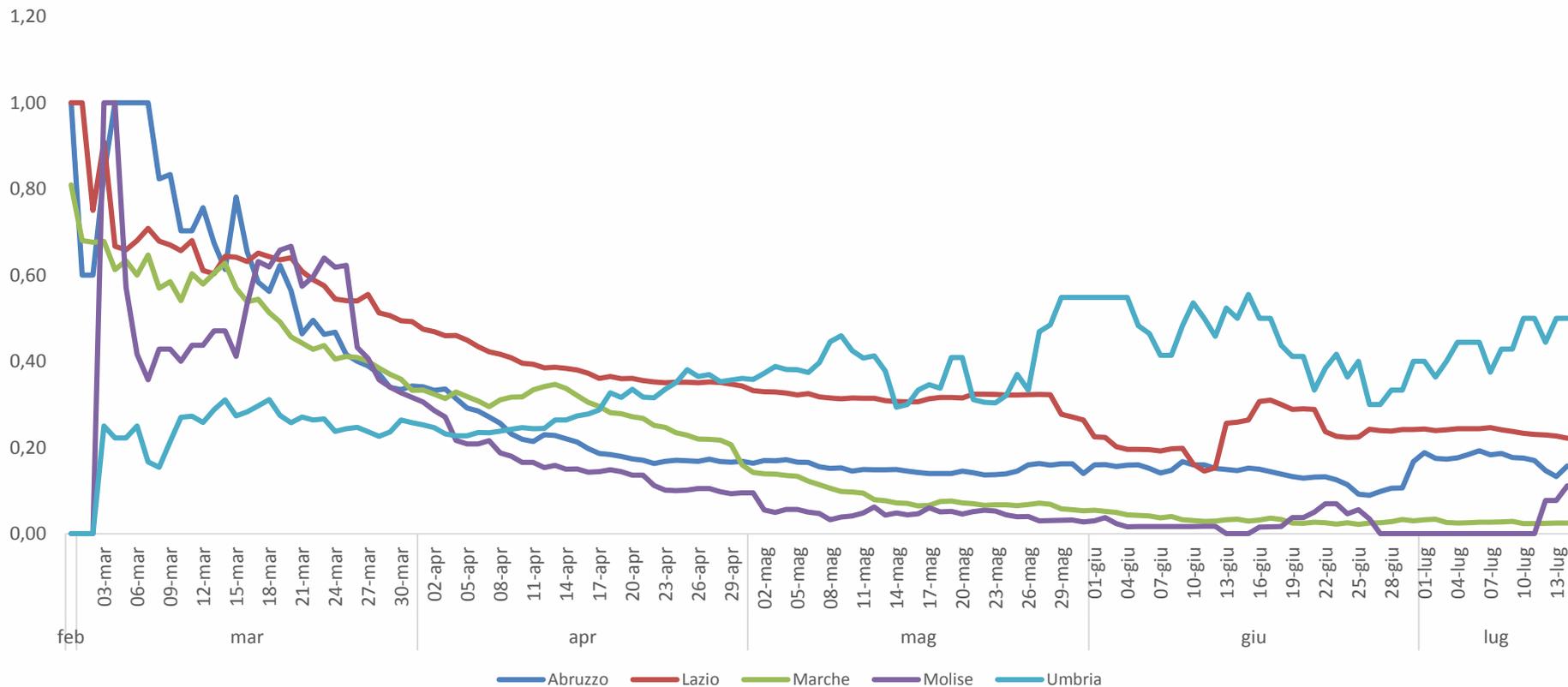


Data	Emilia-Romagna	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Lombardia	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Piemonte	Toscana	Valle d'Aosta	Veneto	Totale
Media	0,25	0,17	0,35	0,29	0,21	0,16	0,31	0,20	0,47	0,14	0,26
Max	0,56	0,37	0,79	0,85	1,00	0,70	0,92	0,78	1,00	0,35	0,72
Min	0,09	0,00	0,10	0,02	0,04	0,00	0,15	0,03	0,00	0,03	0,05
Deviazione standard	0,15	0,07	0,19	0,22	0,21	0,13	0,21	0,16	0,27	0,09	0,18
Varianza	0,02	0,01	0,04	0,05	0,05	0,02	0,05	0,03	0,07	0,01	0,03

### Commento

L'andamento generale registra una decrescita nella totalità delle Regioni considerate. Si segnala un andamento anomalo in Val D'Aosta a partire dal 23 aprile dovuto presumibilmente ad una significativa riduzione dei casi positivi sul totale dei pazienti ricoverati, nella P.A. di Trento a partire dal 18 Maggio e nella Liguria a partire dal 29 maggio.

# Indicatore 3.2. Pazienti ricoverati / Positivi (2/3)

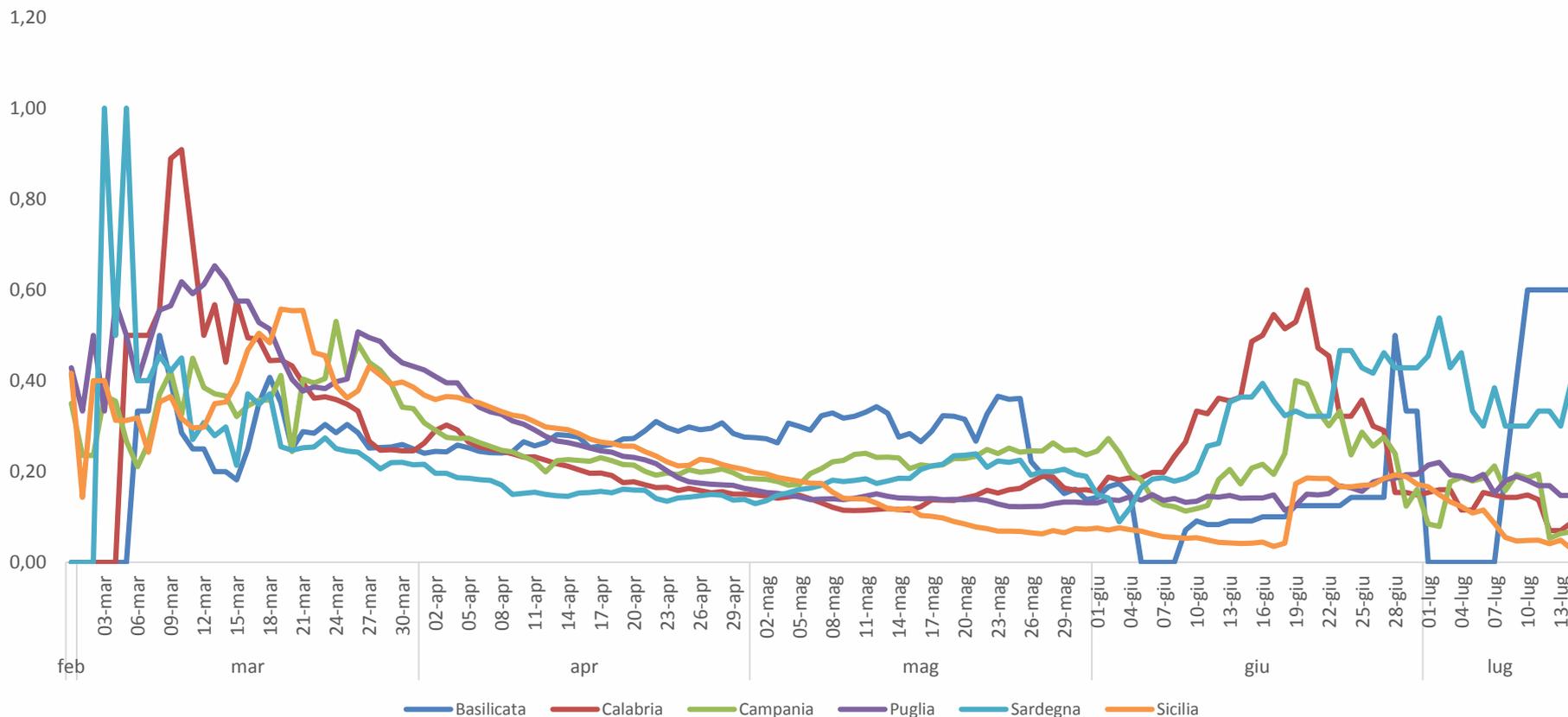


Data	Abruzzo	Lazio	Marche	Molise	Umbria	Totale
Media	0,28	0,38	0,21	0,16	0,35	0,30
Max	1,00	1,00	0,81	1,00	0,56	0,88
Min	0,09	0,15	0,02	0,00	0,00	0,12
Deviazione standard	0,22	0,17	0,21	0,21	0,11	0,15
Varianza	0,05	0,03	0,04	0,04	0,01	0,02

## Commento

Si conferma in generale un trend decrescente eccezion fatta per la Regione Umbria dove viene registrato un andamento incrementale a partire dal 28 marzo. Tale trend altalenante caratterizza la Regione Umbria sino al 30 Giugno.

# Indicatore 3.2. Pazienti ricoverati / Positivi (3/3)

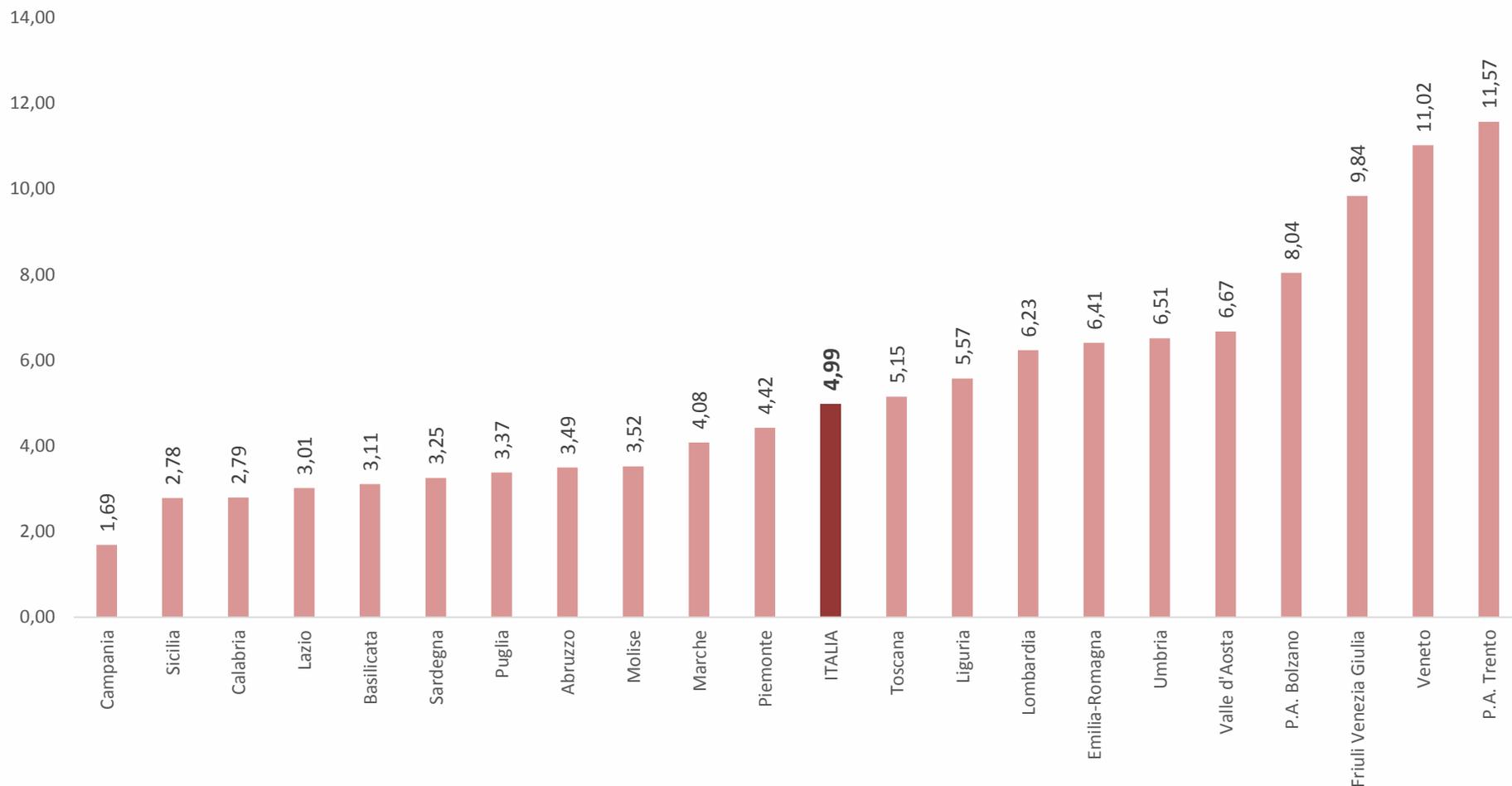


Data	Basilicata	Calabria	Campania	Puglia	Sardegna	Sicilia	Totale
Media	0,23	0,25	0,25	0,25	0,26	0,21	0,23
Max	0,60	0,91	0,53	0,65	1,00	0,56	0,45
Min	0,00	0,00	0,05	0,11	0,00	0,03	0,08
Deviazione standard	0,13	0,16	0,09	0,15	0,14	0,14	0,10
Varianza	0,02	0,03	0,01	0,02	0,02	0,02	0,01

## Commento

L'andamento generale è in diminuzione nella totalità delle regioni del Sud e delle isole. La Basilicata registra un andamento stazionario a partire dal 21 aprile con un lieve incremento a partire dal 7 maggio. La Sardegna registra la decrescita maggiore nel periodo dal 1 marzo anche se a partire dal 4 giugno il trend risulta caratterizzato da un lieve aumento.

# Indicatore 3.3. Tasso settimanale nuovi tamp. x 1.000 ab

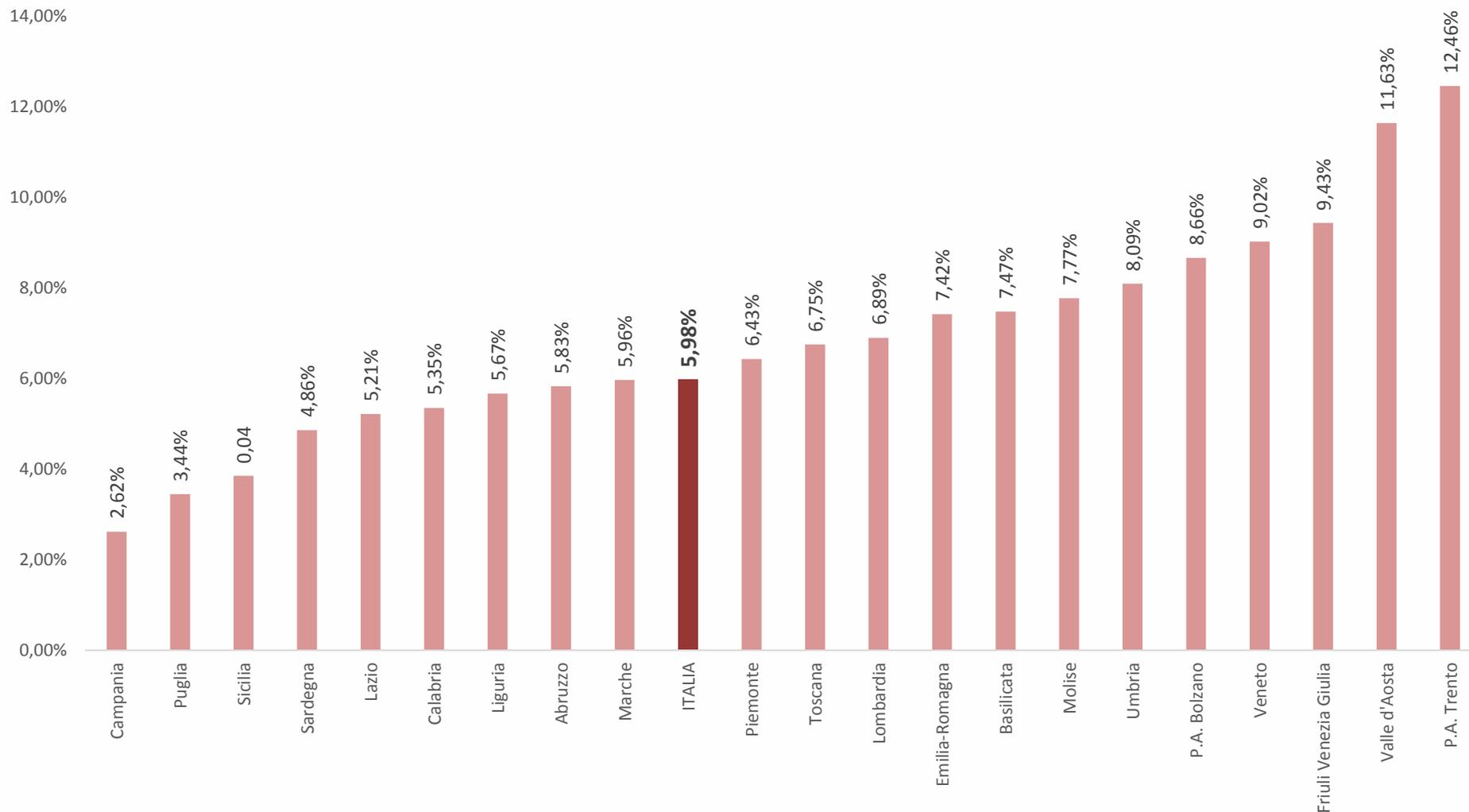


## Commento

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 (1,69). In media in Italia viene registrato un valore, in diminuzione rispetto alla scorsa settimana, di 4,99 tamponi effettuati su 1.000 abitanti nella settimana dal 07/07/2020 al 14/07/2020.



# Indicatore 3.4. Popolazione sottoposta al test su residenti

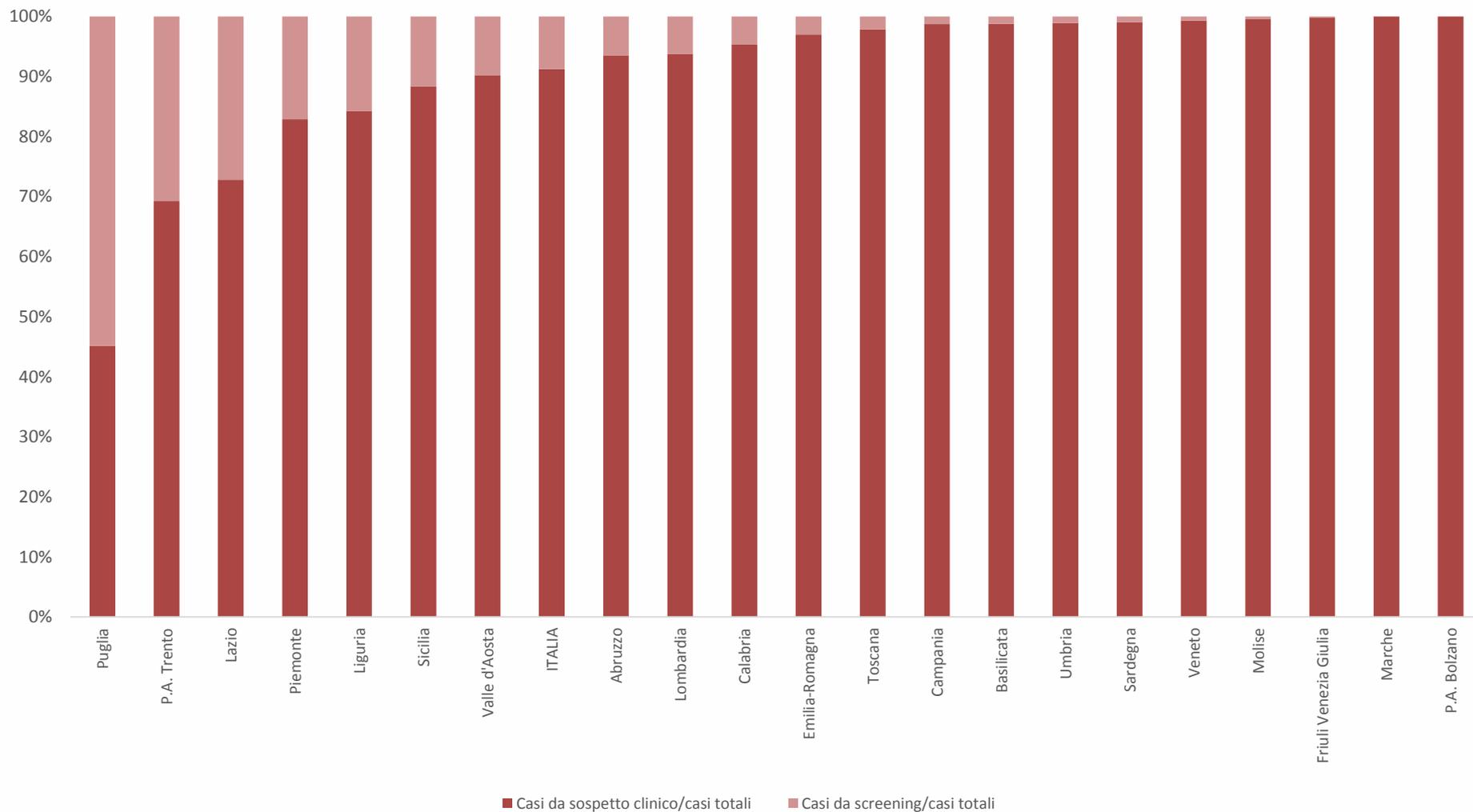


## Commento

In termini di testati su residenti totali Trento, la Valle d'Aosta e il Friuli Venezia Giulia registrano i valori più elevati, rispettivamente 12,46% e 11,63% e 9,43%. In Italia i testati su residenti in media rappresentano il 5,98%.



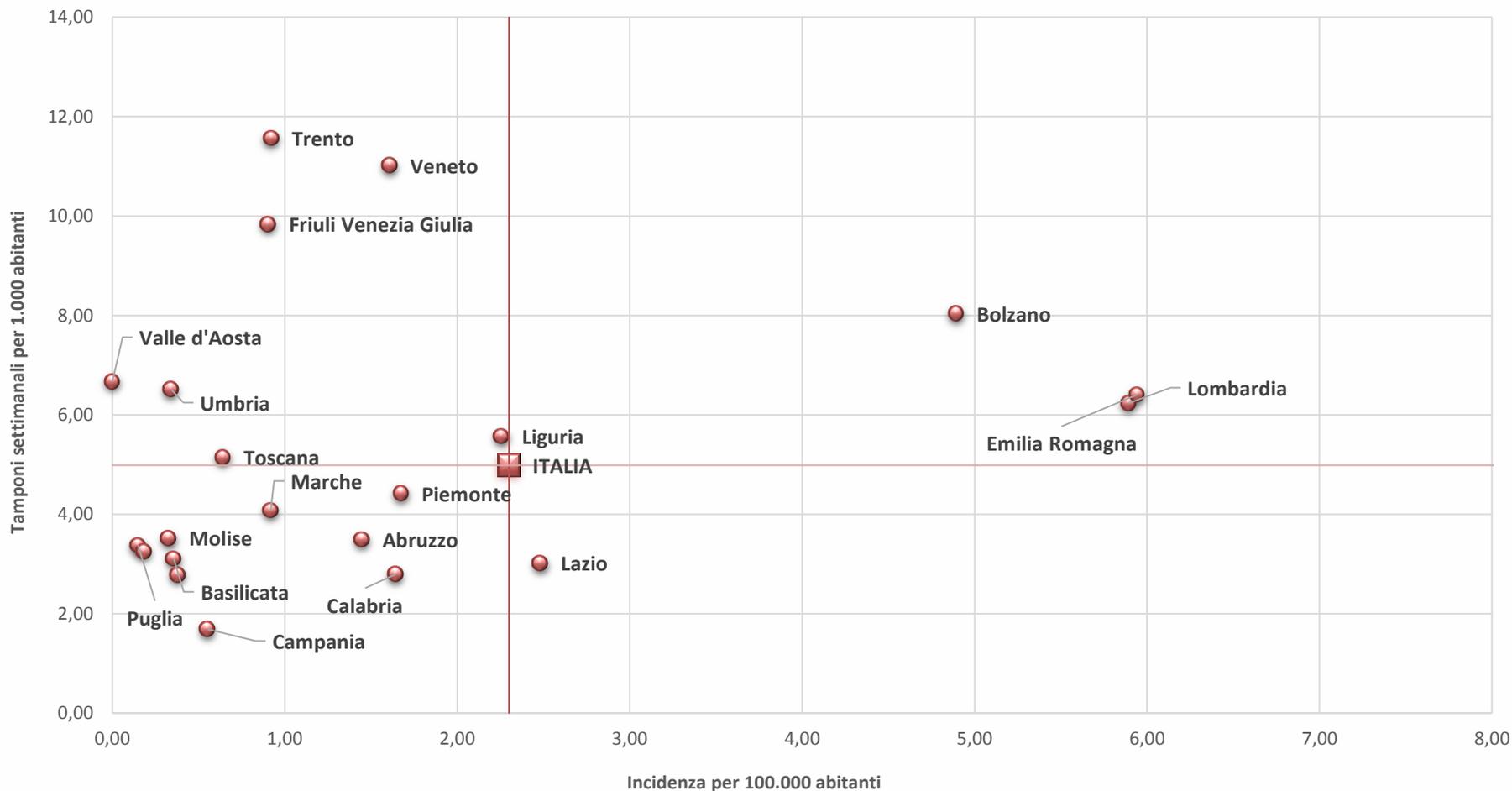
## Indicatore 3.5. Casi da sospetto clinico/casi totali & Casi da screening/casi totali



### Commento

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 (45,18%). Nella maggior parte delle Regioni la quasi totalità dei casi accertati di COVID-19 risulta diagnosticata a partire dal sospetto clinico.

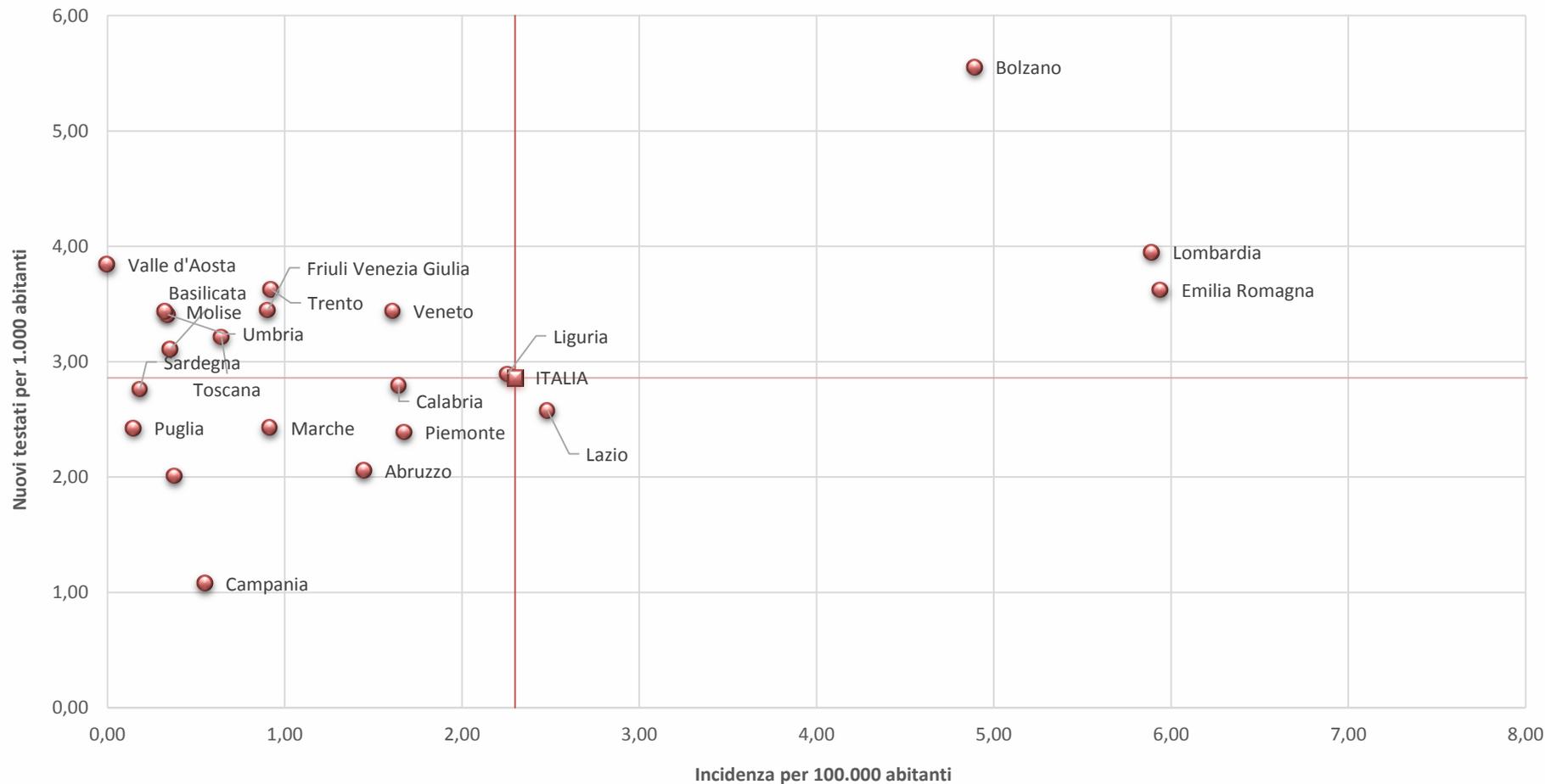
Indicatore 3.6. Relazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N° tamponi effettuati per 1.000 abitanti



#### Commento

Il grafico mostra la correlazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N. di nuovi tamponi effettuati. Dal grafico sembrerebbe emergere che le Regioni associate ad un numero di tamponi realizzati in linea con i casi registrati risultano essere, in particolare, Piemonte e Liguria.

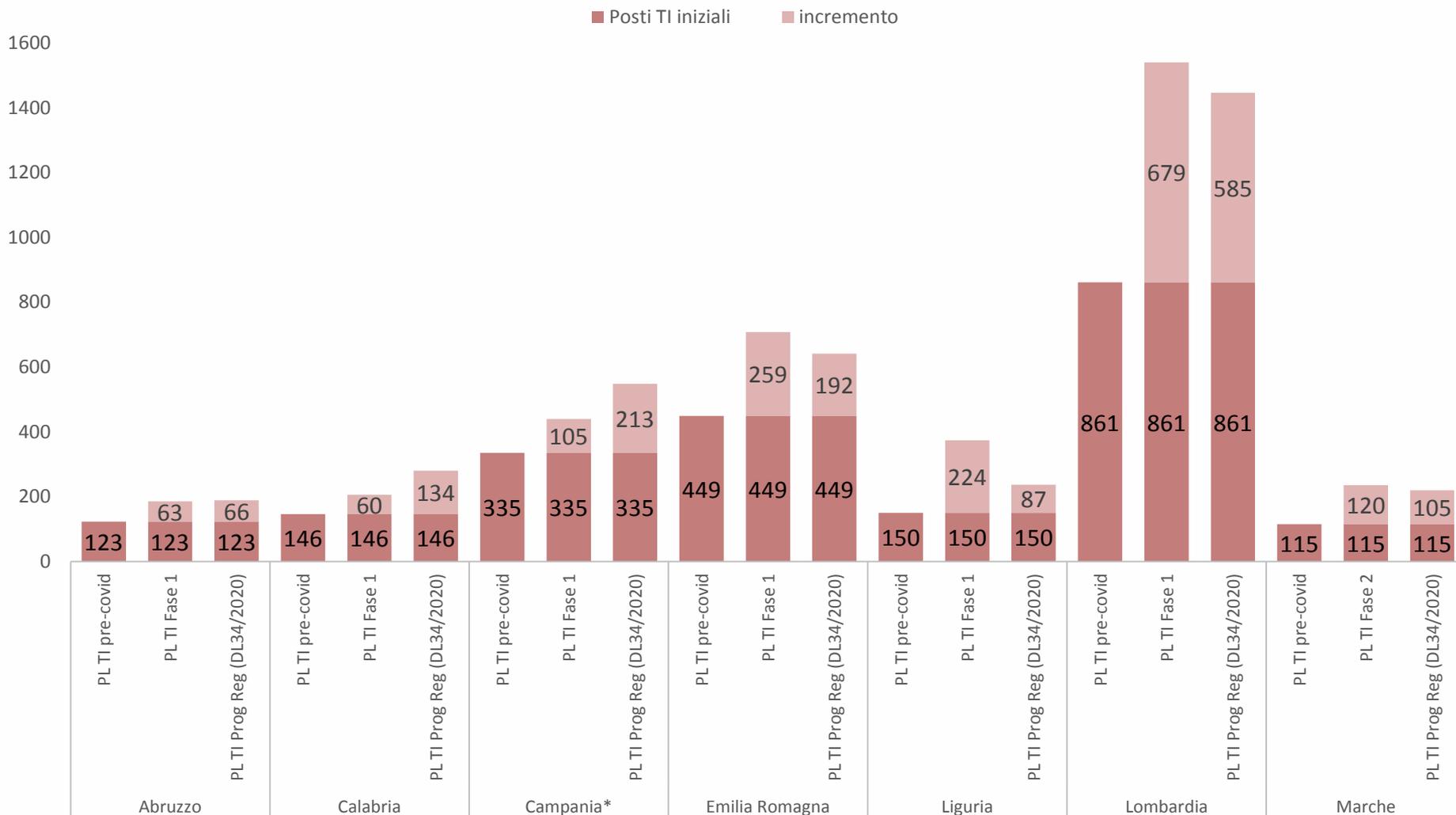
### Indicatore 3.7. Relazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N° nuovi casi testati per 1.000 abitanti



#### Commento

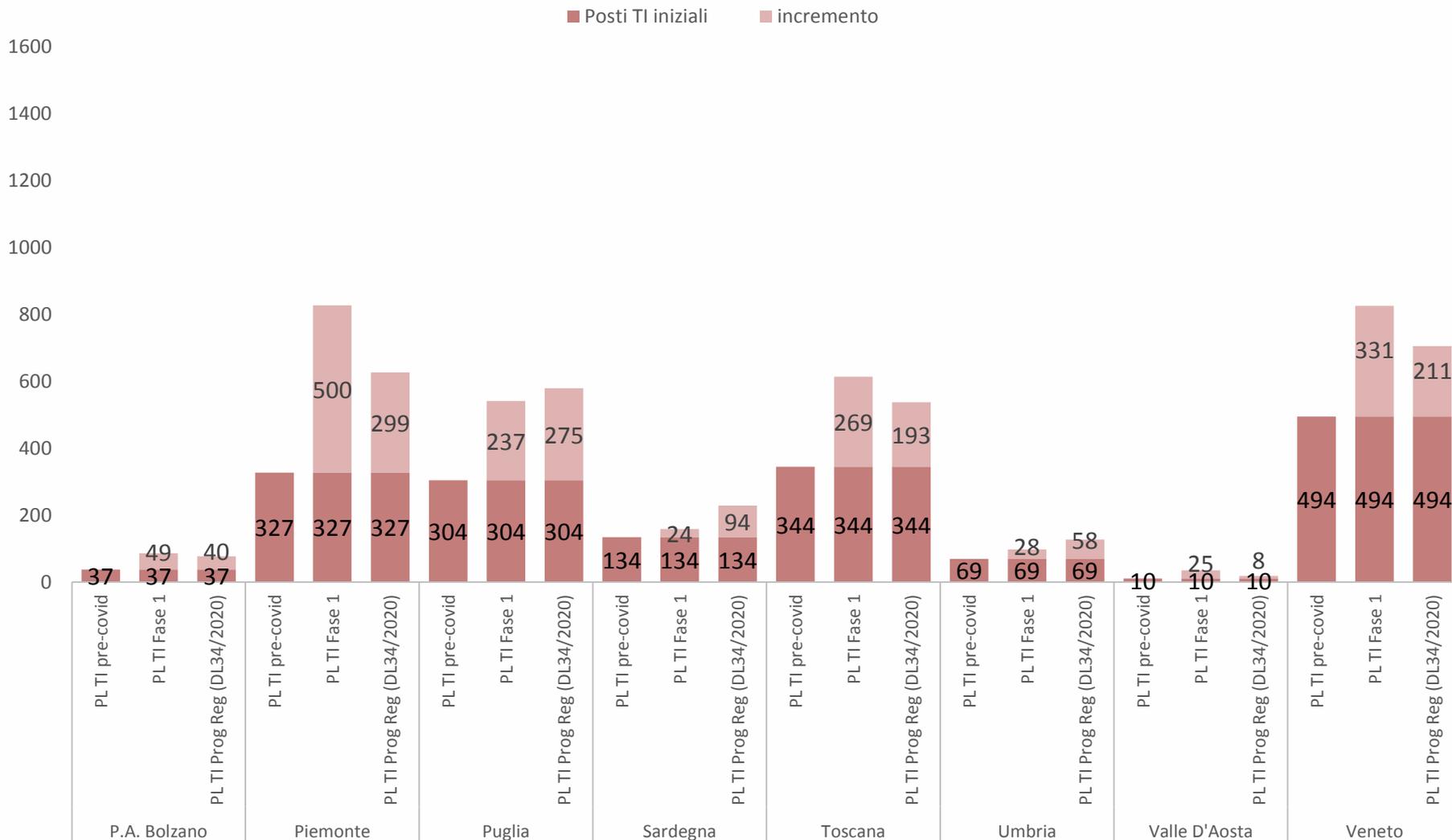
Il grafico mostra la correlazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N° di nuovi casi testati. Dal grafico sembrerebbe emergere che, eccezion fatta per la Lombardia, l'Emilia Romagna e Bolzano tutte le Regioni sono associate ad un numero di tamponi realizzati in linea con i nuovi casi registrati.

# Indicatori 3.8. PL di TI pre-emergenza Covid - 19, durante la fase 1 e a regime come da programmazione regionale (DL34/2020) – 1/2



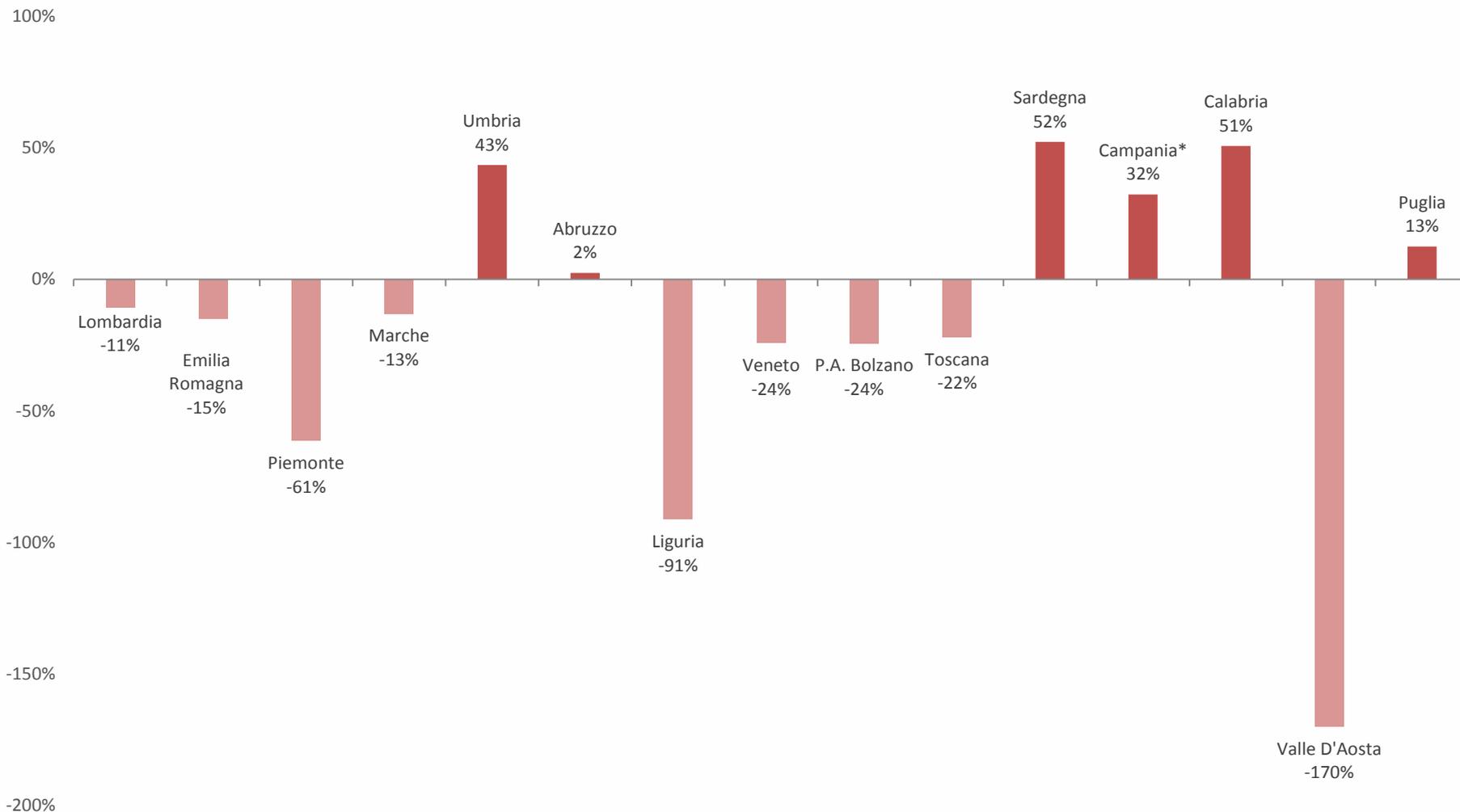
\*incremento previsto rispetto ai 621 PL in TI previsti nel DCA 103/2018 (Approvazione del Nuovo Piano Regionale Di Programmazione Della Rete Ospedaliera Ai Sensi Del DM 70/2015).

# Indicatori 3.8. PL di TI pre-emergenza Covid - 19, durante la fase 1 e a regime come da programmazione regionale (DL34/2020) – 2/2



\*incremento previsto rispetto ai 621 PL in TI previsti nel DCA 103/2018 (Approvazione del Nuovo Piano Regionale Di Programmazione Della Rete Ospedaliera Ai Sensi Del DM 70/2015).

# Indicatori 3.9. Rapporto tra PL TI attivati durante la fase 1 e quelli previsti a regime dalla programmazione regionale



\*incremento previsto rispetto ai 621 PL in TI previsti nel DCA 103/2018 (Approvazione del Nuovo Piano Regionale Di Programmazione Della Rete Ospedaliera Ai Sensi Del DM 70/2015).



## Indicatore 3.10. Impatto economico



### Sintesi

Per fornire un quadro completo sull'impatto economico per il SSN dell'emergenza COVID-19 si rende necessario procedere per step successivi, per tener conto sia dell'evoluzione dell'assistenza fornita ai casi positivi nelle diverse fasi della pandemia, sia dei dati ufficiali a disposizione.

Il concetto di impatto economico viene indagato tanto con riferimento ai volume di ricoveri e alle giornate di terapia intensiva per COVID-19, quanto in termini di «ricoveri persi».

Si conferma l'analisi esplorativa già pubblicata relativa al **quadro pre-COVID 19** che evidenziava una **«perdita» di ricoveri non-COVID** oltre i € 3,3 miliardi. Partendo dai dati del Ministero della Salute 2018 relativi al totale dei ricoveri programmati annui, è stato calcolato il numero medio di ricoveri mensile. Per valorizzare i ricoveri non-COVID «persi» durante i primi 4 mesi dall'inizio dell'emergenza.

E' stata aggiornata l'**analisi di scenario** relativa ai costi per il trattamento dei casi positivi guariti e/o deceduti. Il primo scenario (scenario attuale o a regime, aggiornato con i dati del Bollettino del 30 giugno 2020) considera l'attuale distribuzione per gravità applicata ai casi guariti (dato del 07 luglio 2020). Il secondo scenario (scenario iniziale o estremo) tiene conto della distribuzione per gravità dei casi al 9 marzo 2020. Per i costi sono state considerate le tariffe DRG. Il «costo» stimato per il SSN dei casi (guariti o deceduti) varia da un minimo di € 687 a un massimo di € 1.568 milioni.

E' stata anche aggiornata la **stima dei costi per giornate in terapia intensiva**. Date le 185.527 giornate di degenza (al 07 luglio, dati Ministero della Salute) in terapia intensiva, ed assunto un costo giornaliero medio di € 1.425, il costo totale a livello nazionale si stima di quasi € 264 milioni.

Coscienti delle limitazioni delle analisi effettuate, si ribadisce la **necessità di avere dati ufficiali di maggiore dettaglio in merito ai setting assistenziali coinvolti in relazione ai livelli di gravità clinica ed agli esiti associati**. Inoltre, per verificare se e come i diversi modelli di gestione regionale dell'emergenza abbiano ripercussioni a livello di sostenibilità economica, sarebbe ideale l'accesso a dati regionali. In assenza di tali dati, l'alternativa è continuare a procedere per ipotesi ed assunzioni.

Da un punto di vista metodologico, si solleva anche la necessità di indagare ulteriormente la variabilità tra pazienti, strutture, livelli di assistenza nei costi, per poter individuarne i driver e le eventuale zone di miglioramento dei percorsi assistenziali.

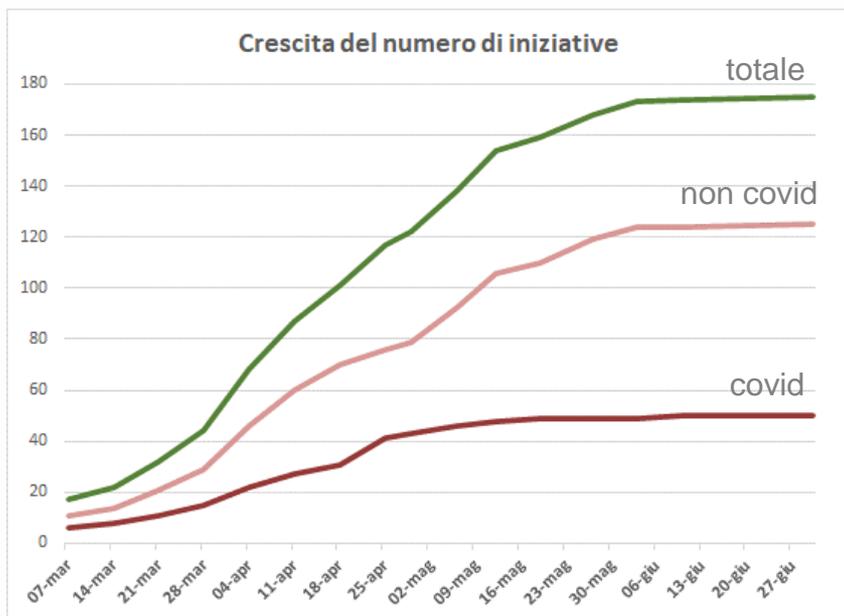
Approfondimento  
[Instant Report #15](#)



# Indicatori 3.11. Soluzioni digitali (1/2)



## Iniziative avviate dalle singole aziende dopo il 1 Marzo 2020



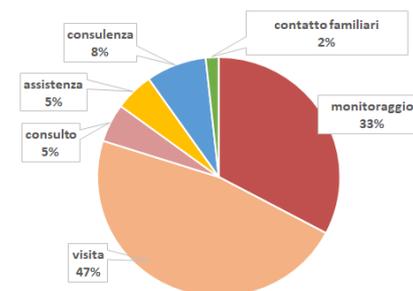
Dopo il primo periodo di emergenza, è continuata la crescita delle iniziative di telemedicina dedicate all'assistenza dei pazienti non covid  
Dall'inizio di giugno il panorama è stabile

### Metodologia di raccolta dati

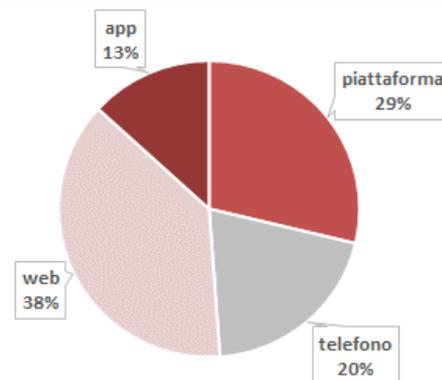
- Ricerca e consultazione dei siti istituzionali di regioni ed aziende,
- Interviste a referenti aziendali,
- Ricerca di comunicati ed informazioni sulla rete.



L'erogazione di televisite rappresenta quasi la metà delle iniziative totali



Circa il 60% di tutte le iniziative si basa su strumenti immediati e di uso comune: telefono e sistemi di comunicazione web



# Indicatori 3.11. Soluzioni digitali (2/2)



A livello regionale sono in corso iniziative per la formalizzazione delle modalità di erogazione delle prestazioni in telemedicina, ad integrazione di quanto definito nelle «Linee Guida Nazionali» definite dal Ministero nel 2014 e [recepte dalla Conferenza Stato-Regioni il 25-02-2014](#)

Istituzione	Delibera e data	Sintesi
Ministero della salute	1 giugno 2020	Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili .. "privilegiare le modalità di erogazione e distanza.."
Abruzzo	n. 34 - 10 aprile 2020	definisce indirizzi operativi per l'erogazione di visite di controllo in telemedicina relativamente al diabete
	n. 33 - 10 aprile 2020	definisce indirizzi operativi per l'erogazione di visite di controllo in telemedicina relativamente allo spettro autistico
Emilia Romagna	n. 404 - 27 aprile 2020	prevede la successiva formalizzazione di un piano complessivo per la telemedicina
Lazio	n. U00081 - 25 giugno 2020	prevede la formalizzazione di un piano complessivo per la telemedicina entro l'anno
	n. G06983 - 18 giugno 2020	definisce la procedura per la telesorveglianza ed il telemonitoraggio domiciliare pediatrico
Lombardia	n. 3155 - 7 maggio 2020	indica la telemedicina come strumento privilegiato per visite di controllo e follow-up
	n. 3264 - 16 giugno 2020	auspica l'introduzione di servizi di telemedicina di facile utilizzo da parte di tutte le aziende
Toscana	n. 464 - 6 aprile 2020	definisce indirizzi operativi, codifiche e tariffe per la gestione di prestazioni ambulatoriali in telemedicina
Provincia di Bolzano	n. 433 - 16 giugno 2020	formalizza la possibilità di erogare prestazioni in telemedicina da parte delle aziende e le relative tariffe
Provincia di Trento	n. 456 - 9 aprile 2020	definisce codifiche e tariffe per le prestazioni erogabili in telemedicina
Puglia	n. 333 - 10 marzo 2020	evidenzia la telemedicina come strumento utilizzabile e prevede un piano normativo
Sardegna	n. 28/18 - 4 giugno 2020	indicazione di sviluppare modalità di telemedicina per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali
Umbria	n. 467 - 10/6/2020	promuove l'uso di strumenti e modalità di gestione delle prestazioni in telemedicina, laddove non è richiesto un contatto fisico tra il paziente ed il medico
Veneto	n. 568 - 5 maggio 2020	definisce codifiche e tariffe per le prestazioni in telemedicina
	n. 782 - 16 giugno 2020	riconosce agli enti del servizio sanitario regionale la possibilità di erogare servizi di assistenza sanitaria in modalità di telemedicina, secondo le Linee di indirizzo nazionali
Piemonte	comunicato 26-06-2020	annuncia lo studio di una delibera quadro per la formalizzazione dei servizi di telemedicina



# Indicatore 3.12. Livelli di assistenza per area terapeutica

## Aggiornamento Area Trapianti e donazioni



L'obiettivo di questo indicatore è raccogliere le evidenze in merito all'impatto dell'emergenza COVID-19 sui livelli di assistenza offerti a specifiche categorie di pazienti. Si considerano solamente gli studi pubblicati su riviste scientifiche (nazionali/internazionali) o con report pubblicato da fonti affidabili quali le società mediche. Questa settimana è stata aggiornato l'ambito dei trapianti con il [report del Centro Nazionale Trapianti \(ISS\) relativo ai trapianti di cellule staminali](#) nel primo quadrimestre 2020.

### Trapianti di cellule staminali emopoietiche

Sono disponibili i dati relativi al primo quadrimestre (gennaio-aprile) 2020 relativi ai volumi di attività.

A livello nazionale, emerge il calo di attività, in particolare nel mese di marzo 2020.

I trapianti di cellule staminali si sono ridotti, nel complesso, del -5.41%, con una riduzione lievemente più marcata per i trapianti allogenici (-5.83%).

Il calo maggiore per i trapianti allogenici è legato al trend negativo dei trapianti da donatore familiare compatibile (-32.7%). Confrontando i volumi di inizio anno 2020 vs. 2019, si nota che solo per i trapianti da familiare compatibile si partiva da valori già più contenuti.

I trapianti allogenici da midollo osseo si sono ridotti del -23.03% e quelli da sangue cordonale del -22.22%. Stabili, invece, i trapianti da sangue periferico, dato il rimbalzo immediato fatto segnare ad Aprile 2020.

Da Febbraio a Marzo 2020 il calo in percentuale maggiore si è avuto per i trapianti allogenici (-28.48%) e per i trapianti da familiare parzialmente compatibile (-39.71%).

Istituzione	Gennaio -Aprile		
	2019	2020	Δ
<b>Trapianti:</b>			
Totali	1775	1679	-5.41%
Autologhi	1157	1097	-5.19%
Allogenici	618	582	-5.83%
<b>Donatore:</b>			
Non consanguineo	268	258	-3.73%
Familiare compatibile	159	107	<b>-32.70%</b>
Familiare parzialmente compatibile	191	217	13.61%
<b>Trapianto da:</b>			
Midollo osseo	178	137	<b>-23.03%</b>
Sangue periferico	429	436	1.63%
Sangue cordonale	9	7	<b>-22.22%</b>
Sorgenti diverse	2	3	50.00%

Istituzione	Gennaio -Aprile				Δ	
	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Marzo vs. Febbraio	Aprile vs. Marzo
<b>Trapianti:</b>						
Totali	472	412	353	432	-14.32%	22.38%
Autologhi	319	257	235	286	-8.56%	21.70%
Allogenici	153	165	118	146	-28.48%	23.73%
<b>Donatore:</b>						
Non consanguineo	79	71	51	57	-28.17%	11.76%
Familiare compatibile	27	26	26	28	0.00%	7.69%
Familiare parzialmente compatibile	47	68	41	61	-39.71%	48.78%
<b>Trapianto da:</b>						
Midollo osseo	42	43	25	27	-41.86%	8.00%
Sangue periferico	111	120	91	114	-24.17%	25.27%

# Indicatore 3.12. Livelli di assistenza per area terapeutica

## Sintesi – risposta durante la Fase 1



	Cardiologia	Oncologia	Gastroenterologia	Trapianti e Donazioni	Malattie Rare
Approfondimento in:	<a href="#">Instant Report 9</a>	<a href="#">Instant Report 10</a>	<a href="#">Instant Report 13</a>	<a href="#">Instant Report 11</a>	<a href="#">Instant Report 12</a>
Livelli	Nazionale, Regionale, Ospedale	Nazionale, Regionale, Ospedale	Nazionale, Regionale, Ospedale	Nazionale	Nazionale, EU
Volumi di attività	<p>Contrazione significativa nel numero dei <b>ricoveri</b> per sindrome coronarica acuta con ripercussioni sul numero di PCI.</p> <p>La riduzione dei ricoveri per AMI è stata del 48.4% (CI 95% 44.6-52.5%).</p>	<p>Il 52% dei reparti ha avuto una contrazione dell'attività <b>ambulatoriale</b>.</p> <p>Il 30.4% dei dipartimenti ha riscontrato una contrazione complessiva dell'attività del 10-30%.</p>	<p>Solo il 2.5% delle divisioni di gastroenterologia ha proseguito l'attività senza cambiamenti. I centri che effettuano attività endoscopica nel 3.8% dei casi hanno <b>sospeso</b> le attività. Mentre il 66.7% registra una riduzione dei <b>volumi di attività</b> &gt; 60%.</p>	<p>Dopo l'iniziale calo drastico nelle <b>donazioni d'organi</b> (-23.5%), lentamente ci si assiste ad un ritorno alla normalità (- 19.3% al 17 maggio). Si conferma più contenuto il calo nei trapianti (-16.9%) e la riduzione nel tasso di <b>opposizione al prelievo</b> (-4.5%).</p> <p>Analogo trend nei <b>trapianti di cellule staminali</b> (-5.41%), ma con un recupero da marzo ad aprile 2020 del + 22.38%.</p>	<p>Il 60% dei pazienti europei con malattie rare dichiara di non aver avuto <b>accesso alle terapie mediche</b> né a casa, né in ospedale. In Italia, il 37% dei pazienti riporta una <b>sospensione delle terapie</b>.</p>
Tempi di attesa	<p>Solo uno studio (nazionale) fornisce dei dati in merito alle tempistiche, per i pazienti STEMI, sia come giorni <b>tra l'insorgenza dei sintomi e l'angiografia</b> (+39.2%), sia <b>tra il primo contatto con un operatore sanitario e l'intervento</b> (+31.5%).</p>	<p>Il numero mediano di <b>pazienti in lista di attesa</b> è 20 (IQR 10-34). Per l'8% si prevede un <b>allungamento dei tempi</b> tra l'incontro pre operatorio col team multidisciplinare e l'intervento in mediana di 4 settimane. L'incontro dovrà essere ripetuto nel 2/3 dei casi.</p>	<p>Mancano indicazioni sui tempi di attività. Viene, però, riportato che l'impatto sulle liste di attesa per gli interventi chirurgici è notevole nel 40.7% dei casi e grave nel 29.6% dei casi.</p>		<p>Interruzioni, rinvii e cancellazioni di attività emergono lungo tutto il percorso dell'assistenza e hanno riguardato diversi livelli del SSN (MMG, specialisti, ospedali, assistenza psicologica etc) e dell'assistenza sociale.</p>
Organizzazione	Nuove procedure operative; Diversa organizzazione dell'ospedale				
Risorse umane		Ridotte per nuove mansioni ed esposizione al rischio COVID-19			
Telemedicina		Esperienze che dimostrano il contributo per la continuità di cura	Menzionata		L'indagine EURORDIS conferma il ruolo della telemedicina nel supportare la continuità di cura.
Esiti	E' stato registrato un aumento nei <b>decessi</b> sia in valore assoluto (31 vs. 17) sia considerando il case fatality rate (13.7% vs. 4.1%).	NA	NA		Il 30% dei pazienti ritiene che l'interruzione dell'assistenza possa aver messo <b>a rischio la loro vita</b> in maniera rilevante/definitiva (10% dei pazienti) o quantomeno probabile (20%).
Implicazioni per la Fase 2-3	<p>Necessità di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuare a garantire la costante sicurezza degli operatori, dei pazienti e dei carers</li> <li>• Iniziative per contenere l'impatto sugli esiti di salute</li> <li>• Strategie per recuperare le attività <b>sospese/rinviate</b> i cui volumi vengono evidenziati come problematici</li> <li>• Ridefinire le priorità per un ritorno graduale a regime garantendo percorsi clinici in sicurezza per i pazienti non-COVID</li> <li>• Definire chiaramente e in maniera condivisa il ruolo della telemedicina a regime</li> <li>• Prevedere l'adattamento delle strategie ed iniziative all'evoluzione della diffusione del COVID-19</li> </ul>				



# Indicatore 3.12. Livelli di assistenza per area terapeutica

## Sintesi – proposte per la Fase 2



	Cardiologia	Oncologia	Gastroenterologia
<b>Titolo</b>	Proposta di gestione dei pazienti in oncologia, oncoematologia e cardiologia nella fase 2 dell'infezione da COVID-19		Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva (fase II Emergenza COVID)
<b>Società</b>	<a href="#">Società Italiana di Cardiologia – Società Italiana di Ematologia – Associazione Italiana di Oncologia Medica – Insieme contro il cancro</a>		<a href="#">Federazione Italiana Malattie dell'Apparato Digerente</a>
<b>Obiettivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disegnare modalità organizzative e percorsi per ridurre al minimo il rischio di infezioni nei pazienti e nel personale sanitario.</li> <li>Garantire la continuità delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche con particolare riguardo alle terapie salvavita.</li> <li>Adottare misure per la più rapida individuazione di soggetti positivi</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Sicurezza degli esami endoscopici (per il paziente e per gli operatori)</li> <li>Revisione modalità attività endoscopica e clinica (visite)</li> </ul>
<b>Misure specifiche per i pazienti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Percorso dei pazienti ambulatoriali asintomatici</li> <li>Definizione di percorsi separati per pazienti ambulatoriali paucisintomatici</li> <li>Pazienti ricoverati con sospetto di infezione in atto delle vie respiratorie</li> <li>Pazienti asintomatici da ricoverare in degenza</li> <li>Pazienti asintomatici che devono fare esami ambulatoriali o DH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pazienti in follow-up o anche pazienti in riabilitazione oncologica</li> <li>Pazienti in trattamento oncologico attivo (in regime ambulatoriale o di DH)</li> <li>Pazienti che necessitano di ricovero ordinario</li> <li>Pazienti in trials clinici</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esecuzione esami endoscopici pazienti ambulatoriali</li> <li>Paziente ricoverato</li> </ul>
<b>Criticità emerse nella Fase 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La riduzione del 50% del numero di ricoveri in UTIC e la mortalità ospedaliera triplicata per infarto miocardico, come dimostrato dallo studio della SIC [Vedasi Instant Report 9]</li> <li>Possibile aumento della mortalità cardiovascolare non solo per il coinvolgimento cardiaco dell'infezione (in circa il 20% dei pazienti) ma anche per i cambiamenti nell'assistenza fornita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ritardi o cancellazioni negli interventi di chirurgia oncologica.</li> <li>Diminuzione delle visite ambulatoriali.</li> <li>Sospensioni delle attività di screening.</li> <li>Sospensione di trattamenti medici utili (circa il 20%) per paura di contagi o per decisione degli oncologi in pazienti fragili già pretrattati e con ridotte possibilità di risposta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ritardi o cancellazioni nelle prestazioni erogate</li> </ul>
<b>Screening</b>		L'attività degli screening oncologici (mammella, colon-retto, e cervice uterina) deve essere immediatamente ripresa, per lo screening di nuovi soggetti e per la continuazione degli screening già in corso.	Per lo screening del CCR si propone di <b>riavviare l'invio</b> dell'invito. Si ritiene che le <b>coloscopie di follow-up</b> del percorso screening possano essere <b>rinviate al termine dell'emergenza</b> .
<b>Telemedicina</b>	<b>Incentivata</b> e viene promossa l'adozione di <b>piattaforme omogenee</b>	<b>Incentivata</b> soprattutto per i pazienti in follow-up o per quelli sottoposti a trattamenti orali in trattamento presso il loro domicilio. Si auspica l'adozione di <b>piattaforme omogenee</b>	Attività importante da <b>registrare nel fascicolo del paziente</b> sia a fini clinici sia amministrativi. Deve, inoltre, risultare nella <b>pianificazione delle attività dell'UO</b> . La telemedicina deve coprire anche la parte di <b>connessione specialista-territorio</b> , considerata chiave in questa fase.
<b>Rivalutazione dei programmi terapeutici</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Da valutare caso per caso il rapporto rischio-beneficio, in particolare per le procedure di impianto di device/protesi</li> <li>Promosso un atteggiamento molto attento a cercare la potenziale infezione prima o durante la gestione cardiologica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Da valutare caso per caso il rapporto rischio-beneficio</li> <li>Promosso un uso più esteso dei test genomici con capacità già dimostrata di markers prognostici e preventivi di attività o di tossicità dei trattamenti oncologici</li> <li>Promosso un atteggiamento molto attento nell'individuare la potenziale infezione prima o durante la terapia</li> </ul>	Rielaborazione graduale dell'attività endoscopica e di gastroenterologia clinica per: <ul style="list-style-type: none"> <li>riprogrammare le prestazioni prenotate sospese o differite;</li> <li>tener conto dei nuovi tempi necessari per le prestazioni cliniche ed endoscopiche in sicurezza;</li> <li>Sapendo che non si potrà mantenere lo stesso numero di prestazioni giornaliere dell'epoca pre-COVID19;</li> <li>prevedere delle forme innovative di contatto con i pazienti e con i medici prescrittori.</li> </ul>
<b>Tempi di attesa</b>			Si propone di <b>sospendere</b> temporaneamente ogni valutazione sul rispetto dei tempi di attesa.
<b>Vaccinazioni</b>		Si suggerisce di vaccinare per la influenza e lo streptococco tutti i pazienti, i loro caregivers e gli operatori	
<b>Associazioni di pazienti</b>		Ruolo cruciale ed auspicato attivo	

Approfondimento  
[Instant Report #13](#)



# Indicatore 3.13. Sperimentazioni cliniche



Studio clinico	Promotore (Profit, No-profit)	Data Parere Unico CE
<b>FASE 1</b>		
<a href="#">GS-US-540-5774 Study</a>	Gilead Sciences, Inc	11/03/2020
<a href="#">GS-US-540-5773 Study</a>	Gilead Sciences, Inc	11/03/2020
<a href="#">TOCIVID-19 (con RISULTATI)</a>	Istituto Nazionale Tumori, IRCCS, Fondazione G. Pascale Napoli	18/03/2020
<a href="#">Sobi.IMMUNO-101</a>	Sobi	25/03/2020
<a href="#">Sarilumab COVID-19</a>	Sanofi-Aventis Recherche & Développement	26/03/2020
<a href="#">RCT-TCZ-COVID-19 (con RISULTATI)</a>	Azienda Unità Sanitaria Locale-IRCCS di Reggio Emilia	27/03/2020
<a href="#">COPCOV</a>	Università di Oxford (UK)	30/03/2020
<a href="#">Tocilizumab 2020-001154-22</a>	F. Hoffmann-La Roche Ltd	30/03/2020
<a href="#">Hydro-Stop-COVID19</a>	ASUR-AV5 Ascoli Piceno	08/04/2020
<a href="#">SOLIDARITY</a>	Organizzazione Mondiale della Sanità/Università di Verona	09/04/2020
<a href="#">COLVID-19</a>	Azienda Ospedaliera di Perugia	11/04/2020
<a href="#">CoICOVID</a>	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA	20/04/2020
<a href="#">X-COVID</a>	ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda	22/04/2020
<a href="#">BARICVID-19 STUDY</a>	Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana	22/04/2020
<a href="#">INHIXACOV19</a>	Università di Bologna	22/04/2020
<a href="#">COVID-SARI</a>	ASST Fatebenefratelli Sacco	24/04/2020
<a href="#">REPAVID-19</a>	Dompé farmaceutici Spa/ Ospedale San Raffaele	24/04/2020
<a href="#">PROTECT</a>	Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori – IRST IRCCS - Meldola	27/04/2020
<a href="#">XPORT-CoV-1001</a>	Karyopharm Therapeutics Inc	28/04/2020
<a href="#">ESCAPE</a>	INMI "L. Spallanzani" - Roma	28/04/2020
<a href="#">AMMURAVID trial</a>	Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT)	01/05/2020

Studio clinico	Promotore (Profit, No-profit)	Data Parere Unico CE
<b>FASE 2</b>		
<a href="#">AZI-RCT-COVID19</a>	Università del Piemonte Orientale (UPO)	04/05/2020
<a href="#">HS216C17</a>	ASST FATEBENEFRAPELLI SACCO	05/05/2020
<a href="#">FivroCov</a>	Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma	05/05/2020
<a href="#">CAN-COVID</a>	Novartis Research and Development	06/05/2020
<a href="#">COMBAT-19</a>	IRCCS Ospedale San Raffaele – Milano	07/05/2020
<a href="#">PRECOV</a>	IRCCS Ospedale San Raffaele – Milano	07/05/2020
<a href="#">ARCO-Home study</a>	INMI "L. Spallanzani" - Roma	07/05/2020
<a href="#">DEF-IVID19</a>	IRCCS Ospedale San Raffaele – Milano	08/05/2020
<a href="#">EMOS-COVID</a>	ASST-FBF-SACCO	08/05/2020
<a href="#">STAUNCH-19</a>	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	15/05/2020
<a href="#">TOFACOV-2</a>	Ospedali Riuniti di Ancona	15/05/2020
<a href="#">CHOICE-19</a>	Società Italiana di Reumatologia	19/05/2020
<a href="#">COVID-19 HD</a>	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	22/05/2020
<a href="#">IVIG-H-Covid-19</a>	AUO Policlinico Umberto I Roma	22/05/2020

Approfondimento  
[Instant Report #12](#)

Approfondimento remdesivir  
[Instant Report #14](#)

Aggiornamenti su farmaci autorizzati  
e azioni regolatorie  
[Instant Report #11](#)

# Indicatore 3.14. Approfondimento sui test COVID-19



**L'esecuzione di test per accertare la presenza del virus SARS-CoV-2, o la passata esposizione al virus, è un aspetto essenziale della lotta contro la pandemia di Covid-19 e la relativa crisi sanitaria pubblica.**

**È necessario eseguire con urgenza un maggior numero di test per controllare efficacemente la pandemia.**

Per gestire efficacemente le diverse fasi della pandemia è fondamentale capire, in primo luogo, quali informazioni possano fornire i diversi test, vale a dire *qual è la destinazione d'uso di un dato test*, e, in secondo luogo, *il livello di prestazioni di un test*, vale a dire in che misura è in grado di prestarsi a detta destinazione d'uso [4].

I test per la Covid-19 oggi rientrano in due categorie:

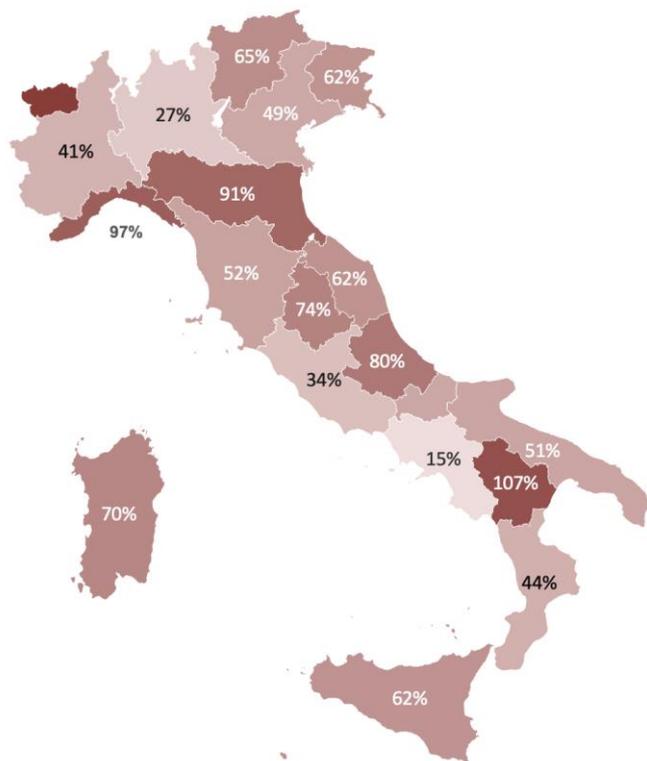
- a. *quelli che rilevano il virus SARS-CoV-2*: rilevano il materiale genetico virale (mediante reazione a catena della polimerasi-trascrittasi inversa, o RT-PCR) e, dall'altro, quelli che rilevano componenti del virus quali le proteine sulla sua superficie (test dell'antigene). ***I RT-PCR attualmente sono raccomandati dall'OMS e dal Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) per la diagnosi della Covid-19***
- b. *quelli che rilevano la passata esposizione al virus* (più in particolare la risposta immunitaria del corpo umano all'infezione): test sierologici

*Fonti di approfondimento per la costruzione dell'indicatore 'Test COVID-19'*

1. FDA (USA) [Emergency Use Authorisation](#) (**CONSULTARE IL LINK sui test autorizzati**)
2. [ECDC](#), European Centre for Disease Prevention and Control
3. [EC](#) - Current performance of COVID-19 test methods and devices and proposed performance criteria - Working document of Commission services
4. [EC](#) - COMUNICAZIONE DELLA COMMISSIONE Orientamenti riguardanti i test diagnostici in vitro per la Covid-19 e le relative prestazioni
5. WHO [FIND](#) Independent test evaluation che traccia i test nei vari status (**CONSULTARE IL LINK su quelli autorizzati e in fase di sviluppo**)
  - o **EUA**: Emergency Use Authorization - **HSA**: Health & Safety/Sciences Authority - **MFDS**: Ministry of Food & Drug Safety - **MHRA**: Medicines & Health Care Products Regulatory Agency - **NRA**: National Regulatory Authority - **RUO**: Research Use Only - **TGA**: Therapeutic Goods Administration - **WHO EUL**: World Health Organization Emergency Use Listing Procedure
6. [Circolare del Ministero della Salute](#)
7. [Gara](#) Acquisizione di kit, reagenti e consumabili per l'effettuazione di 150.000 test sierologici
8. [Indagine sierologica COVID-19 al livello nazionale](#) in collaborazione con la Croce Rossa Italiana

Approfondimento  
[Instant Report #12](#)

## Indicatore 3.15. Tasso di Copertura delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale x 50.000 ab.



Con tecnologia Bing  
© GeoNames, HERE, MSFT

### Commento

Il Decreto Legge 9 marzo 2020 art 14, prevede l'attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale – USCA nella misura di una ogni 50.000 abitanti e con il mandato di gestire in assistenza domiciliare i pazienti che non necessitano di ricovero. Il cartogramma mostra i dati al 14 luglio 2020, e conferma il trend di crescita del tasso di copertura che si attesta al **49%** della popolazione, aumentato di un punto percentuale rispetto l'ultimo aggiornamento del 7 luglio 2020.

Tale aumento è da imputarsi all'attivazione di ulteriori unità in Calabria.

La Valle d'Aosta e la Basilicata registrano i tasso di copertura più alti a livello nazionale, mentre in Campania, in Lombardia e in Lazio si continua a riscontrare il tasso di copertura più basso tra le 20 regioni italiane.

Si ricorda, però, che la presenza delle USCA non è di per sé un indicatore di assistenza territoriale, in quanto ogni Regione ne ha deliberato o meno l'attivazione con lo scopo di integrare, secondo le necessità, una capacità di gestione territoriale pre-esistente, che appariva e appare molto eterogenea nel confronto tra le diverse regioni.

Tasso di copertura Italia = 49%



# Analisi a livello aziendale

(Voci dal campo e buone pratiche)



# Voci dal campo: overview



## Pratiche di governance nella rete dei servizi locali

- *L'esperienza dell'unità di crisi dell'area metropolitana di Bologna: processi di integrazione nella presa in carico dei pazienti/soggetti Covid-19 ([IR#8](#))*
- *I processi decisionali nell'Azienda Unità Locale Socio Sanitaria (AULSS) 7 Pedemontana della Regione del Veneto al tempo del Covid 19 ([IR#10](#))*
- *L'esperienza di AUSL Parma – AOU Parma: Istituzione della Centrale Coordinamento Emergenza COVID-19 ([IR#10](#))*
- *L'approccio di governance integrata di ATS Brescia al tempo del Covid-19 ([IR#13](#))*
- *L'esperienza della ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda: Hub per le reti tempo-dipendenti e di alta specialità ([IR#15](#))*

## Pratiche di riorganizzazione intra-organizzativa

- *Le sperimentazioni pubblico-privato in tempo di Covid-19: integrabilità e flessibilità nell'esperienza dell'Ospedale di Sassuolo ([IR#9](#))*
- *L'esperienza della ASST Pini-CTO: Modelli organizzativi flessibili per la gestione dei traumi ortopedici durante l'emergenza COVID ([IR#11](#))*
- *L'esperienza dell'ospedale COVID Gemelli: processi di integrazione nella presa in carico dei pazienti/soggetti Covid-19 ([IR#12](#))*
- *Vivere e lavorare post Covid-19: l'esperienza di Fondazione Poliambulanza ([IR#13](#))*
- *Pratiche di bed management e di transitional care nell'esperienza della ASST di Lodi in tempo di Covid-19 ([IR#14](#))*
- *SMART CdG: Il controllo di gestione durante l'emergenza Covid-19 nell'esperienza dell'AOU di Modena ([IR#15](#))*
- *L'esperienza dell'Unità di Medicina del lavoro del Policlinico San Martino di Genova: processi di presa in carico del personale ([IR#16](#))*
- *L'esperienza dell'Istituto Nazionale Tumori nella gestione dell'emergenza COVID: processi di integrazione nella presa in carico dei pazienti/soggetti Covid-19 ([IR#16](#))*



# Indicatore 4.1.1. Voci dal campo

*L'esperienza dell'Unità di Medicina del lavoro del Policlinico San Martino di Genova: processi di presa in carico del personale (1/3)*



## Razionale ed obiettivi

L'Ospedale Policlinico San Martino di Genova è un IRCCS per le discipline dell'oncologia e delle neuroscienze e si caratterizza come centro di ricerca sanitaria clinica e traslazionale e ospedale di alta specializzazione di rilievo nazionale. L'ospedale è da sempre un punto di riferimento per le necessità sanitarie dei cittadini dell'area metropolitana genovese e ligure e si caratterizza per essere una vera e propria città dentro la città: i suoi 38 padiglioni sanitari si estendono su una superficie di circa 35 ettari, ospitano 60 specialità per un totale di 1.315 posti letto e 4.993 dipendenti di ruolo per l'assistenza (di cui 248 universitari convenzionati).

Sin dal suo esordio, l'emergenza Covid-19 ha immediatamente messo in luce la necessità di riorganizzare l'attività del Policlinico per poter far fronte all'ondata attesa di accessi alla struttura che si è manifestata nella sua imponenza a partire dal 9 di marzo. In tempi molto rapidi sono stati potenziati i posti letto in Terapia Intensiva, che sono passati da 44 a 146, ed è stata creata un'area Covid-dedicata che ha interessato 3 interi padiglioni dell'ospedale e diverse unità organizzative di medicina, cure intermedie, riabilitazione, malattie infettive che sono diventati reparti Covid.

Per rispondere alla riorganizzazione, l'Ospedale si è trovato in poche settimane a dover assumere oltre 300 persone, fra personale medico in formazione, personale infermieristico e OSS.

L'Unità Operativa Complessa di Medicina del Lavoro del Policlinico, che è l'unica struttura della Liguria deputata alla diagnosi delle malattie professionali e lavoro-correlate, ha quindi dovuto gestire contestualmente una mole di accessi ai propri ambulatori ben superiore rispetto alla normale attività, sia per l'esecuzione delle visite preventive e degli esami richiesti per l'idoneità all'assunzione sia per le richieste di presa in carico che provenivano dal personale in servizio, sintomatico e asintomatico entrato in contatto con pazienti Covid.

Queste circostanze hanno reso necessario attivare una serie di gruppi di lavoro, di strutture e di iniziative che sono state progressivamente adeguate in funzione dell'evoluzione della situazione.



*Postazione drive-through installata al Policlinico*

# Indicatore 4.1.1. Voci dal campo

*L'esperienza dell'Unità di Medicina del lavoro del Policlinico San Martino di Genova:  
processi di presa in carico del personale (2/3)*



## Risultati

Il processo di presa in carico del personale ha consentito di ottenere i seguenti risultati che sono il frutto di un intenso lavoro di squadra:

- nell'immediato, nella prima fase di grande afflusso iniziata il 9 marzo, si è reso necessario attivare tempestivamente:
  - un **settore dedicato all'ambulatorio** per le visite e gli esami di idoneità del personale in assunzione, che in 24 ore restituiva il parere di idoneità; tale struttura, che ha accolto fino a 80 persone in una sola giornata (alcune delle quali, anche provenienti dalle RSA, si presentavano alla visita con sintomi covid-correlati), ha attivato immediatamente: i flussi separati in entrata/uscita, il triage all'accesso, il distanziamento nelle sale di attesa e la distribuzione degli ausili di sicurezza;
  - un **Pronto Soccorso dedicato** al personale già in servizio che eseguiva i tamponi ai soggetti con sintomatologia e prescriveva la quarantena in attesa dell'esito del tampone;
  - la **sorveglianza nei reparti** del personale asintomatico in contatto con pazienti Covid, attraverso un modulo di automonitoraggio.
- Successivamente, a partire dal 21 di marzo, ha iniziato a manifestarsi l'esigenza di "stadiare" il personale e pertanto:
  - sono state allestite due **ambulanze operate da gruppi di volontari** non in attività (UO di Foniatria e della Clinica Dermatologica) e gestite dalla direzione della Medicina del Lavoro che, muovendosi dall'estremo ponente al levante della provincia e nell'entroterra, effettuavano tamponi, sierologia e monitoraggio (attraverso apposito modulo) al domicilio dei dipendenti posti in quarantena, o che sviluppavano la sintomatologia fuori dell'orario di lavoro, che la ASL non riusciva a raggiungere in tempi adeguati;
  - nel contempo, verso la fine di marzo, si è iniziato ad **eseguire a tappeto la sierologia** sui 5.000 dipendenti in servizio nei reparti, secondo scaglioni di priorità definiti sulla base di un indice di rischio presunto ottenuto dai dati delle SDO e misurato in giornate di degenza Covid, e sul personale impiegato nelle U.O. non degenziali, seguita da un **secondo livello di monitoraggio con tampone**.
- Infine, a partire dal 6 di aprile, a fronte dell'ordinanza emessa dalla Regione Liguria che autorizzava i soggetti in quarantena a lasciare il domicilio per effettuare i tamponi, per ovviare ai tempi di attesa e consentire al personale guarito di rientrare in servizio, l'ospedale ha approntato in 24 ore una **postazione drive-through**, mantenendo contestualmente una delle due "squadre mobili" sul territorio.

Complessivamente sono stati effettuati 4.014 tamponi su 2.517 dipendenti (quasi il totale della popolazione effettivamente esposta), ottenendo un tasso di positività pari al 7% della popolazione testata (dati al 9 di luglio).



# Indicatore 4.1.1. Voci dal campo

L'esperienza dell'Unità di Medicina del lavoro del Policlinico San Martino di Genova: processi di presa in carico del personale (3/3)



## Apprendimento per il futuro

- L'esperienza del Policlinico San Martino ha dimostrato che per agire in modo “ordinato” in condizioni di emergenza e prendere decisioni adeguate all'evoluzione del contesto è fondamentale basarsi sulle informazioni. Sin dall'inizio della diffusione del contagio sono stati raccolti i dati virologici, sierologici e logistici dei dipendenti in database distinti: uno dedicato al personale in servizio ed uno dedicato al personale preso in carico sul territorio, i cui referti venivano prodotti dal laboratorio del Policlinico stesso a cui pervenivano i campioni da tutta la regione. Quotidianamente il Servizio di Medicina del Lavoro aggiornava i dati di laboratorio e monitorava attivamente l'evolversi della diffusione del contagio fra il personale grazie anche all'attività di sorveglianza epidemiologica posta in essere nei reparti. In questo modo è stato possibile coordinare tutte le attività di presa in carico, dalle priorità nella definizione delle agende dei sopralluoghi al domicilio e degli accessi al *Drive-in* (così ribattezzato internamente), all'esecuzione della sierologia e dei tamponi al personale in servizio. Anche la decisione successiva di sottoporre a tampone tutto il personale esposto (e non solo quello sintomatico) è il frutto delle analisi svolte sui dati della sierologia che non sono parsi attendibili (97% di negatività).
- La presenza di un coordinamento “forte” ed “allargato” guidato dal Gruppo stress lavoro-correlato ha consentito di identificare le modalità di intervento più idonee ad una presa in carico “globale” del personale, avendo riguardo anche degli **aspetti correlati allo stress**: da subito il servizio di Psicologia clinica ha attivato un numero telefonico di supporto dedicato ai dipendenti e, nel corso del mese di luglio, verrà somministrato un questionario di valutazione dello stress post traumatico (seguito da focus group) finalizzato a comprendere le esigenze del personale e a porre in essere adeguate azioni di supporto. La *survey*, oltre a valutare le difficoltà vissute dal personale sanitario, prevede un focus specifico sugli aspetti che hanno investito, più in generale, tutta la popolazione aziendale legati alla necessità di riconfigurare rapidamente - e in condizioni di emergenza - i confini e le modalità di lavoro (es. *smart working*).
- L'emergenza sanitaria ha messo in evidenza i benefici di un assetto organizzativo per intensità di cure che avrebbe conferito una maggiore flessibilità nella rimodulazione dei posti letto nell'ambito delle diverse discipline e nelle diverse intensità assistenziali.
- Infine, è emersa l'esigenza di curare maggiormente la comunicazione interna per quanto attiene sia alla chiarezza dei contenuti che alle modalità di comunicazione.
- Complessivamente, l'esperienza testimonia dell'attitudine del Policlinico ad essere vicino ai propri collaboratori anche al di fuori dei confini dell'ospedale e della volontà di continuare a coltivare questa ricchezza anche in tempi di pace ...

**Ringraziamenti** - Si ringrazia il Policlinico San Martino di Genova per la condivisione dell'esperienza, nelle persone di Francesco Copello (Direttore Unità Operative Medicina del Lavoro e Controllo di Gestione), Giovanni Ucci (Direttore Generale), Franca Martelli (Direttore Sanitario), Salvatore Giuffrida (Direttore Amministrativo), Antonio Uccelli (Direttore Scientifico).



# Indicatore 4.1.2. Voci dal campo

*L'esperienza dell'Istituto Nazionale Tumori nella gestione dell'emergenza COVID: processi di integrazione nella presa in carico dei pazienti/soggetti Covid-19 (1/3)*



## Razionale ed obiettivi

La regione Lombardia è stata una delle aree più colpite dalla pandemia con il più alto numero di persone infette a livello nazionale.

Pertanto le strutture sanitarie Lombarde sono state sottoposte ad un enorme stress che ha avuto delle importanti ripercussioni bloccando per circa tre mesi le prestazioni sanitarie d'elezione; in questo contesto d'assoluta emergenza anche le cure oncologiche hanno subito dei rallentamenti.

L'Istituto Nazionale Tumori ha affrontato l'emergenza attraverso la riorganizzazione dei percorsi chirurgici ed ambulatoriali al fine di garantire le prestazioni sanitarie a tutti i pazienti oncologici.

Inoltre, l'Istituto è stato scelto come HUB di riferimento a livello regionale per la chirurgia oncologica.

Le linee di indirizzo sono state rivalutate sulla base degli effetti dell'emergenza sanitaria, con l'obiettivo di garantire la continuità di cura garantendo le necessarie misure di distanziamento e prevenzione.



# Indicatore 4.1.2. Voci dal campo

*L'esperienza dell'Istituto Nazionale Tumori nella gestione dell'emergenza COVID: processi di integrazione nella presa in carico dei pazienti/soggetti Covid-19 (2/3)*



## Risultati

- Applicazioni misure preventive e protezioni individuali per operatori e misurazione temperatura corporea in entrata a tutti i dipendenti e pazienti.
- Sorveglianza sanitaria dei dipendenti per la rilevazione dei focolai all'interno della struttura
- Creazione di un'area di sorveglianza di degenza per i pazienti in ingresso sintomatici o che non hanno effettuato tampone naso-faringeo prima del ricovero. Questi in primis hanno effettuato un triage telefonico, in seguito ricoverati in questa area (con caratteristiche di un reparto di malattie infettive) dove vengono effettuati tutti i test diagnostici previsti (esami ematici, tampone ed eventualmente TC torace). Se il paziente risulta negativo procede il percorso di cura, altrimenti in caso di tampone positivo il paziente viene trasferito in un centro COVID. La degenza media è stata di massimo 48h. Su 47 pazienti immessi nell'area di sorveglianza, 13 sono risultati positivi.
- Sistema di triage su tutti i pazienti chirurgici basato su esami ematochimici, tampone naso-faringeo e una TC del torace a basso dosaggio.
- Le attività ambulatoriali differibili sono state sospese come da decreto regionale.
- L'Istituto è stato indentificato al livello regionale come HUB chirurgico, pertanto sono stati offerti slot operatori a tutti gli ospedali che erano in prima linea nell'emergenza COVID, trattando circa in 5 settimana 150 pazienti provenienti da 24 strutture della regione.
- Triage telefonico ai pazienti
- Avvio del programma di Telemedicina per la continuità di cura dei pazienti presi in carico



# Indicatore 4.1.2. Voci dal campo

*L'esperienza dell'Istituto Nazionale Tumori nella gestione dell'emergenza COVID: processi di integrazione nella presa in carico dei pazienti/soggetti Covid-19 (3/3)*



## Apprendimento per il futuro

### Organizzazione a rete

Potenziamento dell'organizzazione a rete: nella gestione dell'emergenza l'Istituto è stato indentificato al livello regionale come HUB chirurgico.

### Separazione dei flussi

Intercettazione di tutti i pazienti positivi in entrata e trasferimento degli stessi verso strutture adeguate al trattamento dell'infezione COVID.

Creazione un'area di sorveglianza di degenza per i pazienti in ingresso sintomatici o quantomeno sospetti.

### Digital Health

Programma di telemedicina per inviare e ricevere referti e immagini diagnostiche.

Programma di tele-visite tramite piattaforma Teams di Microsoft.

Necessità di adeguare il sistema di finanziamento per la remunerazione di queste nuove attività.

### Assetti organizzativi

L'emergenza è stata l'occasione per lavorare in squadra istituendo un collegio di direzione straordinario (unità di crisi) che si riuniva giornalmente per valutare la situazione. Attivato anche un gruppo di coordinamento operativo che ha definito tutte le procedure interne, tra cui i sistemi di triage.

**Ringraziamenti** - Si ringrazia l'Istituto dei Tumori, per la condivisione dell'esperienza, in particolare l'Ingegnere Michele Torresani (Responsabile Gestione Operativa) per le informazioni fornite ai fini della realizzazione del presente documento.



# Voci dal campo: overview



## Conessioni e supporti per la comunicazione digitale

- Focus sulle ATS della Regione Lombardia ([IR#6](#))
- Focus sulle AUSL della Regione Emilia-Romagna ([IR#7](#))
- Focus sulle ULSS della Regione Veneto ([IR#8](#))
- Focus sulle ASL della Regione Piemonte ([IR#9](#))
- Focus sulle ASL della Regione Lazio ([IR#10](#))
- Focus sulla ASUR della Regione Marche ([IR#11](#))
- Analisi comparativa ([IR#13](#))



## Indicatore 4.2. Conessioni e supporti per la comunicazione digitale



Contenuti siti web aziende sanitarie regionali relative a Covid-19		
Regione	Numero contenuti mappati	Instant Report ALTEMS
Emilia-Romagna	449 (21,1%)	<a href="#">Instant Report #7</a>
Lazio	447 (21,0%)	<a href="#">Instant Report #10</a>
Lombardia	335 (15,7%)	<a href="#">Instant Report #6</a>
Marche	109 (5,1%)	<a href="#">Instant Report #11</a>
Piemonte	319 (15,0%)	<a href="#">Instant Report #9</a>
Veneto	469 (22,0%)	<a href="#">Instant Report #8</a>
Totale	2128 (100%)	

Approfondimento  
[Instant Report #13](#)

### Commento

La tabella riporta i contenuti mappati per ogni regione presa in analisi, includendo i siti delle principali aziende sanitarie nei diversi territori. I siti delle aziende sanitarie sul territorio marchigiano presentavano al 3 maggio un numero minore di contenuti pubblicati (109 su 2128). Questa informazione è di rilievo nel considerare i dati delle tabelle successive.





# Analisi dei profili regionali

A seguito del DPCM del 26 aprile e con il superamento della Fase I dell'epidemia, si continuano ad adoperare i dati pubblicati giornalmente dalla Protezione Civile per seguire l'andamento epidemiologico nelle varie Regioni; i modelli di risposta all'emergenza nelle varie Regioni vengono caratterizzate secondo le dimensioni di *preparedness* e *responsiveness*, valutando rispettivamente la predisposizione di Piani Pandemici o Piani Emergenziali da parte delle Regioni e la programmazione sanitaria regionale Covid-correlata (compresa la programmazione in ambito vaccinale), con un focus specifico sulla produzione di linee di indirizzo relative al processo assistenziale del paziente Covid.

L'indagine di sieroprevalenza nazionale è iniziata in data 25 maggio. I dati rilevati dalle indagini delle singole regioni non sono ad oggi pubblici, per cui i dati sulla prevalenza territoriale di malattia sono da riferirsi solo ai tamponi risultati positivi secondo quanto comunicato dalla Protezione Civile.

**Approfondimento**  
[Instant Report #15](#)





# Appendice Metodologica

Approfondimento  
[Instant Report #14](#)



# Chi Siamo



ALTEMS è una delle 8 Alte Scuole dell'Università Cattolica del S. Cuore dedicate al perseguimento della «terza missione» dell'istituzione fondata a Milano da Padre Agostino Gemelli nel 1921.

Istituita nel 2009 presso la sede di Roma, per iniziativa della Facoltà di Economia, collabora strettamente con la Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli». ALTEMS raccoglie l'esperienza maturata dall'Ateneo che già nei primi anni '90 ha avviato programmi di ricerca e formazione sull'economia e il management in sanità.

Questo lavoro nasce dalla collaborazione tra i docenti e i ricercatori di ALTEMS, *Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (Facoltà di Economia)* e docenti, ricercatori e medici in specializzazione *del Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica (Sezione di Igiene) della Facoltà di Medicina e Chirurgia «A. Gemelli»* presso la Sede di Roma dell'Università Cattolica del Sacro Cuore.

A partire dal Report#4, il gruppo di lavoro si è arricchito della collaborazione dei colleghi dell'Università della Magna Graecia, del Centro di Ricerca e Studi in Management Sanitario (CERISMAS) e del Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina dell'Università Cattolica.



## Gruppo di Lavoro Covid19

**Americo Cicchetti**, Professore di Organizzazione Aziendale, Facoltà di Economia (*Coordinatore*)

**Gianfranco Damiani**, Professore di Igiene, Facoltà di Medicina e Chirurgia (*Scientific Advisor*)

**Maria Lucia Specchia**, Ricercatore di Igiene, Facoltà di Medicina e Chirurgia (*Scientific Advisor*)

**Eugenio Anessi Pessina**, Professore di Economia Aziendale, Facoltà di Economia Direttore CERISMAS (*Scientific Advisor*)

**Rocco Reina**, Professore di Organizzazione Aziendale, Università Magna Graecia

**Michele Basile**, Ricercatore ALTEMS

**Rossella Di Bidino**, Docente ALTEMS, Fondazione Policlinico «A. Gemelli», Irccs

**Eugenio Di Brino**, Ricercatore ALTEMS

**Maria Giovanna Di Paolo**, Ricercatore ALTEMS

**Andrea di Pilla**, Medico di Sanità Pubblica in Formazione

**Fabrizio M. Ferrara**, Ricercatore ALTEMS

**Luca Giorgio**, Ricercatore ALTEMS e Università di Bologna

**Maria Teresa Riccardi**, Medico di Sanità Pubblica in Formazione

**Filippo Rumi**, Ricercatore ALTEMS

**Martina Sapienza**, Medico di Sanità Pubblica in Formazione

**Andrea Silenzi**, Medico di Sanità Pubblica

**Angelo Tattoli**, Ricercatore ALTEMS

**Entela Xoxi**, Ricercatore ALTEMS



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

Contatti:

americo.cicchetti@unicatt.it

# Special Credits



Il presente lavoro ha beneficiato di un progressivo allargamento della base delle competenze. Un contributo per l'analisi del contesto delle regioni del sud del paese proviene dal Gruppo di Organizzazione Aziendale del Dipartimento di Giurisprudenza Economia e Sociologia dell'Università Magna Græcia di Catanzaro. La collaborazione sul piano metodologico e di prospettiva ha permesso ai gruppi di ricerca di ritrovare le sinergie idonee a mettere a sistema il set di competenze di area organizzativa e medico-scientifica per approfondire le dinamiche presenti nell'ipotesi epidemiologica in atto e analizzare i meccanismi di risposta attivati a livello territoriale per affrontare la situazione contingente. Lo studio è stata peraltro corroborato dai confronti attivati con i gruppi di lavoro presenti nelle Regioni oggetto di report, delle Università della Basilicata, di Foggia, di Palermo, Bari, Salerno e Cagliari. Il presente lavoro rappresenta pertanto un primo step operativo, rispetto ad un processo di analisi che seguirà l'evolversi delle dinamiche del fenomeno in atto.

## Gruppo di Organizzazione Aziendale

**Rocco Reina, Marzia Ventura, Concetta Lucia Cristofaro, Walter Vesperi, Anna Maria Melina, Teresa Gentile**, ricercatori della Cattedra di Organizzazione Aziendale e Gestione Risorse Umane, Università Magna Græcia di Catanzaro.

In collaborazione con i gruppi di lavoro di:

**Giovanni Schiuma**, Ingegneria Gestionale, Università della Basilicata;

**Primiano Di Nauta**, Organizzazione Aziendale, Università di Foggia;

**Raimondo Ingrassia**, Organizzazione Aziendale, Università di Palermo

**Paola Adinolfi**, Organizzazione Aziendale, Università di Salerno

**Chiara di Guardo**, Organizzazione Aziendale, Università di Cagliari

