

In collaborazione con:

Sezione di Igiene - Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica
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



Tre anni di pandemia in 100 Instant Report Altems Covid-19

Responsabile scientifico Instant Report Altems Covid-19

Americo Cicchetti, Direttore ALTEMS, Università Cattolica del Sacro Cuore

Coordinatore Instant Report Altems Covid-19

Eugenio Di Brino, Ricercatore ALTEMS, Università Cattolica del Sacro Cuore

Gruppo di lavoro Instant Report Altems Covid-19

Americo Cicchetti, Gianfranco Damiani, Maria Lucia Specchia, Eugenio Anessi Pessina, Antonella Cifalinò, Giuseppe Scaratti, Paola Sacco, Elena Cantù, Stefano Villa, Giuliana Monolo, Rocco Reina, Giuseppe Arbia, Michele Basile, Francesco Andrea Causio, Rossella Di Bidino, Eugenio Di Brino, Maria Giovanna Di Paolo, Andrea Di Pilla, Carlo Favaretti, Fabrizio Massimo Ferrara, Irene Gabutti, Marzia Vittoria Gallo, Luca Giorgio, Albino Grieco, Roberta Laurita, Maria Diana Naturale, Marta Piria, Maria Teresa Riccardi, Filippo Rumi, Martina Sapienza, Andrea Silenzi, Ludovica Siviero, Angelo Tattoli, Entela Xoxi, Marzia Ventura, Concetta Lucia Cristofaro, Walter Vesperi, Anna Maria Melina, Teresa Gentile, Vincenzo Nardelli, Niccolò Salvini, Ilaria Valentini.





Altems Covid-19 Instant Report

- 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.
- Offrire a ricercatori, decisori ed operatori economici e sociali, **una base conoscitiva elaborata in modo robusto** per sviluppare ulteriori analisi per una migliore comprensione di un evento di portata storica;
- Offrire un esempio di **public reporting** da parte di un'entità accademica indipendente su temi di sensibilità politica

In collaborazione con:
Sezione di Igiene - Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica
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

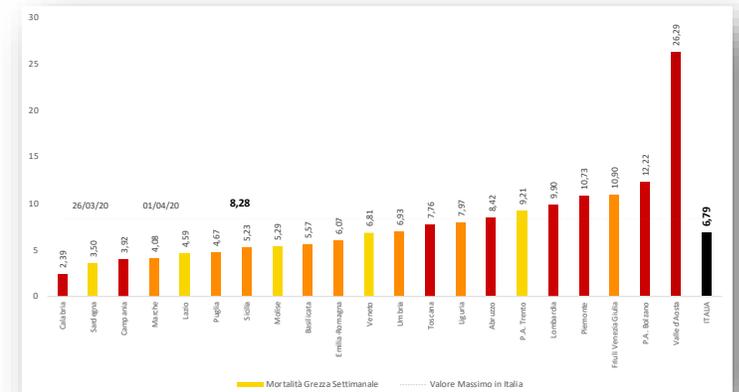
Centro di ricerca e studi sulla Leadership in Medicina
Università Cattolica del Sacro Cuore

Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19

Instant REPORT#100 20 Dicembre 2022

Gruppo di Lavoro

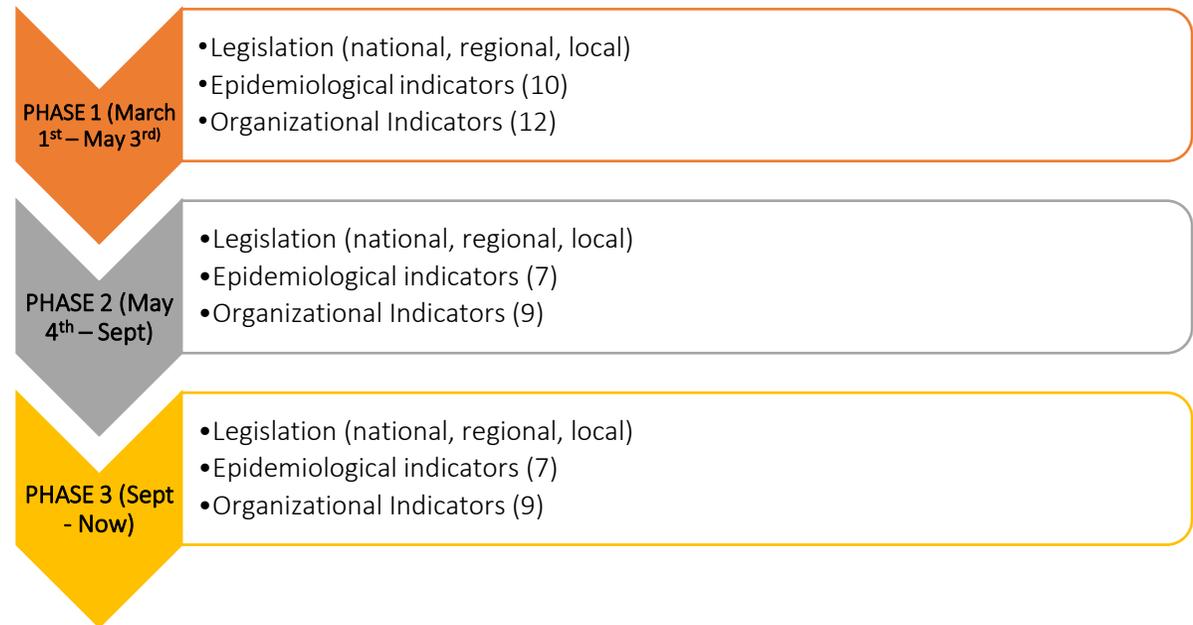
Americo Cicchetti, Gianfranco Damiani, Maria Lucia Specchia, Eugenio Anesi Pessina, Antonella Cifalini, Giuseppe Scaratti, Paola Sacco, Elena Cantù, Stefano Villa, Giuliana Monolo, Rocco Reina, Giuseppe Arbia, Michele Basile, Francesco Andrea Causio, Rossella Di Bidino, Eugenio Di Brino, Maria Giovanna Di Paolo, Andrea Di Pilla, Carlo Favaretti, Fabrizio Massimo Ferrara, Irene Gabutti, Marzia Vittoria Gallo, Luca Giorgio, Albino Grieco, Roberta Laurita, Maria Diana Naturale, Maria Piria, Maria Teresa Riccardi, Filippo Rumi, Martina Sapienza, Andrea Silenzi, Ludovica Svirero, Angelo Tattoli, Entela Xoxi, Marzia Ventura, Concetta Lucia Cristofaro, Walter Vesperi, Anna Maria Melina, Teresa Gentile, Vincenzo Nardelli, Niccolò Salvini, Iaria Valentini.



Metodologia e dati



- Rapporti settimanali dal 31 marzo 2020 (n. 100 il 20 Dicembre 2022); da aprile 2022 sono rilasciati a cadenza mensile;
- Gruppo di lavoro multidisciplinare (management, *economics*, sanità pubblica, farmacologia, ingegneria clinica)
- Coinvolti nell'analisi ricercatori e operatori di 10 regioni italiane



Profiling Organizational Response to Covid-19 Emergency in 21 Regions

Data Source:

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (Official Gazette of the Italian Republic):

<https://www.gazzettaufficiale.it/>

Protezione Civile Italiana; available at:

<http://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/b0c68bce2cce478eaac82fe38d4138b1>;

Ministry of Health; available at:

<http://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglioDataset.jsp?menu=dati&idPag=96>



Citazioni del report a livello internazionale



The first USCAs were established in Emilia Romagna on 16 March, but the roll-out has remained slow and uneven across regions. On a sample of five regions, coverage ranged between 16% and 56% of the population by the end of April. (Fonte, Instant Report ALTEMS #4)



In Italy, there was an important increase of health care providers initiatives concerning telemedicine, especially teleconsultation. Among these, 29% were for COVID-19 patients and 71% for non-COVID patients (i.e. diabetology, cardiology, oncology). (Fonte, Instant Report ALTEMS #14)

Creazione di un'infografica quotidiana sul sito ALTEMS

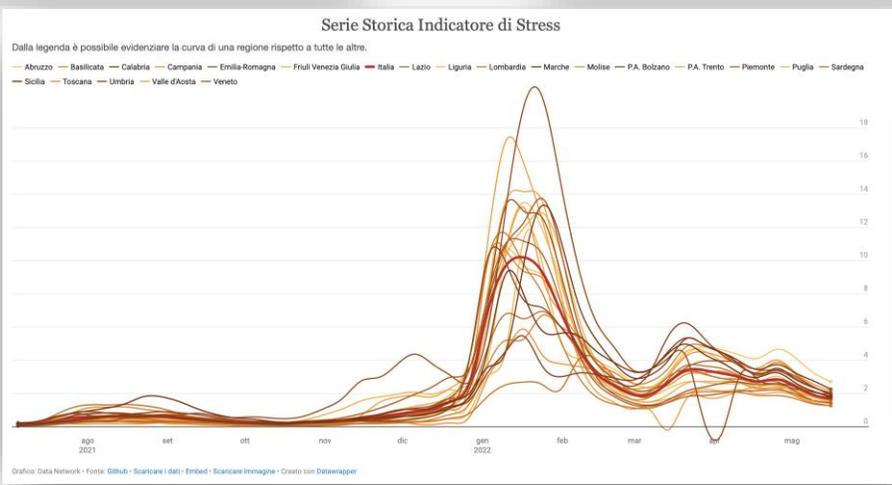
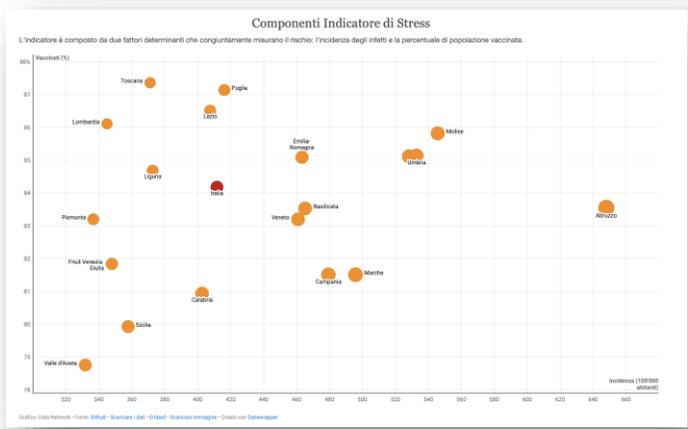
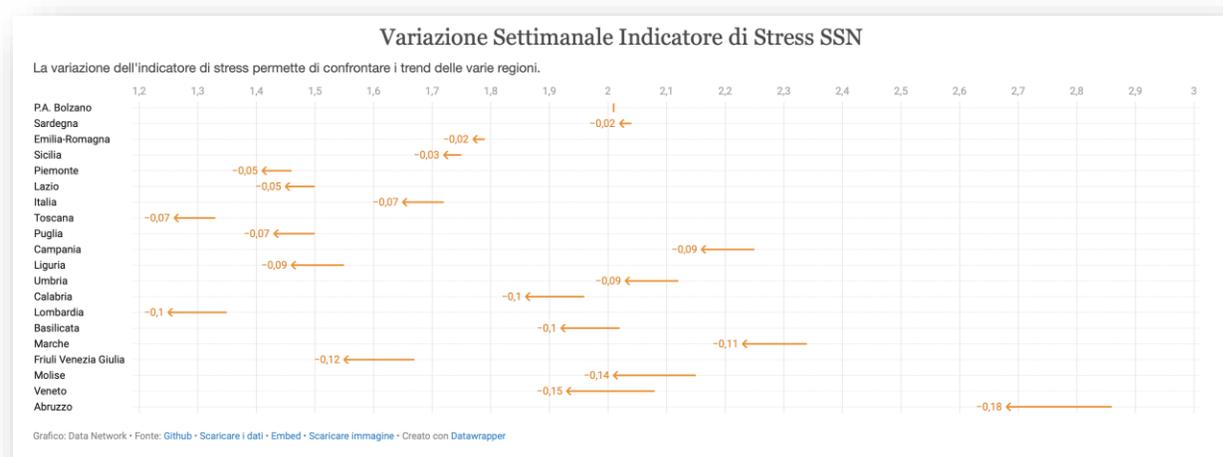
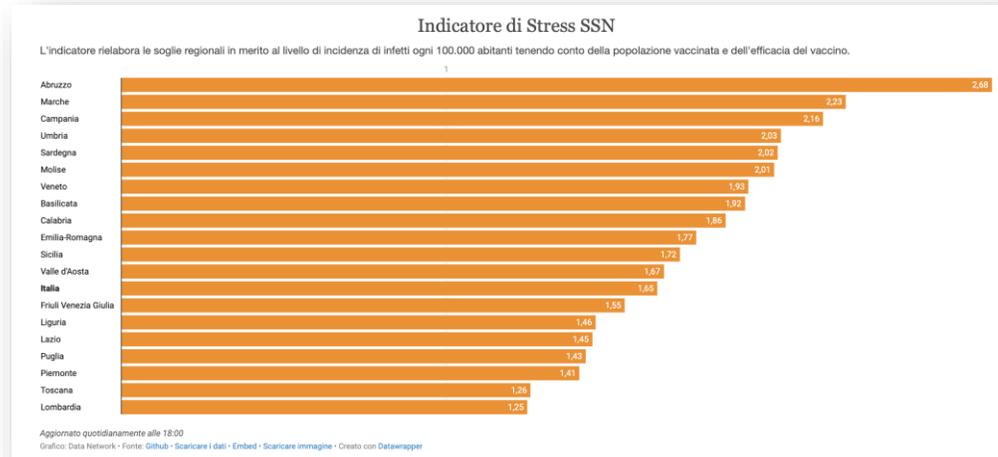


Tabella Dati Indicatore di Stress

Cerca

Pagina 1 di 2

Regione	Totale Casi	Casi TI	Popolazione	Vaccinati	Incidenza	Saturazione TI	Saturazione area non critica	Indicatore di Stress
Abruzzo	397.046	10	1.285.256	1.073.870	648	0,05	0,21	2,68
Basilicata	134.796	2	547.579	457.407	465	0,02	0,23	1,92
Calabria	379.686	11	1.877.728	1.519.816	403	0,07	0,23	2,06
Campania	1.678.510	35	5.679.759	4.629.506	479	0,06	0,15	2,16
Emilia-Romagna	1.463.050	31	4.445.549	3.782.839	463	0,04	0,17	1,77
Friuli Venezia Giulia	374.303	2	1.198.753	981.047	348	0,01	0,12	1,55
Lazio	1.544.125	53	5.720.796	4.949.187	408	0,06	0,12	1,45
Liguria	442.493	11	1.509.805	1.278.438	373	0,05	0,14	1,46
Lombardia	2.853.990	37	9.966.992	8.582.558	345	0,03	0,14	1,25
Marche	465.027	4	1.501.406	1.223.748	496	0,02	0,12	2,23

TI: Terapia Intensiva
Tabella: Data Network - Fonte: [Github](#) - [Scaricare i dati](#) - [Embed](#) - [Scaricare immagine](#) - Creato con [Datawrapper](#)



Instant Report ALTEMS # 2020-2022

Una fotografia a due anni dal primo caso in Italia (26 febbraio 2020 – 25 febbraio 2022)

Università Cattolica del Sacro Cuore



In collaborazione con:

Sezione di Igiene - Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica
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 in Italia

Instant Report ALTEMS # 2020-2022

Una fotografia a due anni dal primo caso in Italia

(26 febbraio 2020 – 25 febbraio 2022)

A Cura di Americo Cicchetti e Eugenio Di Brino

Elenco degli Autori

Americo Cicchetti, Gianfranco Damiani, Maria Lucia Specchia, Eugenio Anesi Pessina, Antonella Cifalino, Giuseppe Scaratti, Paola Sacco, Elena Cantù, Stefano Villa, Giuliana Monolo, Rocco Reina, Michele Basile, Francesco Andrea Caspio, Rossella Di Bidino, Eugenio Di Brino, Maria Giovanna Di Paolo, Andrea Di Pilla, Carlo Favaretti, Fabrizio Massimo Ferrara, Irene Gabutti, Marzia Vittoria Gallo, Luca Giorgio, Albino Grieco, Roberta Laurita, Maria Diana Naturale, Marta Pina, Maria Teresa Riccardi, Filippo Rumi, Martina Sapienza, Andrea Silenzi, Ludovica Siviero, Angelo Tattoli, Entela Xoxi, Marzia Ventura, Concetta Lucia Cristofaro, Walter Vesperi, Anna Maria Melina, Teresa Gentile, Vincenzo Nardelli

Il presente report deve essere citato:

Cicchetti A., Di Brino E. (a cura di) (2022). *Analisi dei modelli di risposta al Covid-19 in Italia: Instant Report ALTEMS # 2020-2022. Una fotografia a due anni dal primo caso in Italia*, Università Cattolica del Sacro Cuore (Milano)

Rilasciato il 27 Aprile 2022

GHHTAD (2022) 15-Suppl. 2

SUPPLEMENTO

Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19 in Italia: evidenze da 2 anni di Instant Report Altems

Analysis of the organizational models of response to Covid-19 in Italy: evidence from 2 years of Altems' Instant Reports

Cicchetti Americo¹, Di Brino Eugenio¹, Di Pilla Andrea², Basile Michele¹, Rumi Filippo³, Specchia Maria Lucia⁴, Giorgio Luca, Laurita Roberta⁵, Di Paolo Maria Giovanna⁶, Ventura Marzia⁷, Vincenzo Nardelli⁸, Ferrara Fabrizio Massimo⁹, Naturale Maria Diana¹, Tattoli Angelo¹, Xoxi Entela¹, Siviero Ludovica¹, Gabutti Irene¹, Gallo Marzia Vittoria¹, Grieco Albino¹, Riccardi Maria Teresa¹, Sapienza Martina¹, Cifalino Antonella¹, Sacco Paola¹, Cantù Elena¹, Villa Stefano¹, Monolo Giuliana¹, Cristofaro Concetta Lucia¹, Vesperi Walter¹, Silenzi Andrea¹, Casio Francesco Andrea¹, Favaretti Carlo², Di Bidino Rossella², Anesi Pessina Eugenio³, Reina Rocco⁴, Damiani Gianfranco⁵.

¹Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
²Sezione di Igiene - Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica, Facoltà di Medicina e Chirurgia «A. Gemelli», Roma
³Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario (Cerismas), Milano
⁴Dipartimento di Giurisprudenza, Economia e Sociologia dell'Università della Magna Graecia di Catanzaro
⁵Centro di ricerca e studi sulla Leadership in Medicina, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
⁶Direzione Tecnologie Sanitarie e Innovazione Tecnologica, Fondazione Policlinico «A. Gemelli», Roma

Indirizzo per la corrispondenza:

Americo Cicchetti
Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore,
Largo Francesco Vito 1, Roma

Tel. 39 06 30156097
E-mail: americocicchetti@unicatt.it

Abstract

Dall'anno 2020 la storia dell'umanità ha dovuto fare i conti con la diffusione del Sars-COV-2 che ha generato in Italia, come in molti Paesi del pianeta una emergenza, sanitaria, sociale ed economica.

L'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari della Facoltà di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, in collaborazione con il Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica (Sezione di Igiene) della Facoltà di Medicina e Chirurgia «A. Gemelli», Cerismas (Centro di Ricerca e Studi in Management Sanitario), il Gruppo di Organizzazione Aziendale del DIGES Dipartimento di Giurisprudenza, Economia e Sociologia dell'Università della Magna Graecia di Catanzaro, e il Centro di Ricerca sulla Leadership in Medicina della Facoltà di Medicina e Chirurgia «A. Gemelli» dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, ha settimanalmente pubblicato un Report per analizzare in modo sistematico e comparativo i modelli di risposta adottati dalle Regioni in risposta all'emergenza Covid-19, partendo dall'analisi epidemiologica dell'evoluzione della pandemia.

A due anni dal primo paziente in Italia con COVID-19 di Codogno, ALTEMS ha voluto elaborare un report che sintetizzasse tutti gli elementi che hanno composto la risposta alla diffusione del virus soffermandosi sui modelli istituzionali ed organizzativi adottati dalle Regioni italiane. Questa serie settimanale, che aveva già visto una Edizione Speciale dell'Instant Report a fine anno 2020 in prossimità dell'avvio della campagna vaccinale, viene presentata in forma diversa rispetto agli 85 report precedenti. Il presente Report è stato strutturato per fornire una sintesi di quanto accaduto negli ultimi 24 mesi fornendo una lettura complessiva degli eventi e delle modalità di risposta adottate dalle Regioni.

English abstract

Since 2020, the history of humanity has had to deal with the spread of Sars-COV-2 which has generated a health, social and economic emergency in Italy, as in many countries on the planet.

The Advanced School of Economics and Management of Health Systems of the Faculty of Economics of the Catholic University of the Sacred Heart, in collaboration with the De-

Agenda

1. Indicatori di monitoraggio del contagio
2. Indicatori epidemiologici
3. Indicatori clinico-organizzativi
4. Campagna vaccinale anti covid-19
5. Telemedicina e tecnologie
6. Impatto economico
7. Voci dal campo: overview delle pratiche aziendali



Stima ALTEMS spesa SSN per 2 anni di covid

Di seguito le specifiche aggiornate al 31 marzo 2022:

- €11.500.000.000,00 = spesa sanitaria delle Regioni
- € 5.485.438.091,10 = spesa della struttura commissariale all'emergenza covid-19
- € 1.617.785.987,23 = stima dell'acquisto di 135.908.170 dosi vaccinali (i costi di acquisto sono sottostimati in quanto i contratti siglati da UE dovrebbero prevedere un aumento dei costi di acquisto dopo un periodo definito nell'accordo*, fonte Twitter)

Il totale aggiornato è pari a € 18.603.224.078,33, ma considerando la sottostima sicuramente si può andare oltre i **19 miliardi** come già indicato nell'ultimo dato che abbiamo fornito a febbraio.

1 di 2

01-APR-2022 da pag. 1-12 / www.datastampa.it

DA OGGI LE NUOVE REGOLE
Contro il Covid 82 decreti e fondi per 19 miliardi

Da oggi nuove regole per la gestione del Covid (mascherine, divieti e tamponi). In due anni di emergenza 82 decreti e un costo di 19 miliardi. — a pagina 12

Dietro l'emergenza un conto da 19 miliardi e 82 decreti

31 dicembre

LA RICETTA DEMATERIALIZZATA
Proroga al 31 dicembre per la ricetta dematerializzata. Filippo Anelli presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici: «Diventi definitiva»

ROBERTO SPERANZA
L'obiettivo sulla quarta dose dei vaccini anti-Covid è arrivare entro sette giorni ad una proposta unitaria sul tema della Ue, ha detto il ministro

Il bilancio. I costi per ospedali, mascherine e vaccini potrebbero non essere finiti e i poteri speciali del commissario restano all'Unità a Palazzo Chigi, così come ordinanze e linee guida della Salute

Scadono i prezzi calmierati per mascherine e tamponi ma le farmacie mantengono il prezzo a 1,5 euro

Dopo 790 giorni, 82 decreti - uno ogni 10 giorni - e un conto di 19 miliardi per potenziare ospedali, comprare ventilatori, mascherine e vaccini e assumere oltre 30 mila tra medici e infermieri si chiude lo stato di emergenza sanitaria deliberato il 31 gennaio del 2020. Da oggi oltre al graduale addio al green pass che praticamente sparirà dal 1° maggio non ci saranno più i colori delle Regioni che a seconda dell'andamento di contagi e ricoveri faceva scattare le chiusure.

Ma attenzione: non si tratta di una vera e propria smobilizzazione, anzi diversi "strumenti" dell'emergenza restano di fatto in piedi. Se il Cns, il Comitato tecnico-scientifico, chiede definitivamente, la struttura commissariale guidata dal generale Figliuolo passa invece il testimone all'«Unità per il completamento della campagna vaccinale». Una struttura che lavorerà dentro Palazzo Chigi guidata dal generale Tommaso Petroni - già a fianco di Figliuolo come responsabile della logistica nella campagna vaccinale - che agirà con gli stessi «poteri attribuiti al commissario straordinario».

Il Governo non potrà però più ricorrere al Dpcm; ne sono stati emanati ben 31 di decreti firmati soprattutto dall'ex premier Conte per potenziare lockdown e chiusure senza

passare dal Parlamento. Che ha comunque convertito in legge in oltre due anni anche 51 decreti legge legati strettamente all'emergenza Covid e variati soprattutto dall'ultimo Governo Draghi. Con l'ultimo decreto legge sul Covid (il n. 24 del 24 marzo) che all'articolo 3 assegna di nuovo al ministro della Salute Roberto Speranza, fino al prossimo 31 dicembre, il potere di continuare ad emanare ordinanze che introducano «limitazioni agli spostamenti da e per l'estero» oltre che adottare d'intesa con le Regioni «linee guida e protocolli volti a regolare lo svolgimento in sicurezza dei servizi e delle attività economiche, produttive e sociali». Proprio nella sua ultima seduta di mercoledì scorso il Cns ha ritoccato l'ultima versione delle linee guida che le Regioni dovrebbero pubblicare nei prossimi giorni con la conferma della regola del metro di distanza che almeno al chiuso dovrebbe ancora restare: dai tavoli dei ristoranti ai centri benessere fino ai corsi di formazione e alle discoteche il totem del metro di distanza andrà ancora rispettato.

Ma quanto sono costate le misure sanitarie legate alla pandemia? Secondo l'ultima stima realizzata dagli esperti dell'Alta scuola di economia e management dei sistemi sanitari (Altems) dell'Università Cattolica di Roma in oltre due anni sono costate quasi 19 miliardi (18,6 miliardi per l'esattezza). In particolare 11,5 miliardi sono legati alle spese sanitarie sostenute dalle Regioni per potenziare gli ospedali e le cure sul territorio (a esempio le Usca), altri 5,45 miliardi sono i costi che ha dovuto affrontare la struttura commissariale in particolare per l'acquisto di tutte le mascherine, anticorpi monoclonali, gel, siringhe, tamponi, ventilatori, monitor, ecc. Infine 1,67 miliardi è la stima del costo di quasi 136 milioni di dosi di vaccino, ma - segnalano gli esperti di Altems - i costi di acquisto potrebbero essere sottostimati in quanto i contratti siglati dalla Ue con le aziende farmaceutiche dovrebbero prevedere un aumento dopo un primo periodo. E in ogni caso il conto da quasi 19 miliardi è destinato ancora a crescere visto che si profila una nuova campagna vaccinale in autunno a cui si aggiungono le proroghe del personale sanitario.

Intanto con l'addio allo stato di emergenza già da oggi potrebbero invece scattare aumenti del prezzo per mascherine chirurgiche e Ffp2 oltre che per i tamponi in farmacia perché sono scaduti i prezzi calmierati decisi con un protocollo firmato dal commissario Figliuolo con le farmacie. Che però assicurano attraverso le loro associazioni che almeno per

ARTICOLO DI ROBERTO ANELLI PER L'ESPRESSO DEL 29 DICEMBRE 2021

DATA STAMPA



Impatto economico sul SSN delle mancate vaccinazioni

Prima e seconda dose

Terza dose

Data	Costi Ospedalizzazione (Area Medica)	Costi Ospedalizzazione (Area Critica – TI)	Costi Totali (Medica + Critica)
2021-08-04	€ 15.891.471	€ 3.968.221	€ 19.859.692
2021-08-11	€ 22.252.747	€ 5.869.774	€ 28.122.521
2021-08-18	€ 30.123.709	€ 8.021.283	€ 38.144.992
2021-08-25	€ 38.800.416	€ 12.001.751	€ 50.802.167
2021-09-01	€ 45.215.922	€ 15.396.525	€ 60.612.447
2021-09-08	€ 49.896.694	€ 17.114.975	€ 67.011.669
2021-09-15	€ 52.090.101	€ 19.016.468	€ 71.106.569
2021-09-22	€ 51.618.876	€ 18.728.636	€ 70.347.513
2021-09-29	€ 46.912.932	€ 17.309.766	€ 64.222.698
2021-10-06	€ 39.810.247	€ 14.535.638	€ 54.345.885
2021-10-13	€ 32.366.437	€ 12.397.613	€ 44.764.050
2021-10-27	€ 21.380.166	€ 7.953.282	€ 29.333.448
2021-11-03	€ 20.059.556	€ 7.614.783	€ 27.674.340
2021-11-10	€ 21.493.332	€ 8.804.976	€ 30.298.308
2021-11-17	€ 23.798.270	€ 10.067.205	€ 33.865.475
2021-11-24	€ 27.427.581	€ 12.077.310	€ 39.504.891
2021-12-01	€ 27.397.886	€ 12.968.580	€ 40.366.466
2021-12-07	€ 32.422.540	€ 14.595.962	€ 47.018.502
2021-12-15	€ 37.331.257	€ 17.734.638	€ 55.065.895
2021-12-21	€ 43.448.434	€ 21.091.714	€ 64.540.148
2021-12-28	€ 50.987.804	€ 24.043.741	€ 75.031.545
2022-01-05	€ 60.237.897	€ 28.319.623	€ 88.557.520
2022-01-12	€ 69.452.459	€ 32.458.475	€ 101.910.934
2022-01-19	€ 82.450.755	€ 36.933.735	€ 119.384.490
2022-01-26	€ 96.546.490	€ 41.361.176	€ 137.907.666
2022-02-02	€ 98.988.801	€ 41.413.061	€ 140.401.862
2022-02-09	€ 99.019.683	€ 39.015.308	€ 138.034.990



Data	Costi Ospedalizzazione (Area Medica)	Costi Ospedalizzazione (Area Critica – TI)	Costi Totali (Medica + Critica)
2021-08-04	n.d.	n.d.	n.d.
2021-08-11	n.d.	n.d.	n.d.
2021-08-18	n.d.	n.d.	n.d.
2021-08-25	n.d.	n.d.	n.d.
2021-09-01	n.d.	n.d.	n.d.
2021-09-08	n.d.	n.d.	n.d.
2021-09-15	n.d.	n.d.	n.d.
2021-09-22	n.d.	n.d.	n.d.
2021-09-29	n.d.	n.d.	n.d.
2021-10-06	n.d.	n.d.	n.d.
2021-10-13	n.d.	n.d.	n.d.
2021-10-27	n.d.	n.d.	n.d.
2021-11-03	n.d.	n.d.	n.d.
2021-11-10	n.d.	n.d.	n.d.
2021-11-17	€ 4.986.697	€ 868.997	€ 5.855.694
2021-11-24	€ 7.422.765	€ 1.198.378	€ 8.621.143
2021-12-01	€ 14.090.678	€ 3.114.660	€ 17.205.339
2021-12-07	€ 17.940.615	€ 3.250.089	€ 21.190.704
2021-12-15	€ 22.697.115	€ 4.110.613	€ 26.807.729
2021-12-21	€ 26.953.413	€ 4.043.629	€ 30.997.041
2021-12-28	€ 38.896.047	€ 7.170.471	€ 46.066.517
2022-01-05	€ 45.013.758	€ 9.750.364	€ 54.764.122
2022-01-12	€ 49.807.217	€ 11.124.269	€ 60.931.486
2022-01-19	€ 57.859.454	€ 13.522.399	€ 71.381.854
2022-01-26	€ 69.245.130	€ 14.758.618	€ 84.003.749
2022-02-02	€ 77.281.819	€ 15.168.149	€ 92.449.968
2022-02-09	€ 83.638.548	€ 15.550.210	€ 99.188.758

Commento

Sulla base quindi del numero di ospedalizzati evitabili se vaccinati, possiamo stimare l'impatto economico sul servizio sanitario nazionale nel periodo tra il **4 agosto 2021** e il **09 febbraio 2022** delle mancate vaccinazioni.

Commento

Sulla base quindi del numero di ospedalizzati evitabili se vaccinati, possiamo stimare l'impatto economico sul servizio sanitario nazionale nel periodo tra il **17 novembre 2021** e il **09 febbraio 2022** delle mancate vaccinazioni.



...nel 1967.. nel decidere se inviare un uomo sulla luna...

- ...un Deputato alla Camera dei Rappresentanti disse
“...technical information needed by policymakers is frequently not available, or not in the right form. A policymaker cannot judge the merits or consequences of a technological program within a strictly technical context. He has to consider social, economic, and legal implication of any course of action...”

(U.S. Congress, House of Representatives, Congressman Emilio Daddario, 1967)



HERA, the European Health Emergency preparedness and Response Authority

- La pandemia di COVID-19 ha dimostrato la necessità di un'azione coordinata a livello dell'UE per rispondere alle emergenze sanitarie.
- Sono emerse lacune nella previsione strategica per quanto riguarda, tra l'altro, la dimensione domanda/offerta, la preparazione e gli strumenti di risposta.
- Un'autorità a livello europeo è un elemento centrale per rafforzare l'Unione europea della salute migliorando la preparazione e risposta dell'UE in caso di gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero, consentendo una disponibilità, un accesso e una distribuzione rapidi delle contromisure necessarie.





Un monito per il futuro...

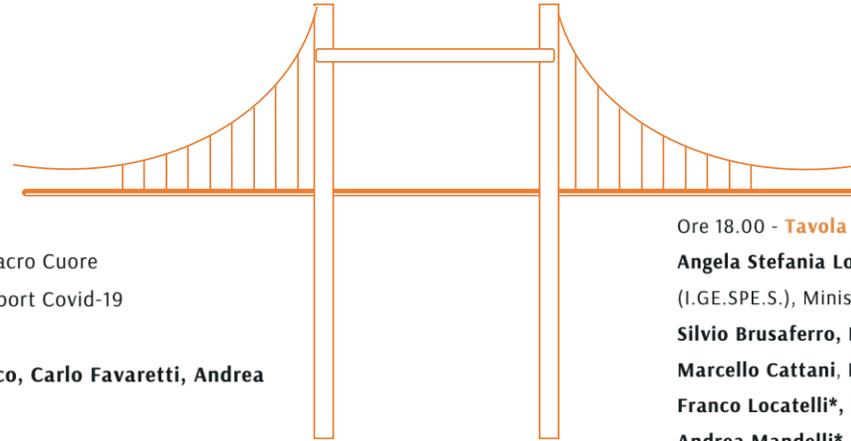
- In conclusione, riteniamo particolarmente adatte le parole che Papa Francesco ha pronunciato dall'altare della Basilica di San Pietro il Giorno di Pentecoste del 2020, il 31 maggio: “Peggio di questa crisi c'è solo il dramma di sprecarla”.
- Questo monito richiama ad una assunzione di responsabilità da parte di tutti ma, in modo particolare, richiama l'attenzione di coloro che si assumeranno la responsabilità della “ricostruzione”.
- Si può imparare molto da una crisi ma per farlo, in maniera sistemica, è necessario comprendere quanto di buono è stato fatto e gli errori commessi, solo così comprenderemo il “**valore del fallimento**”.





L'idea del workshop di oggi è imparare assieme per prevenire!

Scienza



Decisioni

Ore 17.00 - **Introduzione**

Antonella Occhino, Preside Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore

Americo Cicchetti, Direttore ALTEMS e Responsabile Scientifico Instant Report Covid-19

Ore 17.10 - **Il covid-19 in Italia: la prospettiva epidemiologica**

Gianfranco Damiani, **Maria Lucia Specchia**, **Andrea Di Pilla**, **Albino Grieco**, **Carlo Favaretti**, **Andrea**

Silenzi, **Francesco Andrea Causio**

Ore 17.20 - **Il covid-19 in Italia: la prospettiva organizzativa**

Rocco Reina, **Marzia Ventura**, **Concetta Lucia Cristofaro**, **Walter Vesperi**, **Luca Giorgio**, **Roberta**

Laurita, **Maria Giovanna Di Paolo**, **Ludovica Siviero**,

Ore 17.30 - **Il covid-19 in Italia: la prospettiva aziendale**

Antonella Cifalinò, Vicedirettore CERISMAS, Università Cattolica

Ore 17.40 - **Il covid-19 in Italia: la prospettiva tecnologica**

Entela Xoxi, Senior Researcher ALTEMS, Università Cattolica

Ore 17.50 - **Il covid-19 in Italia: la prospettiva digitale**

Fabrizio Massimo Ferrara, Coordinatore Laboratorio Sistemi Informativi ALTEMS, Università Cattolica

Ore 18.00 - **Tavola Rotonda**

Angela Stefania Lorella Adduce, Ispettore Generale Capo, Ispettorato Generale per la Spesa Sociale (I.GE.SPE.S.), Ministero dell'Economia e delle Finanze

Silvio Brusaferrò, Presidente Istituto Superiore di Sanità

Marcello Cattani, Presidente Farmindustria

Franco Locatelli*, Presidente Consiglio Superiore di Sanità

Andrea Mandelli*, Presidente FOFI

Domenico Mantoan, Direttore AGENAS

Marco Mattei, Capo della Segreteria Tecnica del Ministero della Salute

Francesco Saverio Mennini, Presidente SIHTA

Giovanni Migliore*, Presidente FIASO

Teresa Petrangolini, Direttore Patient Advocacy Lab (PAL) di ALTEMS, Università Cattolica

Guido Rasi, già consulente per la campagna vaccinale anti Covid-19

Walter Ricciardi, Presidente World Federation of Public Health Association

Francesco Zaffini, Presidente X Commissione permanente (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)

Moderano:

Gerardo D'amico, Giornalista Rai News 24

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

*Invitato in attesa di conferma

In collaborazione con:

Sezione di Igiene - Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica
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



Il covid-19 in Italia: la prospettiva epidemiologica

Gianfranco Damiani

Maria Lucia Specchia, Andrea Di Pilla, Albino Grieco, Carlo Favaretti, Andrea Silenzi, Francesco

Andrea Causio

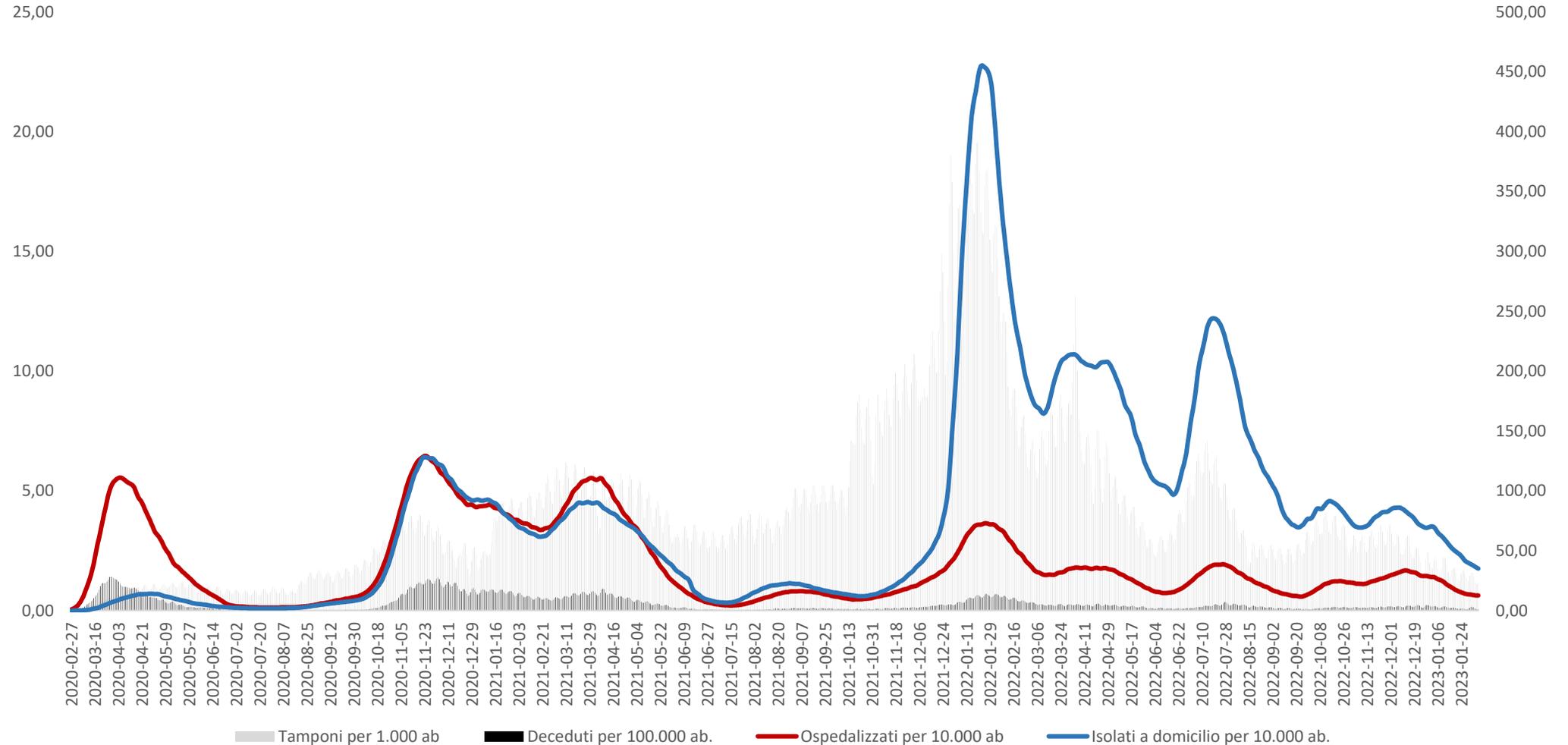
20 febbraio 2023





1 - Key facts

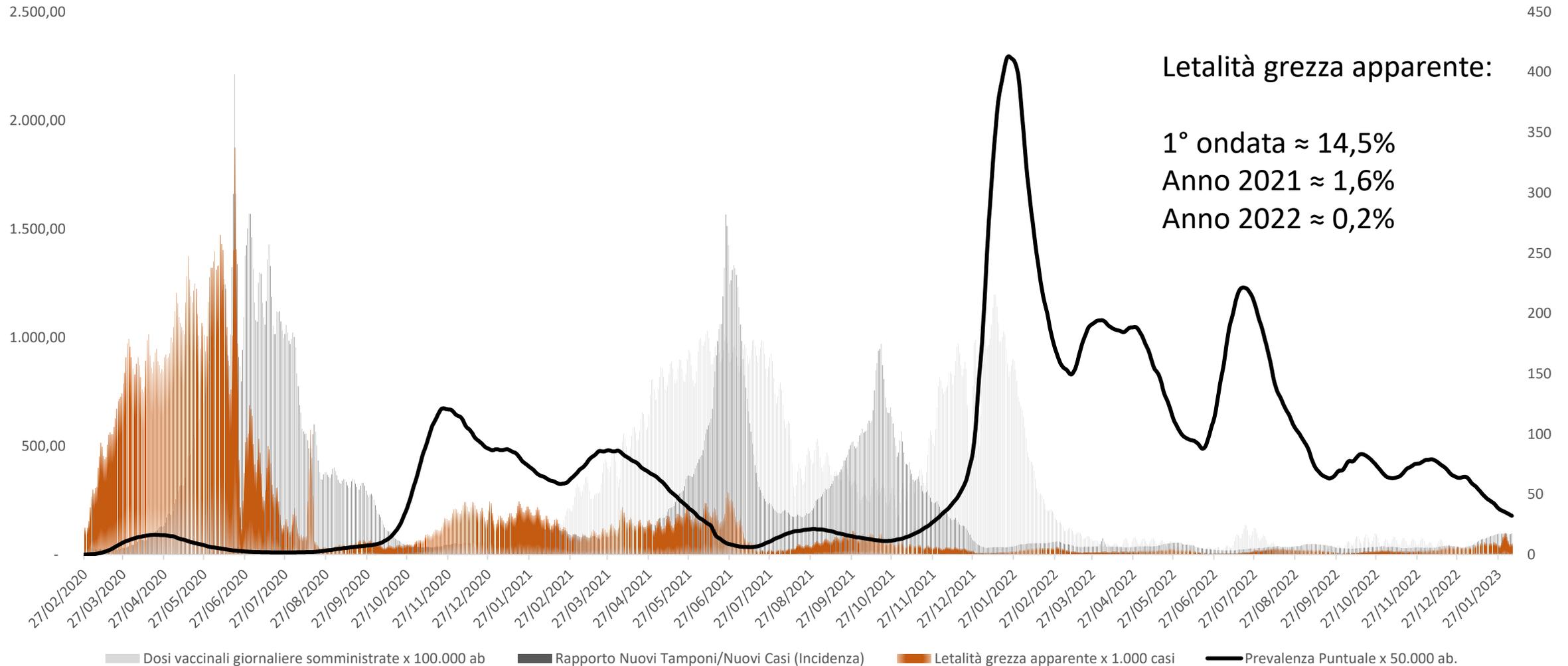
La sorveglianza Covid-19 in Italia





2 - Azioni messe in campo (1/2)

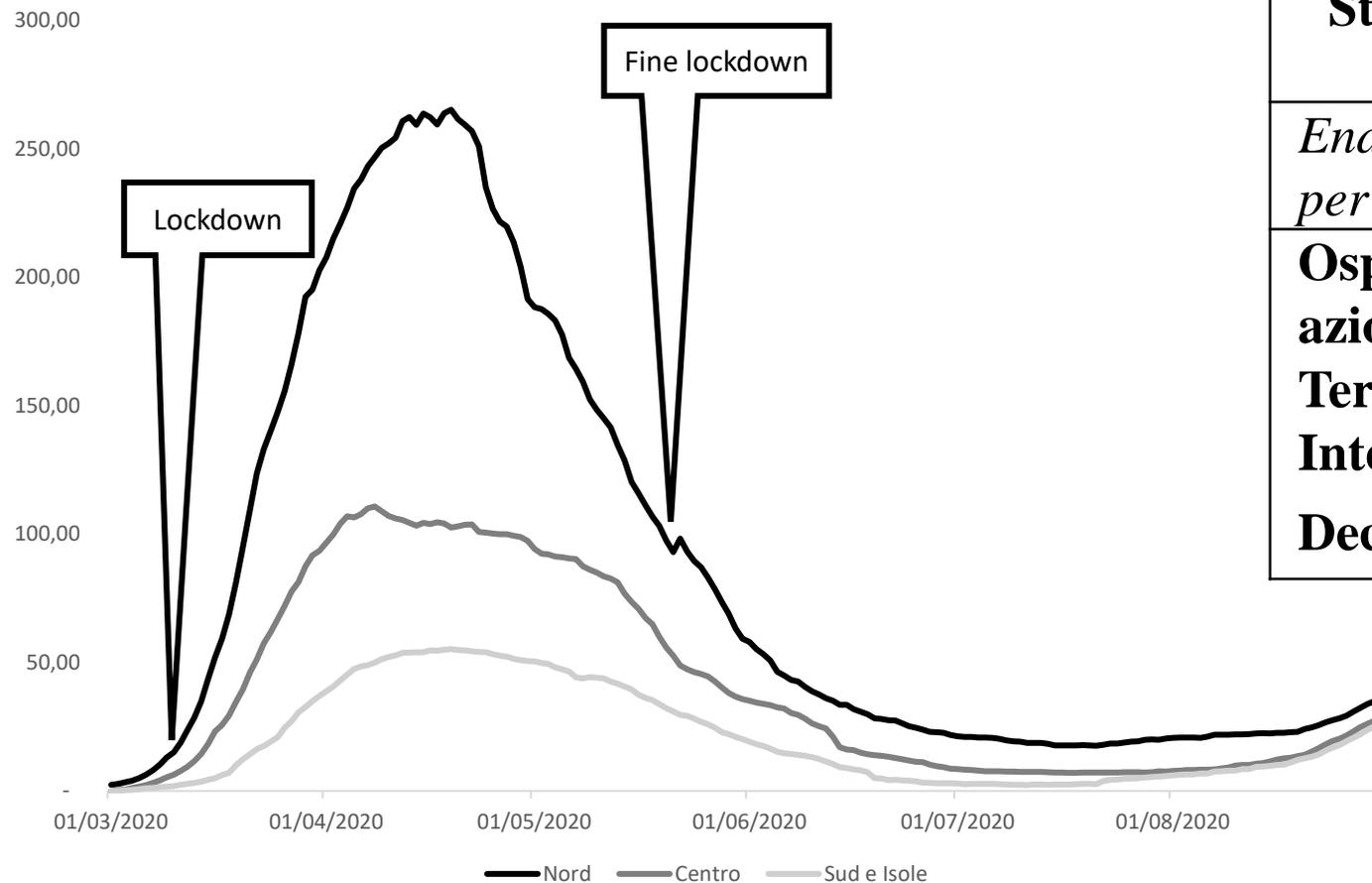
Il Covid-19 e le misure di Sanità Pubblica: sorveglianza e vaccinazioni





2 - Azioni messe in campo (2/2)

Prevalenza puntuale (x 100.000 ab.) nella prima ondata: il gradiente Nord-Sud e l'impatto del lockdown

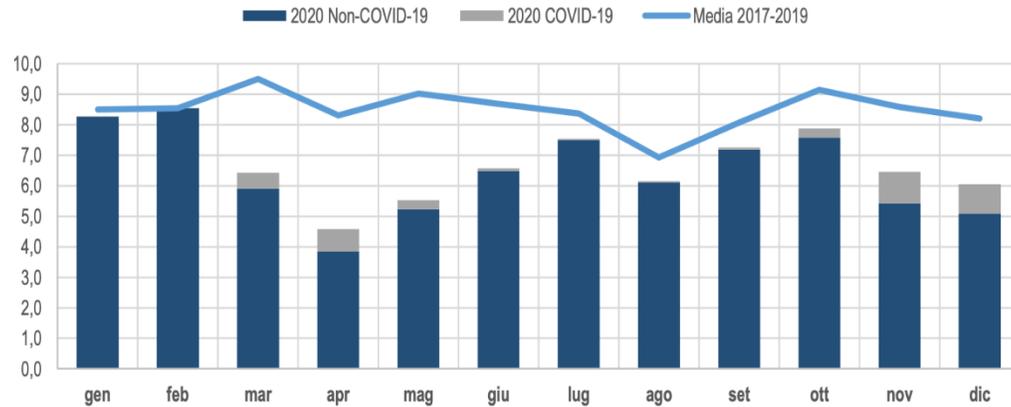


Stima del Rischio Relativo dei non vaccinati rispetto ai vaccinati (dati ISS febbraio 2022)				
<i>Endpoint per età</i>	12-39	40-59	60-79	80+
Ospedalizzazione	3,07	6,53	8,21	8,74
Terapia Intensiva	7,89	13,87	14,81	12,11
Decesso	5,01	9,16	9,60	11,78

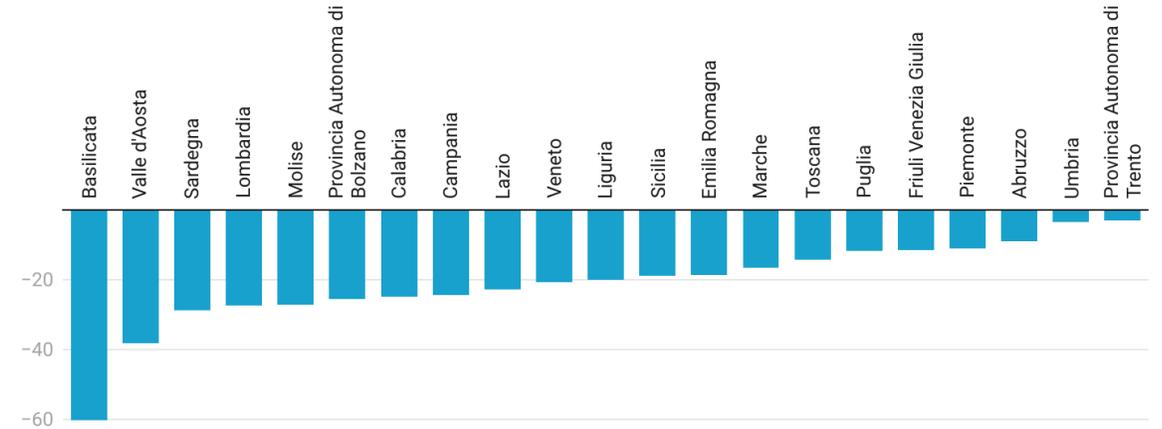


3 - Criticità emerse

Dimissioni ospedaliere in regime ordinario per mese di ricovero - tassi standardizzati per età per 1.000 residenti

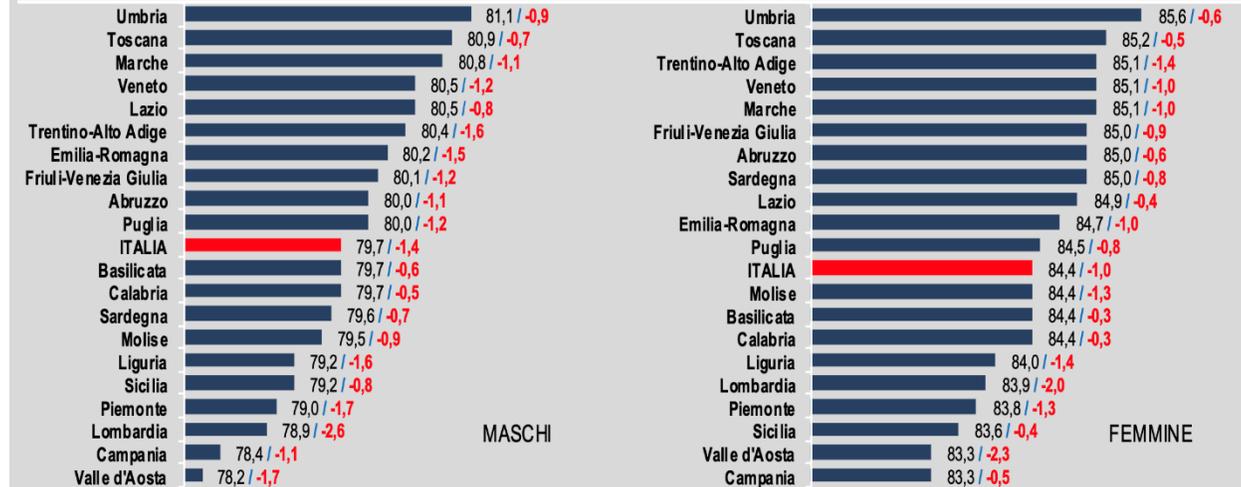


Visita di controllo per codice esenzione 048 (neoplasie) variazione % 2019-2020



Screening	Variazione 2020 vs 2019	Var. (%)
Mammella	↓ - 980.884	↓ - 26,60%
Colon-retto	↓ - 1.929.538	↓ - 31,80%
Cervice uterina	↓ - 1.200.000 inviti ↓ - 600.000 esaminate	↓ - 41% inviti ↓ - 34% esami

FIGURA 1. SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA PER SESSO E REGIONE
Anno 2020 e variazioni sul 2019 (rosso), in anni e decimi di anno, stima.



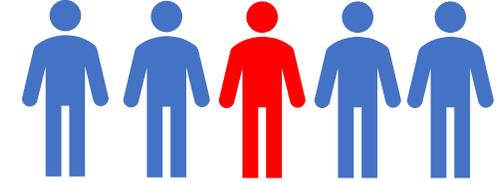
4 - Key messages per il futuro



1. Visione di sanità pubblica (public health) e di medicina di comunità

2. Integrazione dei tre macro-livelli di assistenza

The needs of the **one**
Seeking care
Causes of ill
health



The needs of the **many**
Seeking + not seeking
Determinants of ill health &
maintaining **good** health

3. Strategia di business continuity, gestione delle crisi, miglioramento continuo

4. Preparazione per future pandemie:

1. Strategia di testing

1. Esecuzione di campagne di testing con tamponi diagnostici RT-PCR o Antigenici (diversi per sensibilità, specificità, costi e logistica) in condizioni di diversa prevalenza dell'infezione
2. Sequenziamento sistematico e su scala nazionale per monitorare le varianti

2. Campagne vaccinali secondo il modello applicato con successo

3. Raccolta dati e reporting

1. Piattaforma nazionale di inserimento dati granulari
2. Reporting disaggregato per principali variabili individuali (età, genere, stato vaccinale, positività ai test RT-PCR e antigenici separate, ecc.)
3. Disponibilità dei dati granulari per istituti di ricerca pubblici e privati

In collaborazione con:

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

Gruppo di Organizzazione Aziendale
Università Magna Græcia 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



Il covid-19 in Italia: la prospettiva organizzativa

Rocco Reina

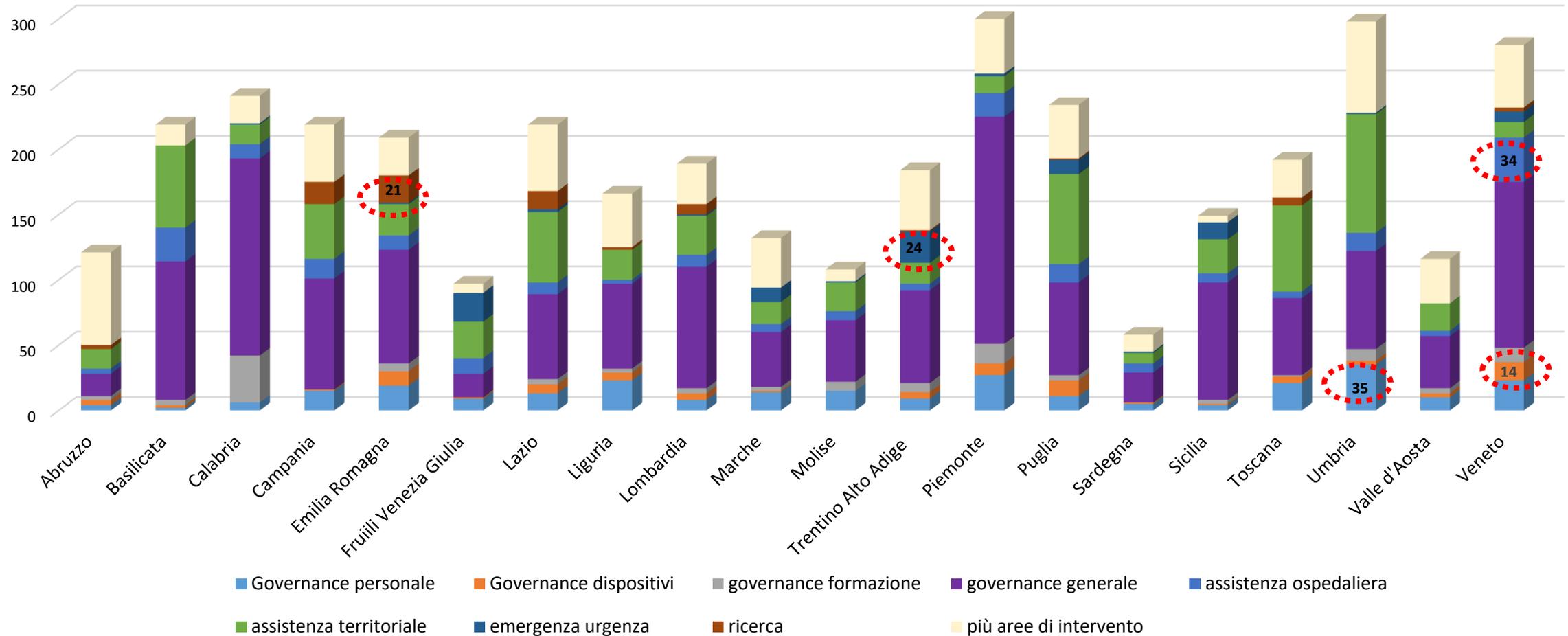
Marzia Ventura, Concetta Lucia Cristofaro, Walter Vesperi, Luca Giorgio, Roberta Laurita,

Maria Giovanna Di Paolo, Ludovica Siviero

20 febbraio 2023



2 - Azioni messe in campo: le risposte amministrative



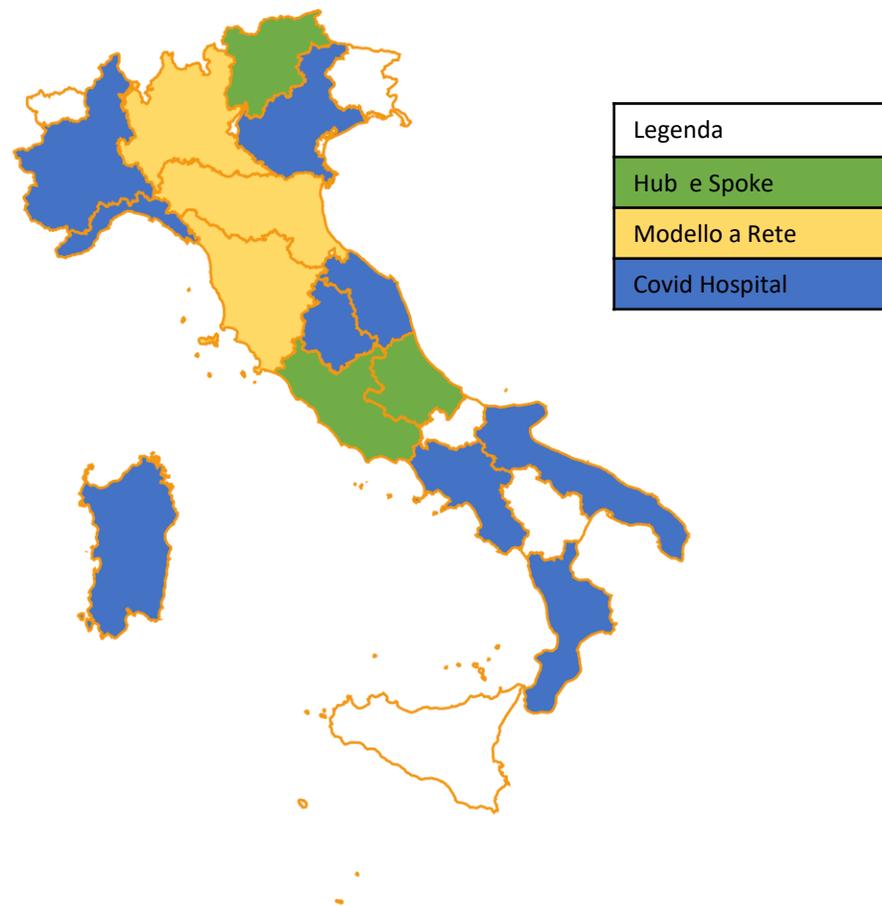
Il grafico ad istogramma permette di connotare le azioni amministrative portate avanti dalle singole Regioni. L'Umbria è la regione con il maggior numero di provvedimenti legati al personale; il Veneto sia quelli aventi ad oggetto i Dispositivi che quelli inerenti l'area dell'Assistenza Ospedaliera, l'Emilia Romagna per la Ricerca, il Trentino Alto Adige per l'area dell'Emergenza Urgenza. Lo sforzo rappresentativo vuole pertanto fornire prime indicazioni di analisi per comprendere come la macchina amministrativa pubblica territoriale si sia mossa per affrontare e contrastare il disastro pandemico nei due anni osservati.

Fonte: siti istituzionali delle Regioni; pubblicazioni su Bollettini regionali, Albi pretori; principali banche dati giuridiche in uso presso [l'AGENAS](#), dato al 21 febbraio 2022

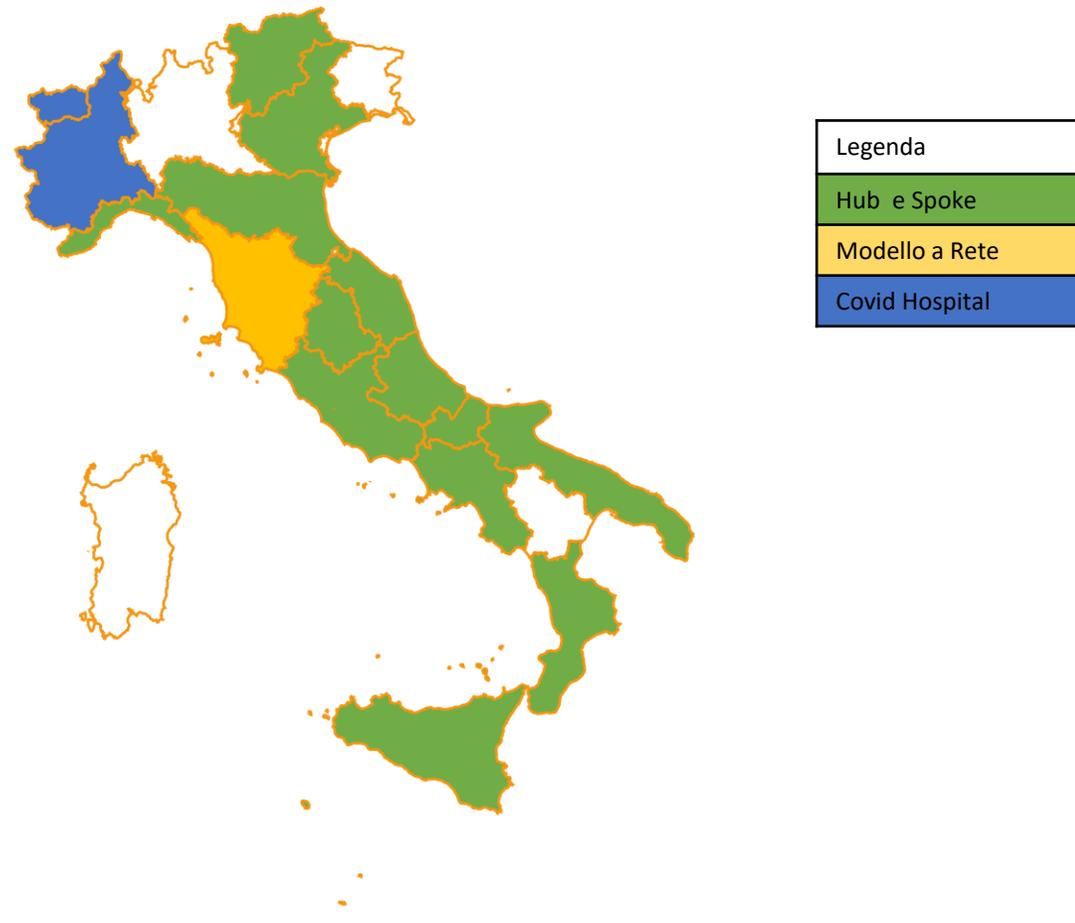
2 - Azioni messe in campo: **Modelli Organizzativi Regionali**



Modello organizzativo adottato durante la prima fase dell'emergenza



Modello organizzativo previsto dal DL 34\2000

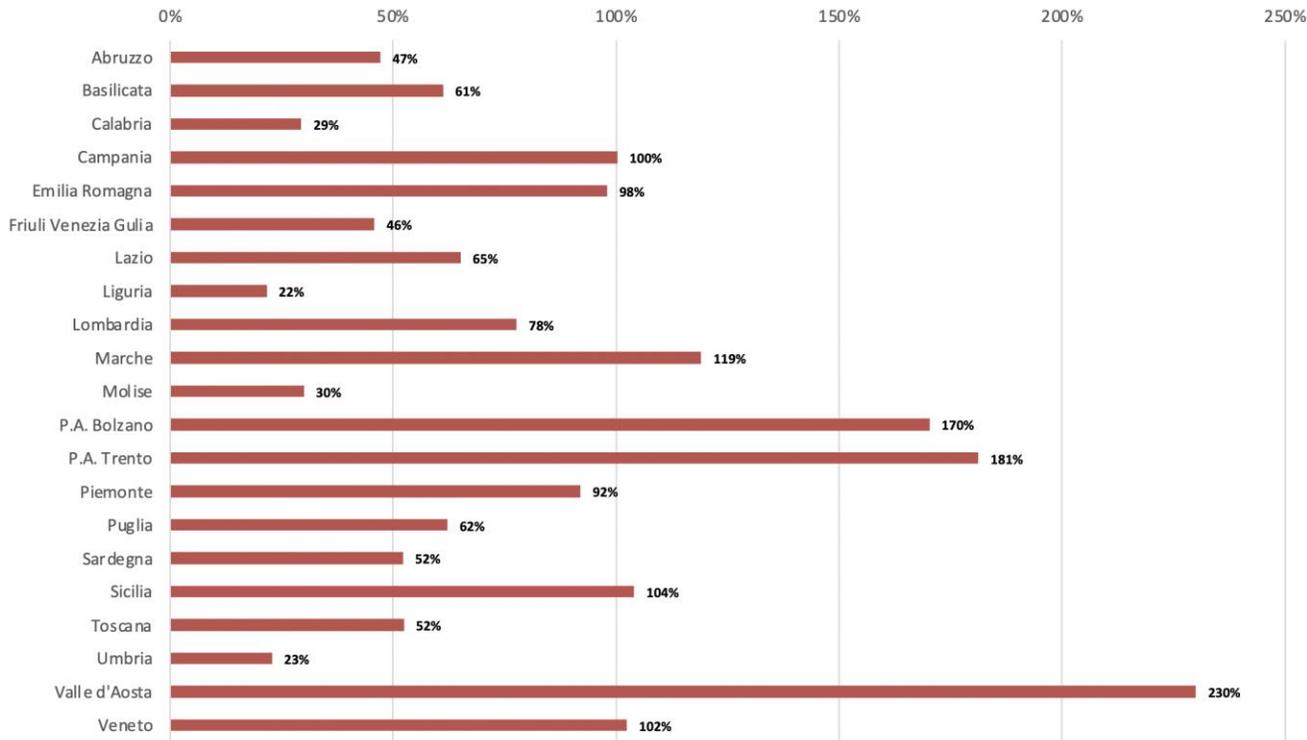


Con il DL n°34 del 2020 le Regioni hanno definito il **Piano di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera**. Al 17 giugno 2020, solo n°9 Regioni - prevalentemente nel Nord Italia, maggiormente colpita dal virus – li avevano approvato; al 22 luglio 2020, viceversa, la totalità delle Regioni aveva approvato il Piano di Riorganizzazione dell'attività ospedaliera.



2 - Azioni messe in campo: I Posti Letto in Terapia Intensiva

Incremento % posti letto di Terapia intensiva (febbraio 2020 – febbraio 2022)



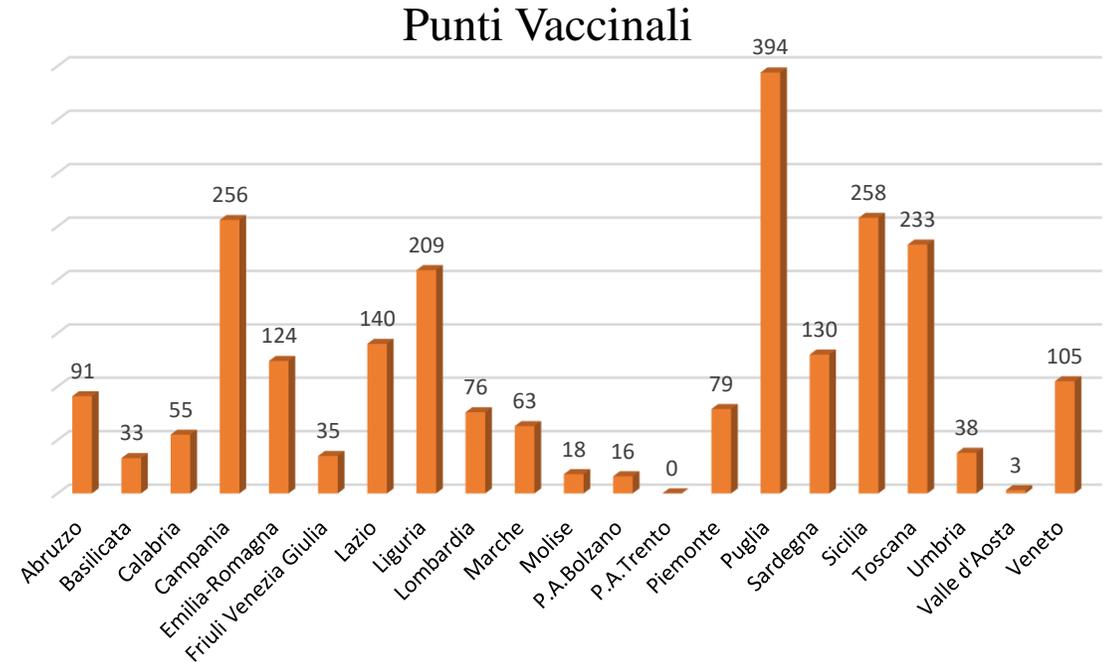
Regione	Rapporto PLTI/1000 abitanti pre Covid	Giorni impiegati per raggiungere standard DL34
Abruzzo	0,09	183
Basilicata	0,09	183
Calabria	0,07	-
Campania	0,06	630
Emilia-Romagna	0,10	183
Friuli-Venezia Giulia	0,10	148
Lazio	0,10	169
Liguria	0,12	148
Lombardia	0,09	548
Marche	0,08	231
Molise	0,10	-
P.A. Bolzano	0,07	183
P.A. Trento	0,07	183
Piemonte	0,08	183
Puglia	0,08	265
Sardegna	0,08	-
Sicilia	0,08	176
Toscana	0,10	176
Umbria	0,08	183
Valle d'Aosta	0,08	148
Veneto	0,10	148
Italia	0,09	226

Contemporaneamente al modello organizzativo adottato, le regioni hanno dovuto attivare rapidamente diversi posti letto di terapia intensiva. In media, in questi due anni di pandemia le regioni hanno aumentato la dotazione di posti letto di terapia intensiva del 78%.

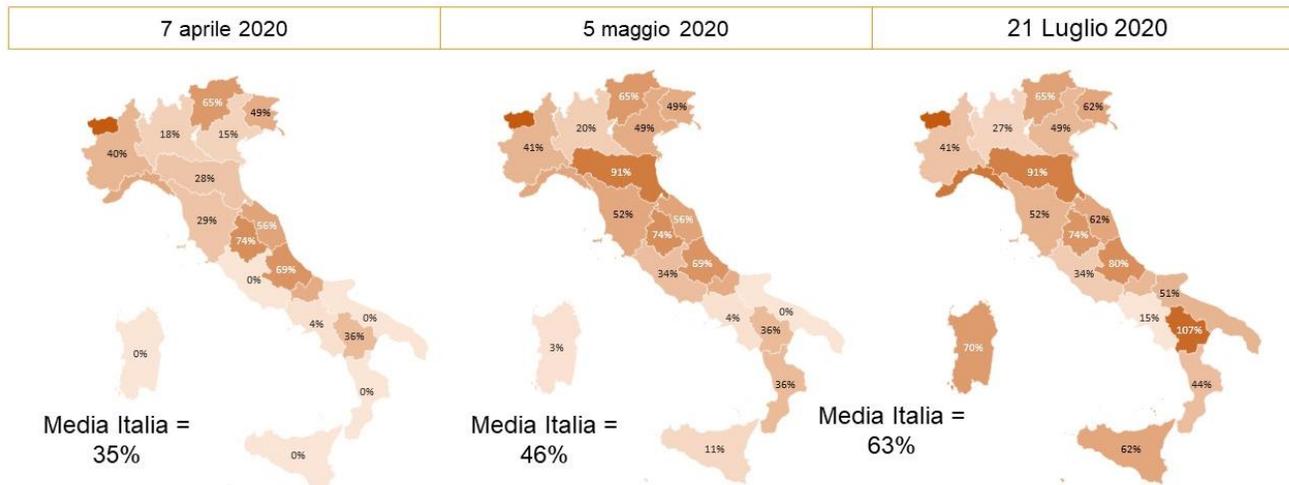
2 - Azioni messe in campo: attivazione USCA – Punti Vaccinali



Al fine di ridurre la pressione sulle strutture ospedaliere, il Decreto-Legge 8 Marzo 2020 ha previsto l'istituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziali – USCA, nella misura di una ogni 50.000 abitanti con il mandato di gestire in Assistenza Domiciliare i pazienti che non necessitavano di ricovero. Circa un mese dopo la norma che le introduceva, il tasso di copertura delle USCA calcolato come il numero di USCA attivate ogni 50.000 abitanti in rapporto alla popolazione residente, si attestava per l'Italia al 35%.

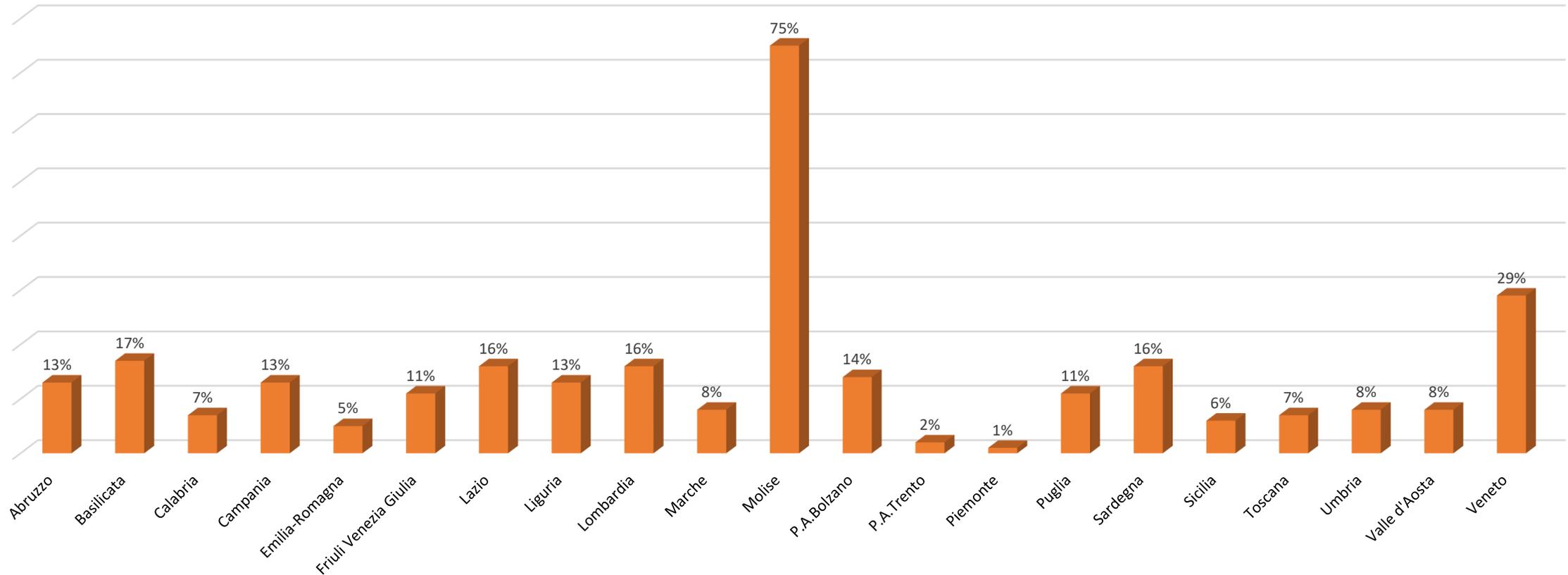


Principali punti di somministrazione - inclusi i punti di somministrazione ospedalieri e territoriali: n°2353





2 - Azioni messe in campo: **Potenziamento del Personale**



In merito alle dotazioni di personale, e tra questi il personale medico è stato integrato di n°13.489 unità, con un incremento che si aggira intorno al 13% rispetto alla dotazione del personale –pre covid.

Il maggior incremento di personale covid fa riferimento alle seguenti specializzazioni: Anestesia e rianimazione; Medicina e accettazione d'urgenza; Malattie dell'apparato respiratorio; Malattie infettive; Microbiologia e virologia; Sanità Pubblica.

3 - Criticità emerse: mappatura delle risposte regionali



Legenda	
Regioni Impreparate	
Regioni Reattive	
Regioni Non Resilienti	
Regioni Resilienti	
n.d.	



4 - Key messages per il futuro: **le lezioni apprese**



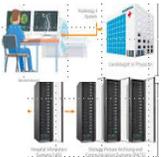
L'importanza dei Protocolli e degli standard sanitari



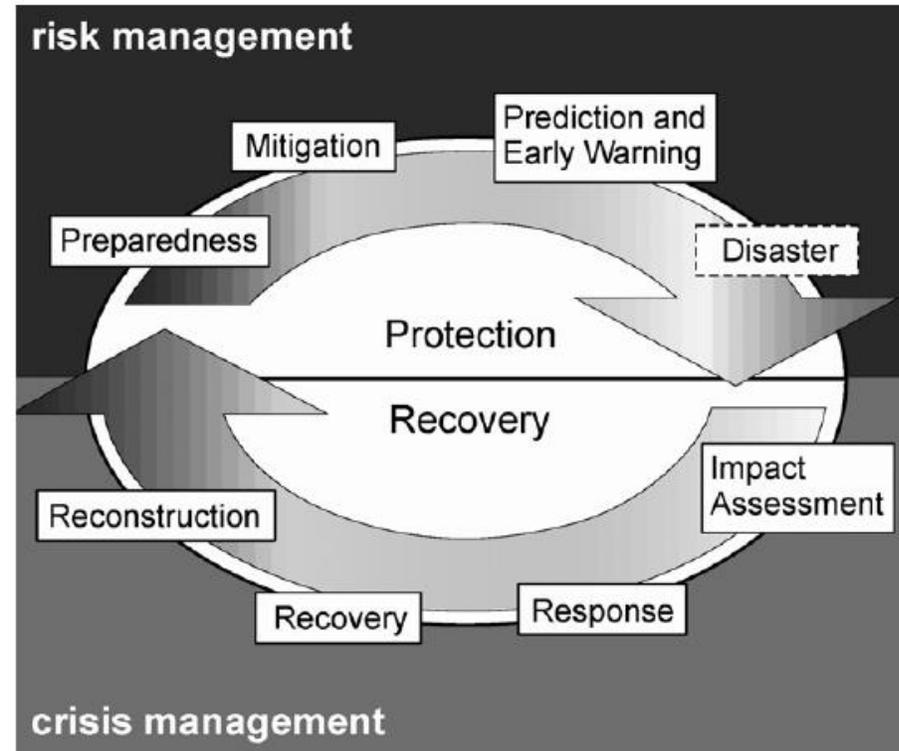
L'importanza di un allargamento ed integrazione nel personale coinvolto di nuove competenze



L'importanza di sviluppare coordinamento tra i diversi livelli di assistenza sanitaria



L'importanza di Infrastrutture omogenee sul Territorio e della condivisione di dati ed info



Fonte: National Drought Mitigation Center, University of Nebraska-Lincoln

In collaborazione con:

Sezione di Igiene - Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica
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



Il covid-19 in Italia: la prospettiva delle aziende

Antonella Cifalinò

Professore associato di Economia Aziendale, Facoltà di Economia, Università Cattolica e Vice Direttore del Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario (Ce.Ri.S.Ma.S.)

20 febbraio 2023





1 - Key facts

- In fase emergenziale, necessità di superare i limiti dei modelli organizzativi ispirati a logiche tradizionali verticali
 - Rapidità, flessibilità e integrazione
- In fase post-emergenziale, ritorno ad una nuova normalità
 - Esigenze della popolazione
 - Liste di attesa
 - Determinati sociali
 - Riorganizzazione degli organici aziendali, ma...
 - *Labor shortage*
 - Necessità di *upskilling* e *reskilling*
 - Opportunità tecnologiche e digitali, ma...
 - Architetture informative spesso frammentate
 - Vincoli normativi sull'utilizzo dei dati



2 - Azioni messe in campo

- Strumenti di analisi dei bisogni
 - Analisi di epidemiologia sociale ad elevata granularità (es. micro-aree)
- Strutture organizzative sperimentali orizzontali basate sui team
 - Governo delle reti inter-organizzative dei servizi locali
 - Riorganizzazione degli assetti erogativi intra-organizzativi
- Innovazioni organizzative ispirate al *lean management*
 - Ruolo delle task force aziendali e interaziendali
- Introduzione di nuovi ruoli vs rivisitazione dei ruoli esistenti
 - Un esempio: processi di *community building*
- Evoluzione delle funzioni di supporto
 - Un primo esempio: epidemiologia sociale
 - Un secondo esempio: ruolo del controller
 - Un terzo esempio: nuovi modelli di gestione del personale



3 - Criticità emerse

- Superamento delle sperimentazioni e messa a regime di nuovi sistemi organizzativi
 - Un esempio: governo dei processi di *transitional care*
- Inserimento ed allocazione del personale
 - Vincoli legati alle incompatibilità sancite dai contratti di lavoro
 - Vincoli di bilancio
 - Sostenibilità della vita lavorativa
 - Governo di ambiguità e dei conflitti di ruolo (fisiologici quando si introducono modelli organizzativi orizzontali)
 - Evoluzione delle competenze agite nei contesti lavorativi (processi di apprendimento individuale ed organizzativo)
- Visibilità e condivisione delle informazioni relative ai pazienti
 - Un primo esempio: governo dei processi di *case finding*
 - Un secondo esempio: team di presa in carico con professionisti ospedalieri/territoriali e professionisti in convenzione



4 - Key messages per il futuro

- Visione strategica relativa alle determinanti ultime delle performance (determinanti endogene vs vincoli esogeni)
 - Capitale organizzativo
 - Comunità professionali
 - Capitale informativo
- Gestione del cambiamento
 - Approccio configurazionale
 - *Boundary management*
 - Ibridazione dei ruoli tradizionali

In collaborazione con:

Sezione di Igiene - Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica
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



Il covid-19 in Italia: la prospettiva tecnologica

Entela Xoxi

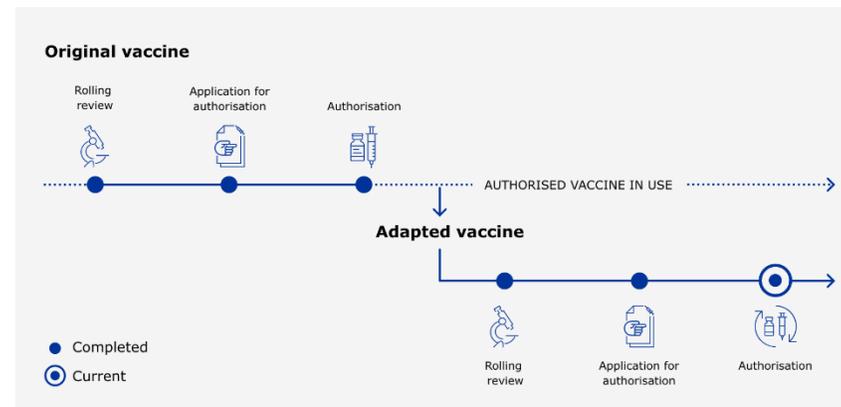
Senior Researcher ALTEMS, Università Cattolica

20 febbraio 2023



Key facts

- **Adapted vaccines** (Comirnaty(developed by BioNTech and Pfizer & Spikevax (previously COVID-19 Vaccine Moderna))
- Immunity (protection)
- Boosters and mixing vaccines
- Vaccination during pregnancy
- Vaccination in children
- **Differences across the EU**
- Vaccine safety
- Vaccine authorisation





Overview of authorised COVID-19 vaccines

Vaccine	Platform*	Strain	Use	Population			
				≥6 months	≥5 years	≥12 years	≥18 years
Comirnaty (BioNTech)	mRNA	Original strain	Primary vaccination	✓ 6 months to 4 years	✓ 5-11 years	✓	✓
			Booster		✓ 5-11 years	✓	✓
		Original strain + Omicron BA.1 variant (adapted**)	Booster			✓	✓
		Original strain + Omicron BA.4-5 variants (adapted**)	Booster		✓ 5-11 years	✓	✓
Spikevax (Moderna)	mRNA	Original strain	Primary vaccination	✓ 6 months to 5 years	✓ 6-11 years	✓	✓
			Booster		✓ 6-11 years	✓	✓
		Original strain + Omicron BA.1 variant (adapted**)	Booster		✓ 6-11 years	✓	✓
		Original strain + Omicron BA.4-5 variants (adapted**)	Booster			✓	✓
Vaxzevria (AstraZeneca)	Adenoviral vector	Original strain	Primary vaccination				✓
			Booster				✓
Jcovden (Janssen)	Adenoviral vector	Original strain	Primary vaccination				✓
			Booster				✓
Nuvaxovid (Novavax)	Protein	Original strain	Primary vaccination			✓	✓
			Booster				✓
COVID-19 Vaccine Valneva (Valneva)	Inactivated	Original strain	Primary vaccination				✓ 18-50 years
VidPrevtyn Beta (Sanofi Pasteur)	Protein	Beta variant	Booster				✓

EMA COVID-19 Available on <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19> Access Feb 18, 2023



COVID-19 Treatments



Currently under rolling review

No treatments currently under rolling review



Marketing authorisation application submitted

- **Lagevrio**
(molnupiravir)



Authorised for use in the European Union

- **Evusheld**
(tixagevimab / cilgavimab)
- **Kineret**
(anakinra)*
- **Paxlovid**
(PF-07321332 / ritonavir)
- **Regkirona**
(regdanvimab)
- **RoActemra**
(tocilizumab)*
- **Ronapeve**
(casirivimab / imdevimab)
- **Veklury**
(remdesivir)
- **Xevudy**
(sotrovimab)



Actions taken

- COVID-19 Steering Group
- EMA health threats plan
- Business continuity plan for the EU medicines regulatory network
- Working with EU and international partners
- Open Initiative
- Measures to reduce the spread of COVID-19

Use and enhancement of existing regulatory tools at EU and National level

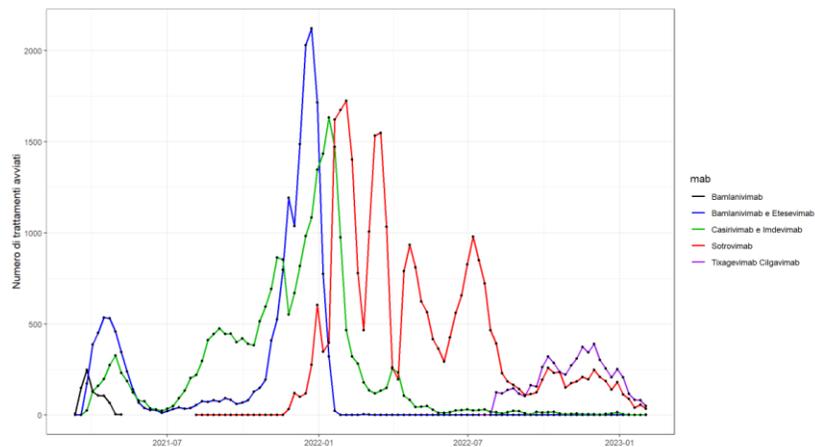
- Rapid scientific advice
- Rapid agreement of a paediatric investigation plan and rapid compliance check
- Rolling review
- Marketing authorisation (CMA, EC with AA)
- Extension of indication and extension of marketing authorisation
- Compassionate Use
- Clinical Trials





COVID-19 AIFA data on Monoclonal antibodies & Antivirals

Anticorpi monoclonali per CoViD-19: andamento trattamenti avviati per settimana (periodo: apertura monitoraggio – 8 febbraio 2023)



Principio attivo	Autorizzazione	Giorni di monitoraggio	Oggetto comunicato	Link al comunicato	Numero trattamenti Registri di monitoraggio	Strutture con almeno 1 RF inserita
Veklury® (Remdesivir - Gilead)	Determinazione n.92 nella GU n.250 del 09-10-2020	819	Prossimo rilascio sulla piattaforma Web dei Registri - Registro VEKLURY (REMDESIVIR)	https://www.aifa.gov.it/-/prossimo-rilascio-sulla-piattaforma-web-dei-registri-registro-veklury-remdesivir-https://www.aifa.gov.it/-/attivazione-registro-veklury-remdesivir-	113505	452
			Attivazione Registro VEKLURY (remdesivir)	https://www.aifa.gov.it/-/attivazione-web-e-pubblicazione-schede-di-monitoraggio-schede-di-monitoraggio-registro-veklury-trattamento-precoce-covid-19	31479	319
Lagevrio® (Molnupiravir - MSD)	Determinazione AIFA n. 1644 nella GU n.308 del 29-12-2021	392	Attivazione web e pubblicazione schede di monitoraggio - Registro Antivirali orali COVID-19 - LAGEVIRIO (MOLNUPIRAVIR)	https://www.aifa.gov.it/-/attivazione-web-e-pubblicazione-schede-di-monitoraggio-registro-antivirali-orali-covid-19-lagevrio-molnupiravir-	62237	331
Paxlovid® (PF-07321332+ritonavir - Pfizer)	Determinazione AIFA n. 35 nella GU n.31 del 7-02-2022 Determinazione n.160 nella GU n.92 del 20-04-2022	352	Attivazione web e pubblicazione schede di monitoraggio - Registro antivirali orali COVID-19 - PAXLOVID (PF 07321332-ritonavir)	https://www.aifa.gov.it/-/attivazione-web-e-pubblicazione-schede-di-monitoraggio-registro-antivirali-orali-covid-19-paxlovid-pf-07321332-ritonavir-	38759	343

Key messages for the future

Marco Cavaleri, Fergus Sweeney, Rosa Gonzalez-Quevedo, Melanie Carr, Shaping EU medicines regulation in the post COVID-19 era, The Lancet Regional Health - Europe, Volume 9, 2021

- Provide rapid and coordinated feedback to medicines' developers during a crisis.
- **Establish a mechanism and resources to ensure sustainability of the EMA Task Force for future crisis preparedness**
- Establish a mechanism to enable rapid advice and approval of large, well designed trials, to avoid fragmentation in clinical research.
- **Establish pan-European research investigator networks with effective infrastructural support, to enable large trials by public research bodies or industry**
Improve collection, coordination and analysis of health data across the EU.
- Enhance data analytics to support public confidence in the regulatory supervision of vaccines and therapeutics.
- **Invest in RWE to complement evidence from clinical trials** (e.g. research contracts on vaccine effectiveness and safety).
- Support research to define optimal tools for risk communication and data visualization.
- Strengthen collaboration and communication with ECDC, national public health authorities and NITAGs.
- **Strengthen international collaboration and explore ways to increase harmonization and speed of data sharing.**
- Coordinate and support MSs' activities in preventing and mitigating supply disruptions of critical medicines during crisis.
- Support EU-level coordination and scientific, technical and clinical evaluation of certain medical devices and in vitro diagnostics during emerging health threats



Grazie

We ignite not in the light, but in lack thereof,
For it is in loss that we truly learn to love.
In this chaos, we will discover clarity.
In suffering, we must find solidarity.

Amanda Gorman
The Miracle of Morning, April, 2020

In collaborazione con:

Sezione di Igiene - Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica
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



Il covid-19 in Italia: la prospettiva digitale

Fabrizio Massimo Ferrara

Coordinatore Laboratorio Sistemi Informativi ALTEMS, Università Cattolica

20 febbraio 2023



1 - Key facts



- Drastica riduzione dell'accessibilità alle cure per tutti i pazienti
- Mancanza di strumenti per consentire il contatto e la continuità di cura per i pazienti (televisite, telemonitoraggio)
- Mancanza di strumenti per la collaborazione fra ospedale e territorio (teleconsulto)



Covid-19 e malati reumatici: 3 su 4 costretti a rimandare visite



La ricerca UK: "MORIRANNO 18MILA MALATI DI CANCRO IN PIÙ PER IL COVID-19"

10 Mag 2020

La ricerca, condotta dall'University College di Londra (UCL), rileva una riduzione delle presenze in chemioterapia del 60% e un calo medio del 76% delle segnalazioni di tumori per la diagnosi precoce

☰ 🔍 🇮🇹 Italia Attualità 29 settembre 2021

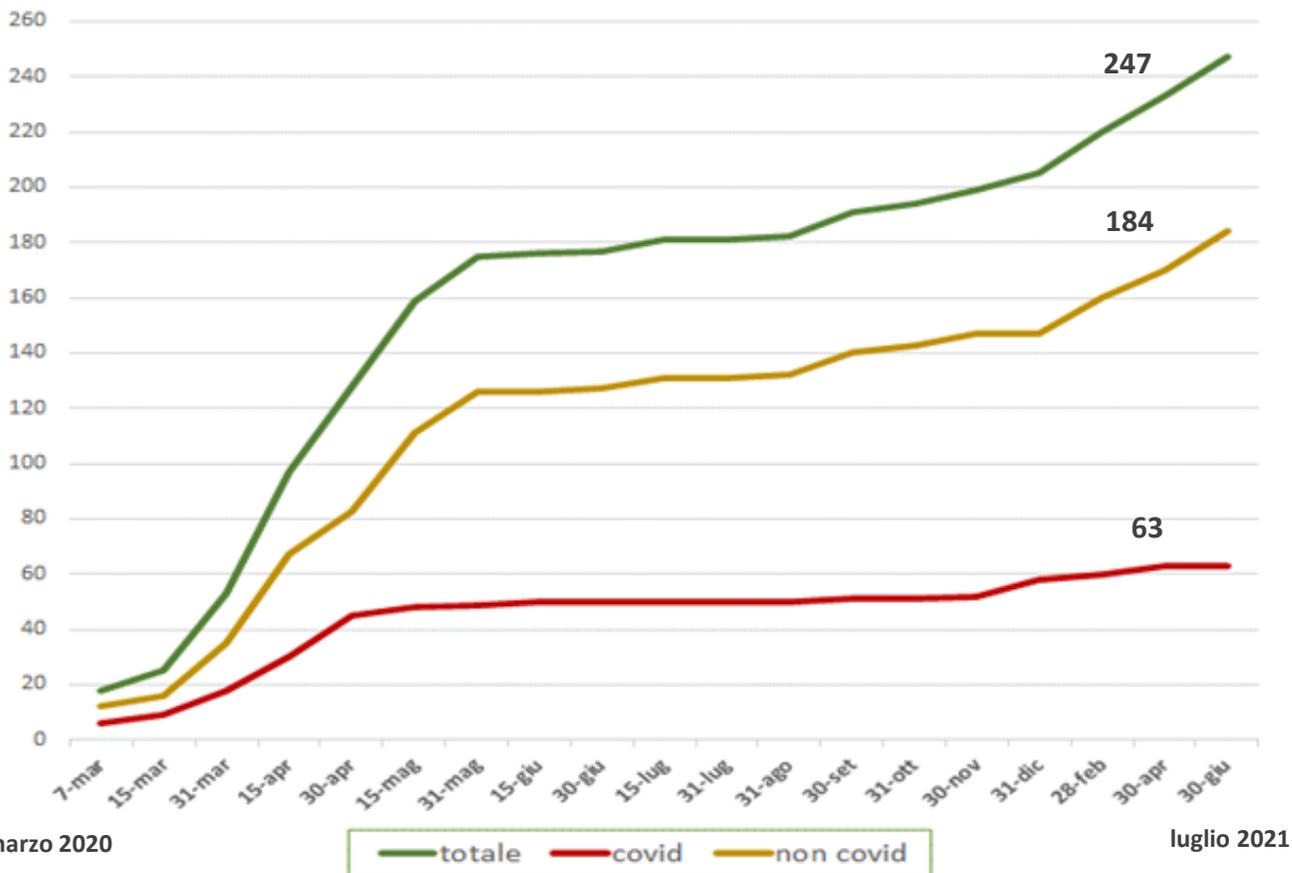
Dopo il Covid allerta rossa per le malattie del cuore: morti per infarto triplicati, serve più telemedicina

Le malattie cardiovascolari, prima causa di morte nel mondo con 18,5 milioni di vite perse l'anno e prima causa anche in Italia sia per gli uomini (31,7%) sia per le donne (37,7%) con 230mila decessi certificati dall'Istat, dopo 18 mesi di pandemia denunciano un vero e proprio bollettino di guerra

2 - Azioni messe in campo

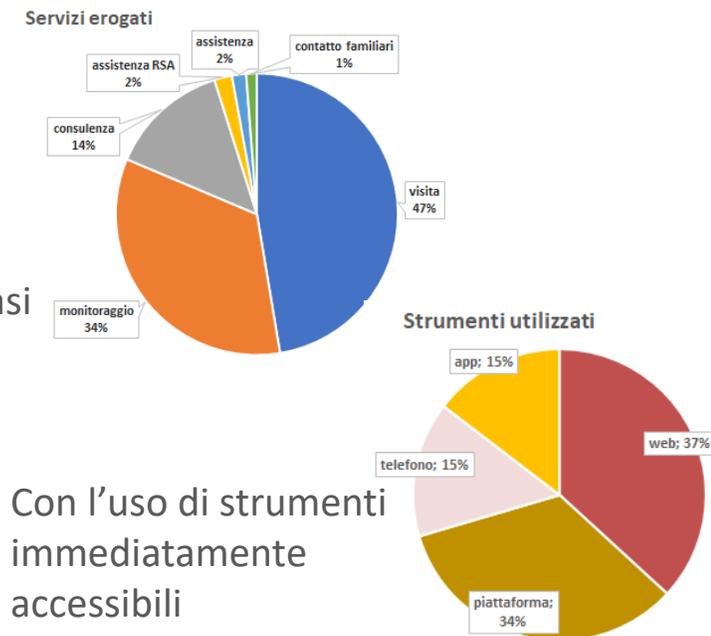


Soluzioni di telemedicina avviate dalle aziende dall'inizio di marzo 2020



Un continuo trend di crescita delle iniziative dedicate ai pazienti non-covid

Le televisite rappresentano quasi la metà dei servizi erogati



Con l'uso di strumenti immediatamente accessibili

Riferimento normativo nazionale

Ministero della Salute Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina

Approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 17.12.2020

<http://www.statoregioni.it/media/3221/p-3-csr-rep-n-215-17dic2020.pdf>

Aspetti principali

- La «telemedicina» comprende diverse attività, ognuna con propri requisiti e specificità: televisita, teleconsulto, teleconsulenza, teleassistenza, teleriferazione, triage
- Sono erogabili in telemedicina tutte le visite che non richiedano un contatto diretto con il paziente (quindi la «prima visita» è sempre in presenza)
- Nelle televisite il collegamento deve avvenire in tempo reale consentendo di vedere ed interagire con il paziente, e di scambiare anche documenti, dati clinici, referti medici, immagini, audio-video (le televisite non possono consistere in sole videochiamate o nel solo scambio di documenti)
- Le tariffe delle televisite sono analoghe a quelle in presenza

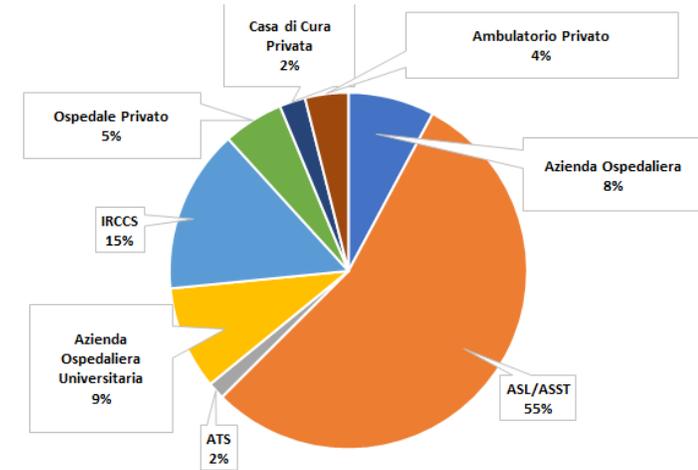
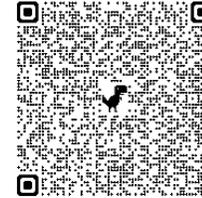
3 - Criticità emerse



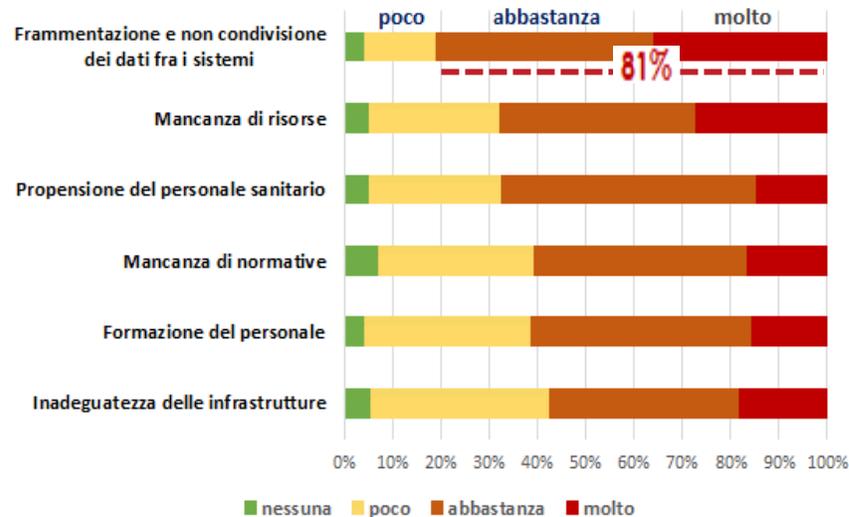
Survey ALTEMS sulle soluzioni di telemedicina implementate dalle aziende sanitarie

Nel periodo agosto-ottobre 2021 attraverso un questionario on-line

- contributi da 128 aziende
- rappresentative di 327 presidi
- 285 soluzioni descritte

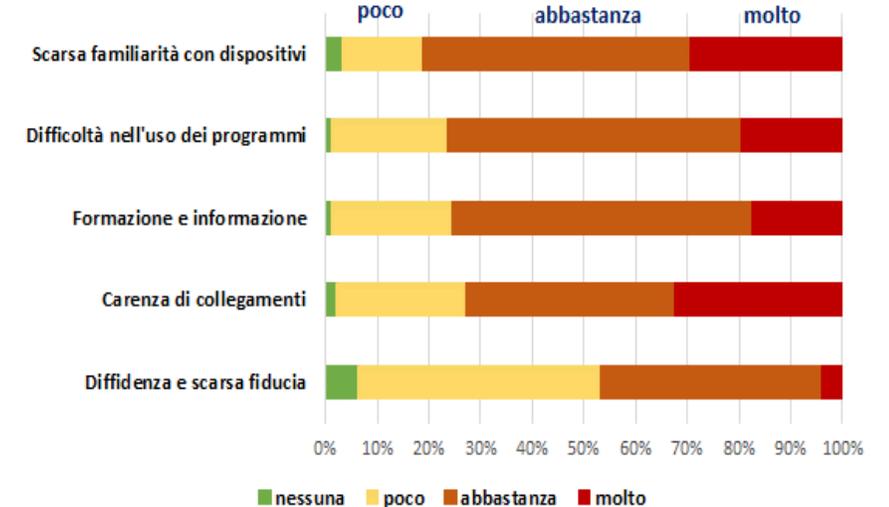


Relativamente a fattori interni all'organizzazione



Principali aspetti di criticità evidenziati dalle aziende per l'implementazione di soluzioni di telemedicina

Relativamente all'accettazione da parte dei pazienti





4 - Key messages per il futuro

- Esigenza di disponibilità, integrazione e condivisione dei dati, attualmente disomogenei, non accessibili e frammentati e frammentati fra centinaia di applicazioni proprietarie (con parallelo aggiornamento delle norme sulla privacy per consentire la collaborazione clinico-organizzativa)
- Rispondenza delle soluzioni di telemedicina alle specifiche esigenze clinico-organizzative delle diverse patologie e dei diversi Centri e facilità d'uso per i pazienti («*one size does NOT fit all*»)
- Integrazione delle soluzioni di telemedicina con i sistemi già esistenti e già utilizzati per assicurare la sicurezza e la coerenza del percorso: telemedicina + presenza

Il Fascicolo Sanitario -da solo- non può rappresentare l'unica soluzione, per la sua stessa natura di essere basato sul singolo individuo, non correlato con i processi clinico-organizzativi delle aziende e del percorso sul territorio

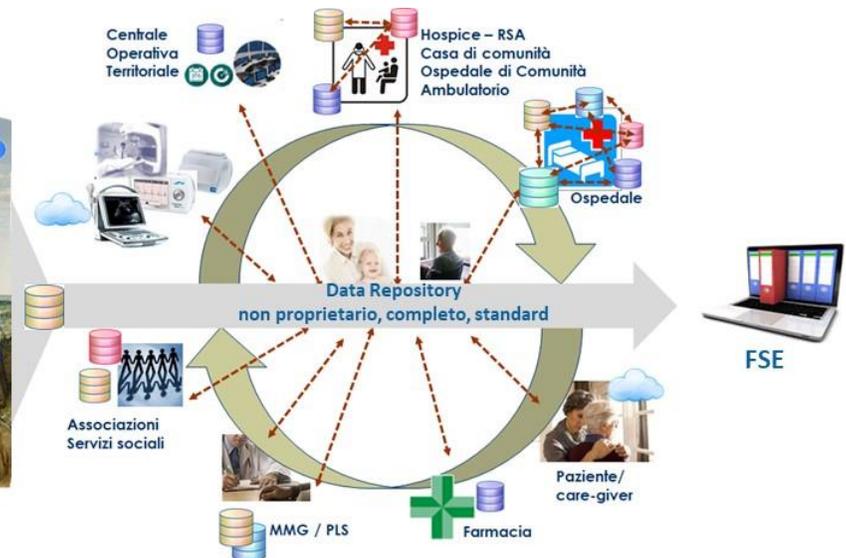




Tavola Rotonda