

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#15: **09 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, 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 30/6/2020 – 07/7/2020](#)

[2.6. PREVALENZA PUNTUALE 30/6/2020 – 07/7/2020](#)

[INDICATORI CLINICO-ORGANIZZATIVI](#)

[3.1. RICOVERI TI / RICOVERI TOTALI 30/6/2020 E 07/7/2020](#)

[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. CASI DA SCREENING/CASI TOTALI](#)

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

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

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

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

[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.](#)

[3.16. IMPATTO ECONOMICO](#)

[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 7 Luglio hanno il 90% 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 34.899 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 **7 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"> ➤ Dichiarazione dello stato di emergenza
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"> ➤ Identificazione delle restrizioni in alcuni comuni del Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Marche
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"> ➤ Attivazione modello di cooperazione interregionale ➤ Incremento della disponibilità dei posti letto, + 50% in terapia intensiva ➤ Coordinamento trasporti regionali ed interregionali (CROSS) ➤ 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) ➤ Identificazione COVID Hospital ➤ Sospensione delle attività didattiche di scuole di ogni grado e università
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"> ➤ Potenziamento delle risorse umane SSN; ➤ Potenziamento delle reti assistenziali (attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale - USCA
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"> ➤ Chiusura attività commerciali (non beni di prima necessità e attività operanti nel settore della ristorazione
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"> ➤ Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale ➤ Misure a sostegno del lavoro ➤ Misure a sostegno della liquidità attraverso il sistema bancario ➤ Misure fiscali a sostegno della liquidità delle famiglie e delle imprese

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"> ➤ Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale ➤ Misure a sostegno del lavoro ➤ Misure a sostegno della liquidità attraverso il sistema bancario ➤ Misure fiscali a sostegno della liquidità delle famiglie e delle imprese
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"> ➤ Chiusura attività produttive e commerciali ➤ Restrizione alla circolazione di persone tra comuni
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"> ➤ Misure urgenti per evitare la diffusione del COVID-19 ➤ Restrizione negli assembramenti e per la circolazione ➤ Sanzioni
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"> ➤ Ulteriori misure per il contenimento del contagio
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"> ➤ Ulteriori misure urgenti per il contenimento del contagio; ➤ misure di contenimento del contagio per lo svolgimento in sicurezza delle attività produttive industriali e commerciali
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"> ➤ Ulteriori misure urgenti per il contenimento del contagio; ➤ misure di contenimento del contagio per lo svolgimento in sicurezza delle attività produttive industriali e commerciali
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"> ➤ Misure finalizzate alla conduzione di studi epidemiologici e all'elaborazione di statistiche affidabili e complete sullo stato immunitario della popolazione
19 maggio 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-1	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale, compresa l'istituzione dell'infermiere di famiglia o di comunità ➤ Riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 ➤ Incremento delle borse di studio degli specializzandi ➤ Proroga validità delle ricette limitative dei farmaci classificati in fascia A e dei piani terapeutici; ➤ Rilevazioni statistiche dell'ISTAT connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19

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"> ➤ Requisiti per presidi COVID ➤ postazioni isolate per osservazione di pazienti ventilati/intensivi sospetti SARS – CoV – 2 in attesa risultati test diagnostici eseguiti; ➤ terapie intensive di coorte (separate) (UTI) ➤ UTI prioritariamente create in strutture ospedaliere con reparti di malattie infettive e nelle strutture ospedaliere di riferimento ECMO1 ➤ Definizione criteri di accesso al trattamento intensivo dei pazienti COVID-19, loro gestione clinica ed assistenziale; ➤ Criteri di distribuzione e utilizzo dei DPI e relativa formazione del personale; ➤ 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 ➤ rimodulazione dell'attività programmata; ➤ formazione del personale per utilizzo dei sistemi di ventilazione e alla corretta adozione dei DPI.
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"> ➤ Attivazione modello di cooperazione interregionale ➤ Incremento della disponibilità dei posti letto, + 50% in terapia intensiva ➤ Coordinamento trasporti regionali ed interregionali (CROSS) ➤ 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)
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"> ➤ Potenziamento delle risorse umane SSN; ➤ Potenziamento delle reti assistenziali (attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale - USCA)
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"> ➤ Identificazione prestazioni ambulatoriali e ospedaliere non COVID differibili
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"> ➤ Rimodulazione contratti per prestazioni COVID e non COVID con operatori privati ➤ Differenziazione chiamate al 112/118 ➤ Linee di indirizzo per gestione territoriale e RSA ➤ Coordinamento soluzioni ICT e Digitali ➤ Sperimentazioni medicinali

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	Circolare 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:

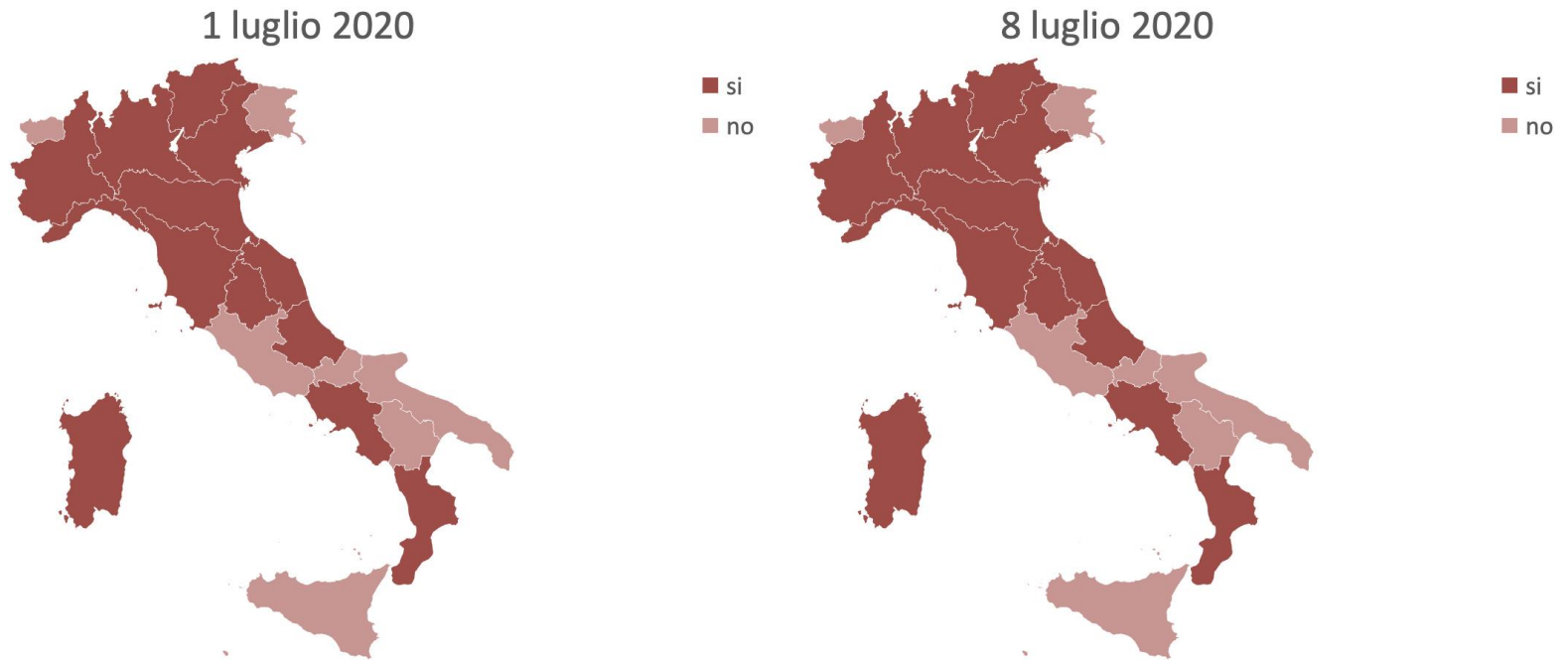
1. identificare, confermare e descrivere rapidamente casi di influenza causati da nuovi sottotipi virali, in modo da riconoscere tempestivamente l'inizio della pandemia.
2. Minimizzare il rischio di trasmissione e limitare la morbosità e la mortalità dovute alla pandemia.
3. Ridurre l'impatto della pandemia 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.

All' 8 luglio 2020 non si registra l'approvazione di nuovi piani di riorganizzazione delle reti ospedaliere. Rimangono, quindi, 13 le Regioni che hanno deliberato specifici piani di riorganizzazione dell'attività ospedaliera per il potenziamento della rete ospedaliera e delle terapie intensive. Si conferma l'esistenza di una differenza tra le regioni. In particolare, la totalità delle regioni, in cui il virus ha **circolato in maniera molto consistente**, ha approvato piani di riorganizzazione della rete ospedaliera. Anche la maggior parte delle regioni, in cui il virus ha **circolato a livello di intensità media**, hanno deliberato i suddetti piani: fanno eccezione il Lazio e la Puglia. Al contrario sono ancora poche le regioni che hanno registrato **un numero di casi limitati** e che hanno approvato in Giunta Regionale piani di riorganizzazione ospedaliera.

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

Comunicato stampa regionale (<https://www.regione.piemonte.it/web/pinforma/notizie/nuovo-piano-riorganizzazione-della-rete-ospedaliera>)

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>)

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".

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

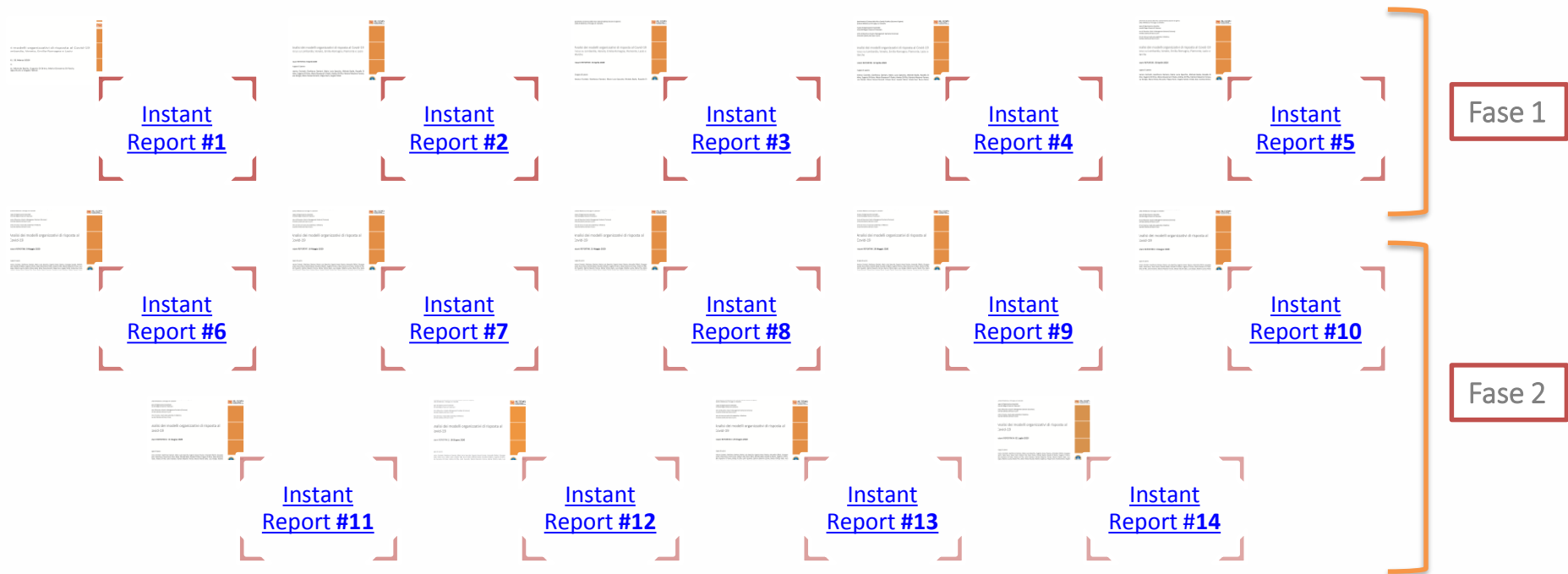
DGR n. 782 del 16 giugno 2020 «Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria.»



Library Instant Report

ALTEMS Instant Report

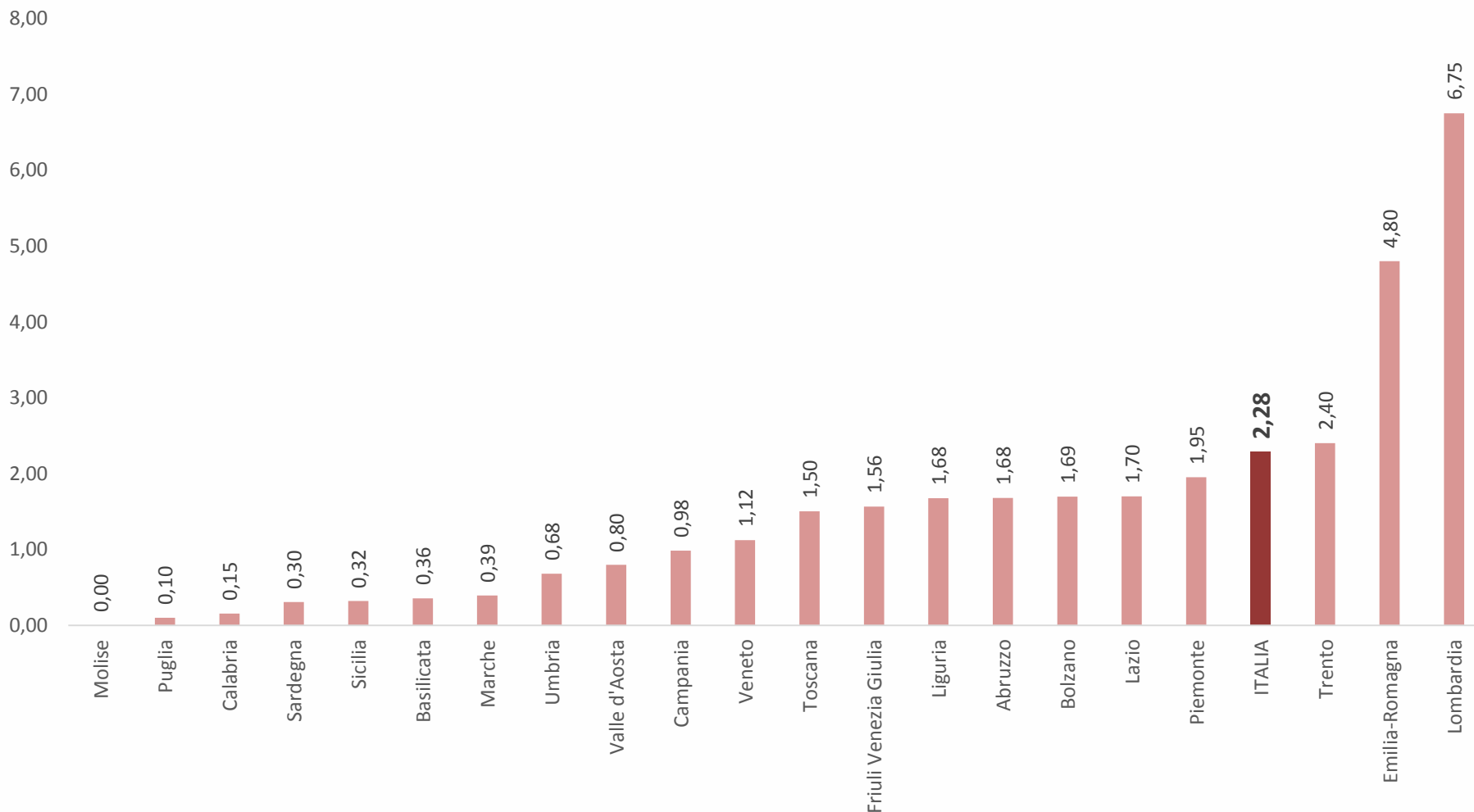
dal 31 marzo 2020 ad oggi





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

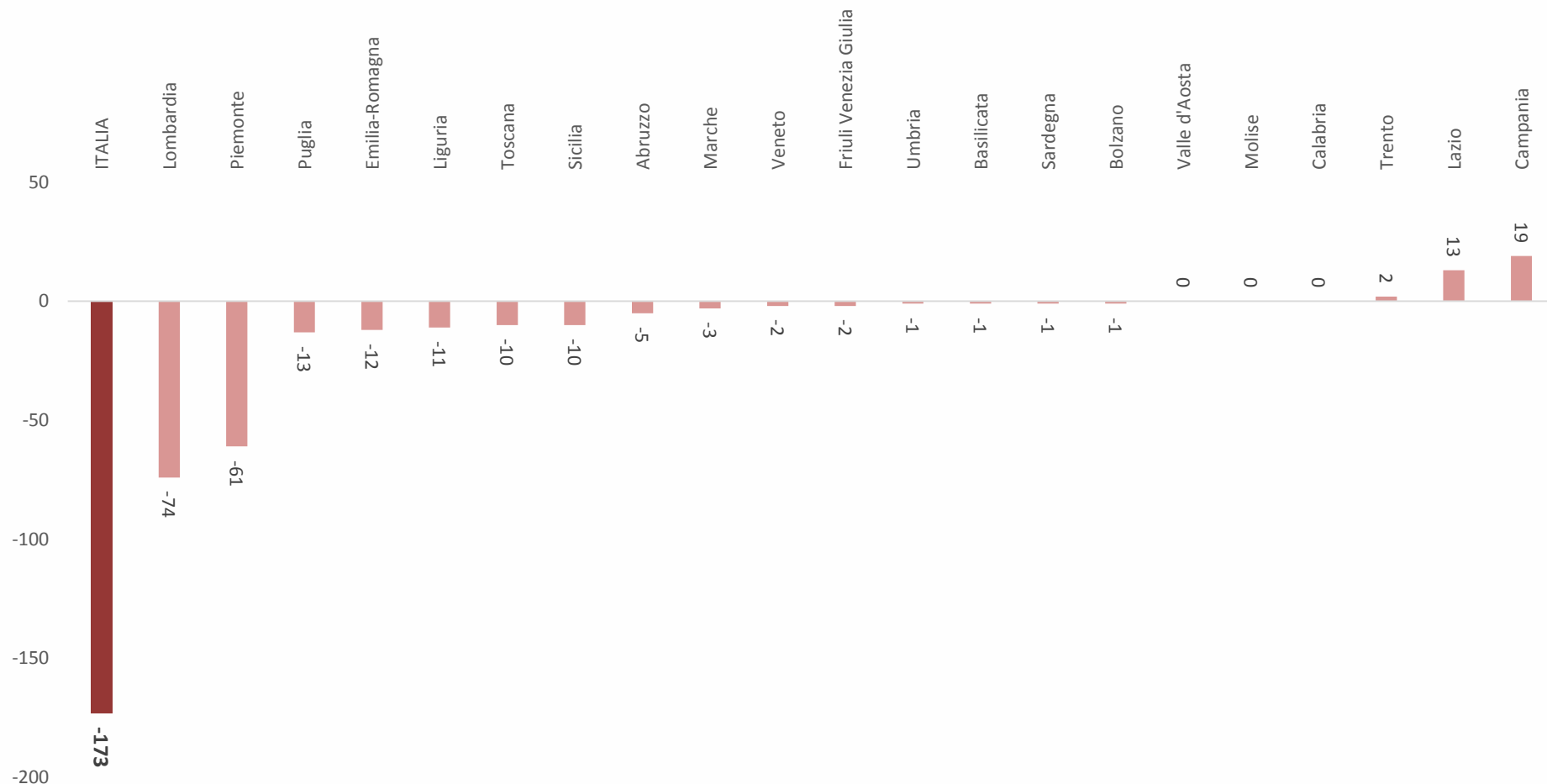


Media	-60,55
Min	-986,0
Max	50,0
Dev-St	215,82
Var	46.578,35

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 -986, la scorsa settimana era di - 2.843 casi. In generale, si sottolinea un andamento negativo con una media di -61 casi, la settimana scorsa erano -183. Questa settimana si registra un andamento positivo in diverse regioni italiane.

Indicatore 1.3. Andamento ospedalizzati

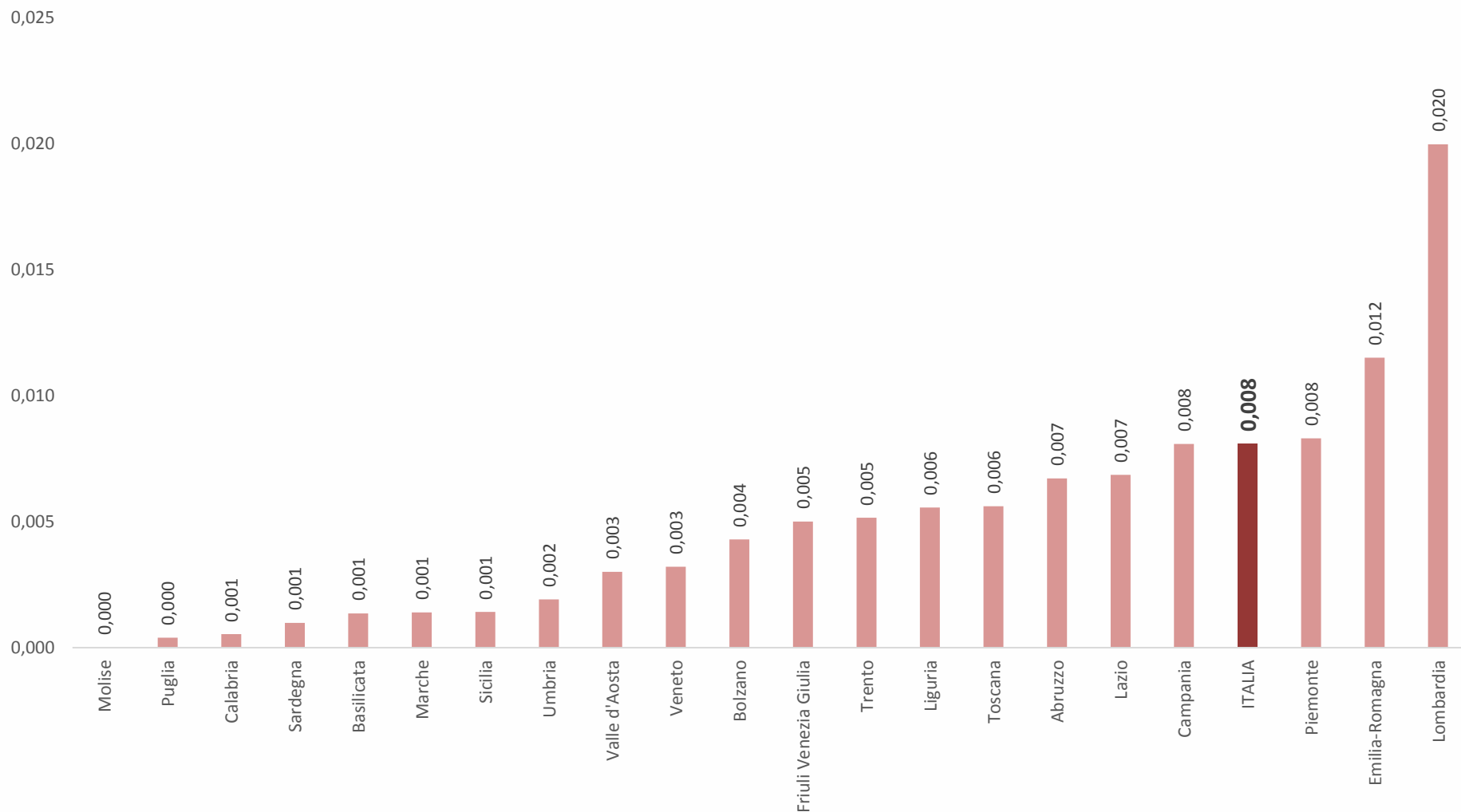


Media	-7,82
Min	-74,0
Max	19,0
Dev-St	20,26
Var	431,77

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 -74 casi ospedalizzati, la settimana scorsa erano - 622. In generale in si registra un andamento negativo pari in media a -8 casi ospedalizzati, la settimana scorsa erano -36. Si segnala un andamento positivo dell'indicatore in Trentino-Alto-Adige, Lazio e Campania.

Indicatore 1.4. Positività al test



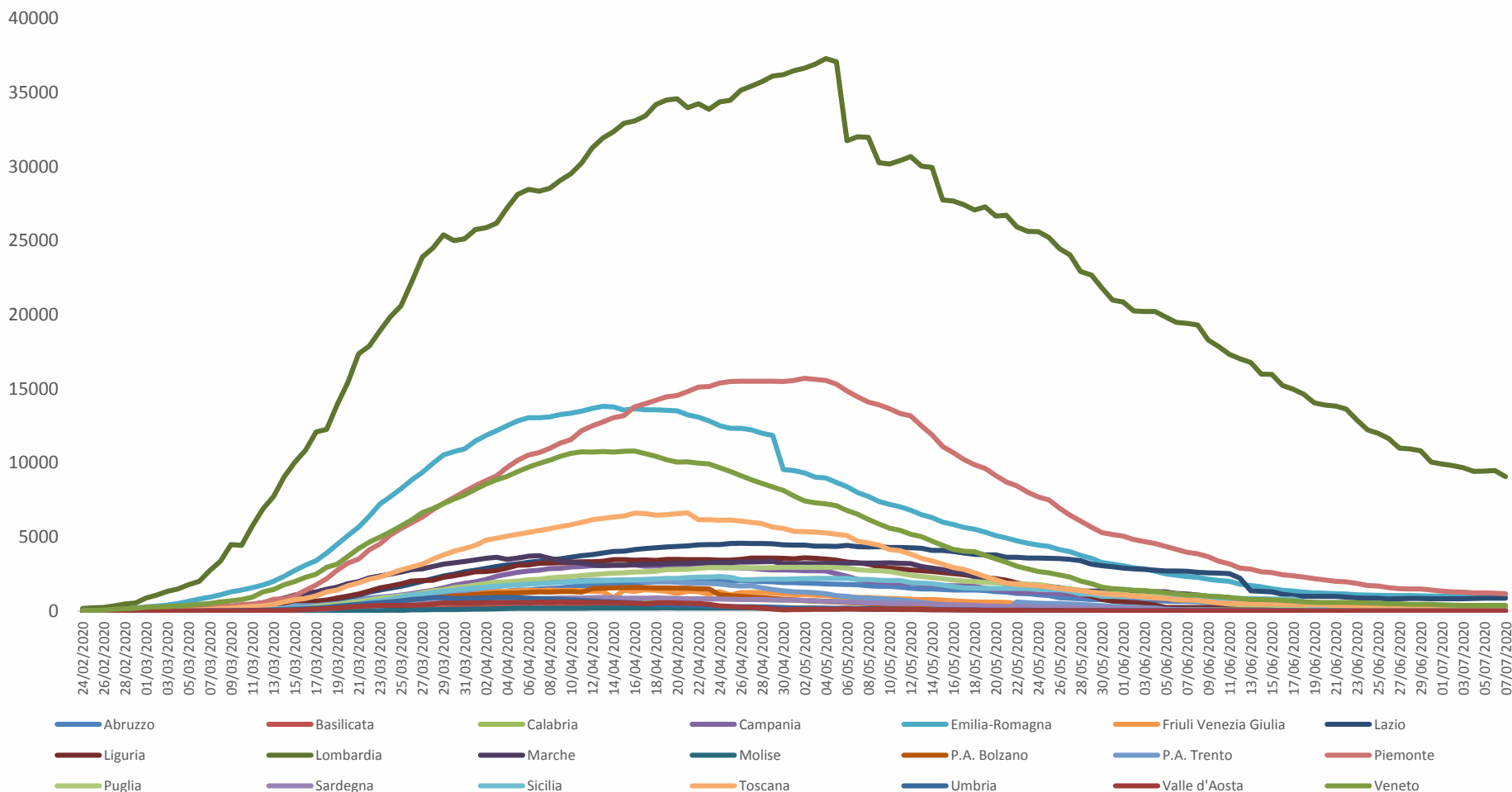
Commento

L'indice di positività rispetto ai test effettuati registra un valore massimo di 0,020 in Regione Lombardia e 0,012 in Emilia Romagna. In Italia è positivo un nuovo soggetto testato ogni 125.



Indicatori epidemiologici

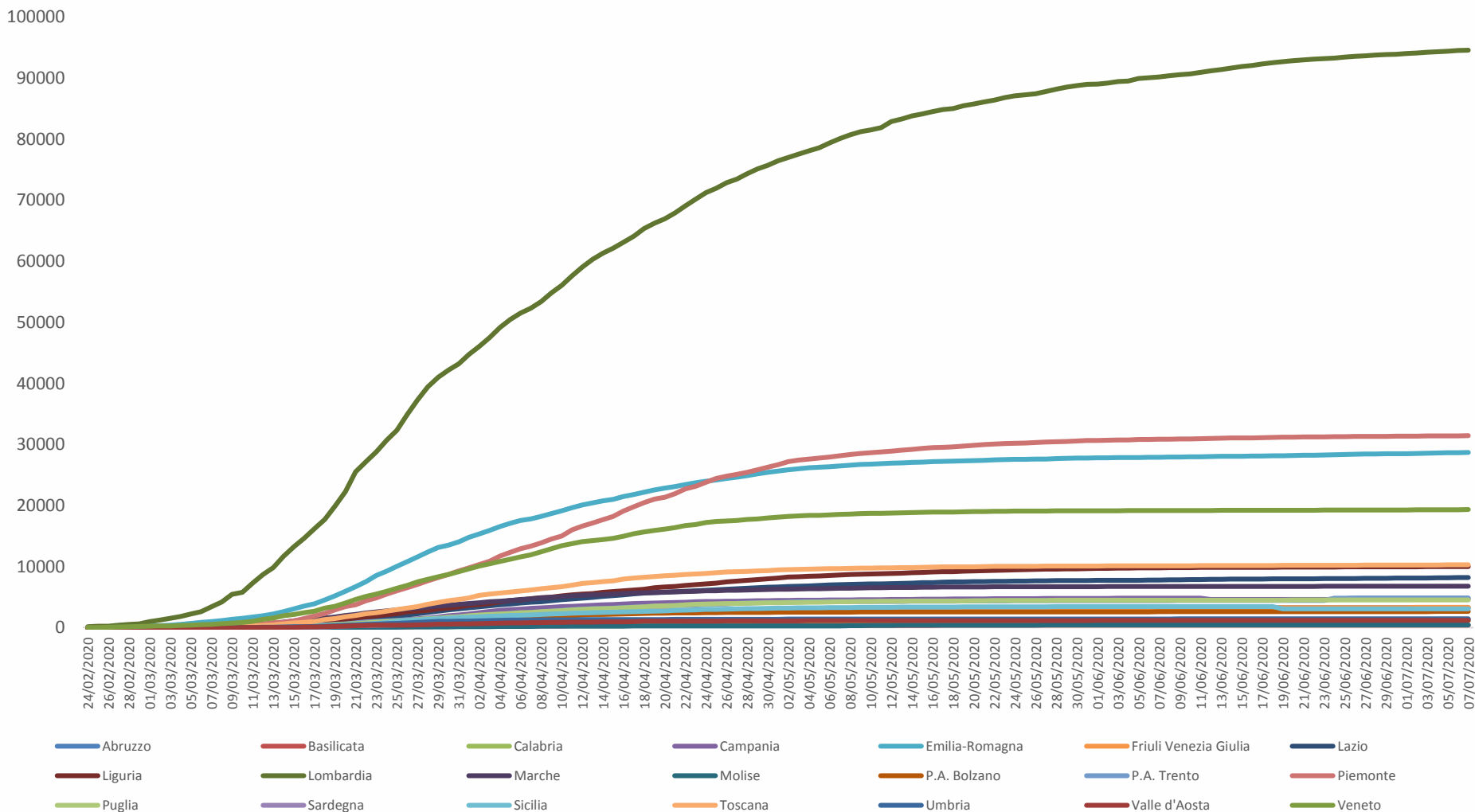
Indicatore 2.1. Totale attualmente positivi



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.

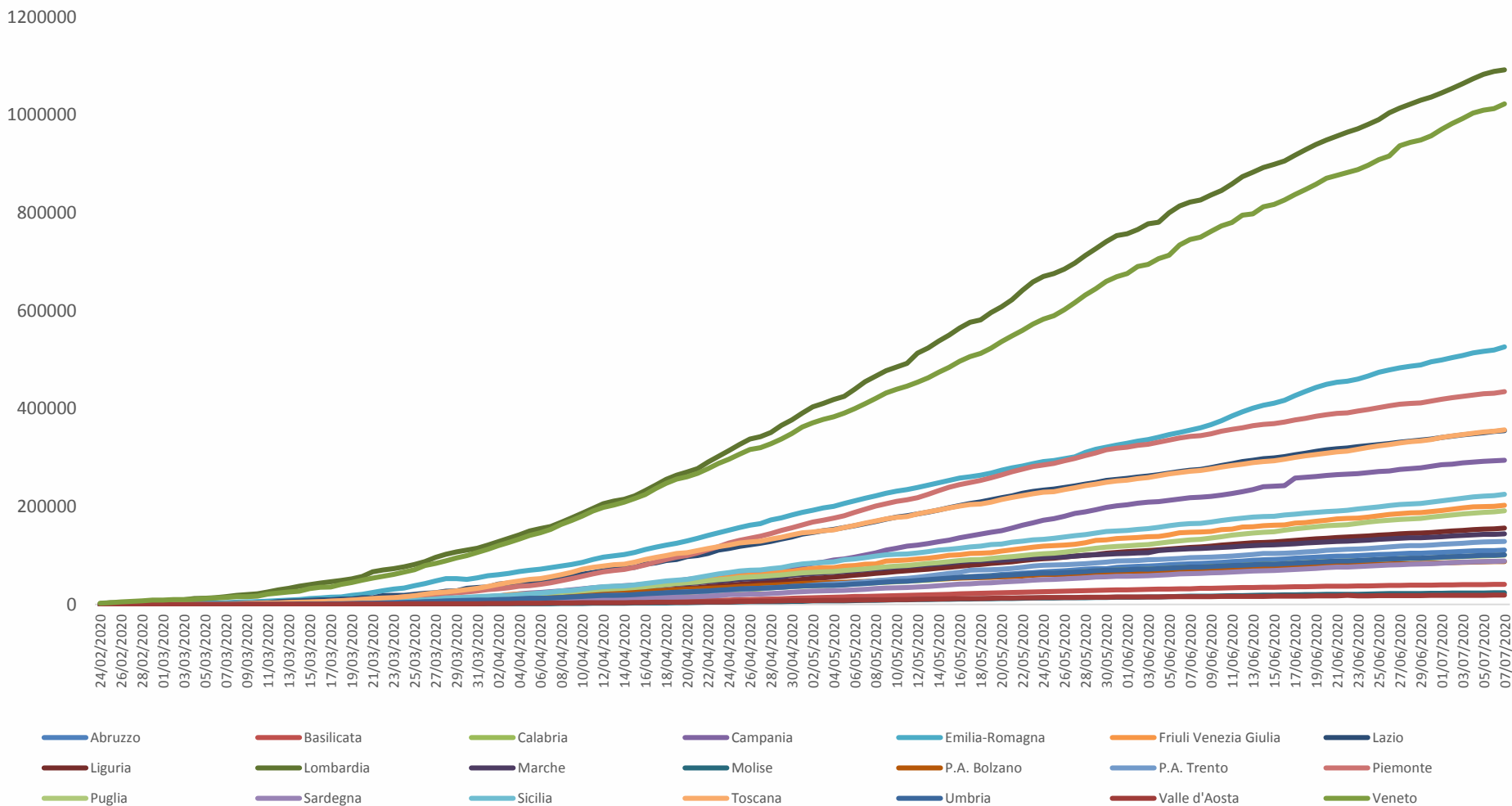
Indicatore 2.2. Totale casi



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.

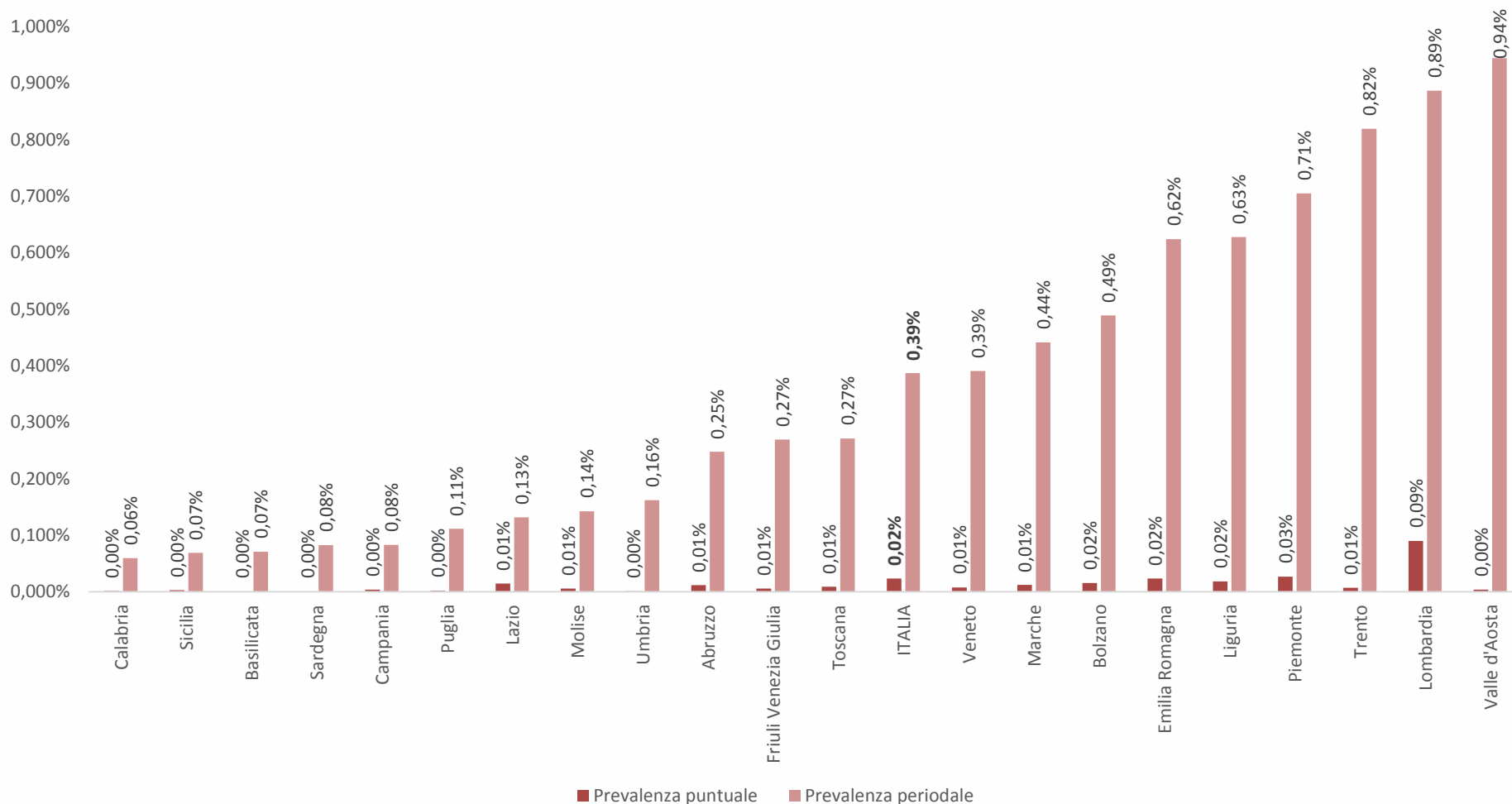
Indicatore 2.3. Totale tamponi



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

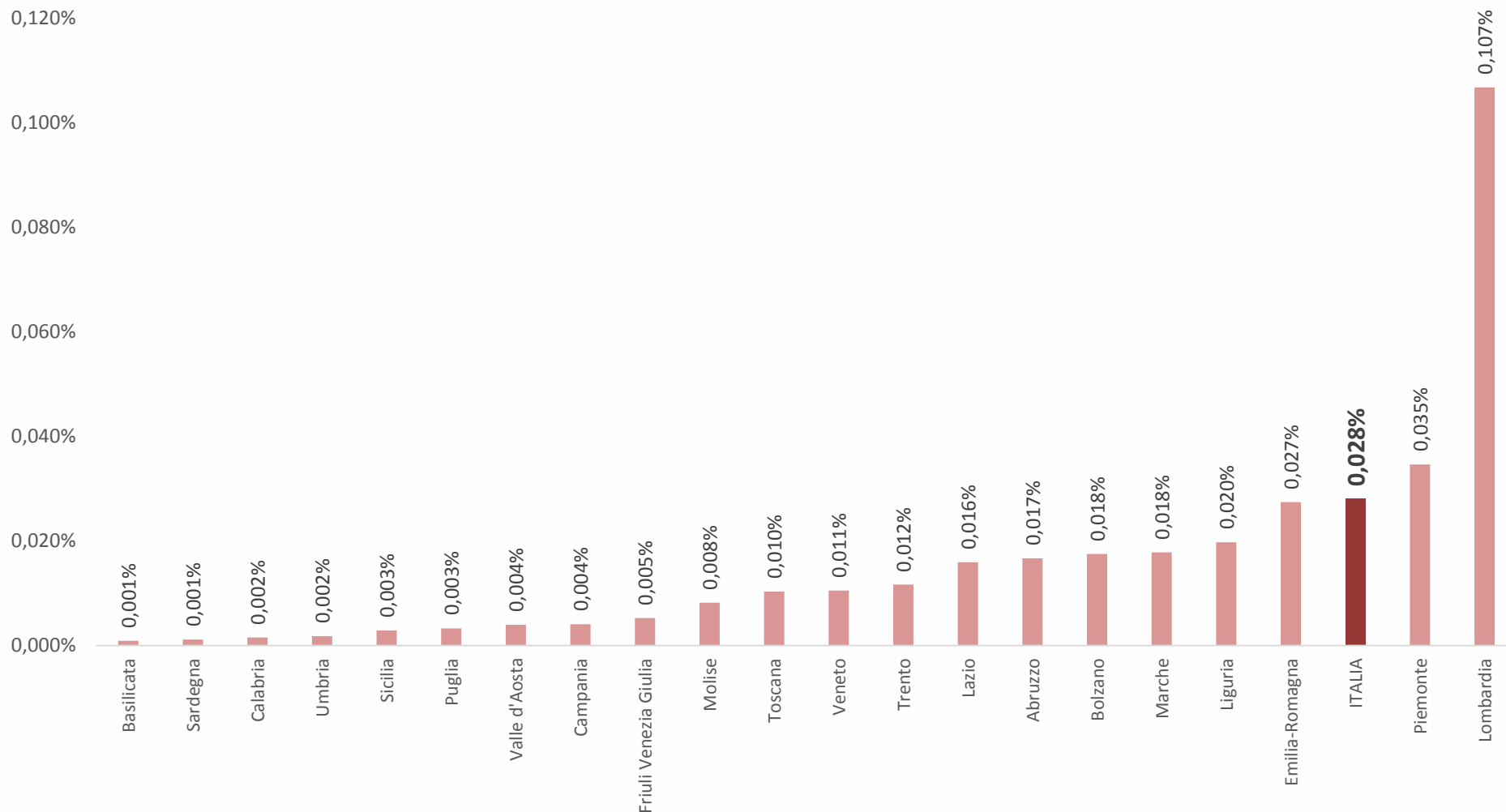


Commento

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 7 Luglio 2020

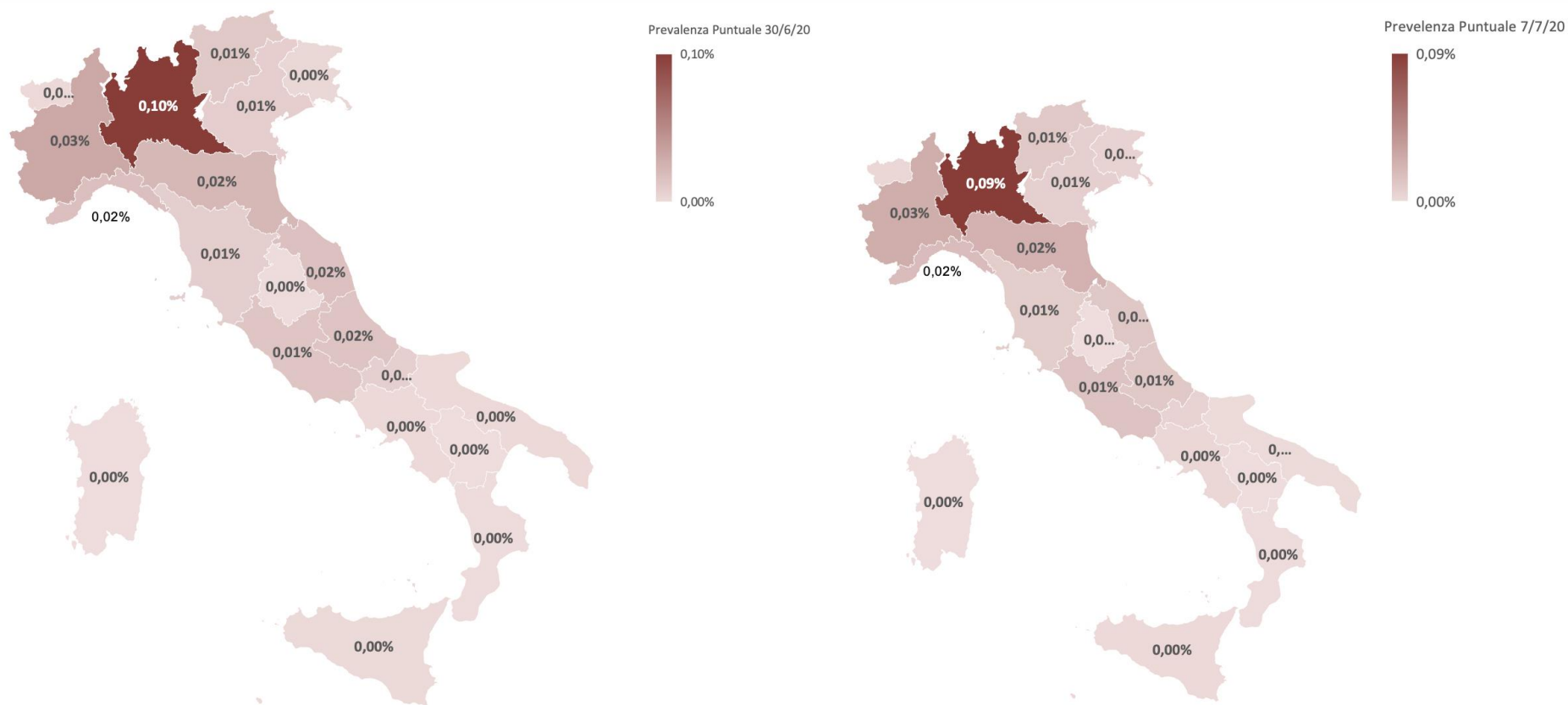
Indicatore 2.5. Prevalenza periodale 30/6/2020 – 07/7/2020



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 e Piemonte. Tra le Regioni del centro l'Abruzzo e il Lazio registrano un valore dello 0.017%. La prevalenza nell'ultima settimana registrata nel contesto nazionale è pari a 0.028%.

Indicatore 2.6. Prevalenza puntuale 30/6/2020 – 07/7/2020



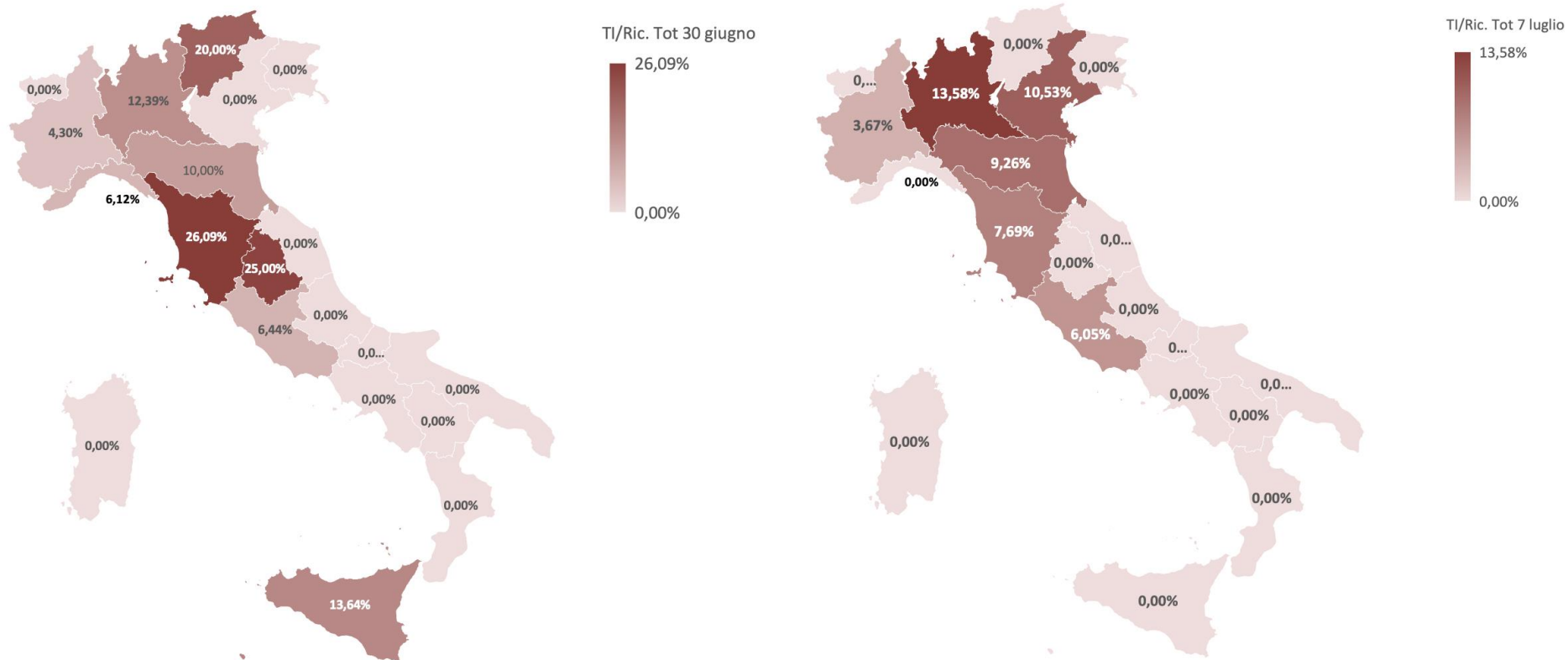
Commento

In termini di monitoraggio puntuale, si registra nella totalità delle regioni una riduzione della prevalenza. In Italia la prevalenza puntuale registrata al giorno 07/07/2020 è pari a 0.024%.



Indicatori clinico-organizzativi

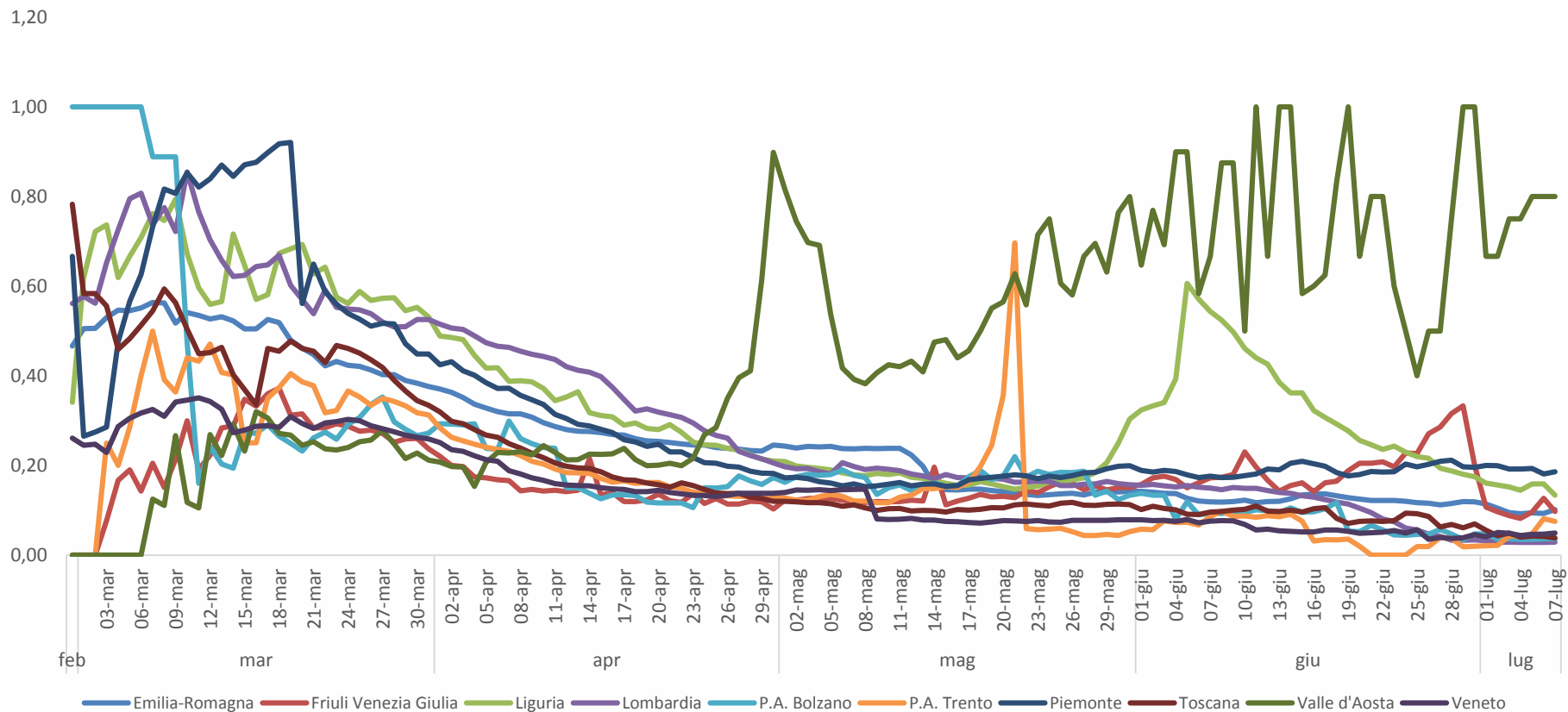
Indicatore 3.1. Ricoveri TI / Ricoveri Totali 30/6/2020 – 07/7/2020



Commento

La Lombardia rappresenta la regione che attualmente registra il rapporto più elevato tra ricoverati in terapia intensiva sui ricoverati totali (13,58%) seguita dal Veneto (10,53%). In media, in Italia, il 6,93% dei ricoverati per COVID-19 ricorre al setting assistenziale della terapia intensiva.

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

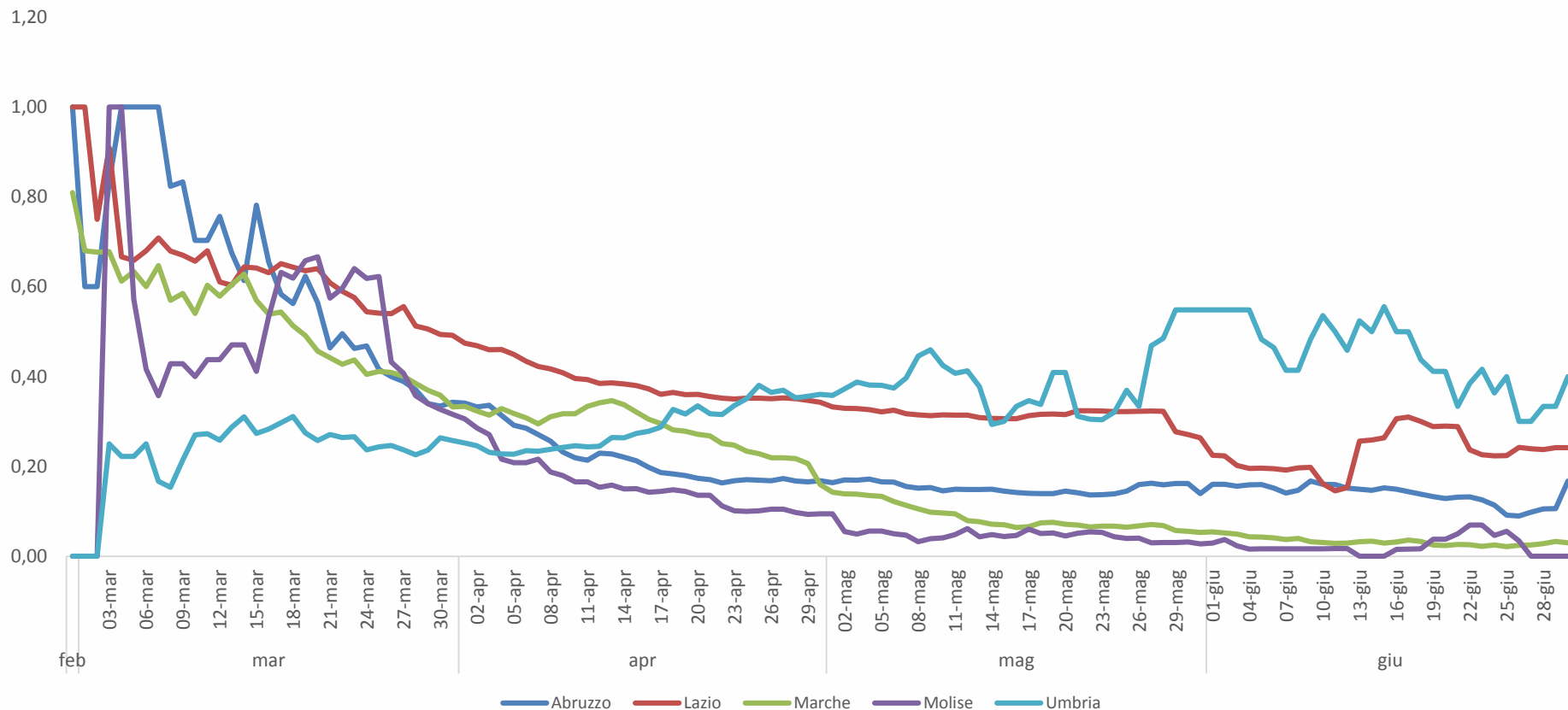


Data	Emilia-Romagna	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Lombardia	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Piemonte	Toscana	Valle d'Aosta	Veneto	Totale
Media	0,26	0,17	0,36	0,31	0,22	0,17	0,32	0,21	0,46	0,15	0,27
Max	0,56	0,37	0,79	0,85	1,00	0,70	0,92	0,78	1,00	0,35	0,72
Min	0,09	0,00	0,13	0,03	0,04	0,00	0,15	0,04	0,00	0,03	0,05
Deviazione standard	0,14	0,07	0,19	0,22	0,22	0,13	0,21	0,16	0,27	0,09	0,18
Varianza	0,02	0,01	0,03	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.

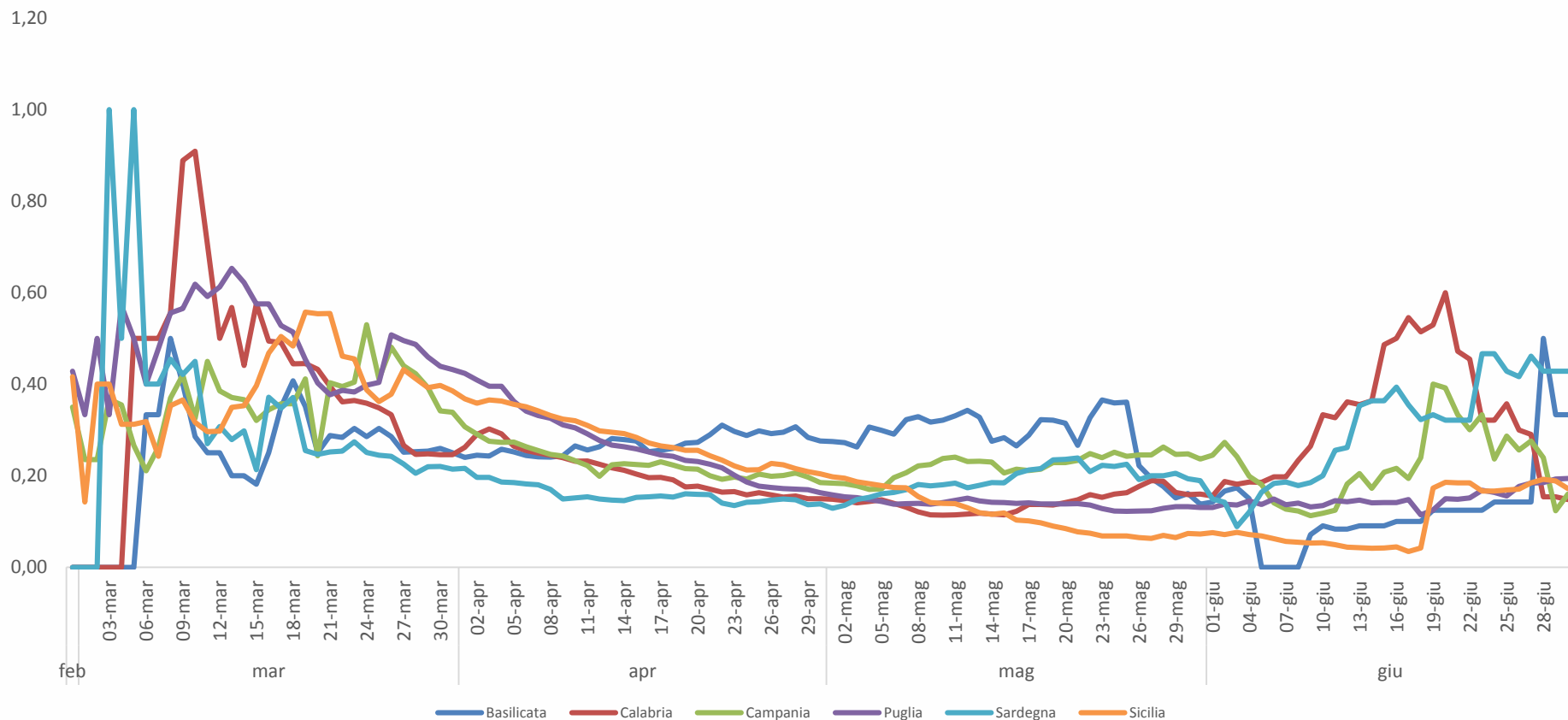
Indicatore 3.2. Pazienti ricoverati / Positivi (2/3)



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)

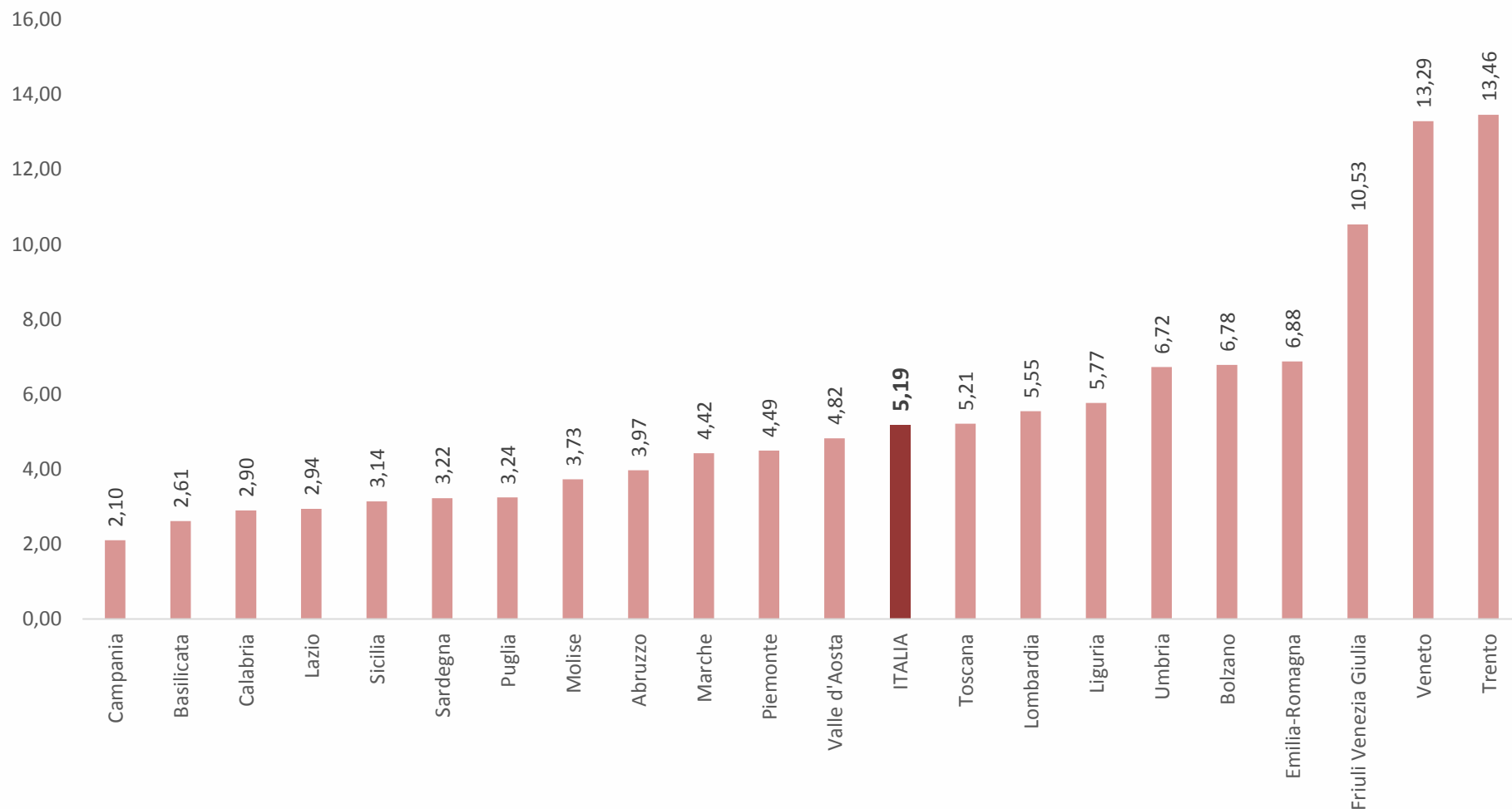


Data	Basilicata	Calabria	Campania	Puglia	Sardegna	Sicilia	Totale
Media	0,22	0,26	0,25	0,26	0,25	0,22	0,23
Max	0,50	0,91	0,53	0,65	1,00	0,56	0,45
Min	0,00	0,00	0,08	0,11	0,00	0,03	0,10
Deviazione standard	0,12	0,16	0,08	0,15	0,14	0,13	0,10
Varianza	0,01	0,03	0,01	0,02	0,02	0,02	0,01

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.

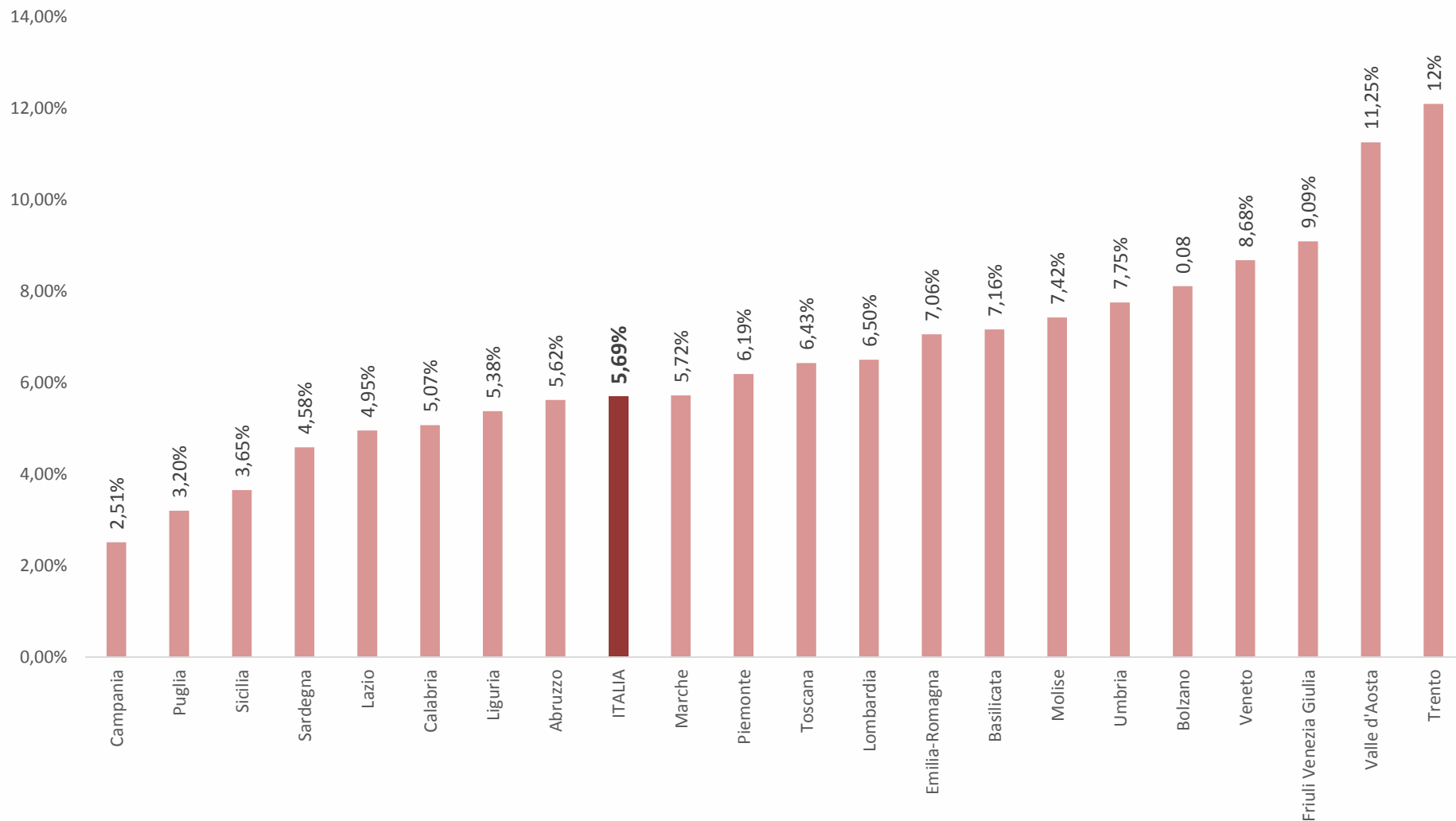
Indicatore 3.3. Tasso settimanale nuovi tamp. x 1.000 ab



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 Emilia Romagna). Il valore più basso viene registrato nella Regione Campania (2,10). In media in Italia viene registrato un valore, in diminuzione rispetto alla scorsa settimana, di 5,21 tamponi effettuati su 1.000 abitanti nella settimana dal 30/06/2020 al 07/07/2020.

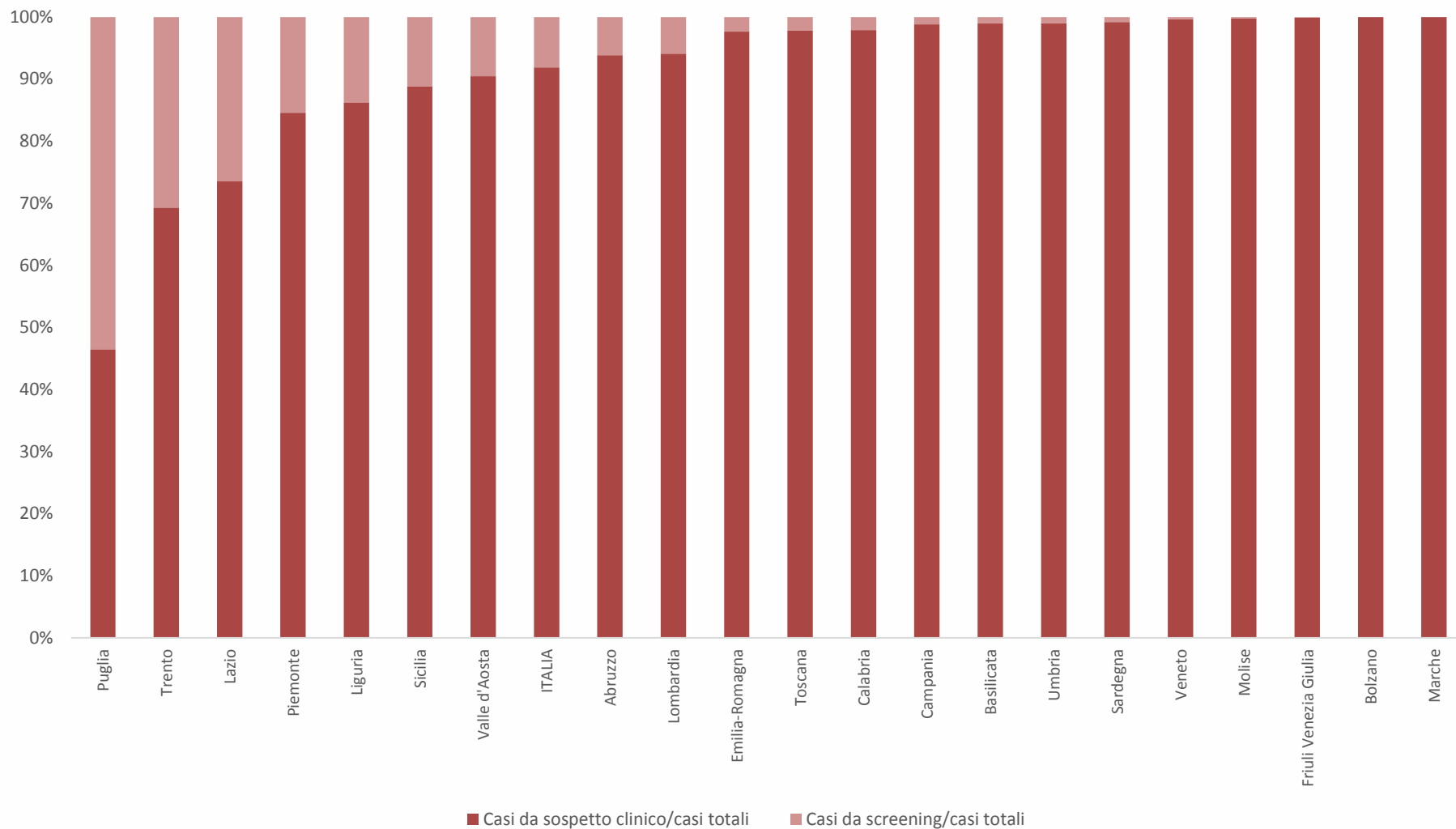
Indicatore 3.4. Popolazione sottoposta al test su residenti



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% e 11,25% e 9,09%. In Italia i testati su residenti in media rappresentano il 5,69%.

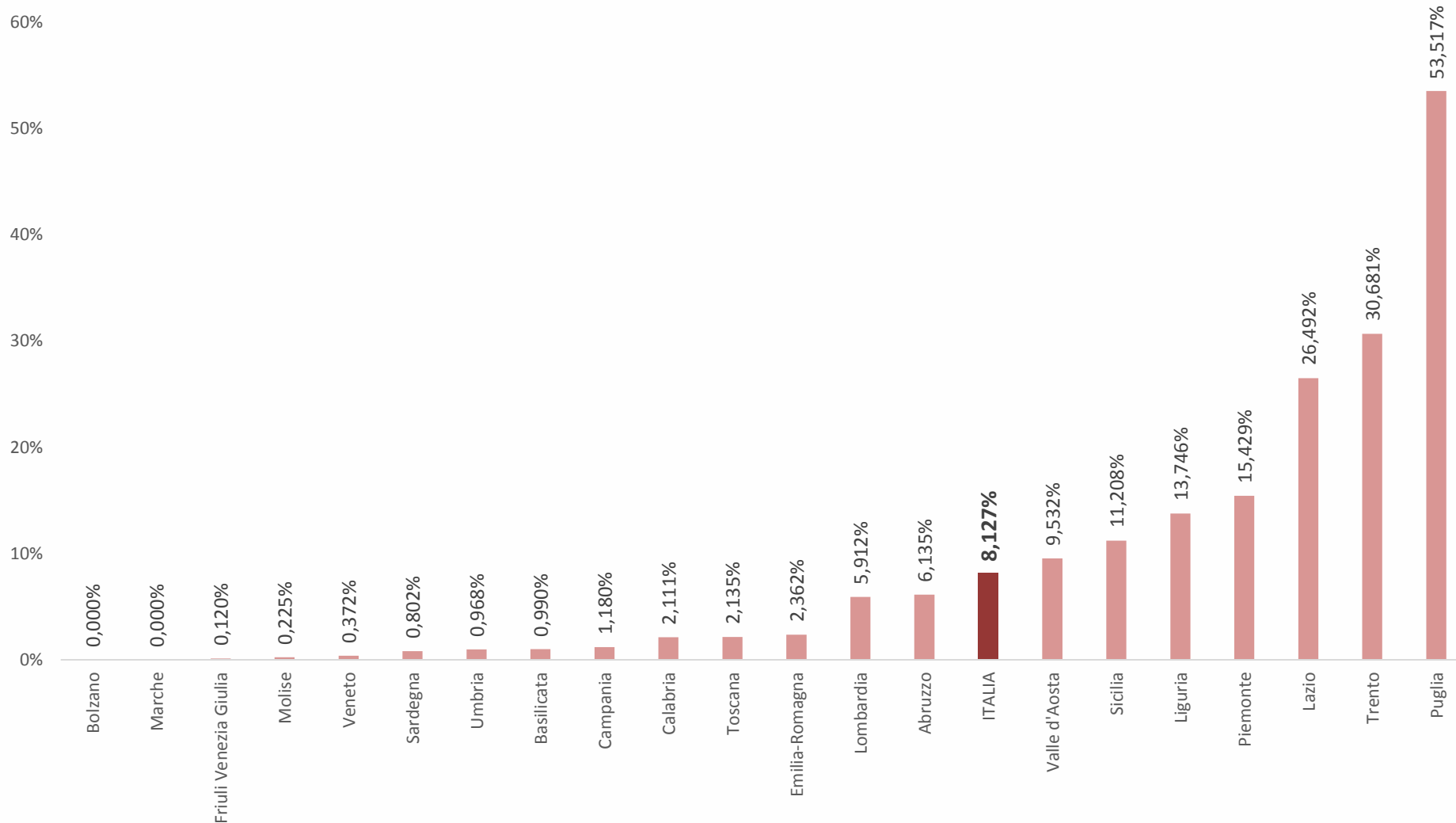
Indicatore 3.5. Casi da sospetto clinico/casi totali & Casi da screening/casi totali



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 (46,48%). Nella maggior parte delle Regioni la quasi totalità dei casi accertati di COVID-19 risulta diagnosticata a partire dal sospetto clinico.

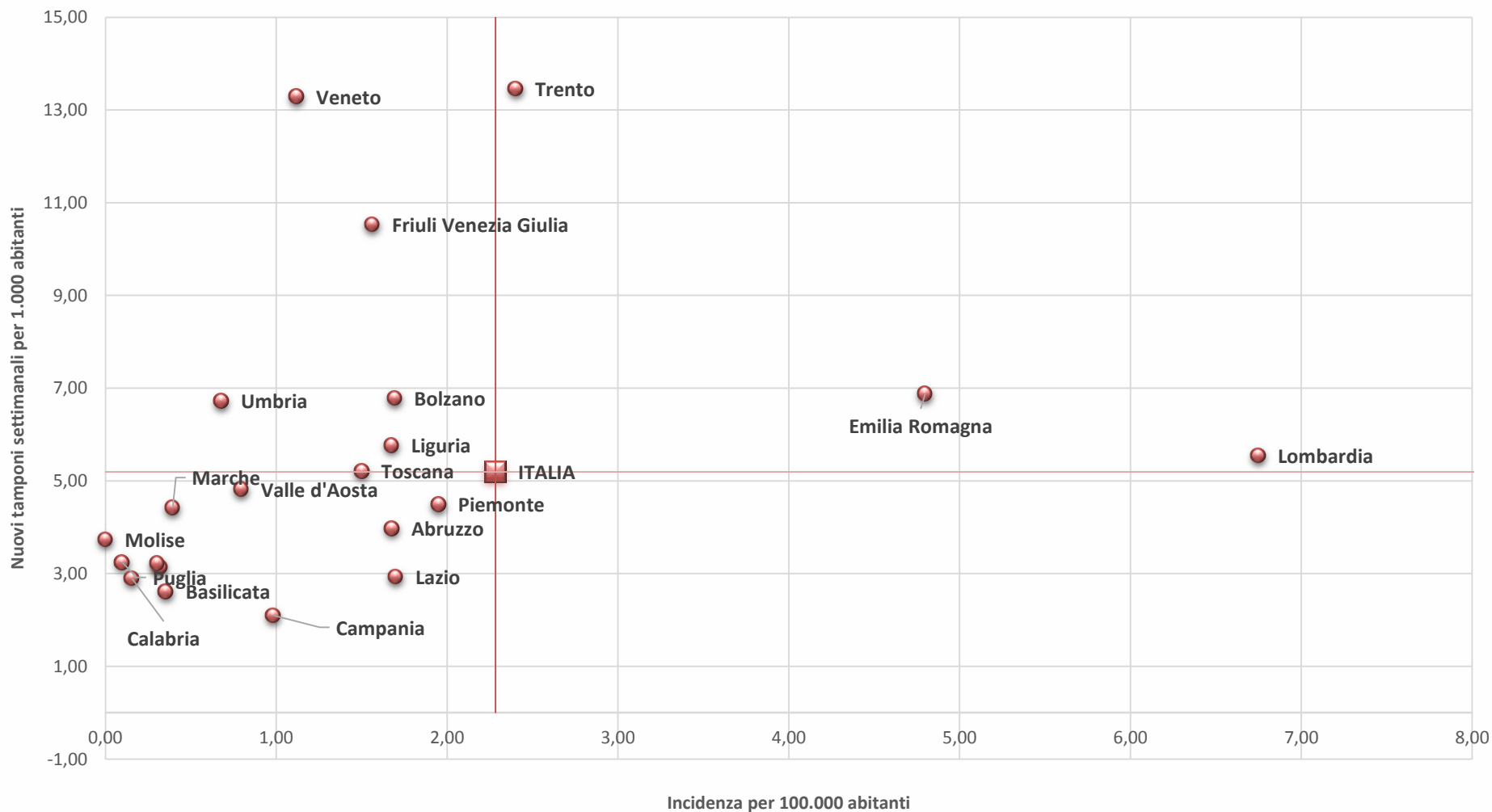
Indicatore 3.6. Casi da screening / casi totali



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 risulta essere la regione con la percentuale più alta di pazienti monitorati sul totale dei casi accertati (53,52%). Il valore medio in Italia risulta essere 8,13%.

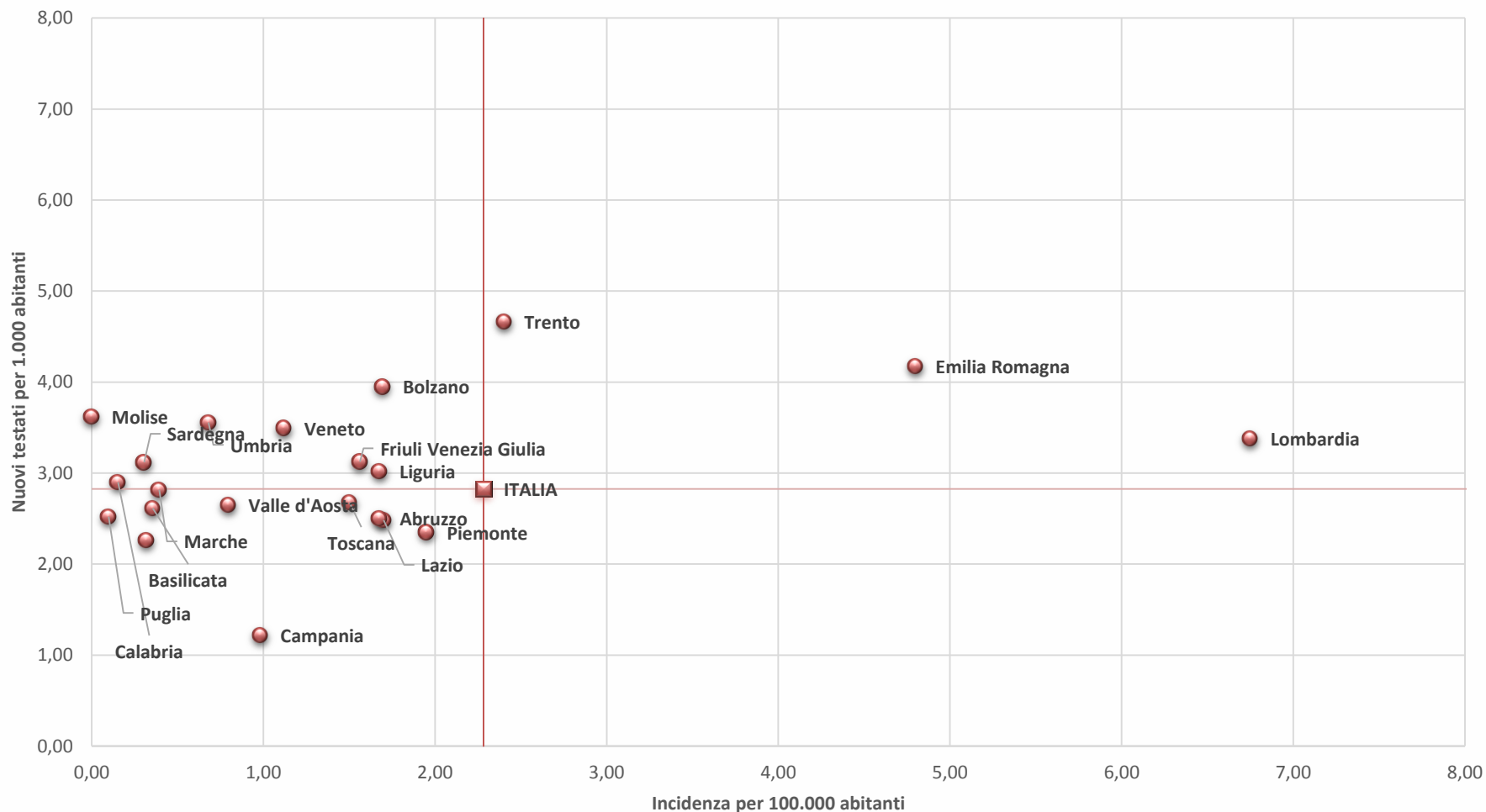
Indicatore 3.7. Relazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N° tamponi effettuati per 1.000 abitanti



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 3.8. Relazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N° nuovi casi testati per 1.000 abitanti



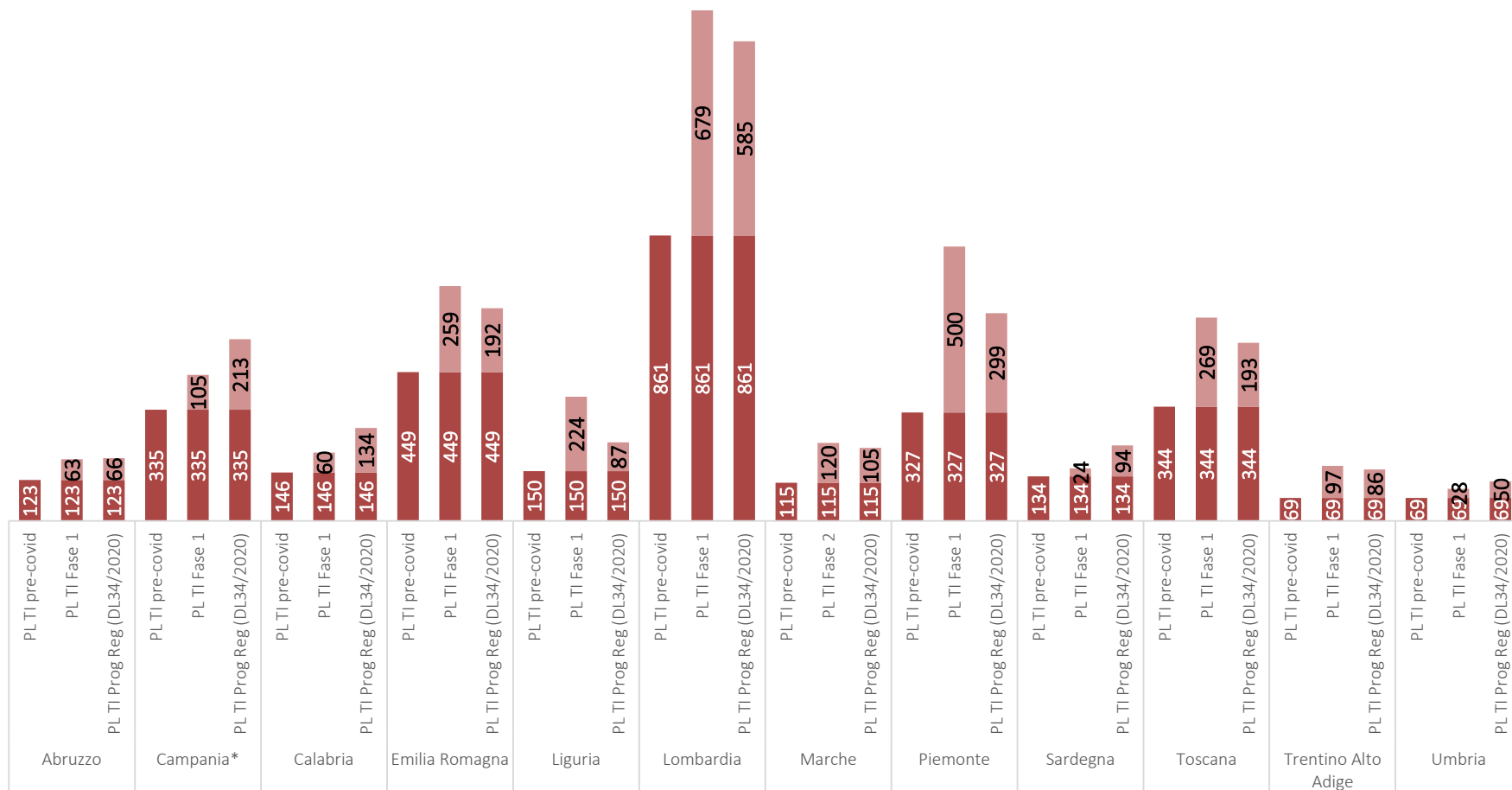
Commento

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 e l'Emilia Romagna, tutte le Regioni sono associate ad un numero di tamponi realizzati in linea con i nuovi casi registrati.

Indicatori 3.9. PL di TI pre-emergenza Covid - 19, durante la fase 1 e a regime come da programmazione regionale (DL34/2020)



■ Posti TI iniziali ■ incremento



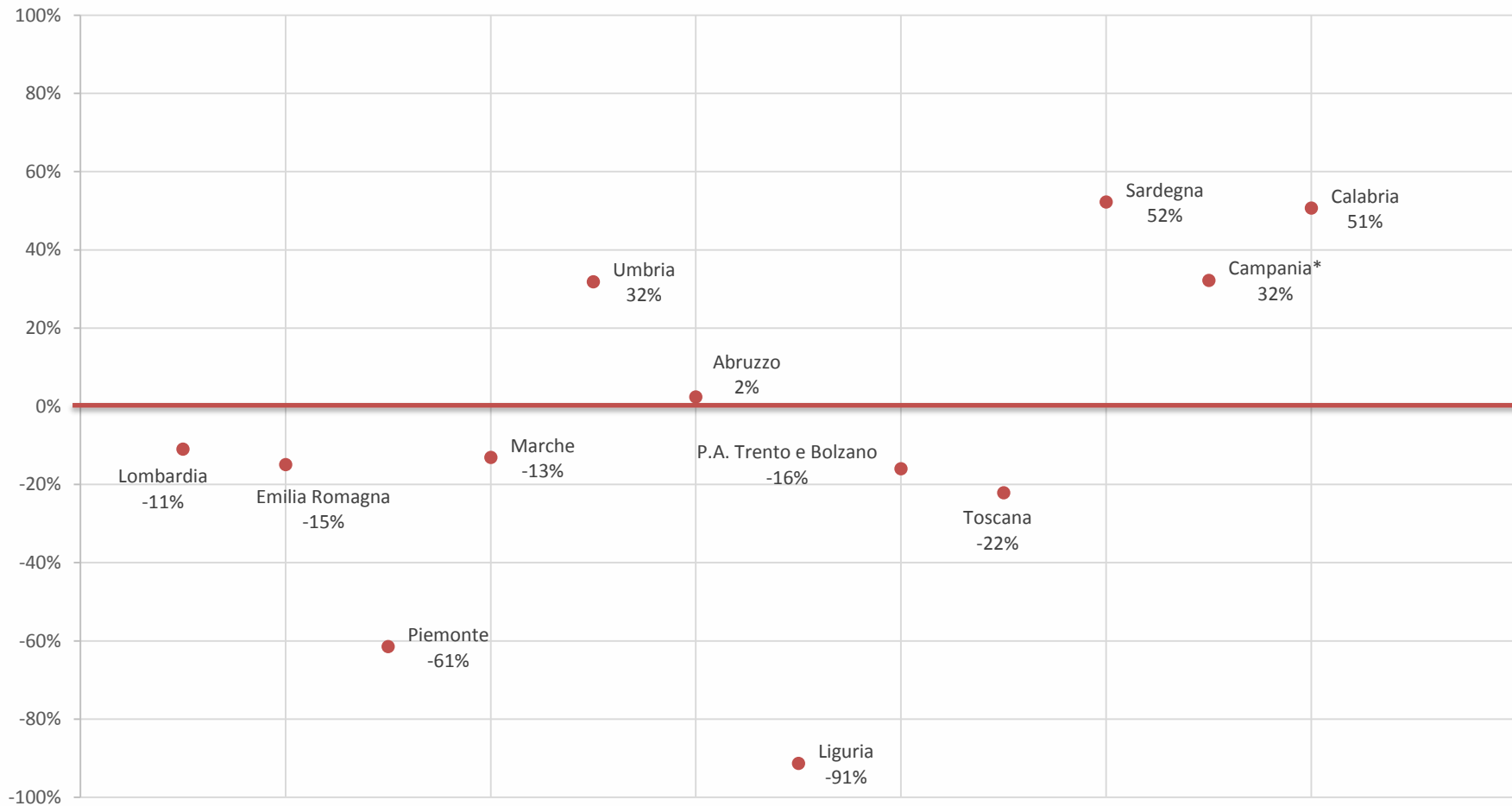
*incremento previsto rispetto ai 621 PL in TI previsti nel DCA 103/2018 (Approvazione del Nuovo Piano Regionale Di Programmazione Della Rete Ospedaliera Ai Sensi Del DM 70/2015).

NB: il piano di riorganizzazione del Veneto al momento non è disponibile e pertanto non inserito nella presente analisi

Indicatori 3.10. Rapporto tra PL TI attivati durante la fase 1 e quelli previsti a regime dalla programmazione regionale



Differenza incremento PL (tra attivati Fase I e previsti da Delibere Regionali)



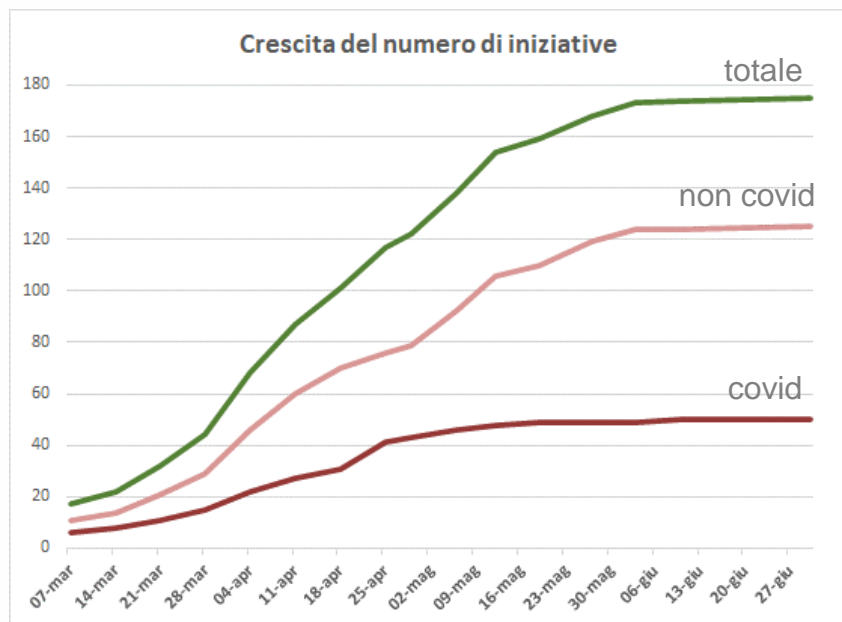
*incremento previsto rispetto ai 621 PL in TI previsti nel DCA 103/2018 (Approvazione del Nuovo Piano Regionale Di Programmazione Della Rete Ospedaliera Ai Sensi Del DM 70/2015).

NB: il piano di riorganizzazione del Veneto al momento non è disponibile e pertanto non inserito nella presente analisi

Indicatori 3.11. Soluzioni digitali (1/2)

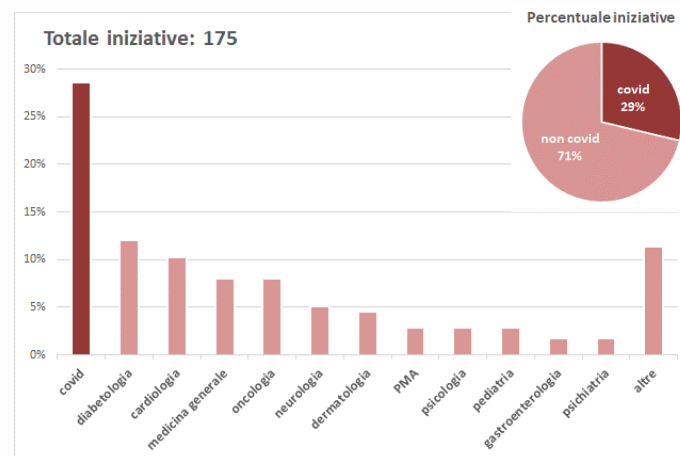
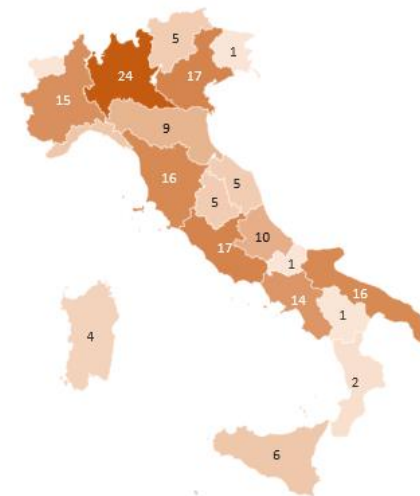


Iniziative avviate dalle singole aziende dopo il 1 Marzo 2020



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.

Approfondimento
[Instant Report #14](#)

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:	Instant Report 9	Instant Report 10	Instant Report 13	Instant Report 11	Instant Report 12
Livelli	Nazionale, Regionale, Ospedale	Nazionale, Regionale, Ospedale	Nazionale, Regionale, Ospedale	Nazionale	Nazionale, EU
Volumi di attività	Contrazione significativa nel numero dei ricoveri per sindrome coronarica acuta con ripercussioni sul numero di PCI. La riduzione dei ricoveri per AMI è stata del 48.4% (CI 95% 44.6-52.5%).	Il 52% dei reparti ha avuto una contrazione dell'attività ambulatoriale . Il 30.4% dei dipartimenti ha riscontrato una contrazione complessiva dell'attività del 10-30%.	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 sospeso le attività. Mentre il 66.7% registra una riduzione dei volumi di attività > 60%.	Dopo l'iniziale calo drastico nelle donazioni d'organi (-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 opposizione al prelievo (-4.5%).	Il 60% dei pazienti europei con malattie rare dichiara di non aver avuto accesso alle terapie mediche né a casa, né in ospedale. In Italia, il 37% dei pazienti riporta una sospensione delle terapie .
Tempi di attesa	Solo uno studio (nazionale) fornisce dei dati in merito alle tempistiche, per i pazienti STEMI, sia come giorni tra l'insorgenza dei sintomi e l'angiografia (+39.2%), sia tra il primo contatto con un operatore sanitario e l'intervento (+31.5%).	Il numero mediano di pazienti in lista di attesa è 20 (IQR 10-34). Per l'8% si prevede un allungamento dei tempi 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.	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.		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.
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 decessi sia in valore assoluto (31 vs. 17) sia considerando il case fatality rate (13.7% vs. 4.1%).	NA	NA	NA	Il 30% dei pazienti ritiene che l'interruzione dell'assistenza possa aver messo a rischio la loro vita 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"> • Continuare a garantire la costante sicurezza degli operatori, dei pazienti e dei carers • Iniziative per contenere l'impatto sugli esiti di salute • Strategie per recuperare le attività sospese/rinviate i cui volumi vengono evidenziati come problematici • Ridefinire le priorità per un ritorno graduale a regime garantendo percorsi clinici in sicurezza per i pazienti non-COVID • Definire chiaramente e in maniera condivisa il ruolo della telemedicina a regime • Prevedere l'adattamento delle strategie ed iniziative all'evoluzione della diffusione del COVID-19 				

Indicatore 3.12. Livelli di assistenza per area terapeutica

Sintesi – proposte per la Fase 2



	Cardiologia	Oncologia	Gastroenterologia
Titolo	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)
Società	Società Italiana di Cardiologia – Società Italiana di Ematologia – Associazione Italiana di Oncologia Medica – Insieme contro il cancro		Federazione Italiana Malattie dell'Apparato Digerente
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> Disegnare modalità organizzative e percorsi per ridurre al minimo il rischio di infezioni nei pazienti e nel personale sanitario. Garantire la continuità delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche con particolare riguardo alle terapie salvavita. Adottare misure per la più rapida individuazione di soggetti positivi 		<ul style="list-style-type: none"> Sicurezza degli esami endoscopici (per il paziente e per gli operatori) Revisione modalità attività endoscopica e clinica (visite)
Misure specifiche per i pazienti	<ul style="list-style-type: none"> Percorso dei pazienti ambulatoriali asintomatici Definizione di percorsi separati per pazienti ambulatoriali paucisintomatici Pazienti ricoverati con sospetto di infezione in atto delle vie respiratorie Pazienti asintomatici da ricoverare in degenza Pazienti asintomatici che devono fare esami ambulatoriali o DH 	<ul style="list-style-type: none"> Pazienti in follow-up o anche pazienti in riabilitazione oncologica Pazienti in trattamento oncologico attivo (in regime ambulatoriale o di DH) Pazienti che necessitano di ricovero ordinario Pazienti in trials clinici 	<ul style="list-style-type: none"> Esecuzione esami endoscopici pazienti ambulatoriali Paziente ricoverato
Criticità emerse nella Fase 1	<ul style="list-style-type: none"> 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] 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 	<ul style="list-style-type: none"> Ritardi o cancellazioni negli interventi di chirurgia oncologica. Diminuzione delle visite ambulatoriali. Sospensioni delle attività di screening. 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 	<ul style="list-style-type: none"> Ritardi o cancellazioni nelle prestazioni erogate
Screening		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 riavviare l'invio dell'invito. Si ritiene che le colonoscopia di follow-up del percorso screening possano essere rinviate al termine dell'emergenza .
Telemedicina	Incentivata e viene promossa l'adozione di piattaforme omogenee	Incentivata 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 piattaforme omogenee	Attività importante da registrare nel fascicolo del paziente sia a fini clinici sia amministrativi. Deve, inoltre, risultare nella pianificazione delle attività dell'UO . La telemedicina deve coprire anche la parte di connessione specialista-territorio , considerata chiave in questa fase.
Rivalutazione dei programmi terapeutici	<ul style="list-style-type: none"> Da valutare caso per caso il rapporto rischio-beneficio, in particolare per le procedure di impianto di device/protesi Promosso un atteggiamento molto attento a cercare la potenziale infezione prima o durante la gestione cardiologica 	<ul style="list-style-type: none"> Da valutare caso per caso il rapporto rischio-beneficio 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 Promosso un atteggiamento molto attento nell'individuare la potenziale infezione prima o durante la terapia 	Rielaborazione graduale dell'attività endoscopica e di gastroenterologia clinica per: <ul style="list-style-type: none"> riprogrammare le prestazioni prenotate sospese o differite; tener conto dei nuovi tempi necessari per le prestazioni cliniche ed endoscopiche in sicurezza; Sapendo che non si potrà mantenere lo stesso numero di prestazioni giornaliere dell'epoca pre-COVID19; prevedere delle forme innovative di contatto con i pazienti e con i medici prescrittori.
Tempi di attesa			Si propone di sospendere temporaneamente ogni valutazione sul rispetto dei tempi di attesa.
Vaccinazioni	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Approfondimento Instant Report #13 </div>		
Associazioni di pazienti		Ruolo cruciale ed auspicato attivo	

Indicatore 3.13. Sperimentazioni cliniche



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

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

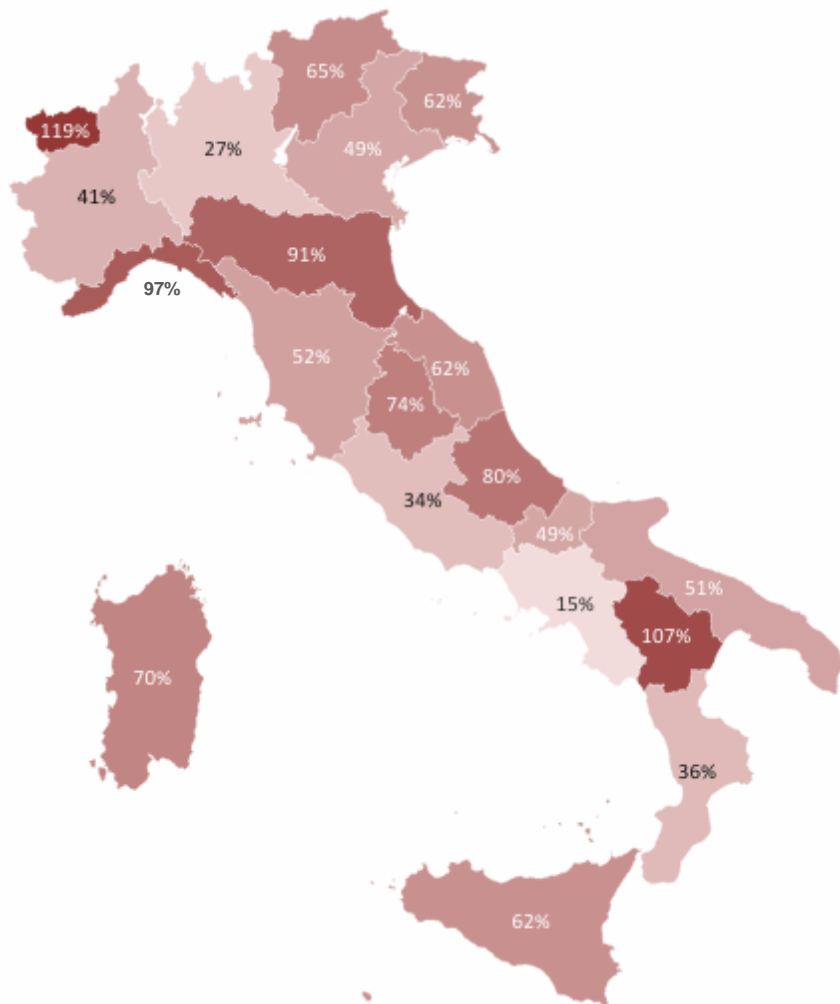
I test per la Covid-19 oggi rientrano in due categorie:

- 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

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



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 7 luglio 2020, e conferma il trend di crescita del tasso di copertura che si attesta al **48%** della popolazione, in crescita di un punto percentuale rispetto l'ultimo aggiornamento dell' 11 giugno 2020.

Tale aumento è da imputarsi all' attivazione di ulteriori unità in Lombardia, Basilicata, Puglia e Sicilia.

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 = 48%

Indicatore 3.16. 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.

Le analisi diffuse relative a dati reali di singole realtà rappresentano un primo passo in avanti anche nella verifica delle ipotesi finora fatte. In particolare, il lavoro realizzato da [HealthCare Data Science Lab dell'Università Carlo Cattaneo](#) conferma come l'assorbimento di risorse economiche è legato sia all'evoluzione del quadro clinico del paziente sia allo stato clinico del paziente al momento della sua presa in carico (per ora in ospedale).

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.

Indicatore 3.16.1. Stima dell'onere per il SSN: dati ufficiali e stime - 1/2



Ancora non sono stati diffusi i dati ufficiali di dettaglio in merito ai setting assistenziali coinvolti, all'intensità di cura e alla degenza ospedaliera sia per i soggetti guariti, sia per quelli deceduti. Quindi, per stimare l'impatto economico per il SSN si parte dal dato ISS relativo al totale guariti e deceduti e si tenta di affinare la stima utilizzando il dato, presente nel Bollettino settimanale dell'ISS «Epidemia COVID-19 - Aggiornamento nazionale», relativo alla distribuzione dei casi attualmente positivi» per livello di gravità clinica. Il dato riportato è riferito ad un campione nazionale, che all'aggiornamento del 30 giugno 2020 è pari a 16.239 (si 36.978 casi confermati). Di tale dato continua a non essere indagata, nel report, la distribuzione regionale.

Nell'Instant Report 11 e 12 è stata maggiormente indagata l'evoluzione nel tempo della distribuzione per gravità dei pazienti. Qui ci si limita a replicare l'analisi di scenario con i dati aggiornati. 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 il calcolo dei costi per il SSN sono state effettuate assunzioni considerando i soli codici DRG riportate nella nota metodologica presente negli Instant Report 11-12.

I risultati aggiornati non fanno che confermare la necessità di:

- Dati di maggiore dettaglio relativamente al quadro clinico e all'intensità di assistenza/cura fornita.
- Dati consolidati regionali, per tener conto delle politiche e dei protocolli di assistenza ai pazienti COVID-19, della casistica locale e dell'evoluzione nei mesi di questi due aspetti;
- Circa l'**evoluzione dei livelli di gravità dal 02 al 30 giugno** si segnala un aumento della quota di casi asintomatici (dal 28.6% al 31.3%) e dei casi severi che richiedono ricovero (dal 16.2% al 17.5%), mentre cala la percentuale dei casi con quadro clinico critico, che si assumono richiedere TI (dal 2.2% al 1.9%).

	Scenario a regime %	Casi	Totale
Gravità			
Asintomatici	31.26%	52716	26,357,753 €
Paucisintomatici	12.04%	20303	20,303,155 €
Sintomi		0	
non specificato	3.29%	5556	8,245,262 €
lievi	34.00%	57337	85,088,019 €
severi da richiedere ricovero	17.47%	29463	191,509,118 €
severi da richiedere TI	1.94%	3271	113,012,137 €
Totale Guariti	100.00%	192.815	444,515,442 €
Decessi			
In ospedale	70.00%	23830	240,660,180 €
In RSA	25.00%	8511	na
A domicilio	5.00%	1702	1,702,150 €
Totale Decessi		34.899	242,362,330 €
Totale complessivo			686,877,772 €

	Scenario estremo %	Casi	Totale
Gravità			
Asintomatici	9.80%	16530	8,264,771 €
Paucisintomatici	5.11%	8616	8,615,784 €
Sintomi		0	
non specificato	30.69%	51759	76,809,653 €
lievi	30.14%	50833	75,436,361 €
severi da richiedere ricovero	5.62%	9477	61,602,858 €
severi da richiedere TI	18.64%	31432	1,085,838,041 €
Totale Guariti	100.00%	192.815	1,316,567,468 €
Decessi			
In ospedale	70.00%	23830	250,216,050 €
In RSA	25.00%	8511	na
A domicilio	5.00%	1702	1,702,150 €
Totale Decessi		34.899	251,918,200 €
Totale complessivo			1,568,485,668 €

Indicatore 3.16.1. Stima dell'onere per il SSN: dati ufficiali e stime - 2/2



Si effettua un confronto tra le assunzioni finora fatte (e dettagliate negli Instant Report 11 e 12) e le stime diffuse (citate nella slide precedente). I due approcci si distinguono, per l'unità di misura adottata e le fonti dati a disposizione, sebbene condividano l'attenzione all'intensità di cura richiesta e all'evoluzione del quadro clinico del paziente fin dal momento del suo arrivo in ospedale. Il valore, inoltre, utilizzato per valorizzare le giornate in terapia intensiva (€ 1425), relativo ad un'analisi pubblicata e relativa a 23 TI francesi, è superiore (+€ 147) a quello della struttura italiana (€ 1.278).

Non si vuole tentare un confronto ardito, ma solo avanzare il tema della capacità dei DRG attualmente previsti per i pazienti COVID-19 di coprire i costi realmente sostenuti dagli ospedali per assisterli e per adeguare la propria struttura in tempi rapidi alle loro specifiche esigenze in fase di emergenza.

Assunzioni Indicatore

Sono basate sulle tariffe dei DRG DRG individuati dal sistema esperto di supporto alla [codifica 3M Codefinder](#), il quale ha seguito le indicazioni fornite dal Ministero della Salute e dalle Regioni per la codifica dei casi COVID-19.

Mentre, per il DRG medio è stato utilizzato il dato fornito da una struttura campione con esperienza nel trattamento di casi COVID-19.

Studio HealthCare Data Science Lab

Si basa sui dati forniti da dell'AO Nazionale SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria. L'unità di misura adottata è l'assorbimento medio complessivo di risorse lungo il percorso di cura del paziente. Nei costi si è tenuto conto delle risorse umane, apparecchiature coinvolte, DPI utilizzati, prestazioni di laboratorio e diagnostiche, farmaci e servizi di pulizia. Attenzione è stata posta alla condizione clinica di ingresso, ai trasferimenti interni da aree a media/alta complessità di cura. I risultati finora diffusi sono relativi ai costi e alla durata della media della degenza.

Distribuzione per gravità	Ipotesi	Importo unitario
Dimessi/guariti:		
Asintomatici	Tamponi e monitoraggio	500 €
Paucisintomatici	Tamponi e monitoraggio moderato	1000 €
Sintomi		
non specificato	Pari a DRG min (DRG 100 - Segni e sintomi respiratori senza CC)	1,484 €
lievi	Pari a DRG min (DRG 100 - Segni e sintomi respiratori senza CC)	1,484 €
severi da richiedere ricovero	DRG medio struttura campione	6,500 €
severi da richiedere TI	DRG 542 - Tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore	34,546 €
Decessi		
In ospedale	DRG medio struttura campione	10,500 €
In RSA		na
A domicilio	Tamponi e monitoraggio intenso	1,000 €

DRG	Descrizione DRG	Tariffa
79	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	5.744 €
80	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	4.422 €
100	Segni e sintomi respiratori senza CC	3.679 €
421	Malattie di origine virale, età > 17 anni	4.540 €
541	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	51.919 €
542	Tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore	34.546 €
565	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita ≥ 96 ore	15.595 €
566	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	6.764 €

Categoria	Costo totale (€)	LOS media (giorni)
Degenza in area a bassa intensità di cura/complessità assistenziale e in area ad alta intensità di cura/complessità assistenziale	€ 14.873,48	15,5
Degenza in area a bassa intensità di cura/complessità assistenziale e in area a media intensità di cura/complessità assistenziale	€ 9.157,00	17,45
Degenza in area a media intensità di cura/complessità assistenziale e in area ad alta intensità di cura/complessità assistenziale	€ 22.210,47	23,21
Degenza in area a media o alta complessità di cura		19,41

Intensità di cura	Costo die (€)
Bassa	€ 427,77
Media	€ 582,38
Alta	€ 1278,50

Indicatore 3.16.2. Costi per TI per i ricoveri COVID-19



	Giornate TI	Costo COVID-TI	% costo		
			07/07	02/06	25/05
Abruzzo	2678	3,816,150 €	1.45%	1.45%	1.46%
Basilicata	570	812,250 €	0.31%	0.31%	0.32%
Calabria	677	964,725 €	0.37%	0.37%	0.38%
Campania	4467	6,365,475 €	2.41%	2.45%	2.47%
Emilia-Romagna	19535	27,837,375 €	10.54%	10.56%	10.49%
Friuli Venezia Giulia	1757	2,503,725 €	0.95%	0.97%	0.98%
Lazio	10651	15,177,675 €	5.75%	5.36%	5.22%
Liguria	7329	10,443,825 €	3.96%	4.03%	4.06%
Lombardia	67829	96,656,325 €	36.61%	36.48%	36.46%
Marche	6880	9,804,000 €	3.71%	3.82%	3.85%
Molise	312	444,600 €	0.17%	0.16%	0.16%
P.A. Bolzano	1964	2,798,700 €	1.06%	1.07%	1.07%
P.A. Trento	2674	3,810,450 €	1.44%	1.48%	1.50%
Piemonte	20886	29,762,550 €	11.27%	11.21%	11.18%
Puglia	4102	5,845,350 €	2.21%	2.25%	2.24%
Sardegna	1202	1,712,850 €	0.65%	0.67%	0.67%
Sicilia	3085	4,396,125 €	1.67%	1.64%	1.64%
Toscana	12958	18,465,150 €	6.99%	7.01%	7.02%
Umbria	1778	2,533,650 €	0.96%	0.97%	0.98%
Valle d'Aosta	728	1,037,400 €	0.39%	0.41%	0.41%
Veneto	13195	18,802,875 €	7.12%	7.34%	7.44%
Italia	185257	263,991,225 €	100.00%	100.00%	100.00%

Commento

Considerando 185.527 giornate di degenza (al 07 luglio, +3.3% rispetto al 02 giugno) in terapia intensiva, ad un costo giornaliero medio di € 1425 il costo totale a livello nazionale ammonterebbe a quasi 264 milioni di €, di cui il 36,6% sostenuto in strutture ospedaliere della Lombardia.

Emerge, comunque, anche che:

- Il peso del Veneto in termini di giornate e costo di TI è diminuito (dal 7.44% al 7.12%) sul totale nazionale;
- Il peso del Lazio è, invece, aumentato passando dal 5.22% al 5.75%. La variazione maggiore nel periodo considerato.



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](#))*

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 4.1.1. Voci dal campo

L'esperienza della ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda «Hub per le reti tempo-dipendenti e di alta specialità» (1/3)



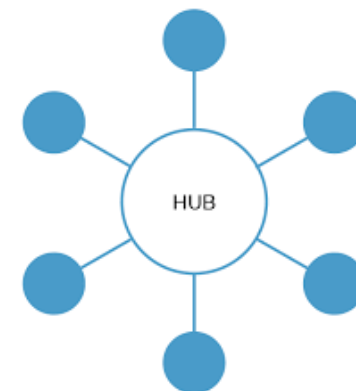
Razionale ed obiettivi

Niguarda è un grande ospedale metropolitano, sede di tutte le specialità cliniche e chirurgiche per l'adulto e il bambino, nonché con competenze sociosanitarie per le cure territoriali. E' uno dei principali centri trapianti della Lombardia e un centro di eccellenza per le patologie cardiache, per le malattie tempo-dipendenti, i grandi traumi e l'emergenza-urgenza. Dispone di 40 sale operatorie, 350 ambulatori, oltre 70 reparti di degenza, 1.167 posti letto.

Le necessità assistenziali progressivamente emergenti durante l'emergenza epidemiologica hanno immediatamente richiesto una riorganizzazione aziendale: (i) nell'area intensiva sono stati attivati 76 posti letto dedicati ai pazienti COVID e 25 posti letto dedicati ai pazienti non COVID (rispetto ai 33 posti letto disponibili prima dell'emergenza); (ii) per le aree subintensiva e medica, sono stati dedicati all'area COVID complessivamente circa 300 posti letto; (iii) per poter assistere pazienti in fase di guarigione, ma che per motivi sociali o familiari avevano difficoltà a rientrare a domicilio o nelle strutture protette di origine, è stato destinato un intero settore per un totale di 44 posti letto, definito "post COVID".

Contemporaneamente, la DGR XI/2906 dell'8.3.2020 aveva identificato l'ospedale come centro Hub per le reti tempo-dipendenti e di alta specialità per le urgenze neurologiche, lo stroke, la neurochirurgia ed il trauma maggiore. Doveva inoltre continuare l'attività trapiantologica.

La necessità di gestire contemporaneamente le problematiche legate all'emergenza e di mantenere le attività di alta specializzazione rappresentava una sfida gestionale importante.



Indicatore 4.1.1. Voci dal campo

L'esperienza della ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda «Hub per le reti tempo-dipendenti e di alta specialità» (2/3)



Risultati

Complessivamente dal 20.02.2020 al 02.06.2020, in merito all'attività delle reti di cui Niguarda rappresenta l'Hub sono stati effettuati 790 ricoveri, di cui 675 urgenti, così suddivisi: trauma maggiore 272; neurochirurgia 210; stroke 162 e una miscellanea di 146 ricoveri con transito del paziente in più di uno dei reparti. Sono inoltre stati eseguiti 50 trapianti di organi solidi (26 di fegato; 17 di rene; 6 di cuore; 1 di pancreas).

La piena operatività di tali attività è stata garantita attraverso le seguenti soluzioni gestionali e organizzative:

- l'attività di guardia attiva e di sala operatoria è stata potenziata anche con il contributo di personale proveniente dai centri spoke (ad es. neurochirurghi non «riconvertiti» alle attività di assistenza dei pazienti COVID-19)
- è stata attivata una collaborazione con ospedali privati accreditati (e non) per l'utilizzo delle loro sale operatorie per lo svolgimento di interventi chirurgici (n. 5 interventi c/o Humanitas, n. 70 interventi c/o l'Istituto Europeo di Oncologia e n. 75 c/o la Columbus Clinical Center)
- sono stati ridefiniti i protocolli operativi per la gestione dei percorsi clinici dei pazienti da parte dei centri Spoke della rete
- sono stati differenziati i percorsi logistico-organizzativi per l'accoglienza ed il trattamento dei pazienti non COVID e dei pazienti noti/sospetti COVID, anche con l'attivazione di 25 posti letto di terapia intensiva specificamente dedicati ai pazienti non COVID.

Indicatore 4.1.1. Voci dal campo

L'esperienza della ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda «Hub per le reti tempo-dipendenti e di alta specialità» (3/3)



Apprendimento per il futuro

La ricerca di soluzioni per affrontare l'emergenza, pur potendo garantire le prestazioni di alta specialità e tempo-dipendenti ha consentito lo sviluppo di nuove logiche e nuovi modelli organizzativi che possono apportare benefici anche per il futuro. In particolare:

- gestione «in rete» del paziente con elaborazione di protocolli condivisi e condivisione delle professionalità;
- organizzazione del processo di cura in team integrati sulla base delle esigenze clinico-assistenziali con configurazione di layout e percorso clinico del paziente;
- governo centrale della Direzione aziendale con un approccio «sul campo» a stretto contatto con i professionisti clinici.

Le necessità derivanti dalla gestione dell'attuale Fase 2 stanno promuovendo la ricerca di azioni di miglioramento nella gestione dei pazienti:

- sviluppo del teleconsulto per le attività ambulatoriali;
- rimodulazione delle reali priorità cliniche;
- sviluppo delle attività di assistenza territoriale (accesso al domicilio; piattaforme informatiche integrate che restituiscano informazioni di esito, di aderenza terapeutica e di costo);
- integrazione dei sistemi di erogazione dei servizi territoriali ed ospedalieri.

Ringraziamenti - Si ringrazia la ASST per la condivisione dell'esperienza, nelle persone di Marco Bosio (Direttore Generale, ASST Niguarda), Mauro Moreno (Direttore Sanitario, ASST Niguarda) e Matteo Corradin (Staff Direzione Strategica ASST Niguarda)

Indicatore 4.1.2. Voci dal campo

SMART CdG: Il controllo di gestione durante l'emergenza Covid-19 nell'esperienza dell'AOU di Modena (1/3)



Razionale ed obiettivi

Sin dai primi giorni in cui è emersa l'emergenza Covid-19, si è delineata la necessità di introdurre rapidi ed agili forme di *smart working* nel mondo del lavoro, inclusa la sanità con riferimento ai servizi diversi dall'assistenza diretta al paziente.

Il servizio Controllo di Gestione dell'AOU di Modena ha immediatamente deciso di cogliere questa sfida e di affrontare il cambiamento non in modo passivo, subendo le dinamiche in atto, bensì in modo proattivo, così da generare valore nella gestione dell'emergenza oltre che continuare a rispondere alle esigenze di natura ordinaria.

L'esperienza muove da un **patto di responsabilità**, condiviso in maniera profonda e non come mero atto burocratico, siglato il 27 febbraio 2020 tra i 13 professionisti che afferiscono al servizio. L'idea di fondo è stata: «Se possiamo garantire da remoto la stessa efficienza ed efficacia con cui lavoriamo in ufficio al Policlinico allora dobbiamo 'restare a casa'. Evitando di vanificare il lavoro dei colleghi che, anzi, vogliamo supportare». Il gruppo ha, dunque, deciso di scommettere di poter continuare ad offrire un servizio di valore, sperimentano nel contempo il lavoro agile a distanza ed evitando la presenza non strettamente necessaria in ufficio.

Le tre **domande guida** su cui si è fondata l'esperienza dello SMART CdG all'AOU di Modena sono state:

- ✓ Siamo capaci di organizzare la nostra attività senza essere fisicamente presenti in ospedale?
- ✓ Possiamo continuare a garantire risposte adeguate nella nostra attività ordinaria?
- ✓ Riusciamo a garantire un contributo attivo all'azienda in questa emergenza?

Nella sezione successiva si presentano i risultati conseguiti nell'esperienza di SMART CdG lungo queste tre direttive di azione.

Il CdG durante l'emergenza Coronavirus



1

SMART
WORKING



2

SUPPORTO
EMERGENZA



3

ATTIVITA'
ORDINARIA

Indicatore 4.1.2. Voci dal campo

SMART CdG: Il controllo di gestione durante l'emergenza Covid-19 nell'esperienza dell'AOU di Modena (2/3)



Risultati

Come è stata organizzata l'attività dello SMART CdG?

Per riorganizzare l'attività in *smart working* è stata anzitutto svolta un'analisi volta a strutturare meglio i percorsi di attività e a chiarire gli obiettivi e le responsabilità interne al gruppo («chi fa cosa, con che tempi e con quali risultati attesi»). In un brevissimo arco temporale si sono create le condizioni indispensabili per avviare lo *smart working* ovvero, da un lato, la definizione degli obiettivi e, dall'altro lato, l'attivazione delle tecnologie di supporto (VPN, deviazione dei telefoni, chat WhatsApp, Skype). Si è deciso di limitare la presenza in azienda solo nelle riunioni direzionali di task force e in ufficio, a rotazione, esclusivamente per gestire l'emergenza relazionale con i professionisti clinici ed eventuali problemi legati alla connessione VPN dei colleghi e alla deviazione dei numeri telefonici fissi sui cellulari.

Come è stata garantita l'attività ordinaria?

Il periodo primaverile è particolarmente intenso nei servizi di controllo di gestione, in quanto coesistono il percorso di budget e la valutazione della performance, oltre alla chiusura del bilancio di esercizio e alla generazione dei modelli di rendicontazione regionali e ministeriali. Attraverso la costituzione di 8 gruppi di lavoro (valutazione, reporting, flussi informativi regionali, contabilità, controlli delle codifiche SDO, budget, mobilità, richieste extra ad hoc), si sono rispettate le scadenze di chiusura dei diversi processi di programmazione e controllo. Particolarmente interessante è stato il percorso di valutazione delle performance, che ha consentito di gestire interamente online sia la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di equipe relativi all'anno 2019 sia 2.500 schede di valutazione dei risultati individuali.

Quale contributo è stato offerto nella gestione dell'emergenza?

Potendo contare su una base dati completa, strutturata ed ordinata, costruita nel tempo anche grazie ad una integrazione di competenze multidisciplinari (contabili, statistiche ed informatiche) presenti all'interno del servizio, il gruppo del controllo di gestione ha offerto un duplice contributo. Nei primi giorni della fase emergenziale, è stato possibile svolgere analisi quantitative ad hoc così da supportare l'azienda (alta direzione e professionisti) sia ad analizzare, interpretare e comprendere le dinamiche in atto sia a prendere decisioni e programmare le attività. Nel volgere di poche settimane, le analisi ad hoc sono state integrate con la pubblicazione di 4 cruscotti strutturati, disponibili nella intranet, utili per monitorare la gestione dell'emergenza in tempo reale. In particolare, dal 12 marzo e con aggiornamento giornaliero, è rilasciato il cruscotto di monitoraggio della spesa per beni e servizi. Dal 16 e dal 17 marzo sono pubblicati, con aggiornamento ogni 30 minuti, rispettivamente il cruscotto movimenti pazienti (es. ricoveri, presenze giornaliere, dimessi, clusterizzazione per variabili individuali quali l'età e le co-patologie) ed il cruscotto degli accessi in pronto soccorso (es. trend giornalieri, accessi orari e per età). Infine, dal 21 aprile e con aggiornamento giornaliero, è disponibile il cruscotto master COVID che consente analisi incrociate sui pazienti Covid relative a molteplici dimensioni (es. diagnosi, tamponi e test sierologici, terapie intensive).

Indicatore 4.1.2. Voci dal campo

SMART CdG: Il controllo di gestione durante l'emergenza Covid-19 nell'esperienza dell'AOU di Modena (3/3)



Apprendimento per il futuro

I **benefici** riscontrati nel corso dell'esperienza sono duplici. Da un lato, utilizzando schede di rendicontazione dell'avanzamento degli obiettivi individuali concordati, in data 30 aprile, alla vigilia della fase 2 dell'emergenza, il gruppo del CdG ha evidenziato tre risposte positive alle domane guida che hanno avviato l'esperienza di SMART CdG: «sì, siamo stati capaci di organizzare la nostra attività senza essere fisicamente presenti in ospedale; sì, abbiamo continuato a garantire risposte adeguate nella nostra attività ordinaria; sì, siamo riusciti ad offrire un contributo attivo all'azienda durante l'emergenza». Nel contempo, lo smart working, inizialmente avviato come atto di responsabilità, ha generato anche significativi benefici nel rafforzare l'identità e l'appartenenza al gruppo e all'azienda.

Nel contempo, è doveroso segnalare la presenza di **inevitabili fattori di rischio** legati al venir meno dei consueti processi di supervisione diretta e di coordinamento in itinere caratterizzanti il lavoro in presenza.

In particolare, tra le **condizioni di successo** emerse nel corso dell'esperienza di SMART CdG si annoverano molteplici aspetti.

- Se la portata dell'emergenza in atto ha acuito il senso di responsabilità, la fiducia nelle competenze tecniche e nelle dinamiche relazionali maturate dal gruppo negli anni ha consentito di fondare il cambiamento su solide basi.
- Sotto il profilo strategico, chiarezza degli obiettivi, buon grado di autonomia professionale e coordinamento costante hanno consentito a ciascuno di offrire un contributo efficace nel nuovo contesto lavorativo.
- Sotto il profilo operativo, suddividere gli obiettivi in fasi, definire compiti chiari in funzione dell'avanzamento degli obiettivi assegnati, identificare tempistiche definite e scadenze ravvicinate hanno stimolato il presidio dell'efficienza nello svolgimento delle attività.
- L'attenzione alle relazioni interne (tramite la costituzione di mini-gruppi di lavoro organizzati per tematiche) ed esterne al servizio (tramite l'identificazione delle responsabilità di interfaccia con gli interlocutori aziendali ed extra-aziendali) hanno consentito non solo di garantire lo svolgimento delle attività ordinarie, ma anche di rispondere tempestivamente alle esigenze di elaborazione di informazioni ed analisi mirate a supporto della gestione emergenziale.
- Ultimo elemento in ordine logico, ma non per importanza, è l'esercizio di mature competenze di leadership e di direzione da parte del responsabile del servizio in SMART working in relazione alla necessità di sostenere pervasivi processi di consapevolezza organizzativa, efficaci meccanismi di delega per obiettivi frequentemente rivisti e monitorati, continue azioni di supporto e rinforzo motivazionale.

Ringraziamenti - Si ringrazia l'AOU di Modena, per la condivisione dell'esperienza, nelle persone del dott. Filippo Franchini (Responsabile dell'unità operativa Controllo di gestione), oltre che del dott. Claudio Vagnini (Direttore generale), dott. Lorenzo Broccoli (direttore amministrativo), dott. Luca Sircana (direttore sanitario), dott.ssa Anna Rita Garzia (direttore delle professioni sanitarie), dott. Mario Lugli (direttore ICT).

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%)	Instant Report #7
Lazio	447 (21,0%)	Instant Report #10
Lombardia	335 (15,7%)	Instant Report #6
Marche	109 (5,1%)	Instant Report #11
Piemonte	319 (15,0%)	Instant Report #9
Veneto	469 (22,0%)	Instant Report #8
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.

Analisi dei profili regionali (Nord 1) – 1/2



Regione	Preparedness	Dimensioni Epidemiche	Responsiveness	
			Processo Assistenziale del Paziente Covid	Programmazione Sanitaria in era Covid
Lombardia	Piano Pandemico Regionale di preparazione e risposta per una pandemia influenzale emanato nel 2006 e modificato nel 2009	6,75 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 1 nuovo caso ogni 50 nuovi soggetti testati circa. Attualmente positivo lo 0,09% della popolazione regionale (-10%). Carico ospedaliero in calo (- 986 ospedalizzati/sett.)	<p>Il 94,1% dei casi è stato diagnosticato a partire dal sospetto clinico. Pubblicate le determinazioni in merito alle attività di sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e contact tracing. Emanate istruzioni operative per la gestione ospedaliera del pz Covid e linee di indirizzo per la gestione della dimissione e del post-dimissione.</p> <p>Prevista la possibilità di dimissione protetta in struttura intermedia.</p> <p>Emanate linee di indirizzo per la gestione dei pz Covid da parte di MMG e PLS; prevista la possibilità, per questi ultimi, di prescrivere il tampone e pubblicate indicazioni sull'utilizzo dei test sierologici.</p> <p>Previsto telemonitoraggio domiciliare dei pazienti Covid (o sospetti tali) e dei soggetti fragili.</p> <p>Presenti indicazioni per il contenimento dell'epidemia nella rete di offerta sociale.</p>	<p>Ristrutturate le reti tempo-dipendenti e emanate disposizioni per le reti oncologiche.</p> <p>Emanati provvedimenti sull'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'andamento dell'epidemia, sottolineando di mantenere attive le aree dedicate all'emergenza e demandando alle strutture erogatrici la predisposizione di un piano organizzativo nel perimetro dei criteri stabiliti dalla Regione.</p> <p>Privilegiate le prestazioni in telemedicina. Emanate le linee di indirizzo per il ripristino in sicurezza delle attività sociosanitarie (RSA, RSD, Centri Diurni, strutture psichiatriche).</p> <p>Attivato programma Regionale di raccolta del plasma iper-immune per Sars-CoV-2.</p> <p>Programmata la fornitura di vaccinazioni antinfluenzali e anti-pneumococciche per la campagna vaccinale 2020/2021.</p> <p>La Presidenza della Regione Lombardia ha nominato un gruppo di consulenti allo scopo di potenziare l'efficacia del Sistema Sanitario Lombardo.</p>
Piemonte	Piano per l'organizzazione regionale della risposta alle emergenze infettive emanato nel 2009	1,95 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 1 nuovo caso ogni 125 nuovi soggetti testati circa. Attualmente positivo lo 0,03% della popolazione regionale (minima variazione rispetto alla scorsa settimana). Carico ospedaliero in calo (- 250 ospedalizzati/sett.)	<p>L'84,6% dei casi è stato diagnosticato a partire dal sospetto clinico. Crea una rete di monitoraggio basate sul modello del medico sentinella, per identificare i casi sospetti su base clinica, in anticipo sulla diagnosi di laboratorio. Prevista la possibilità di attivare protocolli di ADI per i pz Covid.</p> <p>Istituto Dipartimento Regionale «Malattie ed Emergenze Infettive».</p> <p>Laboratorio Mobile per test sierologici e virologici rapidi.</p>	<p>In recepimento del Decreto Rilancio, sono stati aumentati i PL in TI, individuati ospedali Covid, ristrutturati i percorsi nei PS e potenziati dotazioni e personale.</p> <p>Emanate indicazioni operative sull'assistenza territoriale e nelle strutture assistenziali sociosanitarie (incluse RSA) e linee di indirizzo per la graduale riattivazione delle attività semiresidenziali dedicate alle persone con disabilità ed ai minori con problematiche psico-socio-relazionali.</p> <p>Emanate inoltre linee di indirizzo per le strutture di accoglienza, servizi destinati a minori e per i servizi di prevenzione e contrasto alla violenza.</p> <p>Approvato un provvedimento per consentire alle strutture pubbliche e private accreditate di erogare televisite per sostituire a tutti gli effetti le visite tradizionali.</p> <p>Programmata la fornitura di vaccinazioni antinfluenzali per la campagna vaccinale 2020/2021</p>

Analisi dei profili regionali (Nord 1) – 2/2



Regione	Preparedness	Dimensioni Epidemiche	Responsiveness	
			Processo Assistenziale del Paziente Covid	Programmazione Sanitaria in era Covid
Veneto	Piano regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale emanato nel febbraio 2007	1,12 nuovi casi/settimana x 100.000 ab, con un 1 nuovo caso ogni 312 nuovi soggetti testati circa. Attualmente positivi lo 0,008% della popolazione regionale (-11.11%). Carico ospedaliero in calo (-2 ospedalizzati/sett.)	<p>Il 99,6 % dei casi è stato diagnosticato a partire dal sospetto clinico. Estesa offerta di test diagnostici, sin da subito offerti a soggetti anche clinicamente asintomatici collegabili a cluster epidemici. Presenti indicazioni operative per la Presa in Carico del Paziente Sintomatico Sospetto COVID-19 e per la valutazione del rischio in strutture residenziali. I Medici di assistenza primaria garantiscono l'assistenza al domicilio dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, ivi compresa la somministrazione dei farmaci a domicilio. In relazione al numero dei conviventi nell'abitazione, è previsto l'isolamento presso strutture extrabitative alternative individuate dall'Azienda Ulss, con oneri a carico dell'interessato. Emanate istruzioni operative per la gestione ospedaliera del paziente Covid e linee di indirizzo per la gestione della dimissione e del post-dimissione (compreso il ricorso a strutture intermedie).</p>	<p>In recepimento del decreto-legge n. 34/2020, è stato approvato il piano di potenziamento dell'assistenza territoriale, il piano di potenziamento dei dipartimenti di prevenzione, il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 e le misure urgenti per l'avvio di specifiche funzioni assistenziali per l'emergenza COVID-19. Presenti linee guida e altri documenti per la ripartenza in sicurezza dell'attività ordinaria di assistenza, con l'esplicita indicazione di favorire le attività di telemedicina, che è stata esplicitamente codificata nel Nomenclatore Tariffario Regionale. Presenti linee di indirizzo per strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale. Programmata la fornitura di vaccinazioni antinfluenzali per la campagna vaccinale 2020/2021.</p>
Emilia-Romagna	Piano regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale emanato nel 2007.	4,80 nuovi casi/settimana x 100.000 ab (+31,1% rispetto alla scorsa settimana), con un 1 nuovo caso ogni 87 nuovi soggetti testati circa. Attualmente positivi lo 0,024% della popolazione regionale. Il carico ospedaliero si conferma in diminuzione (-12 ospedalizzati/sett.)	<p>Il 97,6 % dei casi è stato diagnosticato a partire dal sospetto clinico. Emanate linee di indirizzo per la gestione dei pz Covid nelle strutture assistenziali e sul territorio da parte di MMG e PLS; prevista la possibilità, per questi ultimi, di prescrivere il tampone. Deliberate indicazioni per per l'accesso di visitatori e accompagnatori presso le strutture ospedaliere regionali.</p> <p>Emanate linee di indirizzo per la gestione di percorsi specialistici (es. pazienti con neoplasia mammaria, procreazione medicalmente assistita...).</p> <p>Per il test sierologico, emanato documento regionale per la raccomandazione dell'intervallo di tempo per la ripetizione, che viene allungato dai 15-20 gg inizialmente previsti a 45-60 gg.</p>	<p>Emanate linee guida e altri documenti per la ripartenza in sicurezza dell'attività ordinaria di assistenza. Si segnala una particolare attenzione di questa Regione alla programmazione in vista di una seconda ondata epidemica, con disposizioni per strutture intermedie e per la gestione dei posti in terapia intensiva. Confermati per le Fasi 2 e 3 il Coordinamento Clinico Regionale ed il Coordinamento Organizzativo Regionale delle terapie intensive. Predisposti indicatori per determinare il passaggio dalla fase 2 alla fase 4, con parallelo percorso di rimodulazione dei posti letto di Terapia Intensiva secondo i parametri del Decreto Rilancio. Incentivati programmi di teleassistenza per particolari categorie di pazienti. Anticipata la campagna antinfluenzale ad ottobre 2020, con 20% di dosi in più rispetto agli anni passati (da poter incrementare di un ulteriore 20%)</p>

Analisi dei profili regionali (Nord 2) - 1/2



Regione	Preparedness	Dimensioni Epidemiche	Responsiveness	
			Processo Assistenziale del Paziente Covid	Programmazione Sanitaria in era Covid
Liguria	Piano regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale emanato nel 2007	1,68 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 1 nuovo caso ogni 167 nuovi soggetti testati. Attualmente positivo lo 0,02% della popolazione regionale, stabile rispetto alla settimana scorsa. Carico ospedaliero in calo (-11 ospedalizzati/sett.)	Risultano presenti linee guida e altri documenti per la ripartenza in sicurezza dell'attività ordinaria di assistenza, sia chirurgia di elezione sia attività ad elevata complessità clinica. Anche a livello territoriale, la Regione ha dato indicazioni alle Aziende Sociosanitarie circa la riattivazione dei servizi sanitari e dell'attività di specialistica ambulatoriale. Inoltre, avvio di un piano di recupero delle attività precedentemente sospese con la collaborazione di strutture private accreditate e contrattualizzate.	In riferimento alla campagna antinfluenzale 2020/2021, si evidenzia l'esistenza di un appalto specifico nell'ambito del sistema dinamico di acquisizione su piattaforma informatica Consip Spa, ai sensi dell'art. 55 D.Lgs. n. 50/2016, per l'affidamento della fornitura di Vaccini Antinfluenzali occorrenti alle AA.SS.LL., EE.OO. e I.R.C.C.S. della Regione Liguria, per la Campagna Vaccinale 2020/2021 (con opzione di rinnovo per ulteriori dodici mesi). Lotti n. 4. Numero gara Anac 7782511. Importo complessivo biennale presunto di gara comprensivo del quinto d'obbligo € 7.617.600,00 (IVA esclusa).
Valle d'Aosta	N.d.	0,80 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 1 nuovo caso ogni 333 nuovi soggetti testati. Attualmente positivo lo 0% della popolazione regionale, stabile rispetto alla settimana scorsa. Carico ospedaliero in calo (0 ospedalizzati/sett.)	Telemedicina domiciliare e tele visita per pazienti COVID a domicilio applicata già durante l'emergenza.	Gara regionale centralizzata per l'affidamento della fornitura di vaccini antinfluenzali per la campagna di vaccinazione stagione 2020-2021 e la prestazione dei servizi connessi a favore delle Aziende sanitarie delle regioni Piemonte e Valle d'Aosta – lotti 1 e 2, per un valore economico pari a €5.436.100,00.
Friuli Venezia Giulia	Piano regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale emanato nel 2009	1,56 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 1 nuovo caso ogni 200 nuovi soggetti testati. Attualmente positivo lo 0,01% della popolazione regionale, stabile rispetto alla settimana scorsa. Carico ospedaliero in calo (-2 ospedalizzati/sett.)	Istituzione di Covid Team nei distretti e USCA, con utilizzo di servizi di telemedicina per il monitoraggio a distanza dei parametri.	In riferimento alla campagna antinfluenzale 2020/2021, le dosi acquistate sono state 1 milione 306mila 830 (cifra incrementabile di un ulteriore 20% fino a 1.567.000).

Analisi dei profili regionali (Nord 2) - 2/2



Regione	Preparedness	Dimensioni Epidemiche	Responsiveness	
			Processo Assistenziale del Paziente Covid	Programmazione Sanitaria in era Covid
PA di Trento	N.d.	2,40 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 1 nuovo caso ogni 200 nuovi soggetti testati. Attualmente positivo lo 0,01% della popolazione regionale, stabile rispetto alla settimana scorsa. Carico ospedaliero in aumento (2 ospedalizzati/sett.)	Creata una rete di monitoraggio sul territorio allo scopo di identificare precocemente i casi sospetti, con l'ausilio di telemedicina.	In riferimento alla campagna antinfluenzale 2020/2021, non si registra nessuna gara avviata per la fornitura dei vaccini.
PA di Bolzano	N.d.	1,69 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 1 nuovo caso ogni 250 nuovi soggetti testati. Attualmente positivo lo 0,02% della popolazione regionale, stabile rispetto alla settimana scorsa. Carico ospedaliero in aumento (- 1 ospedalizzati/sett.)	Creazione di un piano per la Fase 2. In riferimento all'assistenza ambulatoriale e diagnostica strumentale, le visite prioritarie ed urgenti saranno effettuate in modo tempestivo. L'attività chirurgica riprende in forma ridotta, con priorità ai pazienti oncologici o alle operazioni non prorogabili. Nell'ambito dell'attività territoriale vi è un potenziamento dei distretti. Mantenimento e potenziamento della tele-consulenza e della telemedicina.	In riferimento alla campagna antinfluenzale 2020/2021, si evidenzia un appalto relativo alla fornitura di vaccini antinfluenzali all'azienda sanitaria della P.A. di Bolzano per le campagne vaccinali 2020/2021, 2021/2022 e 2022/2023, per un valore economico pari a €1.150.500.

Analisi dei profili regionali (Centro) – 1/3



Regione	Preparedness	Dimensioni Epidemiche	Responsiveness	
			Processo Assistenziale del Paziente Covid	Programmazione Sanitaria in era Covid
Umbria	Piano pandemico Regione Umbria emanato nel 2007	<p>0,68 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 1 nuovo caso ogni 523 nuovi soggetti testati.</p> <p>Attualmente positivo lo 0,001% della popolazione regionale (-33%).</p> <p>Carico ospedaliero in calo (-1 ospedalizzati/sett.)</p>	<p>Emanata la Procedura Regionale nuovo Coronavirus (Sars-Cov-2) contenente le procedure operative per la gestione dei pazienti Covid sia a livello territoriale che ospedaliero. Negli allegati sono rappresentate le flow-chart relative alla gestione del paziente guarito e rientro in collettività – Setting Domiciliare e paziente guarito e rientro in collettività – Setting Ricovero Ospedaliero.</p>	<p>Emanate le Linee di indirizzo per le attività sanitarie nella fase 3 che si estrinsecano su tre livelli: monitorare l'andamento dell'epidemia sorvegliando in particolare le strutture sanitarie e le persone fragili; progredire nell'apertura dei servizi sanitari fino all'apertura totale delle strutture; mantenere la sorveglianza della popolazione attraverso la strategia delle tre T (testare, tracciare, trattare), integrando tale strategia con l'attivazione dell'app Immuni.</p> <p>Emanato il Piano di riorganizzazione emergenza covid-19 che prevede il ripristino graduale delle attività ordinarie della rete ospedaliera e rendere strutturale la risposta emergenziale che è stata garantita in fase emergenziale nonché l'ulteriore implementazione di 58 posti letto in terapia intensiva necessari al raggiungimento del nuovo standard di 0,14 PL in TI previsti dall'art.2 del DL 34.</p>
Toscana	Piano Pandemico Regionale emanato nel 2008 ed integrato con il rischio di pandemia da influenza umana da virus A/H1N1v nel 2009	<p>1,5 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 1 nuovo caso ogni 178 nuovi soggetti testati.</p> <p>Attualmente positivo lo 0,009% della popolazione regionale (+0,6%).</p> <p>Carico ospedaliero in calo (-10 ospedalizzati/sett.)</p>	<p>Emanate le Linee di indirizzo per la gestione del percorso COVID-19 in ambito territoriale nelle quali vengono definiti i setting di presa in carico a livello territoriale: domicilio del paziente, albergo sanitario, RSA/RSA a protezione sanitaria, strutture intermedie. Nello stesso documento si demanda alle USCA l'esecuzione di tamponi.</p> <p>Previsto telemonitoraggio domiciliare dei pazienti Covid (o sospetti tali) e dei soggetti fragili.</p> <p>Emanate Linee di indirizzo per la gestione del percorso COVID-19 in ambito ospedaliero e peri-ospedaliero nelle quali vengono definiti i livelli di classificazione dei pazienti ed i rispettivi setting assistenziali, ospedalieri e territoriali.</p> <p>Interrotta la convenzione con i laboratori privati. Si continuerà a garantire screening gratuiti nelle strutture sanitarie e socio sanitarie e, ad avvio delle attività didattiche, al personale scolastico e universitario. Possibilità per i cittadini di effettuare il test privatamente presso laboratori privati, previa ricetta del medico di famiglia, provvedendo direttamente al pagamento.</p>	<p>Emanate Disposizioni in merito alle prestazioni sanitarie e alle attività delle strutture semiresidenziali (centri diurni), per persone con disabilità che autorizza le Aziende e gli Enti del Servizio sanitario Regionale a programmare la ripresa dell'erogazione delle attività sanitarie. Il documento prevede la riorganizzazione sia a livello territoriale che ospedaliero.</p> <p>Deliberato il Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza Covid-19 il quale prevede l'incremento di 193 PL in TI necessari al raggiungimento del nuovo standard di 0,14 PL in TI previsti dall'art.2 del DL 34.</p> <p>Deliberato aumento del numero di posti letto di cure intermedie (+450) afferenti al setting 1 (Low Care) e al setting 2 (Residenzialità Sanitaria Intermedia) al fine del raggiungimento, a regime, del previsto parametro di 0,4/1000 residenti per ogni Azienda USL.</p> <p>Privilegiare le prestazioni di telemedicina.</p>

Analisi dei profili regionali (Centro) – 2/3



Regione	Preparedness	Dimensioni Epidemiche	Responsiveness	
			Processo Assistenziale del Paziente Covid	Programmazione Sanitaria in era Covid
Abruzzo	Strategie e misure di preparazione e risposta a una pandemia influenzale nella Regione Abruzzo emanato nel 2009	1,68 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 1 nuovo caso ogni 149 nuovi soggetti testati. Attualmente positivo lo 0,012% della popolazione regionale (-61%). Carico ospedaliero in calo (- 5 ospedalizzati/sett.)	<p>Emanata la Procedura per la gestione domiciliare di casi accertati o sospetti Covid-19 nella quale viene istituita l'UCAT (Unità di Coordinamento dell'Assistenza Territoriale) con funzione di raccolta delle informazioni da parte dei MMG, PLS, CA e USCA ed interazione con gli ospedali COVID. Nello stesso documento è definita la stratificazione dei pazienti e la relativa competenza da parte di MMG, PLS, USCA e Medici ADI. Inoltre, vengono esplicitati i codici di priorità di esecuzione dei test diagnostici. Previsto tele monitoraggio domiciliare dei pazienti Covid (o sospetti tali) e dei soggetti fragili. Emanate Procedure operative per la gestione del paziente critico Covid-19.</p>	<p>Emanate Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID19 in relazione all'andamento dell'epidemia e demandando alle strutture erogatrici la predisposizione di un piano organizzativo nel perimetro dei criteri stabiliti dalla Regione. Privilegiate le prestazioni in telemedicina. Emanato il documento «Riordino della rete ospedaliera in emergenza Covid-19» il quale prevede maggiore concentrazione delle attività assistenziali associate al COVID-19 nel minor numero di strutture ospedaliere ed un relativo incremento di 66 PL in TI in tali strutture. Inoltre, il documento prevede l'organizzazione della rete Covid per ogni ASL.</p>
Lazio	Piano Pandemico Regionale di preparazione e risposta per una pandemia influenzale emanato nel 2008.	1,70 nuovi casi/settimana x 100.000 ab. (+51,8%), con un 1 nuovo caso ogni 146 nuovi soggetti testati circa. Attualmente positivo lo 0,02% della popolazione regionale (dato stabile). Insieme a Campania e P.A. di Trento, registra un carico ospedaliero in lieve aumento (+13 ospedalizzati/sett.) in controtendenza all'andamento nazionale.	<p>Il 73,5 % dei casi è stato diagnosticato a partire dal sospetto clinico. Prorogata fino a fine giugno la convenzione con strutture adibite ad assistenza intermedia. Emanate istruzioni operative per la gestione ospedaliera del paziente Covid+.</p> <p>Prevista la possibilità per i Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta, di prescrivere il tampone.</p>	<p>Pubblicato il 30 giugno il Decreto del Commissario ad Acta, n. U00081 «Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021» con indicazioni sul potenziamento della medicina del Territorio, sull'integrazione Ospedale-Territorio e specifici programmi di Patient-Centered Care da implementare entro il 2021. Riguardo alle vaccinazioni, a decorrere dal 15 settembre 2020 quella anti-influenzale sarà obbligatoria per il personale sanitario e gli ultra-65enni. Sarà svolta inoltre sul territorio un'attività di rinforzo per la raccomandazione ai bambini dai 6 mesi ai 6 anni tramite i Pediatri di Libera Scelta. Nei soggetti con età >65 anni, inoltre, sarà obbligatoria anche la vaccinazione anti-pneumococcica.</p>

Analisi dei profili regionali (Centro) – 3/3



Regione	Preparedness	Dimensioni Epidemiche	Responsiveness	
			Processo Assistenziale del Paziente Covid	Programmazione Sanitaria in era Covid
Molise	Piano Pandemico Regionale per il Molise emanato nel 2006	0 nuovi casi/settimana x 100.000 ab. Attualmente positivo lo 0,006% della popolazione regionale (-58%). Carico ospedaliero stabile.	Emanate le Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati di Covid-19 e contatti di casi accertati che prevede l'esecuzione di test diagnostici in ambito territoriale di competenza di equipe territoriali di personale infermieristico.	Emanate Indicazioni Regionali per la riattivazione dell'assistenza sanitaria che sottolineano di mantenere attive le aree dedicate all'emergenza, con relativa separazione dei flussi tra pazienti Covid+ e non, demandando ad ogni struttura sanitaria o socio-sanitaria la definizione di un Piano Aziendale per la gestione dei "rischi Covid" sotto la propria responsabilità. Privilegiare le prestazioni in telemedicina.
Marche	Piano di preparazione e risposta a una pandemia influenzale emanato nel novembre 2007.	0,39 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 1 nuovo caso ogni 722 nuovi soggetti testati. Attualmente positivo lo 0,012% della popolazione regionale (-29.41%). Carico ospedaliero invariato (-3 ospedalizzati/sett.)	Il 100% dei casi è stato diagnosticato a partire dal sospetto clinico. Presenza di un PDTA per l'ottimizzazione della presa in carico post-dimissione del paziente Covid-19 positivo, per definire l'organizzazione del percorso di follow up e la valutazione degli outcome a medio e lungo termine. Per positività IgG isolata a cittadino asintomatico che si sottopone spontaneamente al test, discrezionalità al Medico di Medicina Generale sulla successiva indicazione prescrittiva e l'eventuale astensione lavorativa. In caso di positività al tampone la cabina di regia per la gestione del percorso del caso è affidata ai Dipartimenti di Prevenzione.	Presente un piano di riorganizzazione delle Attività di Ricovero ed Ambulatoriali presso le Strutture Ospedaliere Pubbliche e Private accreditate per la ripartenza in sicurezza dell'attività ordinaria di assistenza. Emanato un piano di potenziamento delle attività ambulatoriali per la fase 2 dell'emergenza pandemica finalizzato alla riduzione dei tempi d'attesa. Incentivati programmi di teleassistenza per particolari categorie di pazienti (sistema di telecardiologia e televideo-consulento per pazienti con sospetto o accertato contagio). Istituzione del Sistema Informativo per la trasmissione e l'interscambio di informazioni e dati relativi all'emergenza COVID 19 denominato SISCOVI19. Disposte le norme per la riapertura di centri semiresidenziali sanitari e sociosanitari, con proposte parallele di potenziamento dell'assistenza domiciliare. Ad oggi non risultano presenti linee di programmazione sulla stagione vaccinale 2020/2021.

Analisi dei profili regionali (Sud e Isole) – 1/2



Regione	Preparedness	Dimensioni Epidemiche	Responsiveness	
			Processo Assistenziale del Paziente Covid	Programmazione Sanitaria in era Covid
Basilicata	N.d.	0 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 0,36 nuovo caso ogni 7,16 nuovi soggetti testati. Attualmente positivo 1 caso (valore relativo). Carico ospedaliero pari a -1 (ospedalizzati/sett.)	<p>Emanate istruzioni operative per la gestione ospedaliera del pz Covid.</p> <p>Prevista la possibilità di dimissione protetta in struttura intermedia.</p> <p>Emanate linee di indirizzo per la gestione dei pz Covid da parte di MMG e PLS.</p> <p>Previsto telemonitoraggio domiciliare dei pazienti Covid (o sospetti tali) e dei soggetti fragili.</p>	<p>Emanate disposizioni per le reti oncologiche.</p> <p>Emanati provvedimenti sull'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'andamento dell'epidemia, sottolineando di mantenere attive le aree dedicate all'emergenza e demandando alle strutture erogatrici la predisposizione di un piano organizzativo.</p> <p>Privilegiare le prestazioni in telemedicina per le cure pediatriche si veda progetto Telepass</p>
Calabria	Piano Pandemico Regionale di preparazione e risposta per una pandemia influenzale emanato nel 2009	0,15 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., Con 5,07 nuovi soggetti testati. Nessun Attualmente positivo. Carico ospedaliero pari a 0 (ospedalizzati/sett.)	<p>Emanate istruzioni operative per la gestione ospedaliera del pz Covid e linee di indirizzo per la gestione della dimissione e del post-dimissione.</p> <p>Prevista la possibilità di dimissione protetta in struttura intermedia.</p> <p>Emanate linee di indirizzo per la gestione dei pz Covid da parte di MMG e PLS.</p> <p>Previsto telemonitoraggio domiciliare dei pazienti Covid (o sospetti tali) e dei soggetti fragili.</p> <p>Presenti indicazioni per il contenimento dell'epidemia nella rete di offerta sociale.</p>	<p>Emanate disposizioni per le reti oncologiche.</p> <p>Emanati provvedimenti sull'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'andamento dell'epidemia, sottolineando di mantenere attive le aree dedicate all'emergenza e demandando alle strutture erogatrici la predisposizione di un piano organizzativo nel perimetro dei criteri stabiliti dalla Regione.</p> <p>Presente attività di telemedicina attraverso piattaforme online.</p>
Puglia	N.d.	0,10 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., 3,20 soggetti sottoposti al test. Attualmente positivo -50 valore relativo Carico ospedaliero pari a -13(ospedalizzati/sett.)	<p>Emanate istruzioni operative per la gestione ospedaliera del pz Covid e linee di indirizzo per la gestione della dimissione e del post-dimissione.</p> <p>Prevista la possibilità di dimissione protetta in struttura intermedia.</p> <p>Emanate linee di indirizzo per la gestione dei pz Covid da parte di MMG e PLS; prevista la possibilità, per questi ultimi, di prescrivere il tampone.</p> <p>Previsto telemonitoraggio domiciliare dei pazienti Covid (o sospetti tali) e dei soggetti fragili.</p> <p>Presenti indicazioni per il contenimento dell'epidemia nella rete di offerta sociale.</p>	<p>Ristrutturate le reti tempo-dipendenti e emanate disposizioni per le reti oncologiche.</p> <p>Emanati provvedimenti sull'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'andamento dell'epidemia, sottolineando di mantenere attive le aree dedicate all'emergenza e demandando alle strutture erogatrici la predisposizione di un piano organizzativo nel perimetro dei criteri stabiliti dalla Regione.</p> <p>Privilegiare le prestazioni in telemedicina.</p>

Analisi dei profili regionali (Sud e Isole) – 2/2



Regione	Preparedness	Dimensioni Epidemiche	Responsiveness	
			Processo Assistenziale del Paziente Covid	Programmazione Sanitaria in era Covid
Campania	Piano Pandemico Regionale di preparazione e risposta per una pandemia influenzale emanato nel 2009	0,98 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 1 nuovo caso ogni 2,51 nuovi soggetti testati. Attualmente positivo lo +45 (valore relativo) della popolazione Carico ospedaliero pari a +19 (ospedalizzati/sett.)	Emanate istruzioni operative per la gestione ospedaliera del pz Covid e linee di indirizzo per la gestione della dimissione e del post-dimissione. Prevista la possibilità di dimissione protetta in struttura intermedia. Emanate linee di indirizzo per la gestione dei pz Covid da parte di MMG e PLS. Previsto telemonitoraggio domiciliare dei pazienti Covid (o sospetti tali) e dei soggetti fragili. Presenti indicazioni per il contenimento dell'epidemia nella rete di offerta sociale.	Emanate disposizioni per le reti oncologiche. Emanati provvedimenti sull'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'andamento dell'epidemia. Presenti le prestazioni in telemedicina.
Sicilia	Piano Pandemico Regionale di preparazione e risposta per una pandemia influenzale emanato nel 2009	0,32 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., 3,65 nuovi soggetti testati. Attualmente positivo 12 (valore relativo) della popolazione. Carico ospedaliero pari a -10 (ospedalizzati/sett.)	Emanate istruzioni operative per la gestione ospedaliera del pz Covid e linee di indirizzo per la gestione della dimissione e del post-dimissione. Prevista la possibilità di dimissione protetta in struttura intermedia. Emanate linee di indirizzo per la gestione dei pz Covid da parte di MMG e PLS. Previsto telemonitoraggio domiciliare dei pazienti Covid (o sospetti tali) e dei soggetti fragili. Presenti indicazioni per il contenimento dell'epidemia nella rete di offerta sociale.	Emanate disposizioni per le reti oncologiche. Emanati provvedimenti sull'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'andamento dell'epidemia. Presenti le prestazioni in telemedicina.
Sardegna	Piano Pandemico Regionale di preparazione e risposta per una pandemia influenzale emanato nel 2009	0,30 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 0 nuovo caso ogni 4,58 nuovi soggetti testati. Attualmente positivo -1 (valore relativo) della popolazione. Carico ospedaliero pari a -1 (ospedalizzati/sett.)	Emanate istruzioni operative per la gestione ospedaliera del pz Covid e linee di indirizzo per la gestione della dimissione e del post-dimissione. Prevista la possibilità di dimissione protetta in struttura intermedia. Emanate linee di indirizzo per la gestione dei pz Covid da parte di MMG e PLS. Previsto telemonitoraggio domiciliare dei pazienti Covid (o sospetti tali) e dei soggetti fragili. Presenti indicazioni per il contenimento dell'epidemia nella rete di offerta sociale.	Emanate disposizioni per le reti oncologiche. Emanati provvedimenti sull'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'andamento dell'epidemia. Presenti le prestazioni in telemedicina.



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