

*In collaborazione con:*

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

Gruppo di Organizzazione Aziendale  
Università Magna Graecia di Catanzaro

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

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

# Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19

Instant REPORT#19: **10 Settembre 2020**

Gruppo di Lavoro

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



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# Indice del Documento



## [OBIETTIVI](#)

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

## [CONTESTO NORMATIVO](#)

[PROVVEDIMENTI NAZIONALI](#)

[INTEGRAZIONE DEL PERSONALE](#)

## [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. PREVALENZA PERIODALE E PREVALENZA PUNTUALE](#)

[2.2. PREVALENZA PERIODALE 1/9/2020 – 8/9/2020](#)

[2.3. PREVALENZA PUNTUALE 1/9/2020 – 8/9/2020](#)

[2.4. EVOLUZIONE DECESSI: 2020 vs. 2015-2019](#)

## [INDICATORI CLINICO-ORGANIZZATIVI](#)

[3.1. RICOVERI TI / RICOVERI TOTALI 1/9/2020 E 8/9/2020](#)

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

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

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

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

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

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

[3.8. IMPATTO ECONOMICO](#)

[3.9. SOLUZIONI DIGITALI](#)

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

[3.11. SPERIMENTAZIONI CLINICHE](#)

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

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

## [ANALISI A LIVELLO AZIENDALE](#)

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

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

## [ANALISI DELLA PROGRAMMAZIONE VACCINALE](#)

## [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 8 Settembre hanno il 62% dei positivi al virus rispetto al totale dei positivi sul territorio nazionale e il 76% dei casi. In queste Regioni sono deceduti l'83% delle 35.563 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 Covid-19 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 **8 Settembre** [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 (1/5):

## Principali provvedimenti nazionali (1/3)



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

# Contesto normativo (2/5):

## Principali provvedimenti nazionali (2/3)



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



# Contesto normativo (3/5):

## Principali provvedimenti nazionali (2/3)



Data	Provvedimento	Sintesi dei contenuti
29 Luglio 2020	Delibera del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2020 – Proroga dello Stato di Emergenza	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Proroga dello stato di emergenza fino al 15 Ottobre</li></ul>
14 Agosto 2020	DECRETO-LEGGE 14 agosto 2020, n. 104 i	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Disposizioni transitorie per la riduzione delle liste d'attesa;</li><li>➤ Modifiche alle disposizioni per gli incentivi per il personale degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale;</li></ul>



# Contesto normativo (3/4):

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



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





# Contesto normativo (4/4):

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



Data	Ente	Provvedimento	Sintesi dei contenuti
18 Aprile 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute del 18/04/2020 - Indicazioni ad interim per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali e sociosanitarie	➤ Indicazioni clinico – organizzative per la prevenzione e il controllo dell'infezione da COVID 19 in strutture residenziali e sociosanitarie
30 Aprile 2020	MdS	Decreto del 30 aprile 2020 - Emergenza COVID-19: attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase 1 alla fase 2A di cui all'allegato 10 del DPCM 26/4/202	➤ Defizione dei criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario per l'evoluzione della situazione epidemiologica.
9 maggio 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute del 9 Maggio 2020 - COVID-19: test di screening e diagnostici	➤ Indicazioni in merito all'utilizzo di test sierologici e molecolari
29 maggio 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute del 29 Maggio 2020 Ricerca e gestione dei contatti di casi COVID-19 (Contact tracing) ed App Immuni	➤ Definizione del «contatto stretto» ➤ Definizione delle azioni chiave dopo l'identificazione di un caso ➤ App «Immuni»
1 giugno 2020	MdS	<a href="#">Circolare</a> del 01 giugno 2020 - Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19	➤ Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19.
11 agosto 2020	MdS	Circolare dell'11 agosto 2020 - Elementi di preparazione e risposta a COVID-19 nella stagione autunno-invernale	➤ Supporto alla verifica dello stato di preparazione dei sistemi sanitari nelle Regioni/PPAA al fine di poter fronteggiare in modo ottimale un eventuale aumento nel numero di nuove infezioni da SARS-CoV-2 nella stagione autunno-inverno 2020-2021

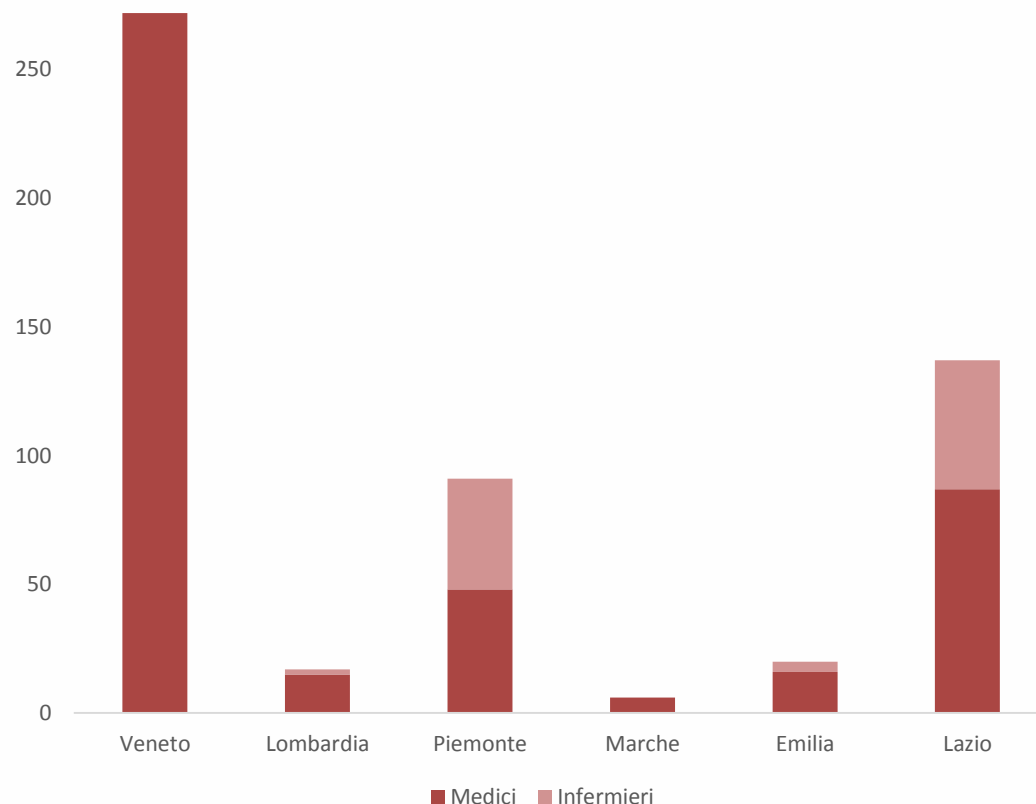


# Integrazione del personale



Totale bandi: 69\*

Regioni	Medici	Infermieri
Veneto	272	0
Lombardia	15	2
Piemonte	48	43
Marche	6	n.d.
Emilia-Romagna	16	4
Lazio	87	50



Il grafico di cui sopra evidenzia il numero di medici ed infermieri per i quali è stato indetto un concorso pubblico nel periodo compreso tra il 9 marzo 2020 ed il 9 settembre 2020. In tutte le Regioni prese in esame è possibile riscontrare un incremento nella richiesta di personale medico, con il primato in capo al Veneto. Il personale infermieristico, invece, sembrerebbe in leggero aumento seppur in misura inferiore rispetto al personale medico. In particolare, la richiesta di personale infermieristico sembrerebbe essere più marcata nel Piemonte e nel Lazio.

\*Sono state prese in considerazione le seguenti discipline poiché afferenti alla gestione del COVID-19: anestesia e rianimazione, malattie infettive, medicina e chirurgia d'accettazione e urgenza, malattie dell'apparato respiratorio; Alcuni bandi non specificano il numero di personale richiesto.

# Appendice 1: fonte delle informazioni



<p><b>Abruzzo</b> 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»</p> <p><b>Calabria</b> 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.</p> <p><b>Campania</b> 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</p> <p><b>Emilia Romagna</b> 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."</p> <p><b>Liguria</b> DGR 500 del 16.06.2020 "Piano per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19".</p> <p><b>Lombardia</b> DGR XI/3264 "Piano di riordino della rete ospedaliera: attuazione dell'Art.2 del DL 34/20</p> <p><b>Marche</b> 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)</p> <p><b>Molise</b> Decreto del Commissario ad Acta «Piano di Riorganizzazione rete ospedaliera per emergenza COVID-19 DL34/2020 – Regione Molise</p> <p><b>Piemonte</b> DGR 7 -1492 del 12 giugno 2020 «Emergenza COVID – 19 Approvazione del Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID da proporre all'approvazione del Ministero della Salute ai sensi dell' art 2 del DL 34 del 19 maggio 2020».</p> <p><b>Puglia</b> DGR n. 1079 del 9 luglio 2020 «: Potenziamento della Rete Ospedaliera ai sensi dell'art. 2 del Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34 e del D.M. n.70/2015. Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019.</p> <p><b>Sardegna</b> 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 Letto di Terapia Intensiva e Sub Intensiva. Approvazione preliminare.</p> <p><b>Toscana</b> 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".</p> <p><b>Trentino Alto Adige</b> 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 (<a href="https://www.ufficiostampa.provincia.tn.it/Comunicati/Approvato-la-proposta-di-riorganizzazione-della-rete-ospedaliera-post-Covid-piu-che-raddoppiate-le-terapie-intensive">https://www.ufficiostampa.provincia.tn.it/Comunicati/Approvato-la-proposta-di-riorganizzazione-della-rete-ospedaliera-post-Covid-piu-che-raddoppiate-le-terapie-intensive</a>)</p> <p><b>Umbria</b> 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).</p> <p><b>Veneto</b> 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.»</p> <p><b>Valle d'Aosta</b> DGR n. 584 dell' 08/07/2020 «Regione autonoma Valle d'Aosta - Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera</p>
--



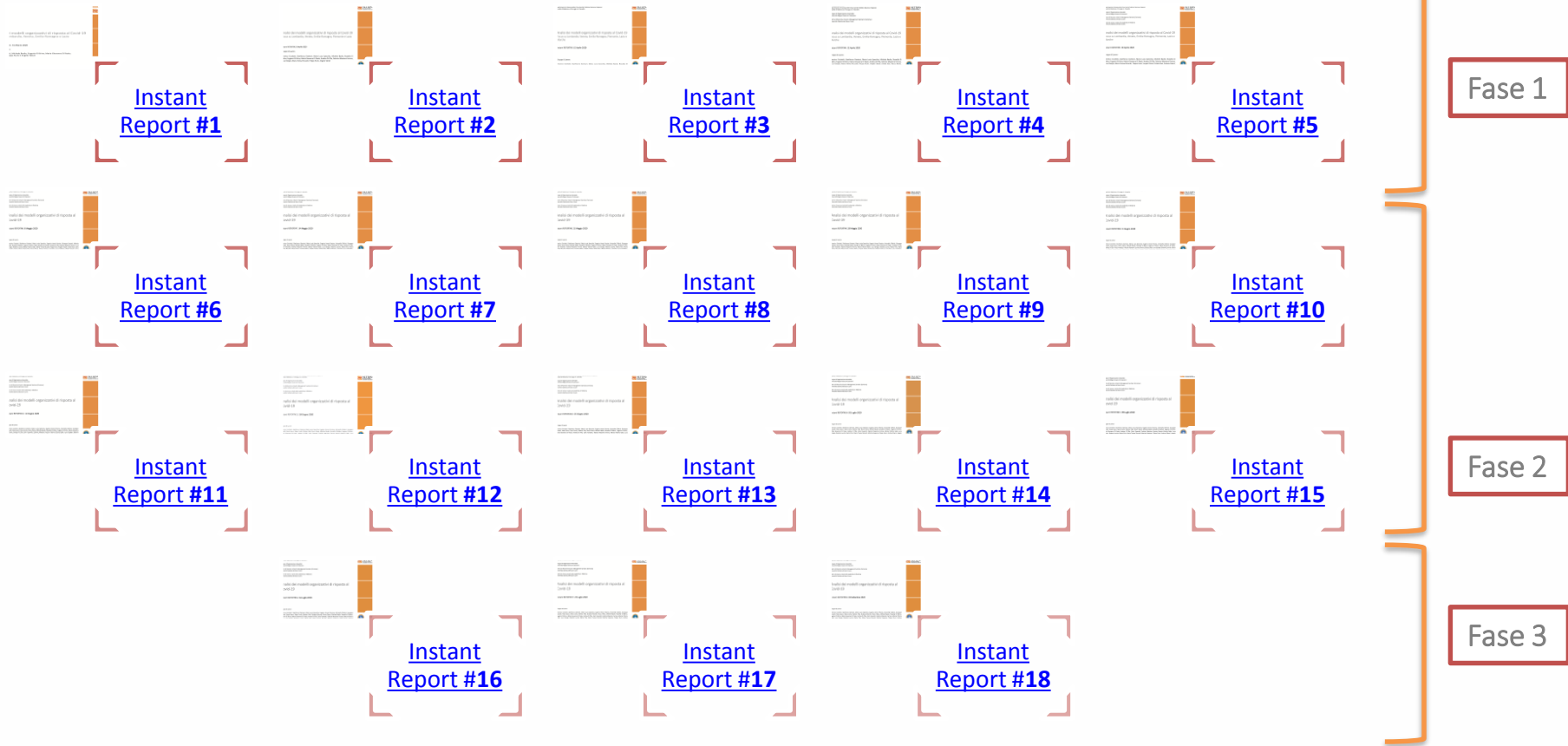


# Library Instant Report



# ALTEMS Instant Report

*dal 31 marzo 2020 ad oggi*

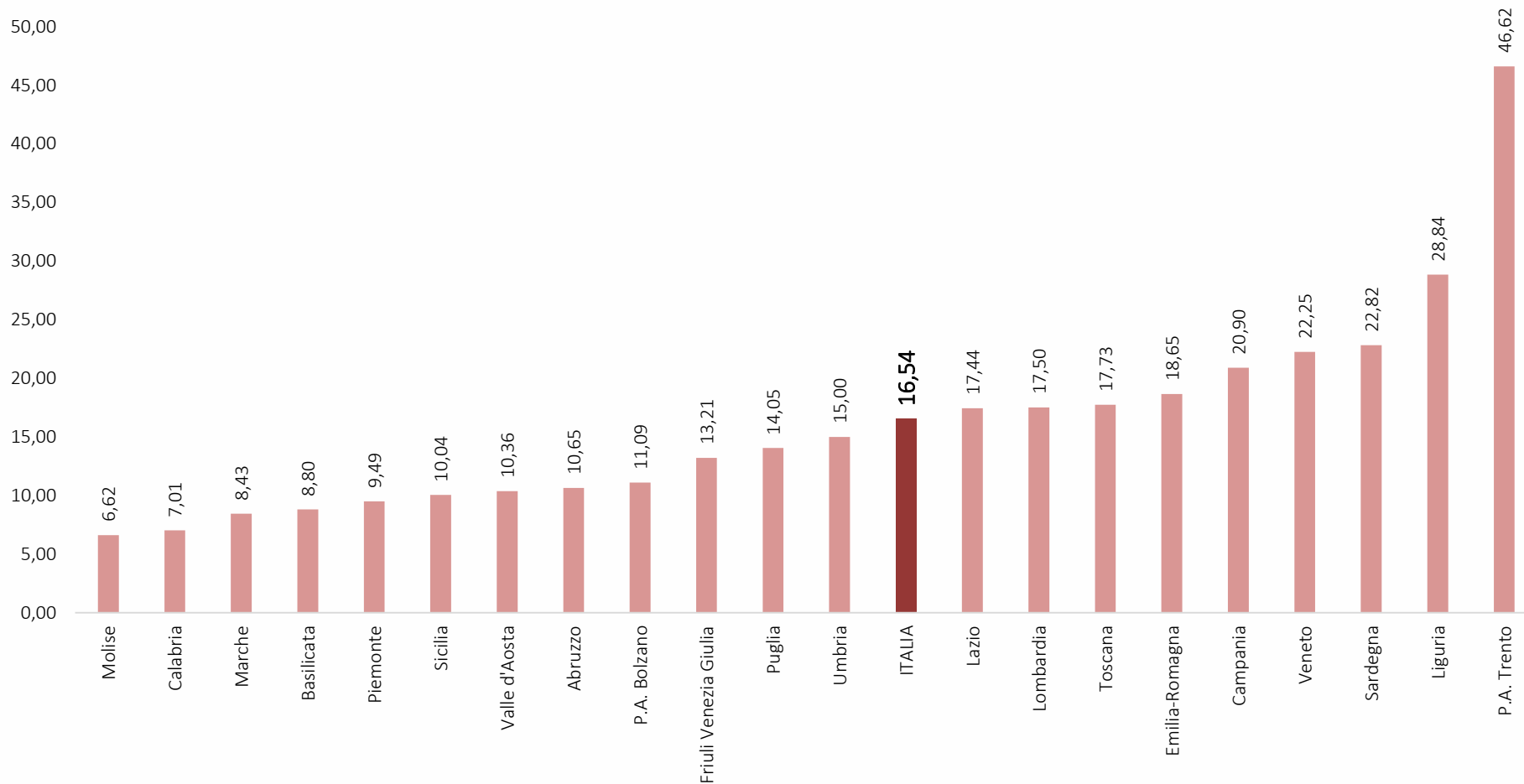




# Indicatori di monitoraggio del contagio



# Indicatore 1.1. Incidenza settimanale x 100.000

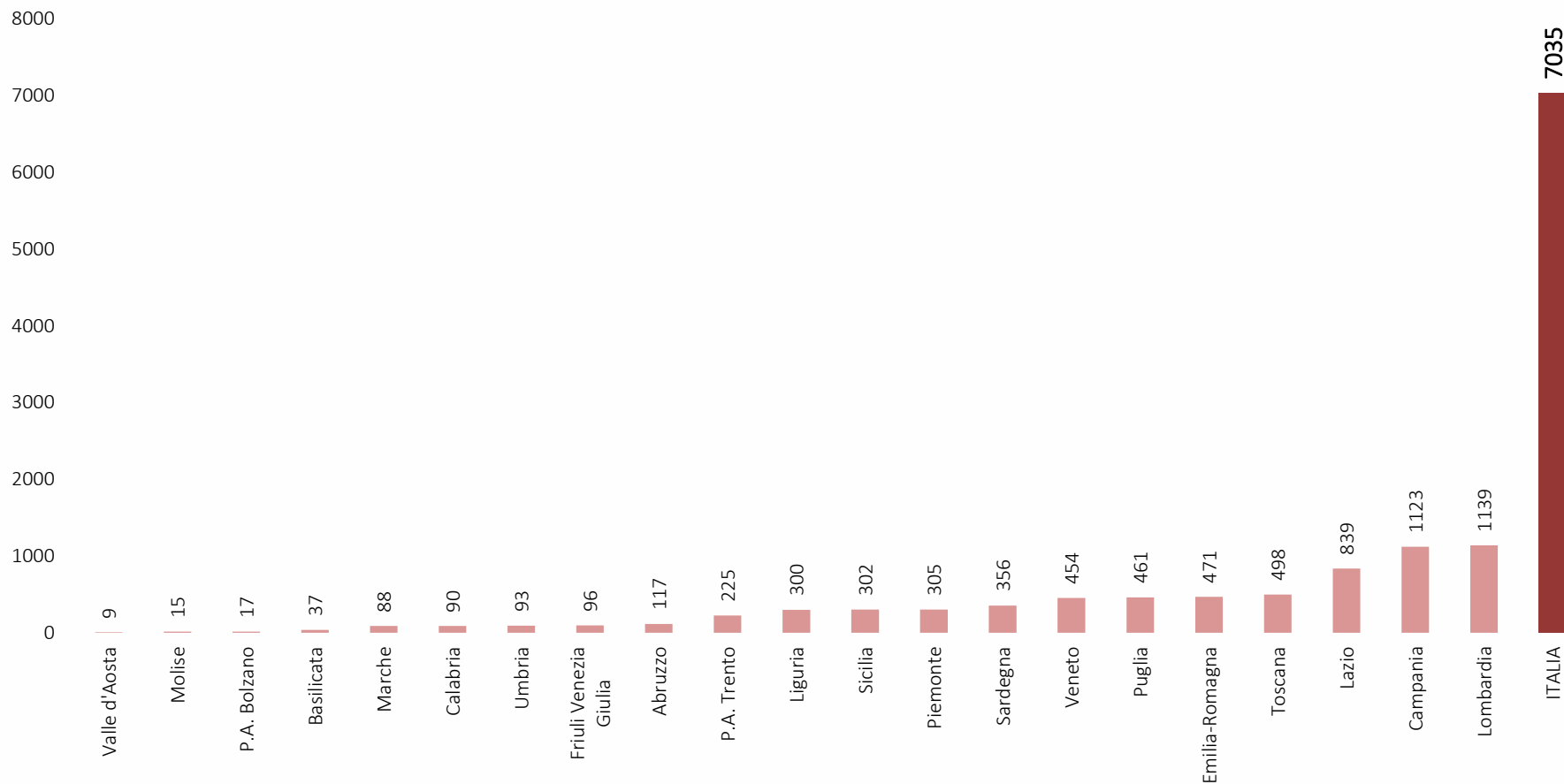


## Commento

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 la Liguria e la P.A di Trento registrano i valori più elevati.



# Indicatore 1.2. Andamento attualmente positivi



<b>Media</b>	<b>335,00</b>
Min	9,00
Max	1.139,00
Dev-St	338,75
Var	114.754

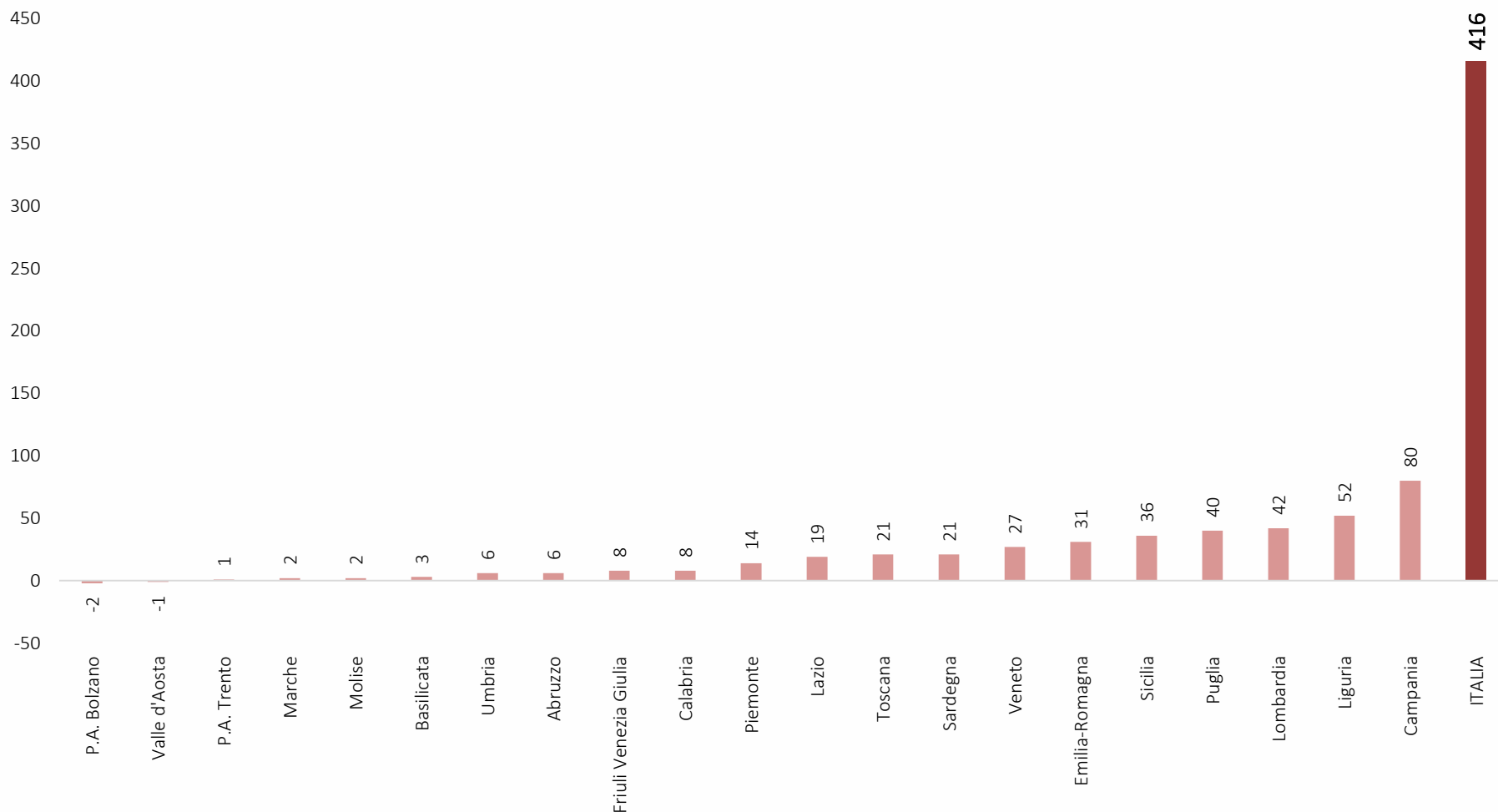
## Commento

Questo indicatore fornisce un'indicazione sull'andamento dei casi positivi nelle varie Regioni. La differenza maggiore viene registrata in Lombardia, con una variazione di 1139, la settimana scorsa era 1295. In generale, si sottolinea un andamento crescente con una media di 335 casi (invariata rispetto alla settimana scorsa).





# Indicatore 1.3. Andamento ospedalizzati



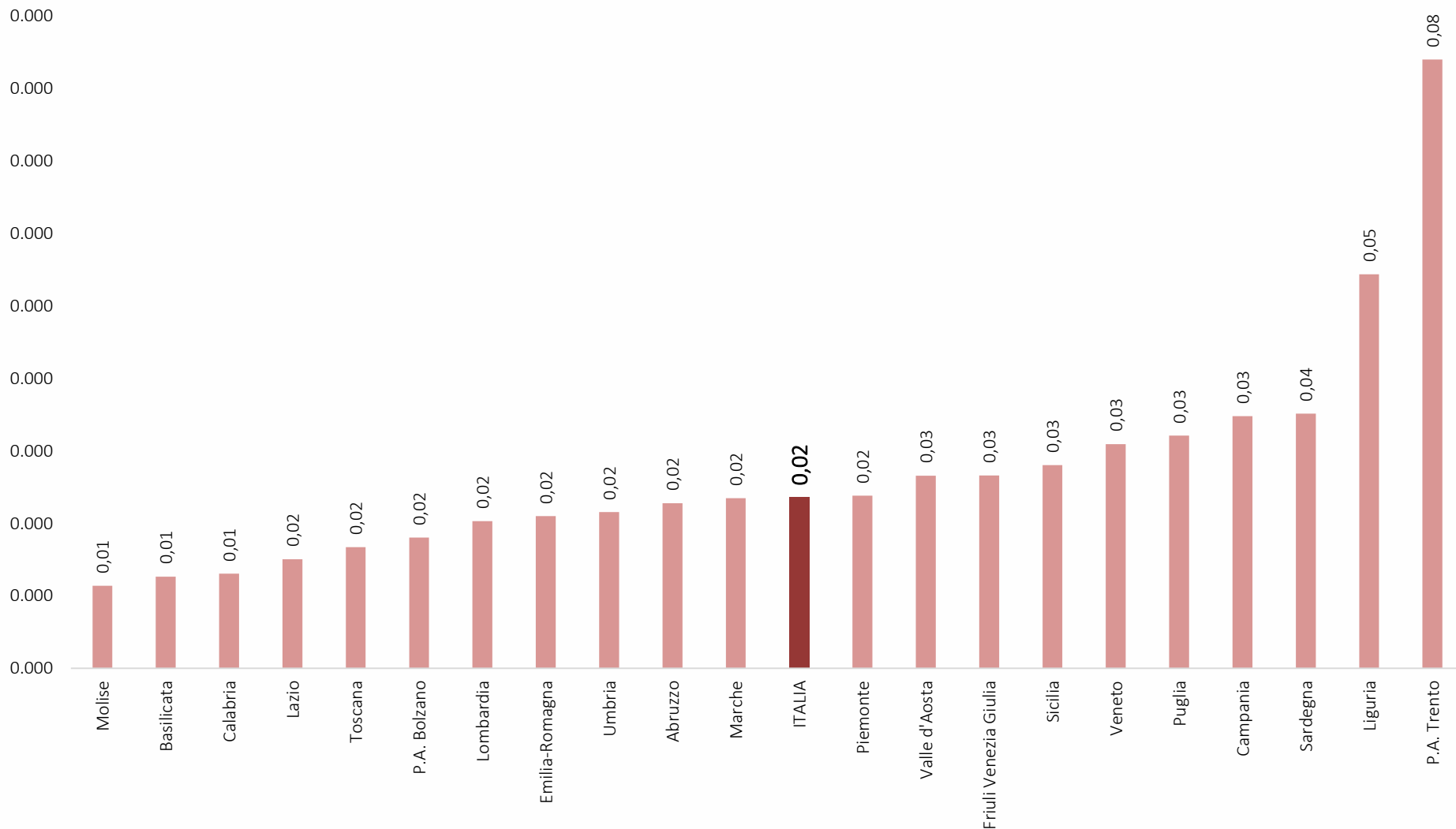
Media	19,81
Min	(2,00)
Max	80,00
Dev-St	21,07
Var	443,76

## Commento

Questo indicatore fornisce un'indicazione sull'andamento dei casi ospedalizzati in tutte le Regioni. La differenza maggiore viene registrata in Campania con un aumento dei casi ospedalizzati pari a 80, la settimana scorsa era 70. In generale in si registra un andamento crescente pari in media a 19,81 casi ospedalizzati.



# Indicatore 1.4. Positività al test



## Commento

L'indice di positività rispetto ai test effettuati registra un valore massimo di 0,08 nella Provincia Autonoma di Trento e 0,05 in Liguria. In Italia l'indice di positività al test è pari a 0,02. In Italia è positivo un nuovo soggetto testato ogni 42.

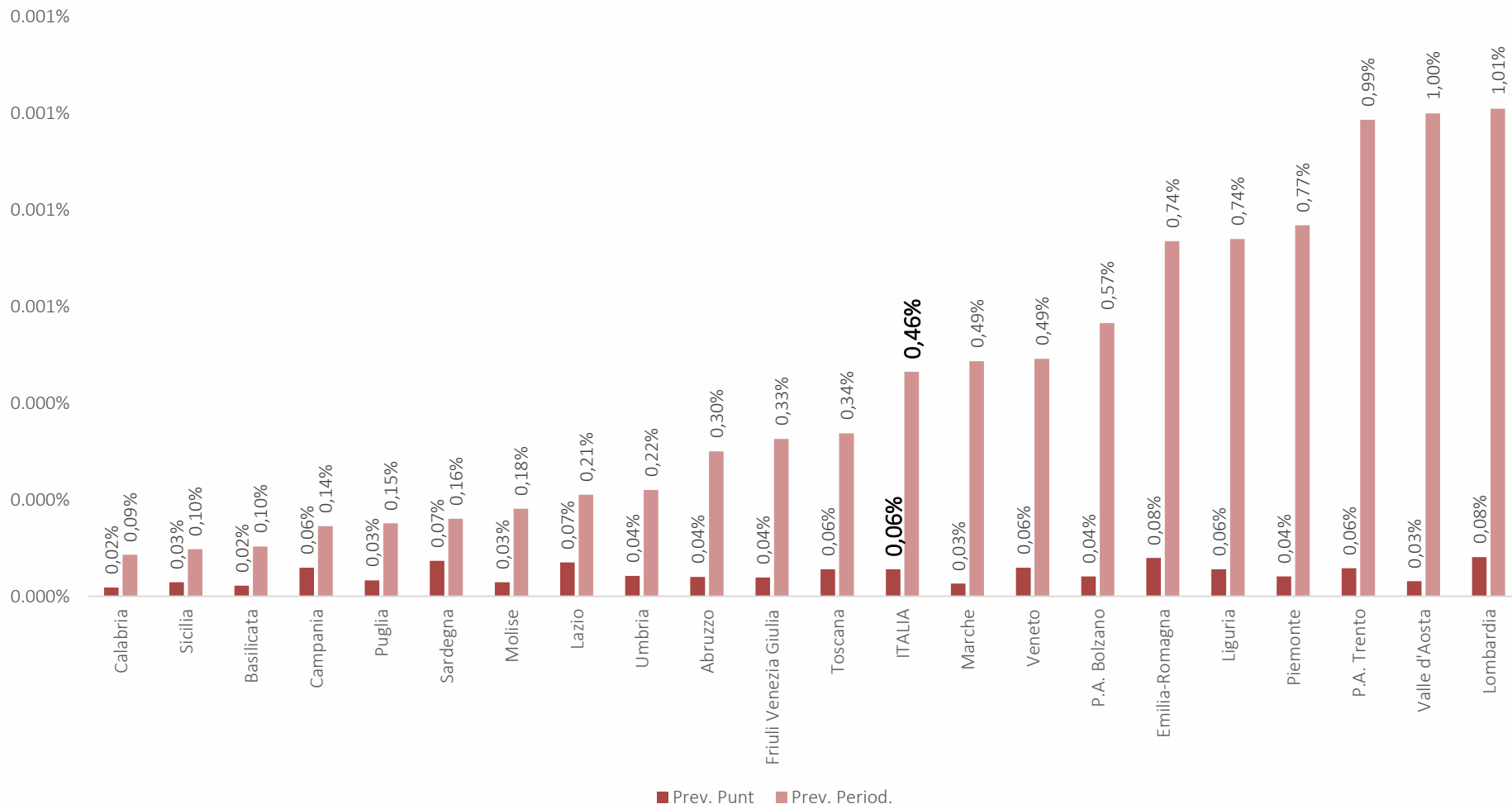




# Indicatori epidemiologici



# Indicatore 2.1. Prevalenza Periodale\* e Prevalenza Puntuale

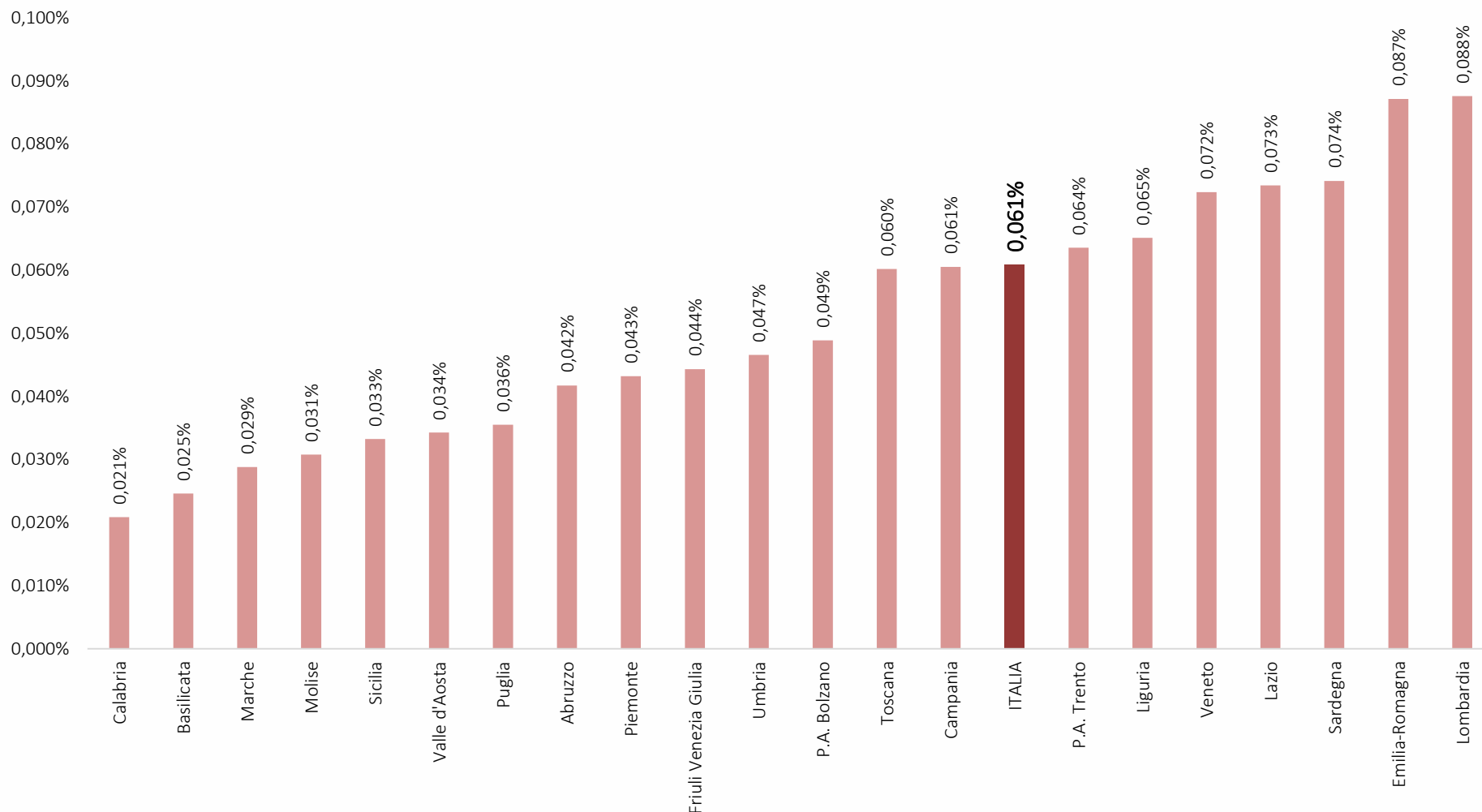


## Commento

L'indicatore mostra una maggiore prevalenza di periodo in Lombardia (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 8 Settembre 2020

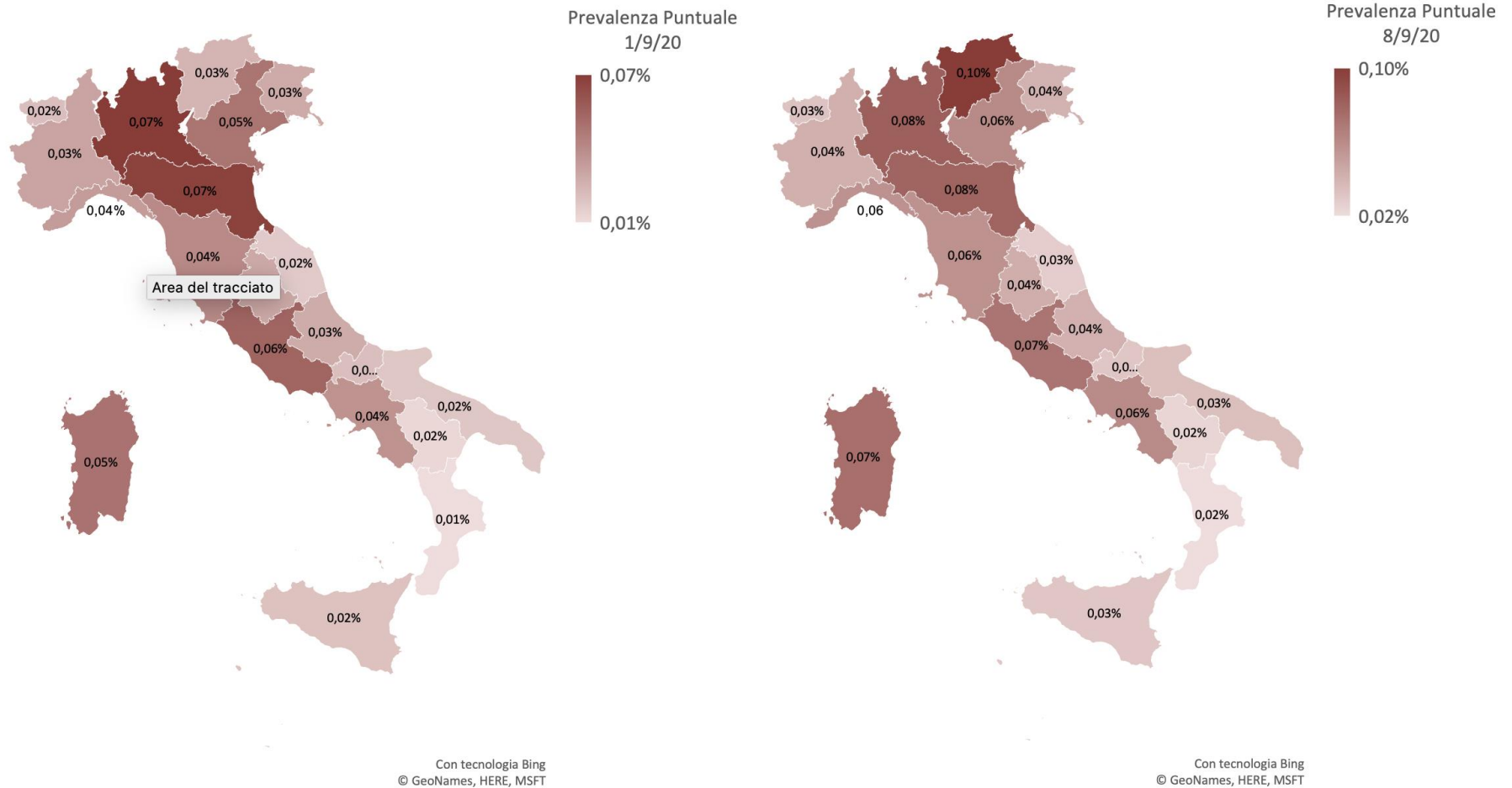
# Indicatore 2.2. Prevalenza periodale 1/9/2020 – 8/9/2020



## 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 diverse Regioni (prevalentemente del Nord). Tra le Regioni del centro il Lazio registra un valore dello 0,073%. La prevalenza nell'ultima settimana registrata nel contesto nazionale è pari a 0,061%.

# Indicatore 2.3. Prevalenza puntuale 1/9/2020 – 8/9/2020



## Commento

In termini di monitoraggio puntuale, la prevalenza più alta si registra in Trentino Alto Adige (0,10%). In Italia la prevalenza puntuale registrata al giorno 8/09/2020 è pari a 0,06%.



# Indicatore 2.4. Evoluzione decessi: 2020 vs. 2015-2019



## Analisi epidemiologica

ISTAT ha messo a disposizione i dati sui decessi 2020 COVID-19 e totali per il periodo Gennaio-Maggio 2020 e li ha comparati con la media dei decessi degli anni 2015-2019. Inoltre, ha pubblicato il risultato dell'analisi di 4.942 schede di morte relative a casi COVID-19 (15.6% dei 31.573 decessi totali al 25/05/2020).

- **Distribuzione dei decessi COVID-19.** Il 46% dei decessi di casi COVID-19 è avvenuto entro il 31 Marzo 2020, il 42% nel mese di Aprile ed il 12% nel mese di Maggio.
- **Decessi con COVID-19 sul totale dei decessi.** I decessi per COVID-19 sono stati il 10% dei decessi totali a livello nazionale nel periodo 20 Febbraio-31 Maggio 2020. Tale percentuale varia dal 19% delle province ad alta diffusione al 2% delle province a bassa diffusione.
- **Eccesso di mortalità.** A fine Maggio 2020 risulta essersi risolto il fenomeno dell'eccesso di mortalità. Solo nelle aree ad alta diffusione permane un eccesso di mortalità anche se molto più contenuto rispetto ai mesi precedenti (+3.9%). In Lombardia l'eccesso di mortalità raggiunge il +8.6%, un valore, comunque, lontano dal +190% di Marzo 2020 e del +112% di Aprile 2020. Analoghe considerazioni per la provincia più colpita, Lecco, col suo +20.2% di Maggio 2020 vs. +185% di Marzo e +129% di Aprile.
- **Causa responsabile del decesso.** Nel 89% dei decessi relativi a casi positivi, il COVID-19 è la causa direttamente responsabile della morte. Tale percentuale varia dal 92% nella classe di età 60-69 anni al 82% nei soggetti con età < 50 anni.
- **Concause del decesso.** Non ci sono concause di morte preesistenti nel 28.2% dei decessi. Le concause più frequenti sono le cardiopatie ipertensive (18% dei decessi), il diabete (16%), le cardiopatie ischemiche (13%) ed i tumori (12%). Nella fascia di età 0-49 anni la causa di morte prevalente sono stati i tumori. Ogni scheda di morte riporta mediamente 2.4 concause.
- **Distribuzione regionale delle schede di morte.** La distribuzione regionale delle schede di morte si discosta in parte da quella dei decessi. In particolare, le schede relative alla Regione Lombardia sono il 34.4% del campione, mentre i decessi sono stati il 50.2% di quelli COVID-19 a livello nazionale. Mentre le schede del Piemonte sono il 17.4% del campione vs. il 8.4% dei decessi.

## Aspetti organizzativi

Il fenomeno dell'eccesso di mortalità, in particolare nei mesi di Marzo e Aprile 2020, deve essere analizzato alla luce sia delle ragioni di tale mortalità, sia alle sue implicazioni in termini di utilizzo, o non utilizzo/accesso, del SSN. Si possono individuare tre macro-aree da indagare quali:

- **Problematica clinica.** La conoscenza della patologia è ancora parziale.
- **Tipologia di evento.** E' necessario valutare se i decessi siano ricollegabili ad eventi acuti, nei quali un intervento tempestivo avrebbe svolto un ruolo chiave, o se siano dovuti ad un'assenza prolungata di assistenza e alla sua causa (scelta del paziente e/o saturazione del SSN).
- **Livello di assistenza.** Il fenomeno e la sua evoluzione temporale vanno rapportati all'andamento degli accessi al PS, delle ospedalizzazioni e agli accessi ai servizi ambulatoriali. Non va, inoltre, trascurato il ruolo dei MMG nell'indirizzare il paziente al più appropriato livello di assistenza.

**Precedenti aggiornamenti:** **Analisi e dati ISTAT:** Periodo Gennaio-Marzo 2020 - [Instant Report 7](#) - **Analisi e dati ISTAT:** Periodo Gennaio-Aprile 2020 - [Instant Report 12](#) - **Analisi e dati INPS:** Periodo Marzo - Aprile 2020 [Instant Report 12](#)

**Definizioni:** Decesso COVID: Si intende il decesso relativo a persona sottoposta al tampone e risultata positiva. Decesso non-COVID: Si intende il decesso di persona che non ha effettuato il tampone o se lo ha effettuato sia risultata negativa. Eccesso di mortalità: differenza tra i decessi totali del periodo 20/2/2020-31/3/2020 e la media dei decessi del quinquennio 2015-2019 nello stesso periodo.

**Fonte dei dati:** ISTAT. Dati di mortalità su una selezione di campioni ISTAT. L'ultimo aggiornamento pubblicato (9 luglio 2020) è relativo 7.357 comuni (93.1% dei 7.904 complessivi, per una copertura del 95% della popolazione residente in Italia). Il periodo considerato è 1 gennaio-31 maggio 2015-2016-2017-2018-2019-2020. ISTAT ha calcolato una media dei decessi per comune negli anni precedenti.

[Rapporto sulla mortalità della popolazione residente a cura di Istat e Ispes](#) - [Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità: cause di morte nei deceduti positivi a SARS-CoV-2](#)

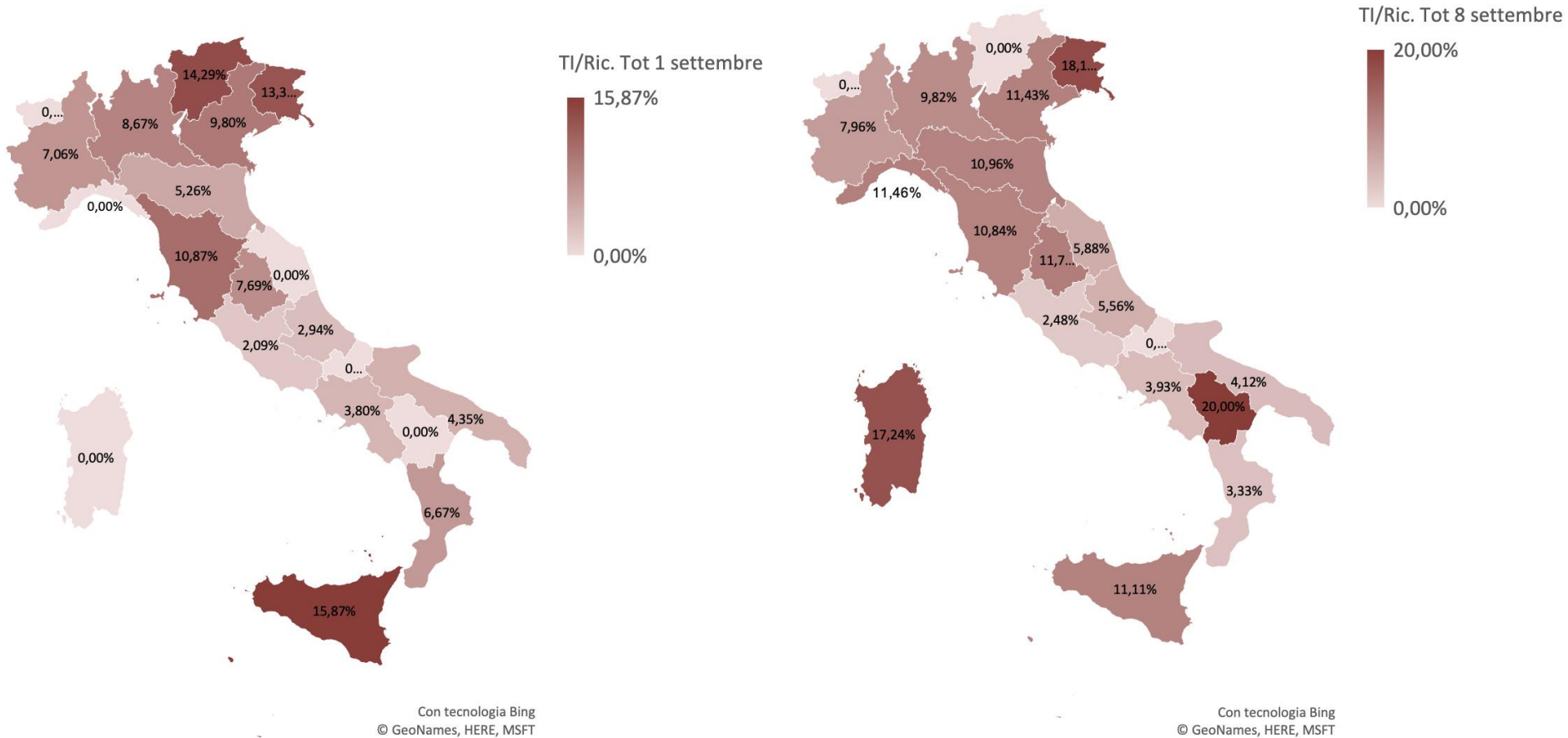


# Indicatori clinico-organizzativi





# Indicatore 3.1. Ricoveri TI / Ricoveri Totali 1/9/2020 – 8/9/2020

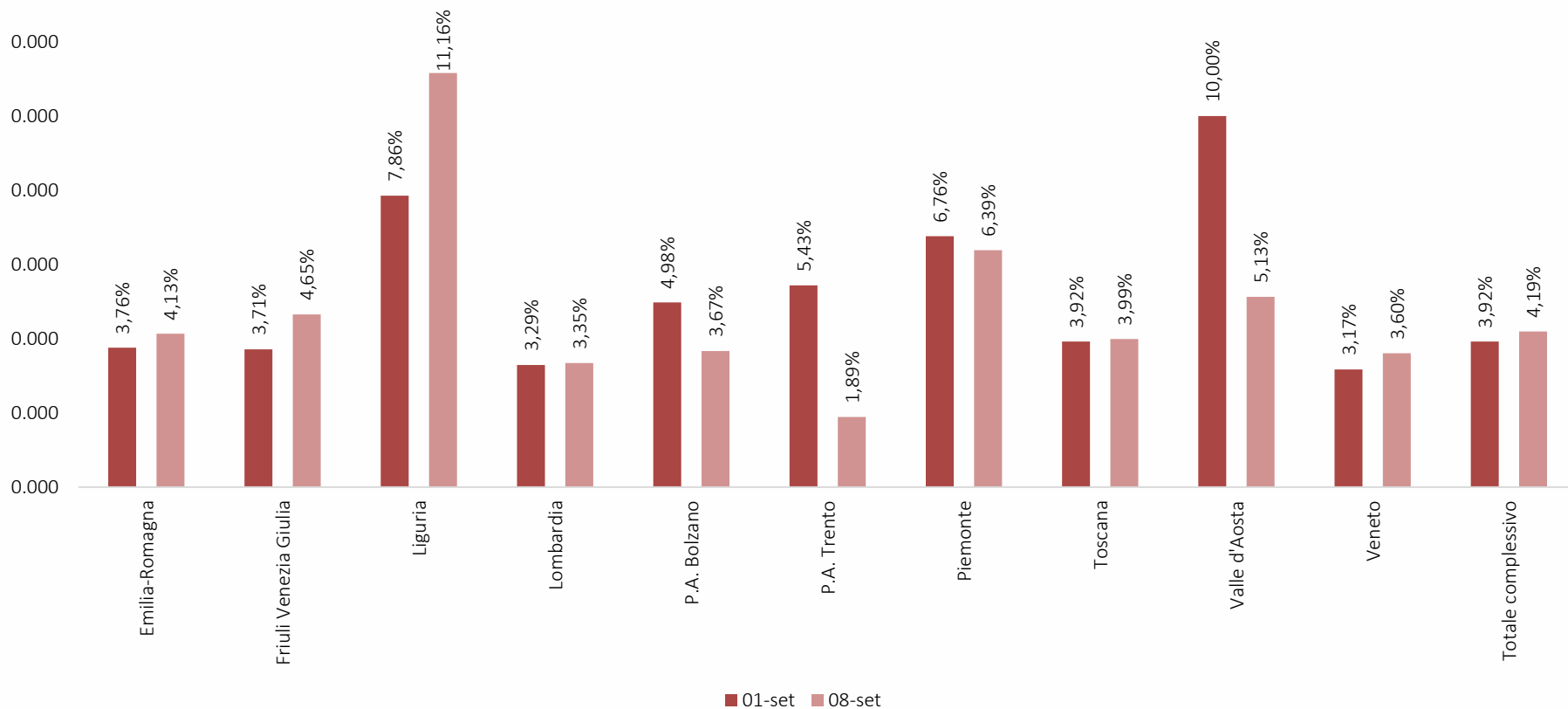


## Commento

La Basilicata rappresenta la regione che attualmente registra il rapporto più elevato tra ricoverati in terapia intensiva sui ricoverati totali (20,00%) seguita dal Friuli Venezia Giulia (18,18%). In media, in Italia, il 7,51% dei ricoverati per COVID-19 ricorre al setting assistenziale della terapia intensiva. Si registra l'aumento dell'indice dalla scorsa settimana in Sardegna (0,00% vs 17,24%), in Basilicata (0,00% vs 20,00%) e Friuli Venezia Giulia (13,33 vs 18,18%).



# Indicatore 3.2. Pazienti ricoverati / Positivi (Nord)

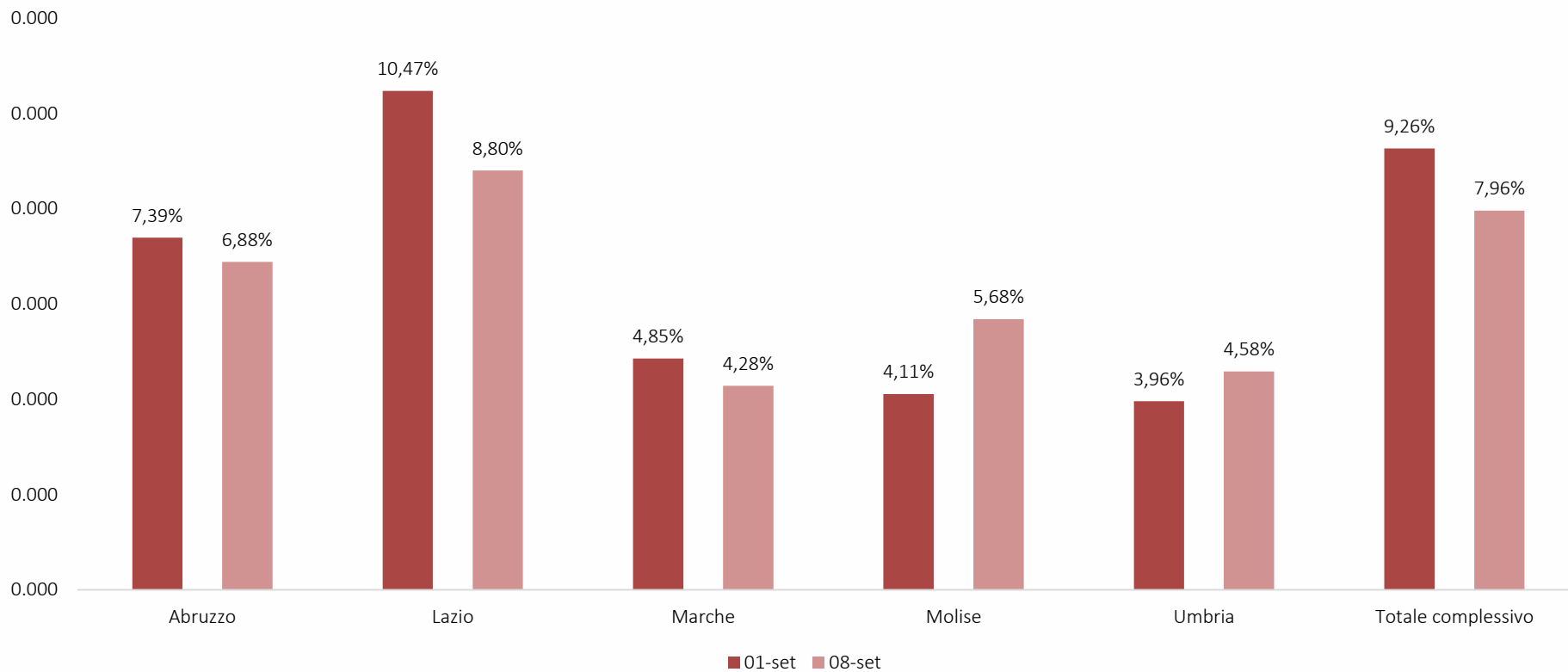


	Emilia-Romagna	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Lombardia	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Piemonte	Toscana	Valle d'Aosta	Veneto	Totale complessivo
01-set	3,80%	3,70%	7,90%	3,30%	5,00%	5,40%	6,80%	3,90%	10,00%	3,20%	<b>3,90%</b>
08-set	4,10%	4,70%	11,20%	3,30%	3,70%	1,90%	6,40%	4,00%	5,10%	3,60%	<b>4,20%</b>

## Commento

L'andamento generale registra pattern diversi nelle Regioni del Nord. In Liguria la percentuale di ricoverati sui positivi cresce rispetto alla settimana scorsa, mentre in Valle d'Aosta avviene il contrario. Si segnala un andamento pressoché stabile nella Regione Lombardia.

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

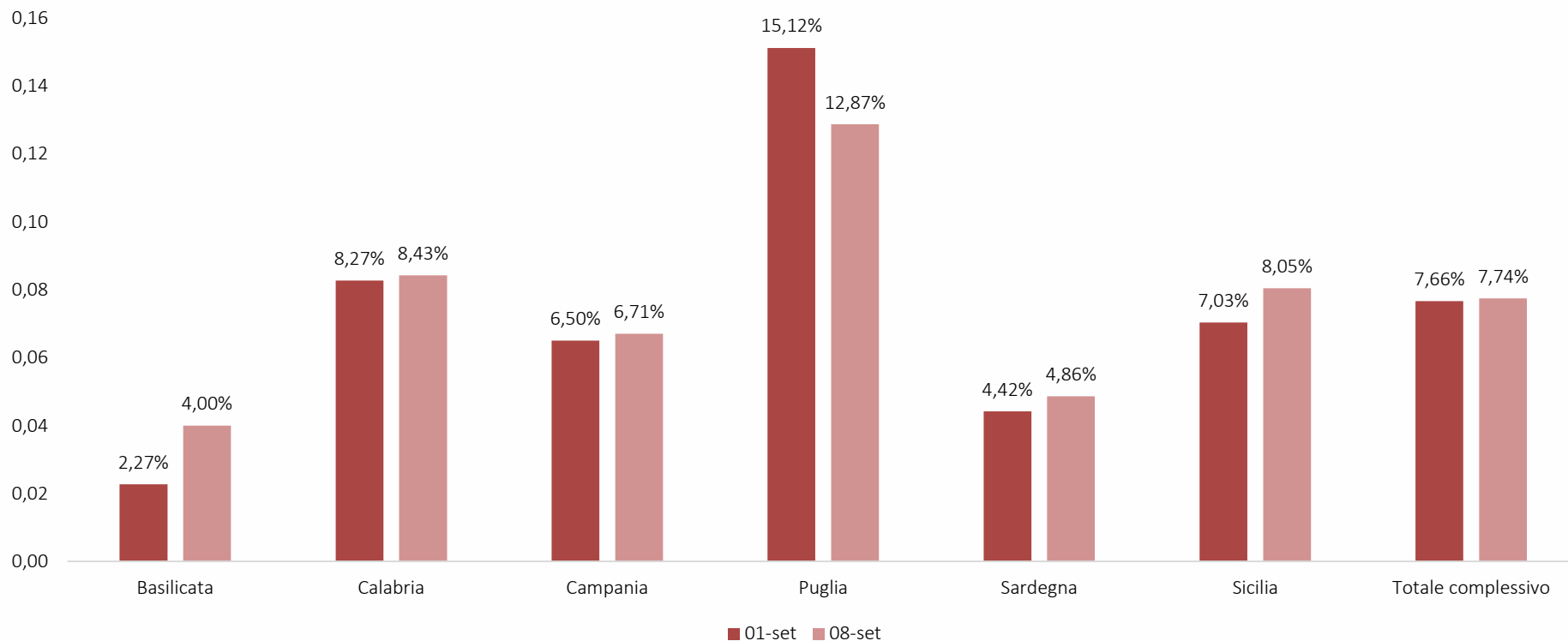


	Abruzzo	Lazio	Marche	Molise	Umbria	Totale complessivo
01-set	7,40%	10,50%	4,90%	4,10%	4,00%	<b>9,30%</b>
08-set	6,90%	8,80%	4,30%	5,70%	4,60%	<b>8,00%</b>

### Commento

Nelle Regioni del Centro si registra un andamento in diminuzione in Abruzzo, Lazio e Marche. In Molise ed in Umbria l'indicatore subisce una lieve variazione in aumento durante l'ultima settimana.

## Indicatore 3.2. Pazienti ricoverati / Positivi (Sud e Isole)

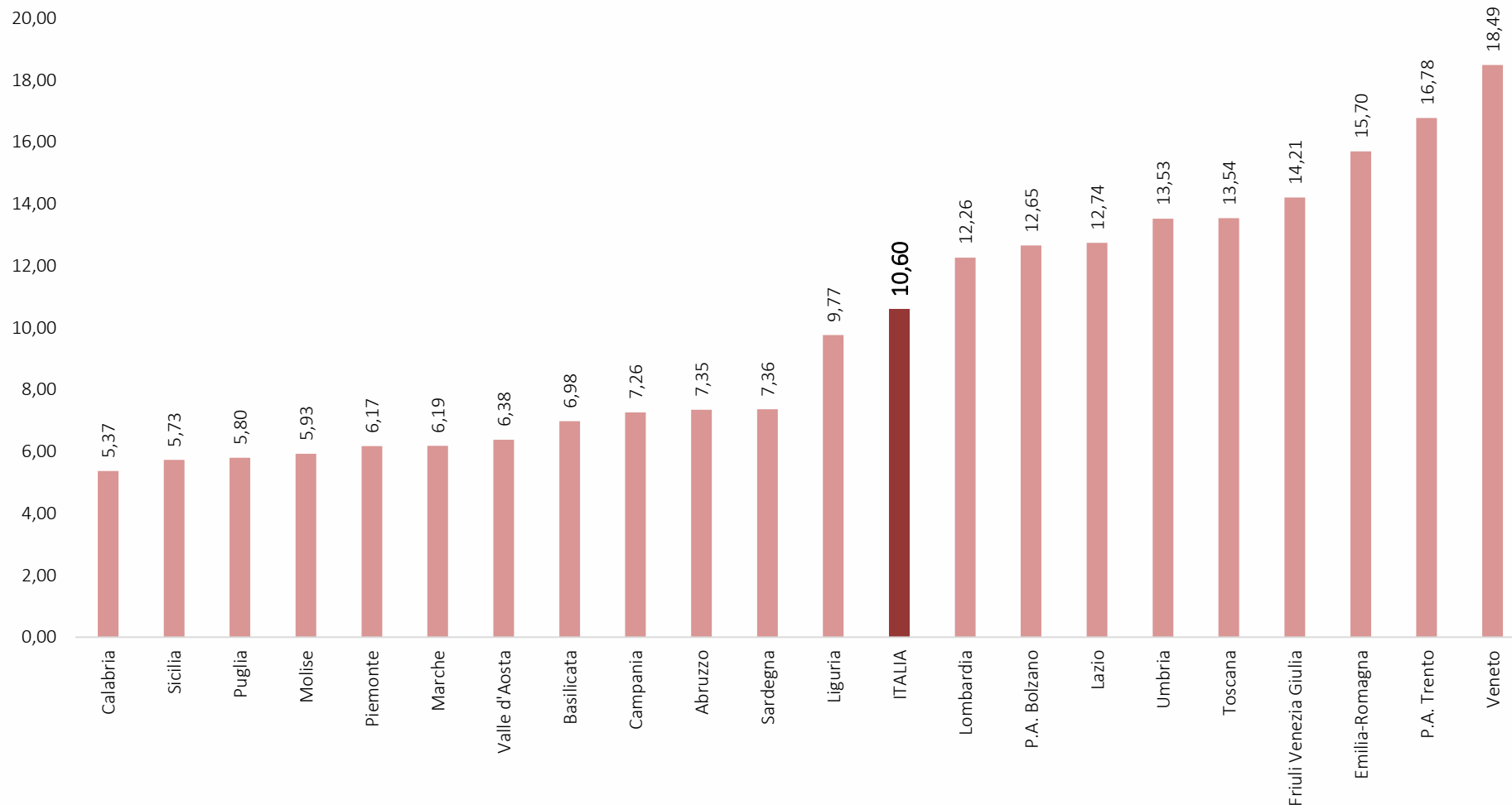


	Basilicata	Calabria	Campania	Puglia	Sardegna	Sicilia	Totale complessivo
01-set	2,30%	8,30%	6,50%	15,10%	4,40%	7,00%	<b>7,70%</b>
08-set	4,00%	8,40%	6,70%	12,90%	4,90%	8,00%	<b>7,70%</b>

### 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. Si registra un trend in leggero aumento a partire dal 8 giugno in alcune regioni del Sud Italia.

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



### Commento

Relativamente al tasso settimanale di nuovi tamponi, i valori più alti vengono registrati nelle regioni del nord (Veneto e P.A di Trento). Il valore più basso viene registrato nella Regione Calabria (5,37). In media in Italia viene registrato un valore di 10,60 (la scorsa settimana era di 9,94) tamponi effettuati su 1.000 abitanti nella settimana dal 01/09/2020 al 08/09/2020.



# Indicatore 3.4. Popolazione sottoposta al test su residenti

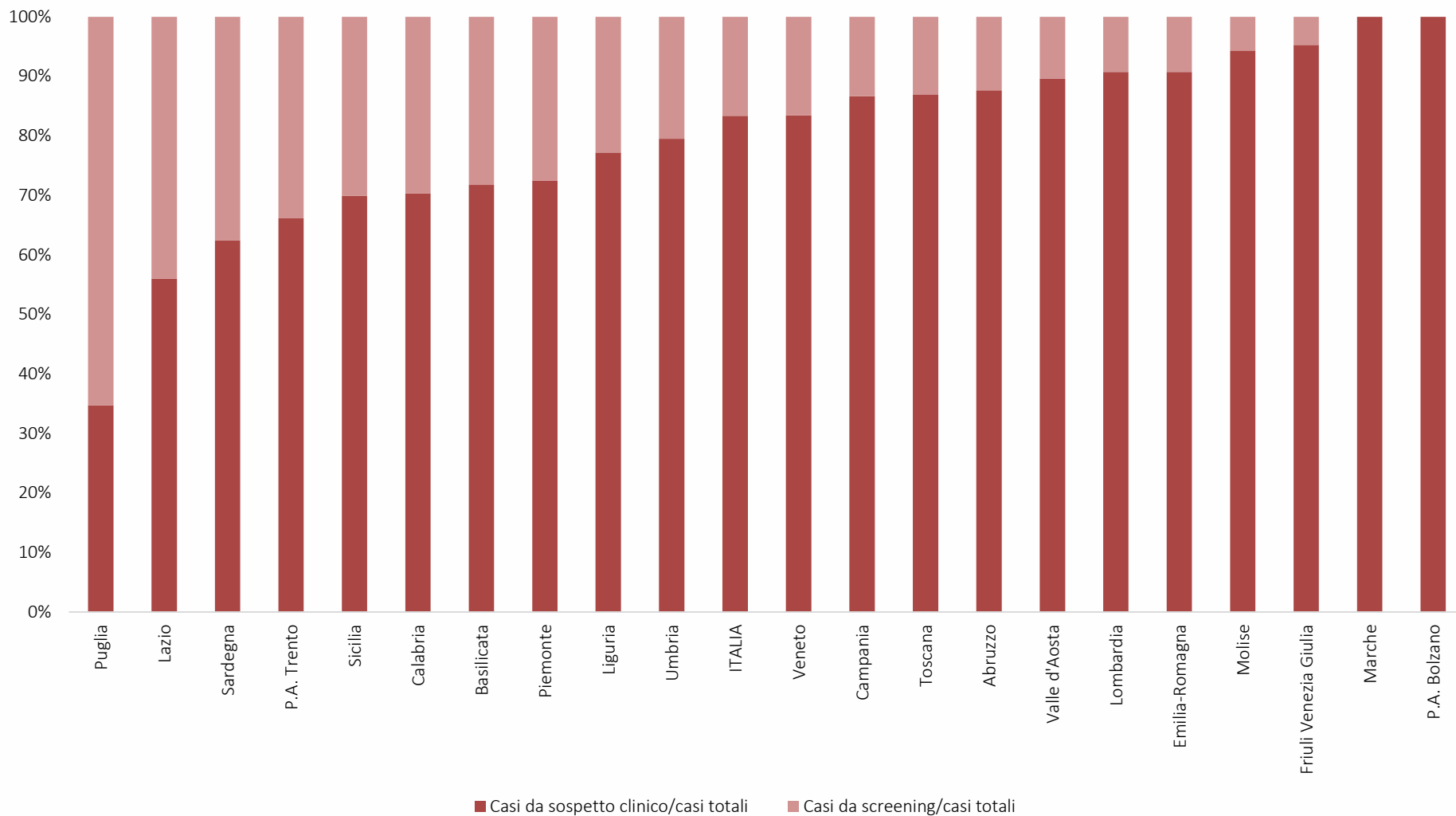


## Commento

In termini di testati su residenti totali Trento, la Valle d'Aosta e Bolzano registrano i valori più elevati, rispettivamente 15,92%, 14,49% e 14,41%. In Italia i testati su residenti in media rappresentano il 9,36%.



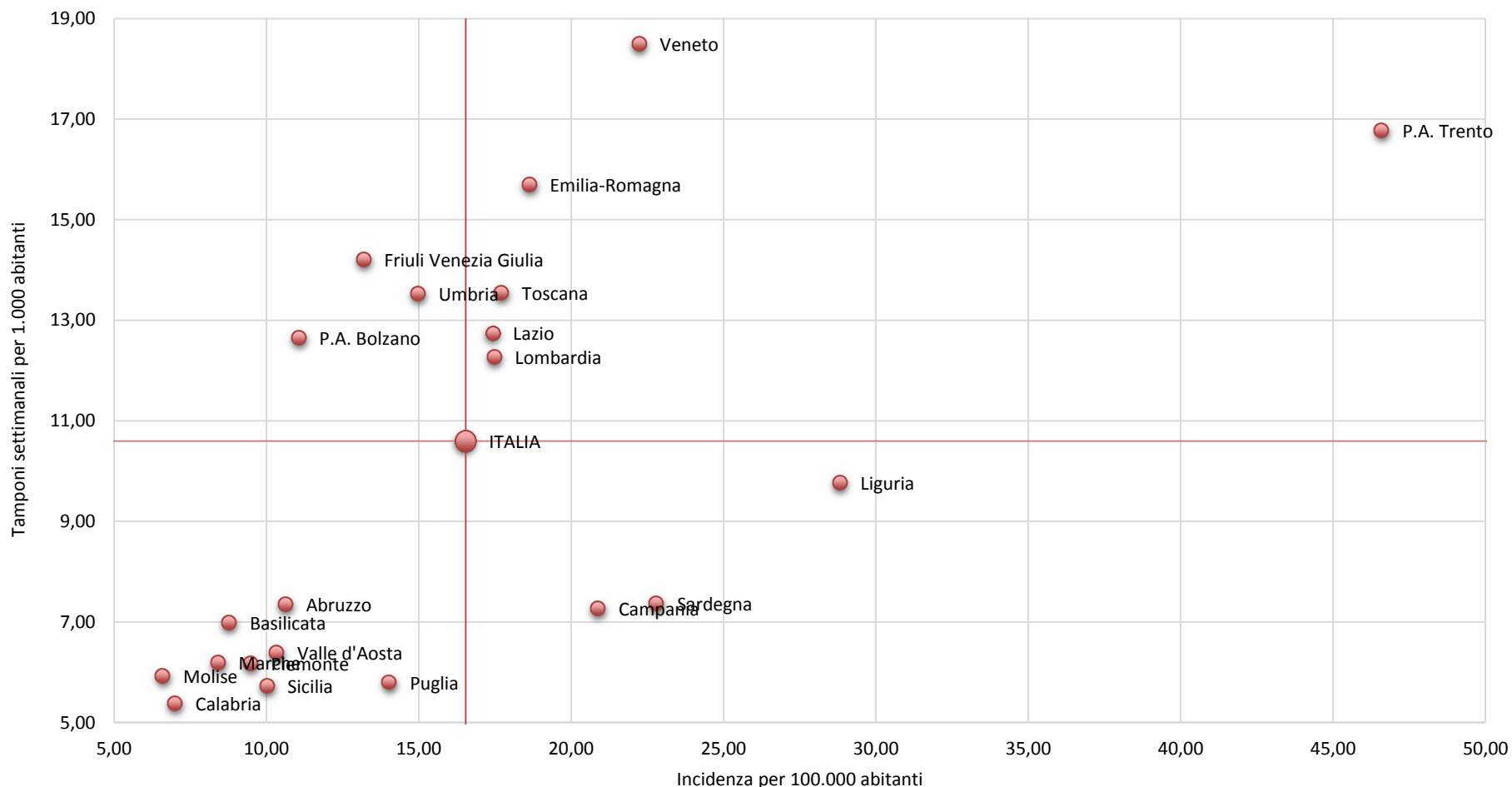
## Indicatore 3.5. Casi da sospetto clinico/casi totali & Casi da screening/casi totali



### 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 (35%). Nella maggior parte delle Regioni la quasi totalità dei casi accertati di COVID-19 risulta diagnosticata a partire dal sospetto clinico.

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



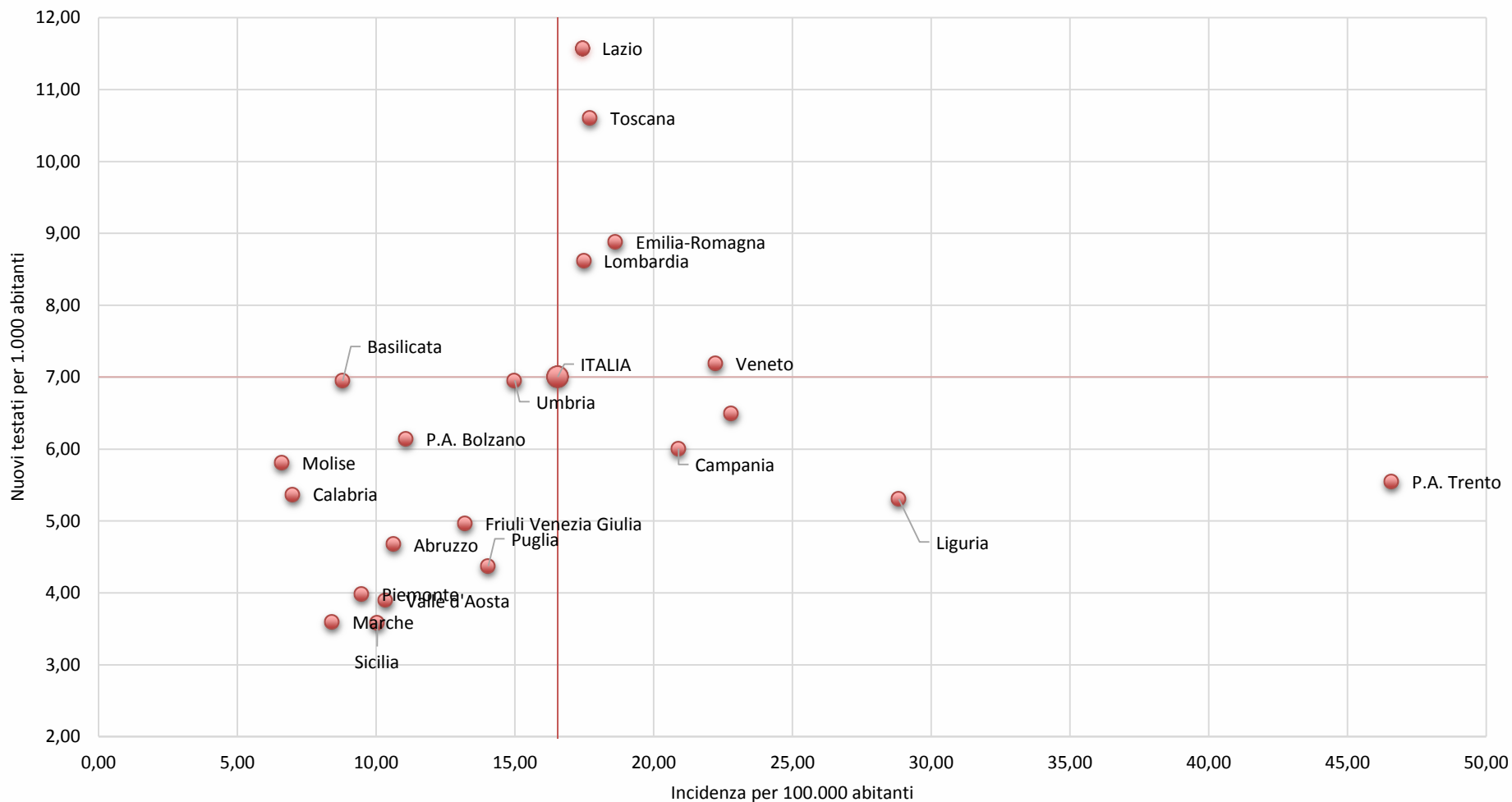
#### Commento

Il grafico mostra la correlazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N. di nuovi tamponi effettuati. Dal grafico sembrerebbe emergere che le Regioni associate ad un numero di tamponi realizzati al di sopra della media nazionale ed in linea con i casi registrati risultano essere, in particolare, Veneto e P.A. di Trento.





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



#### Commento

Il grafico mostra la correlazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N° di nuovi casi testati. Dal grafico sembrerebbe emergere che, le regioni che hanno effettuato un numero di tamponi in linea con l'incidenza effettiva del virus, sono Umbria ed il Veneto.

# Indicatore 3.8. 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».

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 21 luglio 2020) considera l'attuale distribuzione per gravità applicata ai casi guariti (dato del 17 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) nello scenario a regime raggiunge i € 657 milioni.

Circa l'evoluzione dei livelli di gravità dal 30 giugno al 14 luglio si segnala un aumento della quota sia di casi severi da richiedere TI (dal 1.94% del 30/06 al 2.66% del 14/07) sia di casi severi da richiedere ricovero (da 17.47% a 26.50%). Tale variazione ha impatto sui costi stimati. Rimane da verificare la robustezza del dato campionario ISS sulla distribuzione per gravità

E' stata anche aggiornata la **stima dei costi per giornate in terapia intensiva**. Date le 186.077 giornate di degenza (al 21 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 superi i € 265 milioni.

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.

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.

È stata implementata l'analisi di scenario **relativa ai costi dei tamponi**. L'analisi si basa sull'assunzione di un costo medio per la realizzazione di un tampone (raccolta campione, testing, refertazione) di 35€. Il costo comprende i materiali di consumo (reagenti) che varia tra i 18€ e i 25€ e il costo del personale. **L'impatto organizzativo** nei laboratori di microbiologia può essere valutato considerando che il TAT mediano (Turn Around Time) è stato stimato in 8 ore con picchi massimi di 22 ore.

Approfondimento  
[Instant Report #18](#)

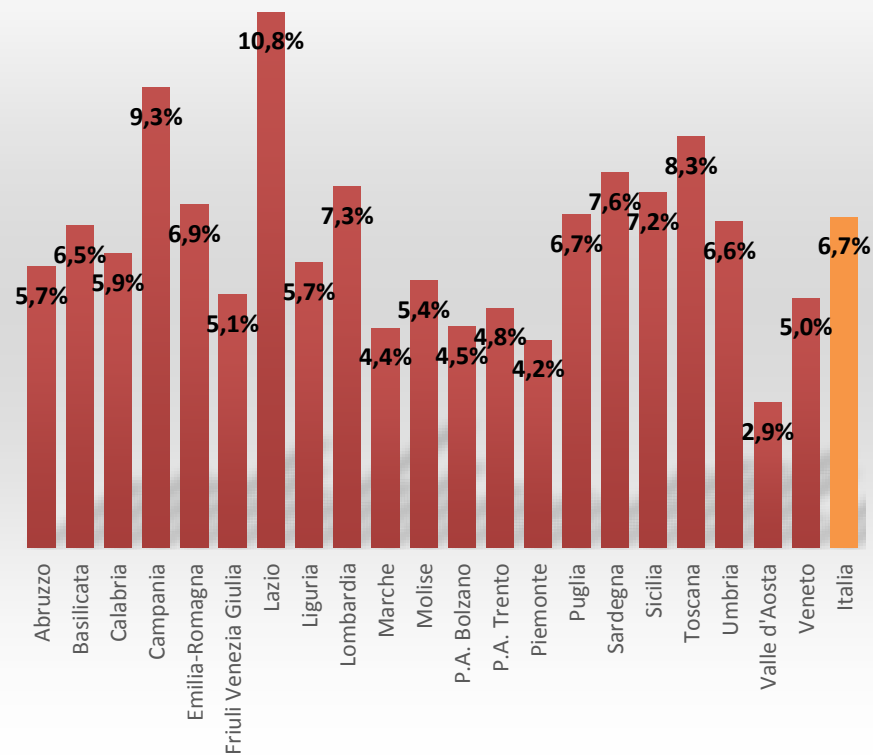


## Indicatore 3.8.1. Costi dei tamponi



Regione	Tamponi	costi (€)	Costo per caso testato (€)	Variazione % Tamponi e Costi	
Abruzzo	9.594	335.790	0	5,7%	
Basilicata	3.986	139.510	-	0	6,5%
Calabria	10.042	351.470	-	0	5,9%
Campania	44.053	1.541.855	-	2	9,3%
Emilia-Romagna	68.521	2.398.235	0	6,9%	
Friuli Venezia Giulia	17.880	625.800	1	5,1%	
Lazio	73.365	2.567.775	-	1	10,8%
Liguria	14.743	516.005	-	0	5,7%
Lombardia	128.164	4.485.740	-	1	7,3%
Marche	9.638	337.330	0	4,4%	
Molise	1.939	67.865	-	0	5,4%
P.A. Bolzano	6.510	227.850	0	4,5%	
P.A. Trento	9.554	334.390	1	4,8%	
Piemonte	26.117	914.095	-	0	4,2%
Puglia	22.576	790.160	-	0	6,7%
Sardegna	11.405	399.175	-	0	7,6%
Sicilia	27.632	967.120	1	7,2%	
Toscana	49.903	1.746.605	-	1	8,3%
Umbria	11.203	392.105	0	6,6%	
Valle d'Aosta	761	26.635	0	2,9%	
Veneto	83.749	2.931.215	0	5,0%	
<b>Italia</b>	<b>631.335</b>	<b>22.096.725</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>6,7%</b>

Variazione % spesa per tamponi (2 Settembre vs 9 settembre)



### Commento

L'analisi si basa sull'assunzione di un costo medio per la realizzazione di un tampone (raccolta campione, testing, refertazione) di 35€. Il costo comprende i materiali di consumo (reagenti) che varia tra i 18€ e i 25€ e il costo del personale. L'impatto organizzativo nei laboratori di microbiologia può essere valutato considerando che il TAT mediano (Turn Around Time) è stato stimato in 8 ore con picchi massimi di 22 ore\*. Questi costi vanno letti anche considerando il prezzo dei tamponi realizzati dai centri privati (nelle Regioni in cui questo è consentito) che varia tra 50 e 100 euro.

\*Posteraro B, Marchetti S, Romano L, Sanguinetti M, et al. Clinical microbiology laboratory adaptation to COVID-19 emergency: experience at a large teaching hospital in Rome, Italy. Clin Microbiol Infect. 2020;26(8):1109-1111. doi:10.1016/j.cmi.2020.04.016

# Indicatori 3.9. Soluzioni digitali



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

Istituzione	Delibera e data	Sintesi
Ministero della salute	1 giugno 2020	Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili .. "privilegiare le modalità di erogazione e distanza.."
Abruzzo	n. 34 - 10 aprile 2020	definisce indirizzi operativi per l'erogazione di visite di controllo in telemedicina relativamente al diabete
	n. 33 - 10 aprile 2020	definisce indirizzi operativi per l'erogazione di visite di controllo in telemedicina relativamente allo spettro autistico
Emilia Romagna	n. 404 - 27 aprile 2020	prevede la successiva formalizzazione di un piano complessivo per la telemedicina
Lazio	n. U00081 - 25 giugno 2020	prevede la formalizzazione di un piano complessivo per la telemedicina entro l'anno
	n. G06983 - 18 giugno 2020	definisce la procedura per la telesorveglianza ed il telemonitoraggio domiciliare pediatrico
	n. U00103 - 23 luglio 2020	stabilisce che le aziende devono attivare servizi di telemedicina e definisce le relative tariffe
Lombardia	n. 3155 - 7 maggio 2020	indica la telemedicina come strumento privilegiato per visite di controllo e follow-up
	n. XI-3528 - 5 agosto 2020	stabilisce che sono erogabili in telemedicina tutte le visite che non richiedano esame obiettivo, alle stesse tariffe di quelle in presenza
Toscana	n. 464 - 6 aprile 2020	definisce indirizzi operativi, codifiche e tariffe per la gestione di prestazioni ambulatoriali in telemedicina
Piemonte	n. 6-1613 - 3 luglio 2020	definisce che le aziende possono implementare soluzioni di telemedicina per tutte le prestazioni ambulatoriali che non richiedono esame fisico e ne stabilisce le procedure di erogazione e registrazione
Provincia di Bolzano	n. 433 - 16 giugno 2020	formalizza la possibilità di erogare prestazioni in telemedicina da parte delle aziende e le relative tariffe
Provincia di Trento	n. 456 - 9 aprile 2020	definisce codifiche e tariffe per le prestazioni erogabili in telemedicina
Puglia	n 333 - 10 marzo 2020	evidenzia la telemedicina come strumento utilizzabile e prevede un piano normativo
	n 1111 - 3 agosto 2020	definisce la struttura per il coordinamento regionale dei servizi di telemedicina
Sardegna	n. 40/4 - 4 agosto 2020	stabilisce che le visite di controllo e follow-up devono essere prioritariamente eseguite in telemedicina con la stessa tariffazione di quelle in presenza
Umbria	n. 467 - 10/6/2020	promuove l'uso di strumenti e modalità di gestione delle prestazioni in telemedicina, laddove non è richiesto un contatto fisico tra il paziente ed il medico
Veneto	n. 568 - 5 maggio 2020	definisce codifiche e tariffe per le prestazioni in telemedicina
	n. 782 - 16 giugno 2020	riconosce agli enti del servizio sanitario regionale la possibilità di erogare servizi di assistenza sanitaria in modalità di telemedicina, secondo le Linee di indirizzo nazionali

Approfondimento  
[Instant Report #18](#)



# Indicatore 3.10. Livelli di assistenza per area terapeutica

## Sintesi – risposta durante la Fase 1



	Cardiologia	Oncologia	Gastroenterologia	Trapianti e Donazioni	Malattie Rare
Approfondimento in:	<a href="#">Instant Report 9</a>	<a href="#">Instant Report 10</a>	<a href="#">Instant Report 13</a>	<a href="#">Instant Report 11</a> <a href="#">Instant Report 16</a>	<a href="#">Instant Report 12</a>
Livelli	Nazionale, Regionale, Ospedale	Nazionale, Regionale, Ospedale	Nazionale, Regionale, Ospedale	Nazionale	Nazionale, EU
Volumi di attività	Contrazione significativa nel numero dei <b>ricoveri</b> 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 <b>ambulatoriale</b> . 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 <b>sospeso</b> le attività. Mentre il 66.7% registra una riduzione dei <b>volumi di attività</b> > 60%.	Dopo l'iniziale calo drastico nelle <b>donazioni d'organi</b> (-23.5%), lentamente ci si assiste ad un ritorno alla normalità (- 19.3% al 17 maggio). Si conferma più contenuto il calo nei trapianti (-16.9%) e la riduzione nel tasso di <b>opposizione al prelievo</b> (-4.5%).  Analogo trend nei <b>trapianti di cellule staminali</b> (-5.41%), ma con un recupero da marzo ad aprile 2020 del + <b>22.38%</b> .	Il 60% dei pazienti europei con malattie rare dichiara di non aver avuto <b>accesso alle terapie mediche</b> né a casa, né in ospedale. In Italia, il 37% dei pazienti riporta una <b>sospensione delle terapie</b> .
Tempi di attesa	Solo uno studio (nazionale) fornisce dei dati in merito alle tempistiche, per i pazienti STEMI, sia come giorni <b>tra l'insorgenza dei sintomi e l'angiografia</b> (+39.2%), sia <b>tra il primo contatto con un operatore sanitario e l'intervento</b> (+31.5%).	Il numero mediano di <b>pazienti in lista di attesa</b> è 20 (IQR 10-34). Per l'8% si prevede un <b>allungamento dei tempi</b> tra l'incontro pre operatorio col team multidisciplinare e l'intervento in mediana di 4 settimane. L'incontro dovrà essere ripetuto nel 2/3 dei casi.	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 <b>decessi</b> 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 <b>a rischio la loro vita</b> in maniera rilevante/definitiva (10% dei pazienti) o quantomeno probabile (20%).
Implicazioni per la Fase 2-3	Necessità di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuare a garantire la costante sicurezza degli operatori, dei pazienti e dei carers</li> <li>• Iniziative per contenere l'impatto sugli esiti di salute</li> <li>• Strategie per recuperare le attività sospese/rinviate i cui volumi vengono evidenziati come problematici</li> <li>• Ridefinire le priorità per un ritorno graduale a regime garantendo percorsi clinici in sicurezza per i pazienti non-COVID</li> <li>• Definire chiaramente e in maniera condivisa il ruolo della telemedicina a regime</li> <li>• Prevedere l'adattamento delle strategie ed iniziative all'evoluzione della diffusione del COVID-19</li> </ul>				

Approfondimento  
[Instant Report #17](#)



# Indicatore 3.10. Livelli di assistenza per area terapeutica

## Sintesi – proposte per la Fase 2



	Cardiologia	Oncologia	Gastroenterologia
<b>Titolo</b>	Proposta di gestione dei pazienti in oncologia, oncoematologia e cardiologia nella fase 2 dell'infezione da COVID-19		Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva (fase II Emergenza COVID)
<b>Società</b>	<a href="#">Società Italiana di Cardiologia – Società Italiana di Ematologia – Associazione Italiana di Oncologia Medica – Insieme contro il cancro</a>		<a href="#">Federazione Italiana Malattie dell'Apparato Digerente</a>
<b>Obiettivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disegnare modalità organizzative e percorsi per ridurre al minimo il rischio di infezioni nei pazienti e nel personale sanitario.</li> <li>Garantire la continuità delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche con particolare riguardo alle terapie salvavita.</li> <li>Adottare misure per la più rapida individuazione di soggetti positivi</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Sicurezza degli esami endoscopici (per il paziente e per gli operatori)</li> <li>Revisione modalità attività endoscopica e clinica (visite)</li> </ul>
<b>Misure specifiche per i pazienti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Percorso dei pazienti ambulatoriali asintomatici</li> <li>Definizione di percorsi separati per pazienti ambulatoriali paucisintomatici</li> <li>Pazienti ricoverati con sospetto di infezione in atto delle vie respiratorie</li> <li>Pazienti asintomatici da ricoverare in degenza</li> <li>Pazienti asintomatici che devono fare esami ambulatoriali o DH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pazienti in follow-up o anche pazienti in riabilitazione oncologica</li> <li>Pazienti in trattamento oncologico attivo (in regime ambulatoriale o di DH)</li> <li>Pazienti che necessitano di ricovero ordinario</li> <li>Pazienti in trials clinici</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esecuzione esami endoscopici pazienti ambulatoriali</li> <li>Paziente ricoverato</li> </ul>
<b>Criticità emerse nella Fase 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La riduzione del 50% del numero di ricoveri in UTIC e la mortalità ospedaliera triplicata per infarto miocardico, come dimostrato dallo studio della SIC [Vedasi Instant Report 9]</li> <li>Possibile aumento della mortalità cardiovascolare non solo per il coinvolgimento cardiaco dell'infezione (in circa il 20% dei pazienti) ma anche per i cambiamenti nell'assistenza fornita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ritardi o cancellazioni negli interventi di chirurgia oncologica.</li> <li>Diminuzione delle visite ambulatoriali,</li> <li>Sospensioni delle attività di screening.</li> <li>Sospensione di trattamenti medici utili (circa il 20%) per paura di contagi o per decisione degli oncologi in pazienti fragili già pretrattati e con ridotte possibilità di risposta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ritardi o cancellazioni nelle prestazioni erogate</li> </ul>
<b>Screening</b>		L'attività degli screening oncologici (mammella, colon-retto, e cervice uterina) deve essere immediatamente ripresa, per lo screening di nuovi soggetti e per la continuazione degli screening già in corso.	Per lo screening del CCR si propone di <b>riavviare l'invio</b> dell'invito. Si ritiene che le <b>colonscopie di follow-up</b> del percorso screening possano essere <b>rinviate al termine dell'emergenza</b> .
<b>Telemedicina</b>	<b>Incentivata</b> e viene promossa l'adozione di <b>piattaforme omogenee</b>	<b>Incentivata</b> soprattutto per i pazienti in follow-up o per quelli sottoposti a trattamenti orali in trattamento presso il loro domicilio. Si auspica l'adozione di <b>piattaforme omogenee</b>	Attività importante <b>da registrare nel fascicolo del paziente</b> sia a fini clinici sia amministrativi. Deve, inoltre, risultare nella <b>pianificazione delle attività dell'UO</b> . La telemedicina deve coprire anche la parte di <b>connessione specialista-territorio</b> , considerata chiave in questa fase.
<b>Rivalutazione dei programmi terapeutici</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Da valutare caso per caso il rapporto rischio-beneficio, in particolare per le procedure di impianto di device/protesi</li> <li>Promosso un atteggiamento molto attento a cercare la potenziale infezione prima o durante la gestione cardiologica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Da valutare caso per caso il rapporto rischio-beneficio</li> <li>Promosso un uso più esteso dei test genomici con capacità già dimostrata di markers prognostici e preventivi di attività o di tossicità dei trattamenti oncologici</li> <li>Promosso un atteggiamento molto attento nell'individuare la potenziale infezione prima o durante la terapia</li> </ul>	Rielaborazione graduale dell'attività endoscopica e di gastroenterologia clinica per: <ul style="list-style-type: none"> <li>riprogrammare le prestazioni prenotate sospese o differite;</li> <li>tener conto dei nuovi tempi necessari per le prestazioni cliniche ed endoscopiche in sicurezza;</li> <li>Sapendo che non si potrà mantenere lo stesso numero di prestazioni giornaliere dell'epoca pre-COVID19;</li> <li>prevedere delle forme innovative di contatto con i pazienti e con i medici prescrittori.</li> </ul>
<b>Tempi di attesa</b>			Si propone di <b>sospendere</b> temporaneamente ogni valutazione sul rispetto dei tempi di attesa.
<b>Vaccinazioni</b>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Approfondimento</b>  <a href="#">Instant Report #13</a> </div>		
<b>Associazioni di pazienti</b>		Ruolo cruciale ed auspicato attivo	





## Nuovi aggiornamenti

- EMA ha avviato la valutazione della [domanda di AIC di Dexamethasone Taw](#)
- [Vaccini influenzali](#) per la stagione 2020-2021

Approfondimento  
[Instant Report #18](#)

# Indicatore 3.12. 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





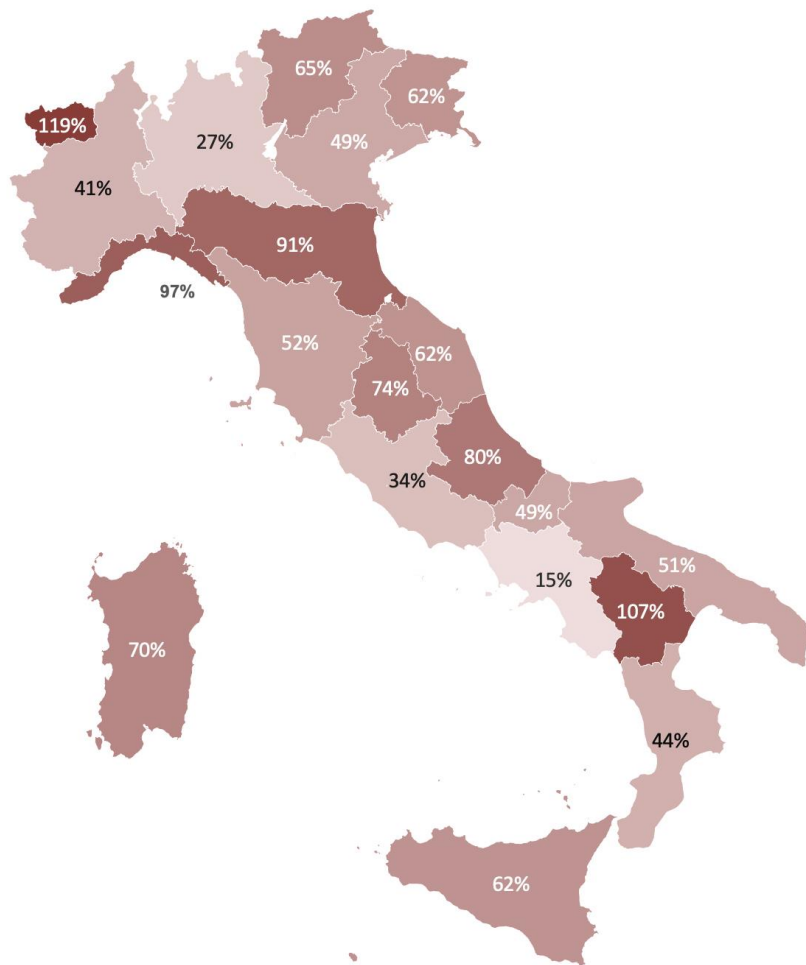
## Indicatore 3.12.1. Approfondimento sui test rapidi



- Sebbene i test per il coronavirus siano in aumento in tutto il mondo, il problema della velocità e della precisione della diagnosi continua a costituire una sfida per le autorità sanitarie.
- Nella seconda metà del 2020 sono stati sviluppati dei test diagnostici rapidi che rilevano la presenza del virus in soggetti infetti. Questi test sono in genere basati sulla rilevazione di proteine virali (antigeni) nelle secrezioni respiratorie (tamponi oro-faringei o saliva). Se l'antigene o gli antigeni virali sono presenti in sufficienti quantità, vengono rilevati mediante il legame ad anticorpi specifici fissati su un supporto, producendo la formazione di bande colorate o fluorescenti. Questi test rapidi possono fornire una risposta qualitativa (sì/no) in tempi molto rapidi (circa 30 minuti), e non richiedono apparecchiature di laboratorio, anche se per la lettura dei risultati di alcuni test è necessaria una piccola apparecchiatura portatile. Inoltre, tali test possono essere eseguiti sia nei laboratori (diminuendo la complessità e i tempi di lavorazione) sia anche al "punto di assistenza" (cosiddetto "point of care"), prevalentemente presso stazioni/aeroporti e negli studi dei pediatri e medici di famiglia, da personale sanitario che non necessita di una formazione specialistica.
- I test antigenici rapidi sono in genere però meno sensibili del test molecolare classico eseguito in laboratorio, con una sensibilità (indicata dal produttore) nel migliore dei casi non superiore all'85% (cioè possono non riconoscere 15 soggetti su 100 infetti da SARS-CoV-2), anche se in genere la loro specificità appare buona (riconoscono solo SARS-CoV-2). Recenti validazioni cliniche fatte dai laboratori del SSN hanno mostrato una sensibilità reale di circa il 50% con una specificità superiore al 98%.
- In Italia tali test sono stati utilizzati per la gestione degli screening di massa riferiti ai rientri dalle vacanze da Lazio, Veneto ed Emilia-Romagna mentre la Lombardia al momento ha pubblicamente definito i test antigenici rapidi poco affidabili.



## Indicatore 3.13. 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 21 luglio 2020, e conferma il trend di crescita del tasso di copertura che si attesta al **49%** della popolazione, rimasto invariato rispetto l'ultimo aggiornamento del 14 luglio 2020.

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

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

Tasso di copertura Italia = 49%

Approfondimento  
[Instant Report #17](#)



# Analisi a livello aziendale

(Voci dal campo e buone pratiche)





**AULSS 7 Pedemontana ([IR#10](#))**

I processi decisionali al tempo del Covid-19

**ATS di Brescia ([IR#13](#))**

L'approccio di governance integrata al tempo del Covid-19

**ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda ([IR#15](#))**

Hub per le reti tempo-dipendenti e di alta specialità

**AUSL di Bologna ([IR#8](#))**

L'esperienza dell'unità di crisi nei processi di integrazione nella presa in carico dei pazienti/soggetti Covid-19 in area metropolitana

**AUSL e AOU di Parma ([IR#10](#))**

La Centrale Coordinamento Emergenza Covid-19

**AUSL di Imola ([IR#17](#))**

Pratiche di gestione strategica nello spegnimento del focolaio di Medicina



## **ASST Pini-CTO ([IR#11](#))**

Modelli organizzativi flessibili per la gestione dei traumi ortopedici durante l'emergenza Covid-19

## **Fondazione Poliambulanza ([IR#13](#))**

Vivere e lavorare post Covid-19

## **ASST di Lodi ([IR#14](#))**

Pratiche di bed management e di transitional care in tempo di Covid-19

## **Istituto Nazionale Tumori ([IR#16](#))**

Gestione dell'emergenza COVID: processi di integrazione nella presa in carico dei pazienti/soggetti Covid-19

## **Ospedale di Sassuolo ([IR#9](#))**

Le sperimentazioni pubblico-privato in tempo di Covid-19: integrabilità e flessibilità

## **AOU di Modena ([IR#15](#))**

SMART CdG: Il controllo di gestione durante l'emergenza Covid-19

## **Policlinico San Martino di Genova ([IR#16](#))**

L'esperienza dell'Unità di Medicina del lavoro: processi di presa in carico del personale

## **Fondazione Pol. Univ, Agostino Gemelli IRCCS ([IR#12](#))**

L'esperienza dell'ospedale Covid Gemelli



# Voci dal campo: overview



## Conessioni e supporti per la comunicazione digitale

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



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



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

Approfondimento  
[Instant Report #13](#)

### Commento

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





# Analisi della programmazione vaccinale

Si riportano le strategie vaccinali messe ad ora in campo dalle Regioni, soprattutto relativamente alle vaccinazioni antinfluenzale e anti-pneumococcica. Tali vaccinazioni sono state riconosciute di primaria importanza in epoca Covid-19 dalla WHO e dal CDC, sia per ridurre il numero di pazienti con sintomatologia sovrapponibile a quelle dall'infezione da Sars-CoV-2, sia per ridurre il più possibile la circolazione di altri patogeni respiratori causa di gravi complicanze e comorbidità.

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

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

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

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

**Approfondimento**  
[Instant Report #17](#)







# Analisi dei profili regionali

In vista della ripresa delle attività di settembre, si continuano ad adoperare i dati pubblicati giornalmente dalla Protezione Civile per seguire l'andamento epidemiologico nelle varie Regioni; il Ministero della Salute ha regolamentato il rientro da Paesi a rischio con una ordinanza del 12 agosto, che diverse Regioni hanno successivamente recepito ed ampliato con provvedimenti ad hoc. I modelli di risposta all'emergenza nelle varie Regioni vengono caratterizzate secondo le dimensioni epidemiche, la sorveglianza epidemica e la programmazione per la ripresa (recupero prestazioni sanitarie, sicurezza scolastica, etc).



# Analisi dei profili regionali (Nord 1)



Regione	Dimensioni epidemiche	Sorveglianza epidemica	Programmazione per la ripresa
<b>Lombardia</b>	Incidenza 17,50 nuovi casi sett. per 100.000 abitanti In aumento il numero degli ospedalizzati (+ 42).	Eseguiti 12,26 nuovi tamponi per 1.000 abitanti, con 8,61 nuovi soggetti testati per 1.000 abitanti. È risultato positivo 1 su 50 dei nuovi soggetti testati. Emanata ordinanza per disciplinare gli ingressi in Lombardia di soggetti residenti o domiciliati, anche solo temporaneamente, che hanno soggiornato in Paesi a rischio.	Programmato un Piano Straordinario Regionale per recuperare entro fine novembre le prestazioni ambulatoriali e chirurgiche sospese nel periodo di pandemia. Emanate disposizioni per i servizi educativi e le scuole dell'infanzia; la gestione di casi sospetti (sia minori che personale) viene posta in carico ai medici di assistenza primaria (MMG e PLS), con obbligo di comunicazione da parte del servizio educativo/scuola anche alla ATS territorialmente competente.
<b>Piemonte</b>	Incidenza 9,49 nuovi casi sett. per 100.000 abitanti In aumento il numero degli ospedalizzati (+ 14).	Eseguiti 6,17 nuovi tamponi per 1.000 abitanti, con 3,98 nuovi soggetti testati per 1.000 abitanti. È risultato positivo 1 su 42 dei nuovi soggetti testati.	Emanata ordinanza per prolungamento delle disposizioni attuative in vigore per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica. Emanata ordinanza su misure per la ripresa delle attività dei servizi educativi per l'infanzia (0-3 anni). La gestione di casi confermati (sia minori che personale) prevede monitoraggio in collaborazione con Dipartimento di Prevenzione locale. Creazione di una corsia preferenziale senza prenotazione per tamponi agli studenti sospetti o con contatti con positivi. La scelta sulla chiusura della classe o della scuola è in capo alle aziende sanitarie.
<b>Veneto</b>	Incidenza 22,25 nuovi casi sett. per 100.000 abitanti In aumento il numero degli ospedalizzati (+ 27).	Eseguiti 18,49 nuovi tamponi per 1.000 abitanti (valore più alto d'Italia), con 7,19 nuovi soggetti testati per 1.000 abitanti. È risultato positivo 1 su 32 dei nuovi soggetti testati. Emanate ordinanza per il controllo su base volontaria delle persone in rientro da Regione a rischio (tramite test antigenico rapido).	Approvato Piano Emergenziale per Autunno 2020. Emanate Linee di indirizzo regionali per la riapertura dei servizi per l'infanzia (0-6 anni), nonché una flowchart per la risposta a potenziali focolai in ambito scolastico, con l'individuazione del coordinamento in capo ai Dipartimenti di Prevenzione, in collegamento funzionale con i medici di assistenza primaria e le istituzioni scolastiche. Avviata procedura da Azienda Zero per operatori sanitari (infermieri e OSS) per le strutture del territorio per anziani non autosufficienti.
<b>Emilia-Romagna</b>	Incidenza 18,65 nuovi casi sett. per 100.000 abitanti In aumento il numero degli ospedalizzati (+ 31).	Eseguiti 15,70 nuovi tamponi per 1.000 abitanti, con 8,88 nuovi soggetti testati per 1.000 abitanti. È risultato positivo 1 su 48 dei nuovi soggetti testati. Emanato protocollo Regionale per garantire la sicurezza degli assistenti familiari e dei loro assistiti.	Consentita la ripresa delle attività dei servizi educativi per l'infanzia e delle scuole dell'infanzia, nel rispetto della normativa e delle indicazioni nazionali citate in premessa. Previsto isolamento per potenziali focolai in ambito scolastico e un monitoraggio attento da avviare in raccordo con il Dipartimento di prevenzione.

# Analisi dei profili regionali (Nord 2)



Regione	Dimensioni epidemiche	Sorveglianza epidemica	Programmazione per la ripresa
<b>Liguria</b>	Incidenza 28,84 nuovi casi sett. per 100.000 abitanti In aumento il numero degli ospedalizzati (+ 52).	Eseguiti 9,77 nuovi tamponi per 1.000 abitanti, con 5,30 nuovi soggetti testati per 1.000 abitanti. È risultato positivo 1 su 20 dei nuovi soggetti testati. Emanata ordinanza per disciplinare gli ingressi in Liguria di soggetti residenti o domiciliati, anche solo temporaneamente, che hanno soggiornato in Paesi a rischio.	Emanata ordinanza contenente le linee di indirizzo per la riapertura delle attività economiche, produttive e ricreative.
<b>Valle d'Aosta</b>	Incidenza 10,36 nuovi casi sett. per 100.000 abitanti Stabile il numero degli ospedalizzati (0).	Eseguiti 6,38 nuovi tamponi per 1.000 abitanti, con 3,90 nuovi soggetti testati per 1.000 abitanti. È risultato positivo 1 su 33 dei nuovi soggetti testati.	Nel periodo di interesse non sembra essere presente normativa in tema di programmazione per la ripresa.
<b>Friuli Venezia Giulia</b>	Incidenza 13,21 nuovi casi sett. per 100.000 abitanti In aumento il numero degli ospedalizzati (+ 8).	Eseguiti 14,21 nuovi tamponi per 1.000 abitanti, con 4,96 nuovi soggetti testati per 1.000 abitanti. È risultato positivo 1 su 33 dei nuovi soggetti testati. Emanata ordinanza per disciplinare gli ingressi in Friuli Venezia Giulia di soggetti residenti o domiciliati, anche solo temporaneamente, che hanno soggiornato in Paesi a rischio.	Emanata ordinanza contenente le linee di indirizzo per la riapertura delle attività economiche, produttive e ricreative, nonché trasporti e uso mascherine.
<b>PA di Trento</b>	Incidenza 46,62 nuovi casi sett. per 100.000 abitanti In aumento il numero degli ospedalizzati (+ 1).	Eseguiti 16,78 nuovi tamponi per 1.000 abitanti, con 5,55 nuovi soggetti testati per 1.000 abitanti. È risultato positivo 1 su 12 dei nuovi soggetti testati. Emanata ordinanza per disciplinare gli ingressi in Lombardia di soggetti residenti o domiciliati, anche solo temporaneamente, che hanno soggiornato in Paesi a rischio.	Nel periodo di interesse non sembra essere presente normativa in tema di programmazione per la ripresa.
<b>PA di Bolzano</b>	Incidenza 11,09 nuovi casi sett. per 100.000 abitanti Stabile il numero degli ospedalizzati (0).	Eseguiti 12,65 nuovi tamponi per 1.000 abitanti, con 6,14 nuovi soggetti testati per 1.000 abitanti. È risultato positivo 1 su 50 dei nuovi soggetti testati.	Nel periodo di interesse non sembra essere presente normativa in tema di programmazione per la ripresa.

# Analisi dei profili regionali (Centro) – 1/2



Regione	Dimensioni epidemiche	Sorveglianza epidemica	Programmazione per la ripresa
<b>Umbria</b>	<p>Incidenza 15,00 nuovi casi sett. per 100.000 abitanti In aumento il numero degli ospedalizzati (+ 6).</p>	<p>Eseguiti 13,53 nuovi tamponi per 1.000 abitanti, con 6,96 nuovi soggetti testati per 1.000 abitanti. È risultato positivo 1 su 46 dei nuovi soggetti testati. Deliberata la possibilità per i laboratori privati in possesso di autorizzazione regionale di effettuare il prelievo del campione (tampone oro/rinofaringeo) ed affidare ad un laboratorio, autorizzato dalla Regione Umbria, l'esecuzione del test molecolare per SARS-CoV-2;</p>	<p>Deliberate le "Linee di indirizzo per le Aziende Sanitarie per la realizzazione della campagna di vaccinazione antinfluenzale e del programma di vaccinazione antipneumococcica per la stagione 2020-2021". Deliberato il "Piano operativo per il recupero delle prestazioni sospese e/o ridotte in periodo di lock-down" Emanati bandi aziendali per l'attivazione delle procedure per il potenziamento del personale sanitario, medico e non.</p>
<b>Toscana</b>	<p>Incidenza 17,73 nuovi casi sett. per 100.000 abitanti In aumento il numero degli ospedalizzati (+ 21).</p>	<p>Eseguiti 13,54 nuovi tamponi per 1.000 abitanti, con 10,60 nuovi soggetti testati per 1.000 abitanti. È risultato positivo 1 su 60 dei nuovi soggetti testati. Emanata ordinanza per l'allestimento di drive-through o walk-through, da parte delle Aziende territorialmente competenti, presso le stazioni di Firenze, Pisa e Arezzo, delle città di Viareggio e Grosseto e dei porti di Livorno e di Piombino dove poter offrire gratuitamente, su base volontaria, il test tampone molecolare ai viaggiatori in arrivo e in partenza anche verso altre regioni. Promossa campagna di prevenzione per tutti i giovani maggiorenni che ne faranno richiesta su base volontaria per test sierologici effettuati nei luoghi di vita notturna, frequentati dai ragazzi.</p>	<p>Emanata ordinanza per l'attivazione, da parte delle aziende USL, delle procedure per la ricerca di professionalità mediche da dedicare alle attività sanitarie previste dai protocolli del Ministero per l'avvio delle attività scolastiche. Emanata ordinanza per la riattivazione della struttura tecnico operativa per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e l'istituzione, presso il Coordinamento Regionale Maxiemergenze, di un tavolo tecnico di coordinamento per la elaborazione di procedure e linee di indirizzo relative alla gestione della emergenza in atto. Emanati bandi aziendali per l'attivazione delle procedure per il potenziamento del personale sanitario.</p>
<b>Abruzzo</b>	<p>Incidenza 10,65 nuovi casi sett. per 100.000 abitanti In aumento il numero degli ospedalizzati (+ 6).</p>	<p>Eseguiti 7,35 nuovi tamponi per 1.000 abitanti, con 6,67 nuovi soggetti testati per 1.000 abitanti. È risultato positivo 1 su 44 dei nuovi soggetti testati. Emanata ordinanza che prevede l'esecuzione di test molecolare con tampone nasofaringeo per le persone che fanno ingresso in Abruzzo dalla Bulgaria e Romania e che abbiano una temperatura superiore a 37,5°.</p>	<p>Emanati bandi aziendali per l'attivazione delle procedure per il potenziamento del personale sanitario. Rinvio dell'inizio dell'anno scolastico al 24 settembre.</p>

# Analisi dei profili regionali (Centro) – 1/2



Regione	Dimensioni epidemiche	Sorveglianza epidemica	Programmazione per la ripresa
<b>Lazio</b>	Incidenza 17,44 nuovi casi sett. per 100.000 abitanti In aumento il numero degli ospedalizzati (+ 19).	Eseguiti 12,74 nuovi tamponi per 1.000 abitanti, con 11,58 nuovi soggetti testati per 1.000 abitanti (valore più alto d'Italia, ma in calo rispetto alla scorsa settimana). È risultato positivo 1 su 67 dei nuovi soggetti testati.	Ordinanza per l'attivazione immediata delle procedure per il potenziamento del personale sanitario; disposto inoltre il reperimento di personale sanitario per l'attivazione di vigilanza e monitoraggio in tutte le scuole, ripristinando la figura del Medico Scolastico.
<b>Molise</b>	Incidenza 6,62 nuovi casi sett. per 100.000 abitanti, la più bassa in Italia. In aumento il numero degli ospedalizzati (+ 2).	Eseguiti 5,93 nuovi tamponi per 1.000 abitanti, con 5,81 nuovi soggetti testati per 1.000 abitanti. È risultato positivo 1 su 88 dei nuovi soggetti testati.	Nel periodo di interesse non sembra essere presente normativa in tema di programmazione per la ripresa.
<b>Marche</b>	Incidenza 8,43 nuovi casi sett. per 100.000 abitanti In aumento il numero degli ospedalizzati (+ 2).	Eseguiti 6,19 nuovi tamponi per 1.000 abitanti, con 3,59 nuovi soggetti testati per 1.000 abitanti (valore più alto d'Italia). È risultato positivo 1 su 43 dei nuovi soggetti testati.	Attuazione Piano di Riorganizzazione della rete di offerta, in risposta all'attuale fase epidemica da Covid-19, in coerenza con le risorse disponibili. Approvate Linee di indirizzo per la redazione del piano di potenziamento e di riorganizzazione della rete assistenziale territoriale. Emanato documento di indirizzo e orientamento per la ripresa delle attività in presenza dei servizi educativi e delle scuole dell'infanzia. Incremento dell'organico dei docenti per le scuole dell'infanzia statali.

# Analisi dei profili regionali (Sud) – 1/2



Regione	Dimensioni epidemiche	Sorveglianza epidemica	Programmazione per la ripresa
<b>Basilicata</b>	Incidenza 8,80 nuovi casi sett. per 100.000 abitanti In aumento il numero degli ospedalizzati (+ 3).	Eseguiti 6,98 nuovi tamponi per 1.000 abitanti, con 6,95 nuovi soggetti testati per 1.000 abitanti. È risultato positivo lo 0,013 su nuovi soggetti testati. Con l'ordinanza n.32 del 14 agosto, si dispone, la permanenza domiciliare per 14 giorni per i residenti in Basilicata che rientrano da viaggi all'estero (ivi compresi i rientri da Croazia, Grecia, Spagna e Malta).	Non risultano emanati piani per la ripresa dei servizi per l'infanzia e scolastici. Sono stati emanati Bandi Aziendali per l'attivazione delle procedure di potenziamento del personale sanitario.
<b>Calabria</b>	Incidenza 7,01 nuovi casi sett. per 100.000 abitanti In aumento il numero degli ospedalizzati (+8).	Eseguiti 5,37 nuovi tamponi per 1.000 abitanti, con 5,37 nuovi soggetti testati per 1.000 abitanti. È risultato positivo lo 0,013 sui nuovi soggetti testati. Emanata ordinanza n. 46 del 3 giugno che disciplina gli arrivi in Calabria, anche per soggiornarvi temporaneamente, dovranno registrarsi al portale <a href="http://www.rcovid19.it">www.rcovid19.it</a> , indicando luogo di provenienza, luogo di destinazione principale, periodo di soggiorno, impegnandosi a comunicare al Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Provinciale territorialmente competente eventuale comparsa di sintomi COVID-19. Ampliata con l'ordinanza del 9 agosto in cui si effettuano i tamponi per lo screening sui rientri.	Linee di indirizzo regionale per la ripresa delle attività in presenza dei servizi educativi e delle scuole dell'infanzia; Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia Le indicazioni per l'avvio dell'effettuazione dei test sierologici rivolti a tutto il personale scolastico delle scuole pubbliche, statali e non statali, paritarie e private regionali. Sono stati emanati Bandi Aziendali per l'attivazione delle procedure di potenziamento del personale sanitario.
<b>Puglia</b>	Incidenza 14,05 nuovi casi sett. per 100.000 abitanti In aumento il numero degli ospedalizzati (+ 40).	Eseguiti 5,80 nuovi tamponi per 1.000 abitanti, con 4,37 nuovi soggetti testati per 1.000 abitanti. È risultato positivo lo 0,032 sui nuovi soggetti testati. Emanate Ordinanze n. 245 e n. 335 del 2020 del Presidente della Regione per disciplinare gli ingressi in Puglia e prevedono l'obbligo di auto segnalazione del proprio arrivo e, per chi viene da Grecia, Spagna, Malta e Croazia, la permanenza domiciliare con isolamento fiduciario per 14 giorni.	Emanate disposizioni per la ripresa delle attività nelle strutture residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari. Sono stati emanati Bandi Aziendali per l'attivazione delle procedure di potenziamento del personale sanitario. Avvio di test sierologici per il personale docente e non docente per le scuole paritetiche, private e pubbliche.

# Analisi dei profili regionali (Sud) – 2/2



Regione	Dimensioni epidemiche	Sorveglianza epidemica	Programmazione per la ripresa
<b>Campania</b>	Incidenza 20,90 nuovi casi sett. per 100.000 abitanti In aumento il numero degli ospedalizzati (+80).	Eseguiti 7,26 nuovi tamponi per 1.000 abitanti, con 6,00 nuovi soggetti testati per 1.000 abitanti. È risultato positivo l'0,035 (%) sui nuovi soggetti testati. Emanata ordinanza per disciplinare gli ingressi in Campania di soggetti residenti o domiciliati, anche solo temporaneamente, che hanno soggiornato in Paesi a rischio (da porre in isolamento domiciliare)	Rinvio dell'inizio dell'anno scolastico al 24 settembre. Con l'ordinanza n. 70 del 08/09/2020 è stato reso obbligatorio lo screening a tutto il personale scolastico. Approvato un piano straordinario di affiancamento ai MMG e l'esecuzione dei tamponi con risultati entro le 24 ore. Ad oggi, non vi sono dati certi sul personale docente a disposizione, sulle forniture dei banchi singoli, insegnati di sostegno e sui posti disponibili per gli alunni. Bandi aziendali per l'attivazione delle procedure per il potenziamento del personale sanitario
<b>Sicilia</b>	Incidenza 10,04 nuovi casi sett. per 100.000 abitanti In aumento il numero degli ospedalizzati (+ 36).	Eseguiti 5,73 nuovi tamponi per 1.000 abitanti, con 3,57 nuovi soggetti testati per 1.000 abitanti. È risultato positivo 0,028 sui nuovi soggetti testati. Emanata ordinanza n.32 del 8 agosto 2020, per disciplinare gli ingressi in Sicilia di soggetti residenti o domiciliati, anche solo temporaneamente, che hanno soggiornato in Paesi a rischio (da porre in isolamento temporaneo e sottoporre a tampone).	Linee guida della task force regionale per la pianificazione delle attività scolastiche, educative e formative, sul territorio della Regione Siciliana Obbligo del dirigente scolastico di interagire con le autorità sanitarie in caso di sospetto contagio. Avvio di test sierologici per il personale docente ed amministrativo. Sono stati emanati Bandi Aziendali per l'attivazione delle procedure di potenziamento del personale sanitario.
<b>Sardegna</b>	Incidenza 22,82 nuovi casi sett. per 100.000 abitanti In aumento il numero degli ospedalizzati (+ 21).	Eseguiti 7,36 nuovi tamponi per 1.000 abitanti, con 6,49 nuovi soggetti testati per 1.000 abitanti. È risultato positivo 0,035% sui nuovi soggetti testati. Emanata ordinanza per disciplinare gli ingressi in Sardegna di soggetti residenti o domiciliati, anche solo temporaneamente, che hanno soggiornato in Paesi a rischio (da porre in isolamento fiduciario)	Emanato il calendario delle attività scolastiche e la ripresa dei servizi educativi per le scuole dell'infanzia; Non risultano emanate linee guida per la gestione di casi sospetti (sia minori che personale) negli istituti scolastici. Sono stati Bandi Aziendali per l'attivazione delle procedure di potenziamento del personale sanitario.



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

