

*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#24: **15 Ottobre 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



<b>OBIETTIVI</b>	
<b>NOTA METODOLOGICA E FONTE DEI DATI</b>	
<b>CONTESTO NORMATIVO</b>	
PROVVEDIMENTI NAZIONALI	
<b>LIBRARY INSTANT REPORT</b>	
<b>INDICATORI DI MONITORAGGIO DEL CONTAGIO</b>	
1.1. INCIDENZA SETTIMANALE X 100.000	
1.2. ANDAMENTO ATTUALMENTE POSITIVI	
1.3. ANDAMENTO OSPEDALIZZATI	
1.4. POSITIVITÀ AL TEST	
<b>INDICATORI EPIDEMIOLOGICI</b>	
2.1. PREVALENZA PERIODALE E PREVALENZA PUNTUALE	
2.2. PREVALENZA PERIODALE 06/10/2020 – 13/10/2020	
2.3. PREVALENZA PUNTUALE 06/10/2020 E 13/10/2020	
2.4. PREVALENZA PERIODALE 15 AGOSTO – 13 SETTEMBRE E DEL 14 SETTEMBRE – 13 OTTOBRE (PER 100.000 ABITANTI)	
2.5. EVOLUZIONE DECESSI: 2020 vs. 2015-2019	
<b>INDICATORI CLINICO-ORGANIZZATIVI</b>	
3.1. RICOVERI TI / RICOVERI TOTALI 06/10/2020 E 13/10/2020	
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. NUOVI CASI DA SOSPETTO CLINICO/CASI TOTALI & NUOVI 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. IMPATTO ECONOMICO	
3.10. SOLUZIONI DIGITALI	
3.11. LIVELLI DI ASSISTENZA PER AREA TERAPEUTICA	
3.12. SPERIMENTAZIONI CLINICHE	
3.13. APPROFONDIMENTO SUI TEST COVID-19	
3.14. NUMERO DI BANDI PER PERSONALE MEDICO	
3.15. UNITÀ DI PERSONALE MEDICO AGGIUNTIVO	
3.16. INCREMENTO % DI PERSONALE MEDICO	
3.17. UNITÀ DI PERSONALE MEDICO AGGIUNTIVO PER TIPOLOGIA DI BANDO (ESPLICITO RIFERIMENTO AD EMERGENZA COVID)	
3.18. CONFRONTO TRA ACQUISIZIONE DI PERSONALE CON SPECIALIZZAZIONE LEGATA ALL'EMERGENZA COVID-19 E PERSONALE NON	
3.19. CONFRONTO TRA PL TI E NUMERO DI ANESTESISTI	
3.20. TASSO DI SATURAZIONE DEI PL DI TERAPIA INTENSIVA AL 14 OTTOBRE 2020	
3.21. TASSO DI SATURAZIONE DELLA CAPACITÀ AGGIUNTIVA DI PL DI TERAPIA INTENSIVA AL 14 OTTOBRE 2020	
3.22. SERIE STORICA DOWNLOAD IMMUNI	
<b>ANALISI A LIVELLO AZIENDALE</b>	
4.1 VOCI DAL CAMPO E BUONE PRATICHE	
4.2. CONNESSIONI E SUPPORTI PER LA COMUNICAZIONE DIGITALE	
<b>ANALISI DELLA PROGRAMMAZIONE VACCINALE</b>	
<b>ANALISI DEI PROFILI REGIONALI</b>	
<b>APPENDICE METODOLOGICA</b>	
<b>CHI SIAMO</b>	



# 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 13 Ottobre hanno il 53% dei positivi al virus rispetto al totale dei positivi sul territorio nazionale e il 70% dei casi. In queste Regioni sono deceduti l'82% delle 36.246 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 **13 Ottobre** [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 2020</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>
13 Ottobre 2020	DPCM del 13 ottobre 2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19».	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Proroga dello stato di emergenza fino al 31 Gennaio 2021;</li><li>➤ Obbligo, su tutto il territorio nazionale, di portare con sé i dispositivi di protezione delle vie respiratorie e di indossarli nei luoghi al chiuso diversi dalle abitazioni private e in tutti i luoghi all'aperto;</li><li>➤ misure di contenimento del contagio per lo svolgimento in sicurezza delle attività produttive commerciali, per le attività sportive e attività scolastiche</li></ul>

[Raccolta delle principali disposizioni adottate in relazione allo stato di emergenza epidemiologica da Covid-19 aventi implicazioni in materia di protezione dei dati personali \(AGGIORNATO AL 30 LUGLIO 2020\)](#)

Fonte: Garante per la protezione dei dati personali



# Contesto normativo (4/5):

## 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 (5/5):

## 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



# 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>
--

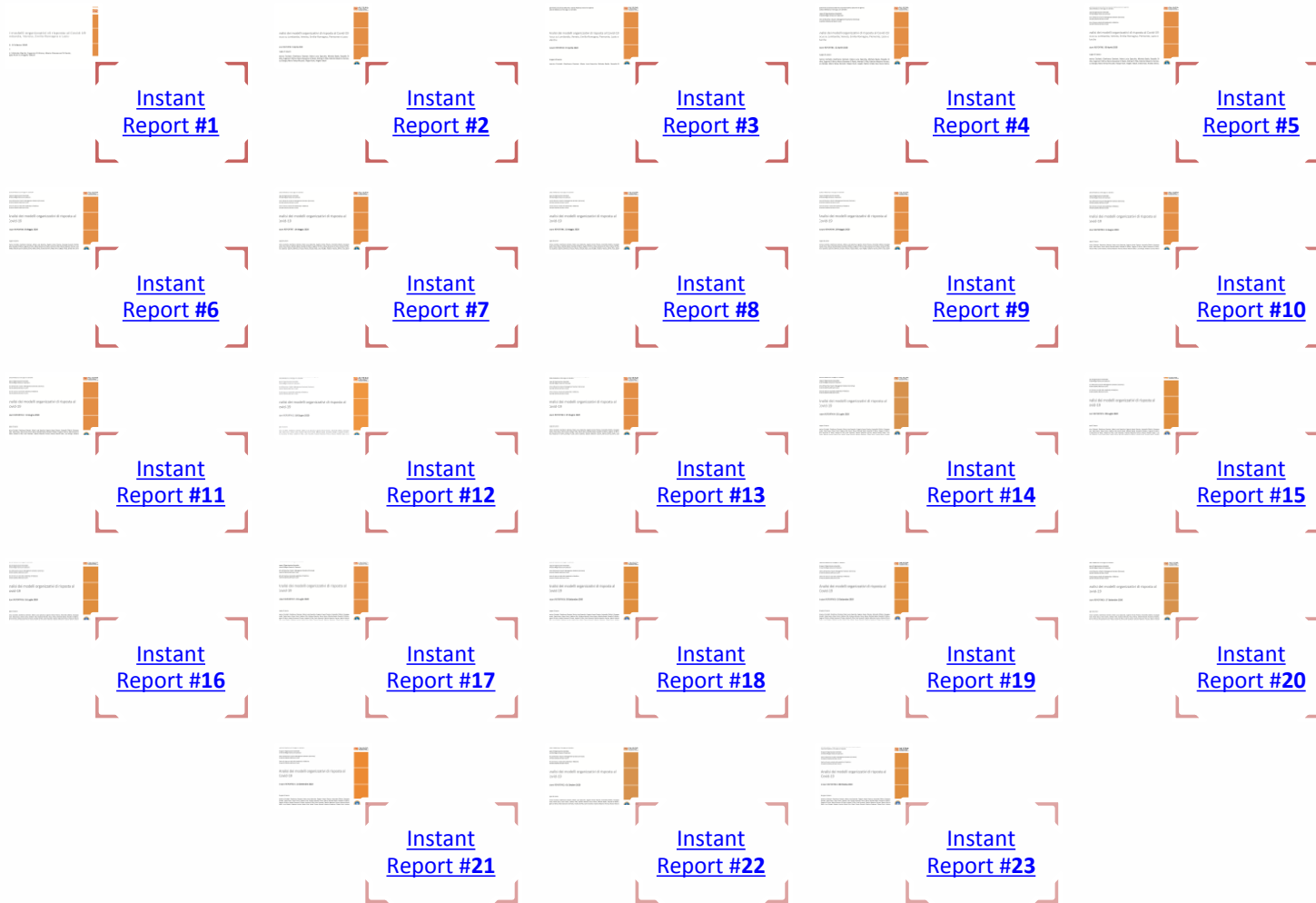




# Library Instant Report



# ALTEMS Instant Report - *dal 31 marzo 2020 ad oggi*



Fase 1

Fase 2

Fase 3

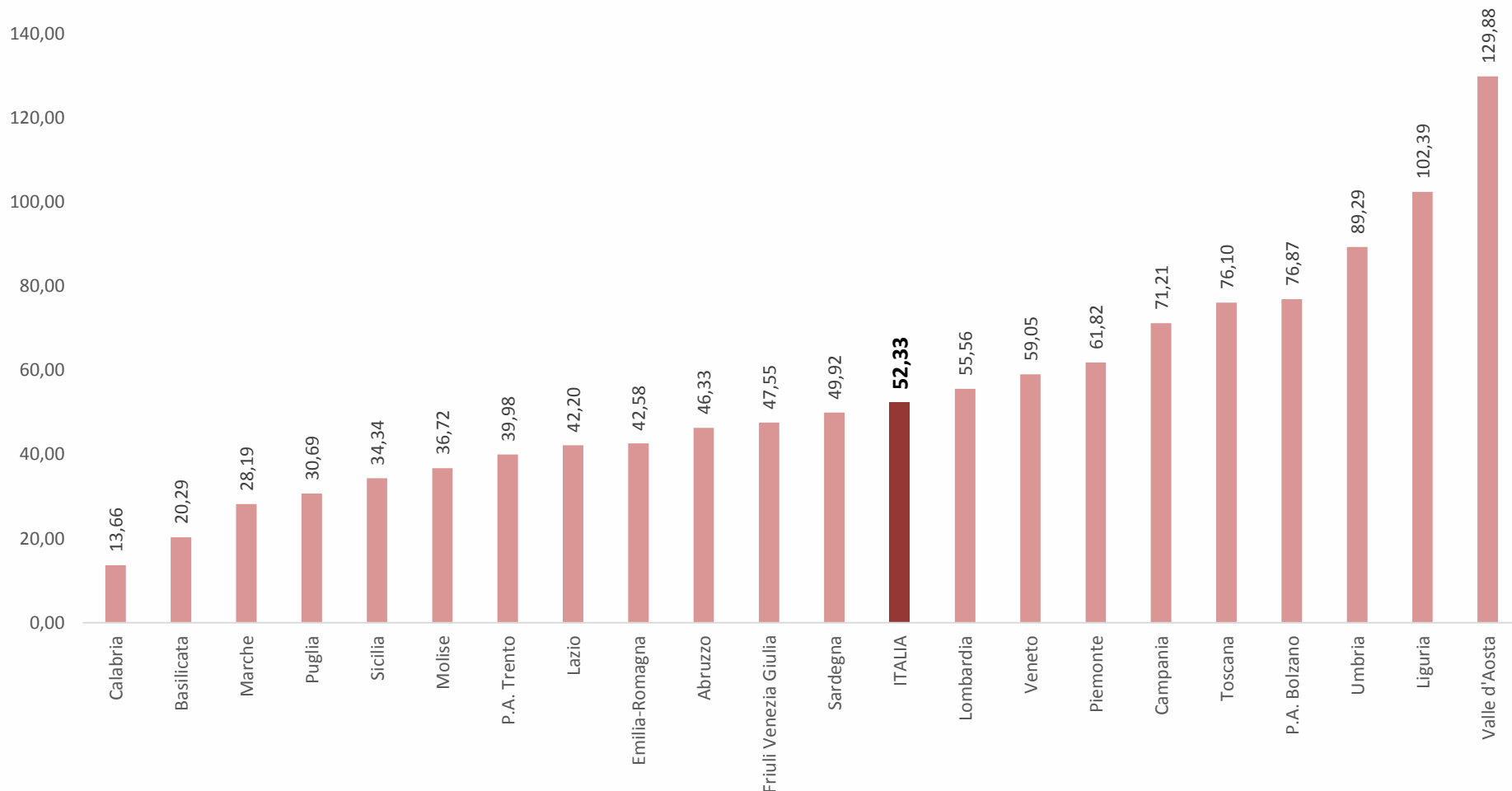




# Indicatori di monitoraggio del contagio



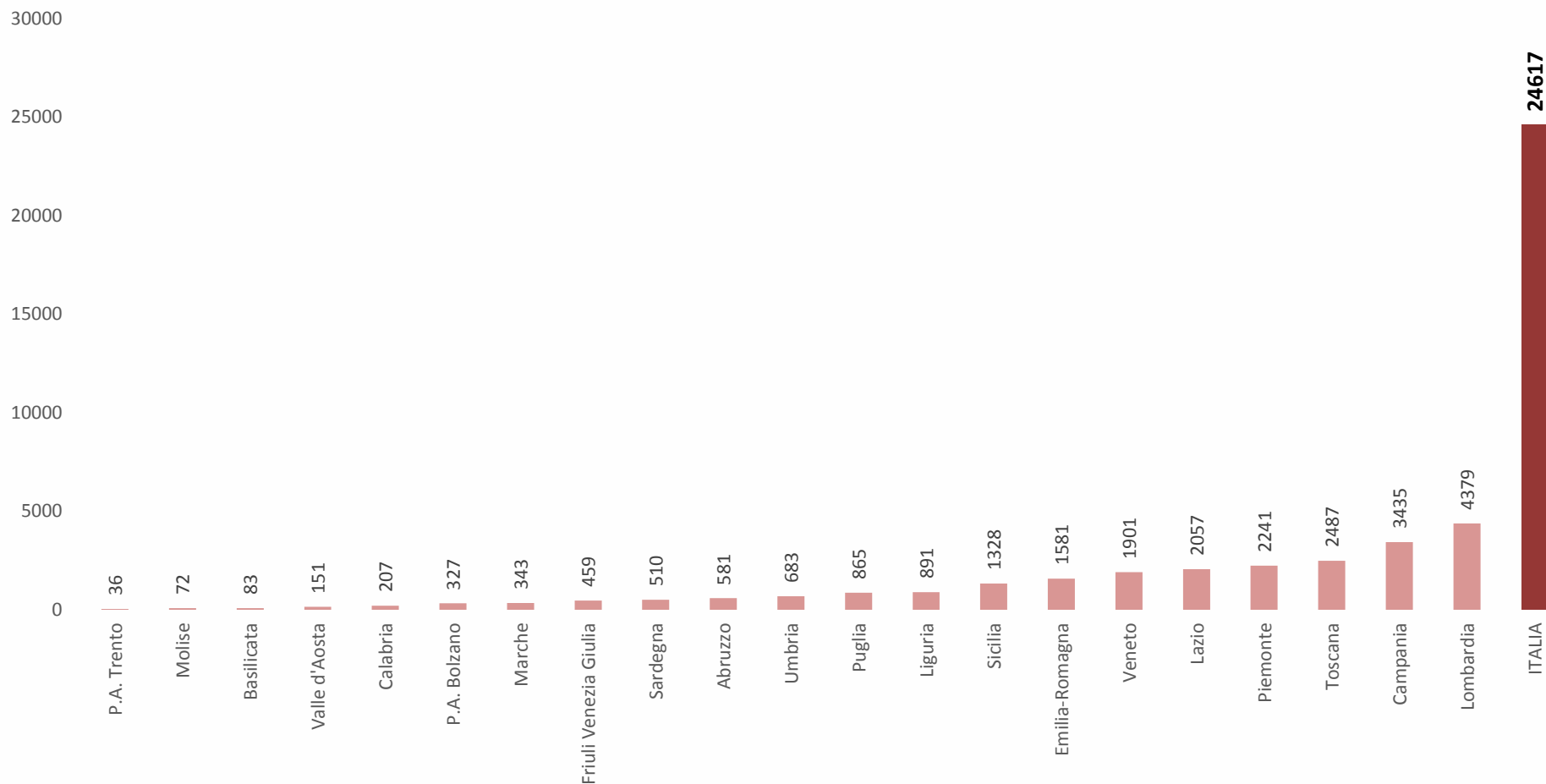
# Indicatore 1.1. Incidenza settimanale x 100.000



## 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 Valle d'Aosta registrano i valori più elevati. L'incidenza a livello nazionale è più che raddoppiata nell'ultima settimana.

# Indicatore 1.2. Andamento attualmente positivi



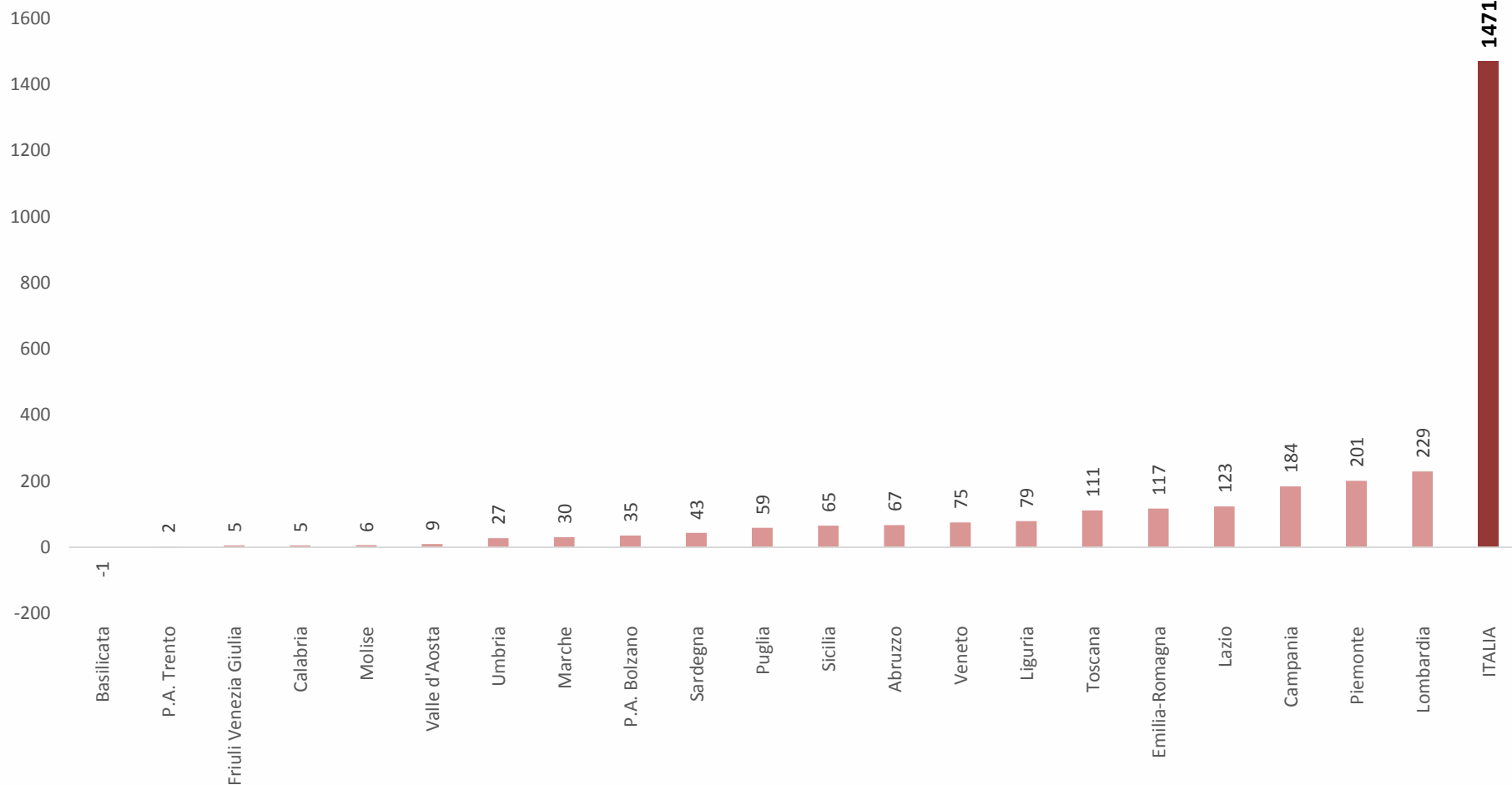
<b>Media</b>	<b>1.172,00</b>
Min	36,00
Max	4.379,00
Dev-St	1.194,86
Var	1.427.692,99

## 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 4379. In generale, si sottolinea un andamento crescente con una media di 1.172 casi.



# Indicatore 1.3. Andamento ospedalizzati



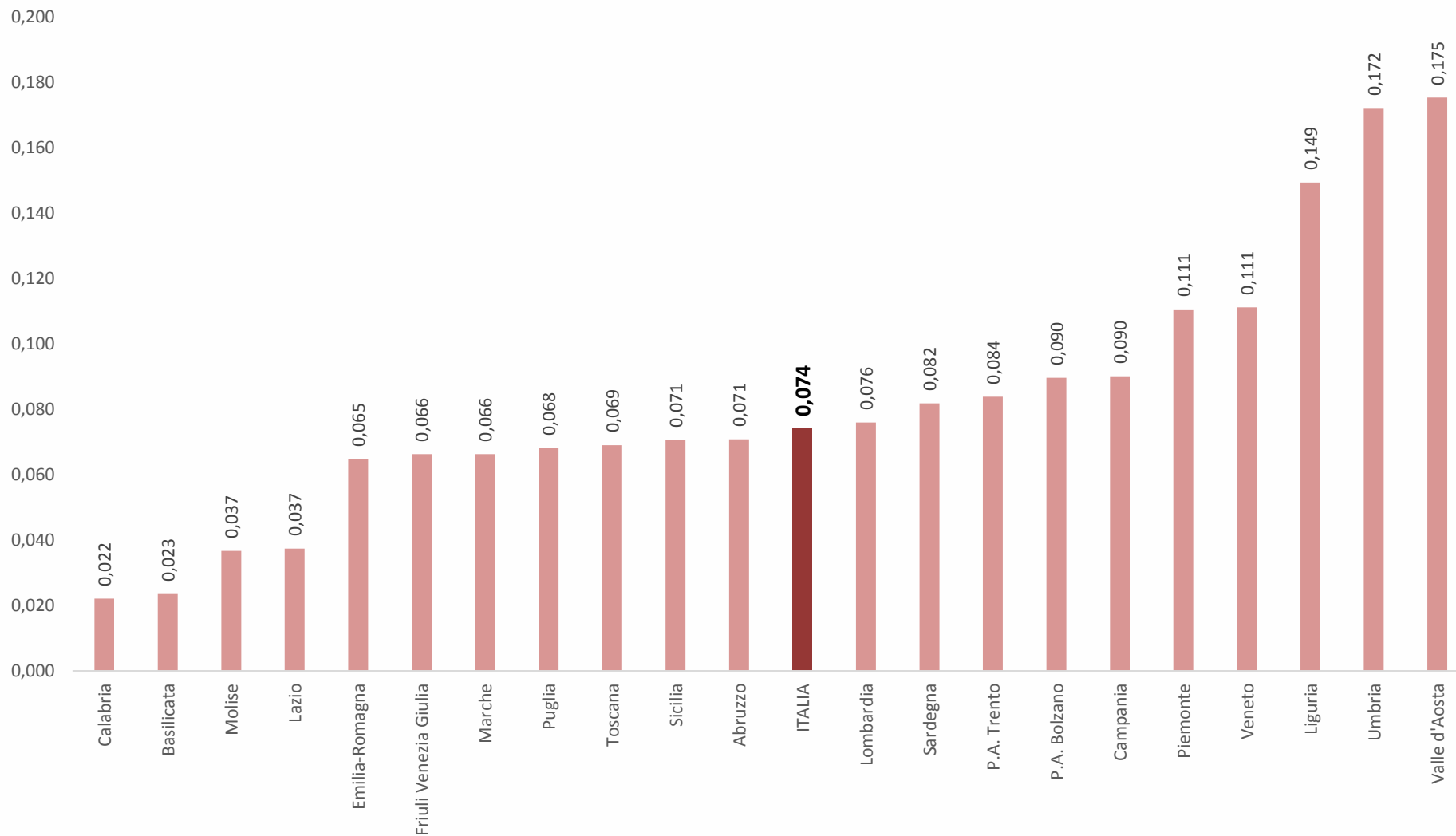
Media	70,05
Min	-1,00
Max	229,00
Dev-St	68,46
Var	4.686,65

## Commento

Questo indicatore fornisce un'indicazione sull'andamento dei casi ospedalizzati in tutte le Regioni. La differenza maggiore viene registrata in regione Lombardia con un aumento dei casi ospedalizzati pari a 229. In generale in si registra un andamento pari in media a 70,05 casi ospedalizzati.



# Indicatore 1.4. Positività al test



## Commento

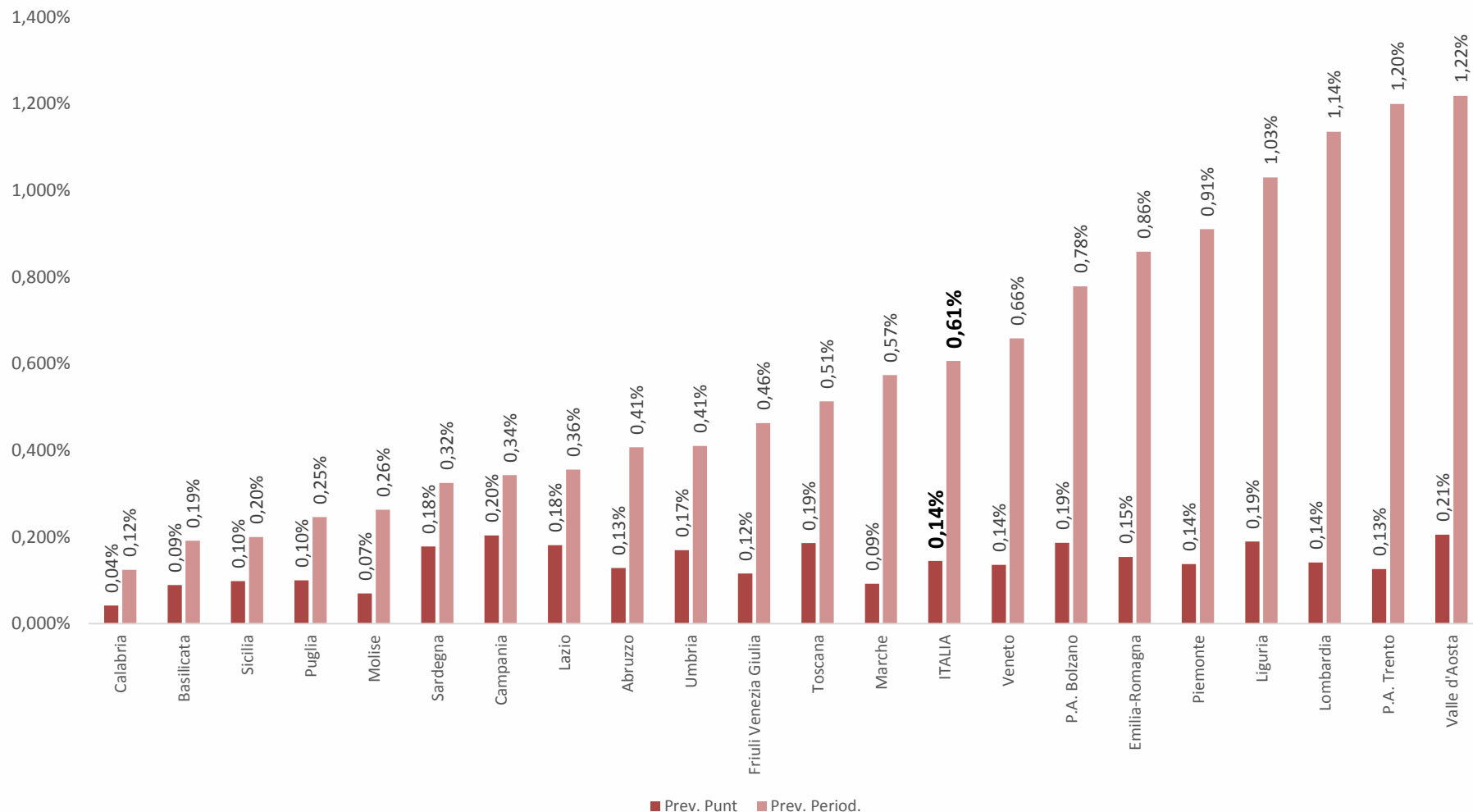
L'indice di positività rispetto ai test effettuati registra un valore massimo di 0,175 in Valle d'Aosta e 0,172 in Umbria. In Italia l'indice di positività al test è pari a 0,074: risulta positivo, dunque, 1 paziente su 14 nuovi testati.



# Indicatori epidemiologici



# Indicatore 2.1. Prevalenza Periodale\* e Prevalenza Puntuale

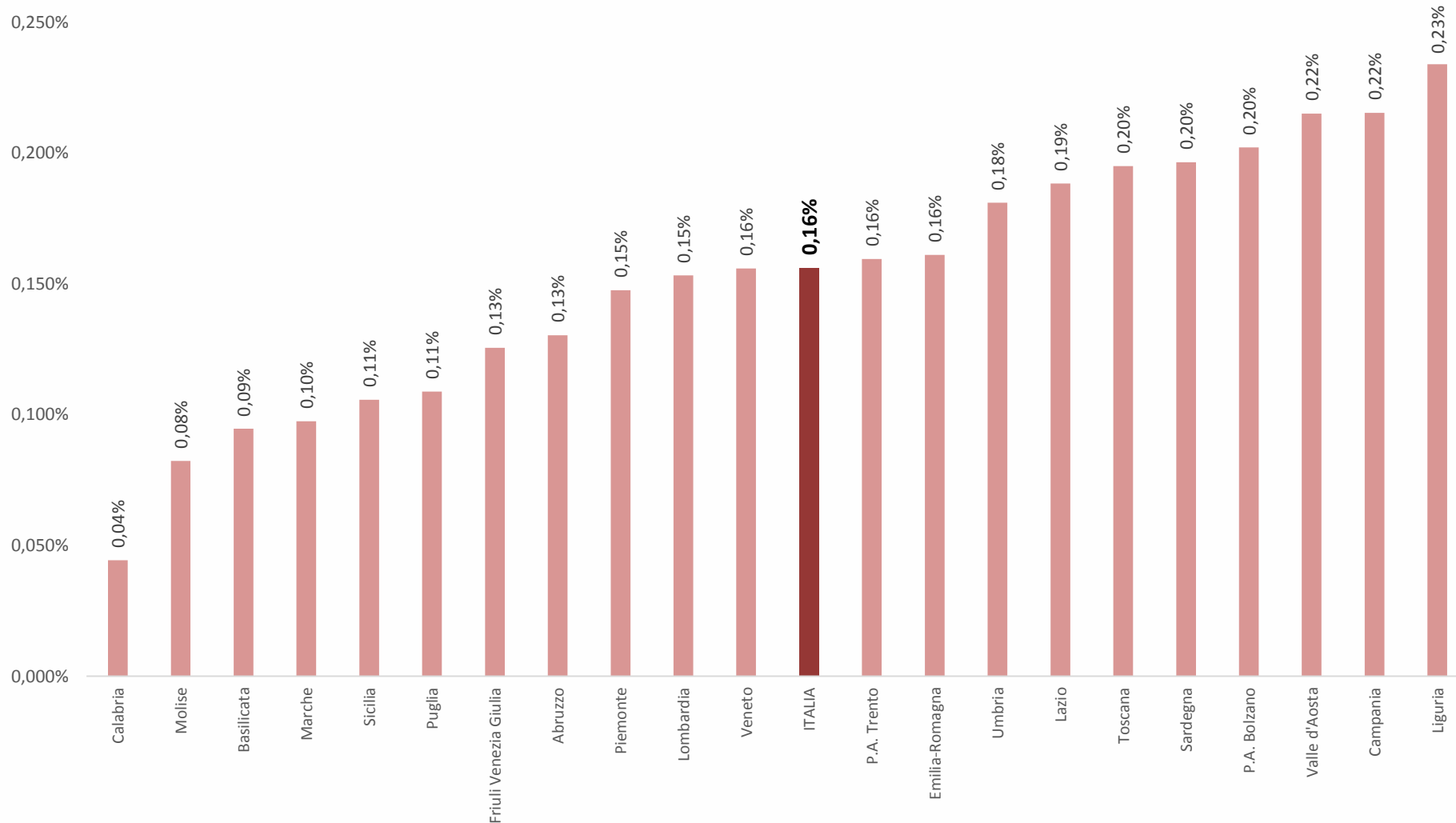


## Commento

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 13 Ottobre 2020

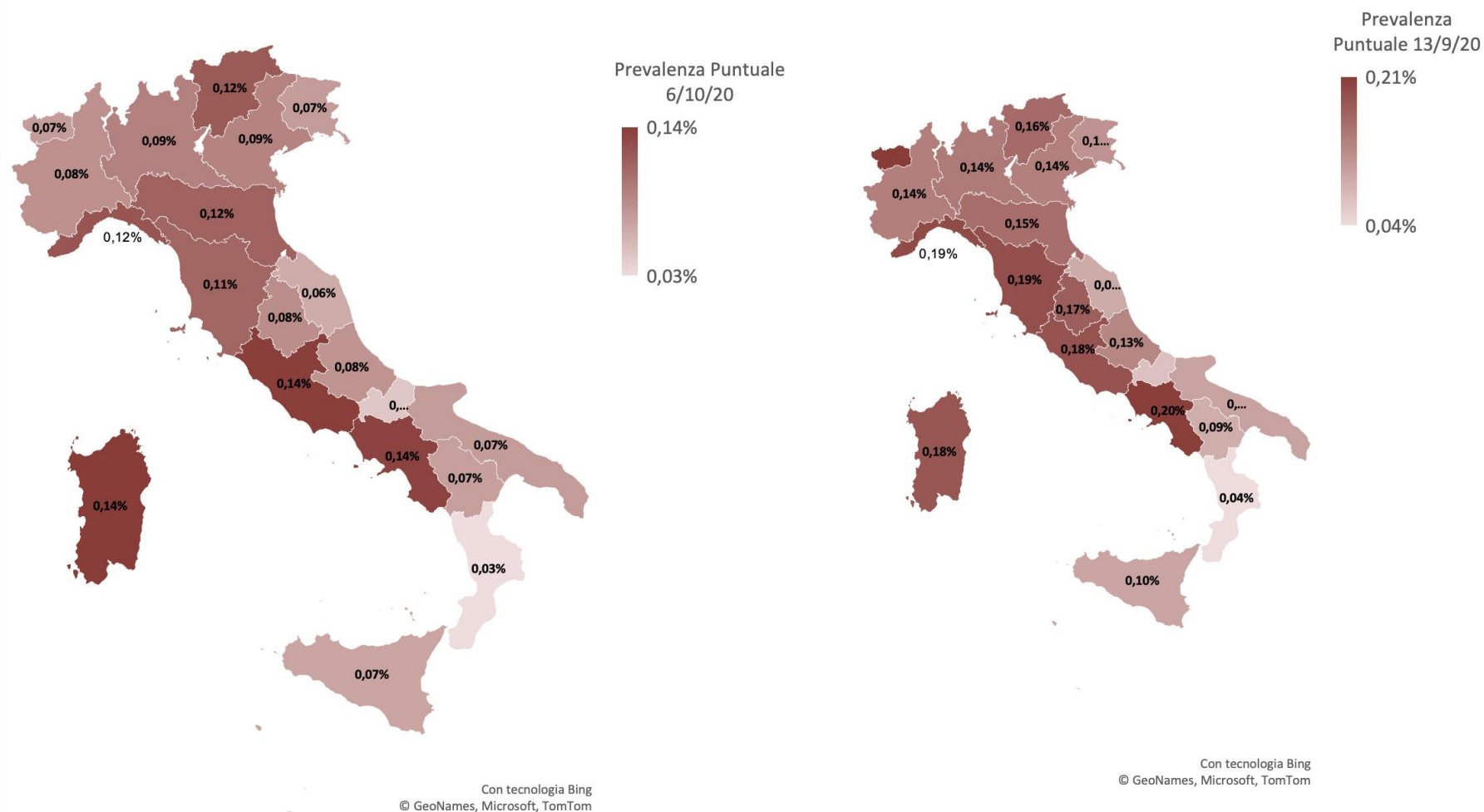
## Indicatore 2.2. Prevalenza periodale 06/10/2020 – 13/10/2020



### Commento

In termini di monitoraggio della prevalenza settimanale si registra un tasso di prevalenza rispetto alla popolazione residente minore rispetto alla media nazionale in numerose Regioni (prevalentemente del Centro-Sud). Tra le Regioni del centro il Lazio registra un valore dello 0,19%. La prevalenza nell'ultima settimana registrata nel contesto nazionale è pari a 0,16%.

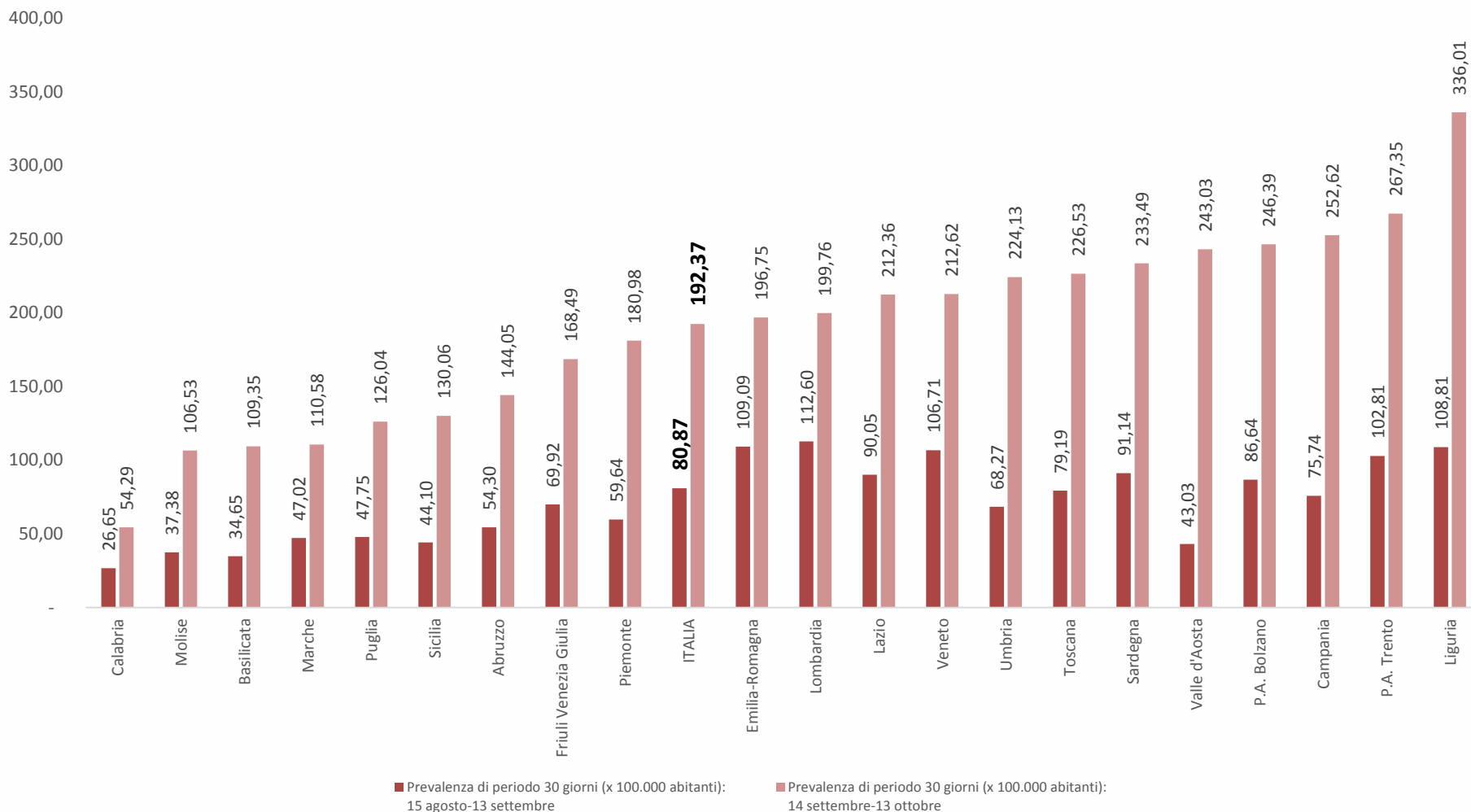
# Indicatore 2.3. Prevalenza puntuale 06/10/2020 e 13/10/2020



## Commento

Nell'ultima settimana si segnala un aumento della prevalenza puntuale nella maggior parte delle Regioni italiane. Si segnala in Valle d'Aosta un valore dell'indicatore pari a 0,21%.

# Indicatore 2.4. Prevalenza periodale del 15 agosto – 13 settembre e del 14 settembre – 13 ottobre (per 100.000 abitanti)



## Commento

In termini di monitoraggio della prevalenza derivante dal confronto negli ultimi mesi si denota come nella maggior parte delle regioni tale indice è raddoppiato. In particolare nell'ultimo mese la prevalenza di periodo nei 30 giorni è più che raddoppiata. La differenza più significativa riguarda la Liguria, la provincia di Trento, e la Campania.

# Indicatore 2.5. 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](#)

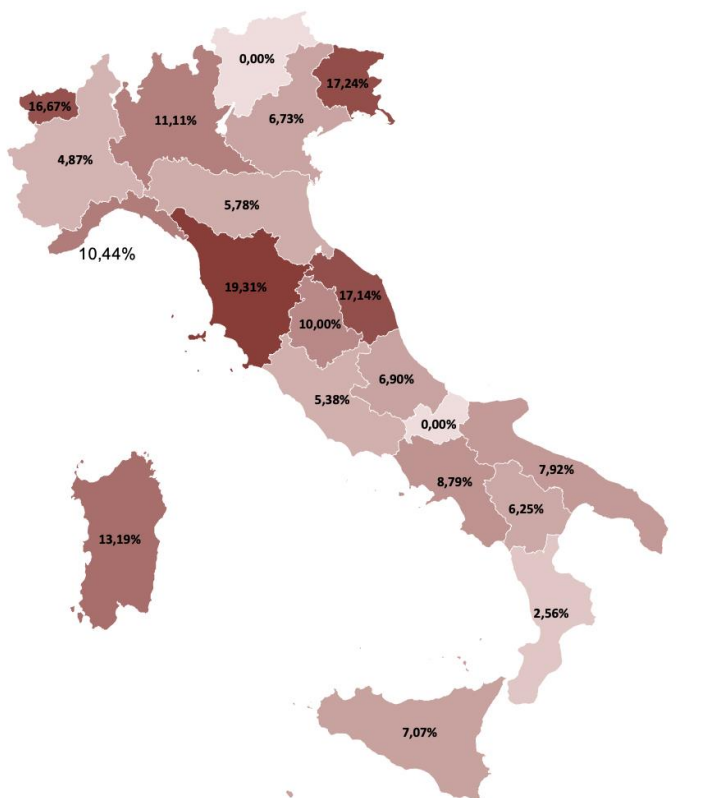


# Indicatori clinico-organizzativi

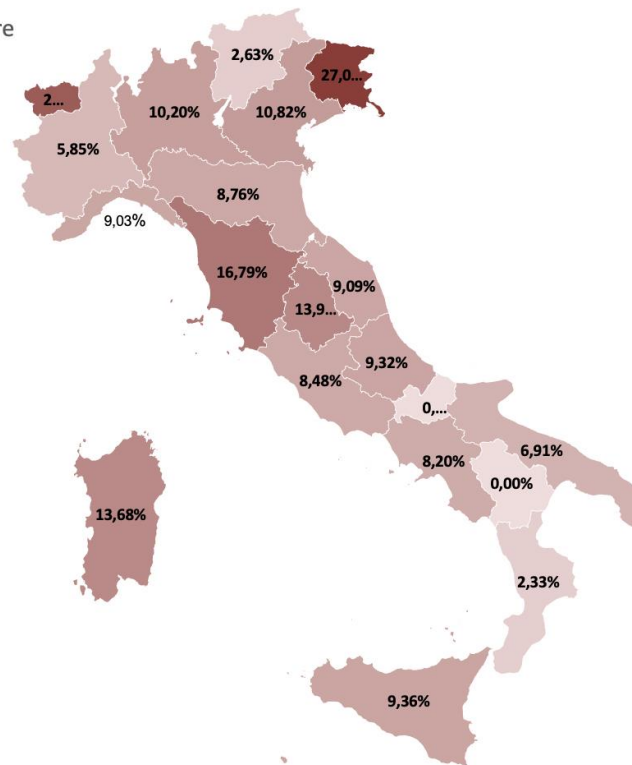




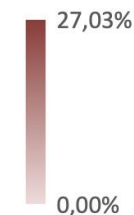
# Indicatore 3.1. Ricoveri TI / Ricoveri Totali 06/10/2020 e 13/10/2020



TI/Ric. Tot 6 Ottobre



TI/Ric. Tot 13 Ottobre



Con tecnologia Bing  
© GeoNames, Microsoft, TomTom

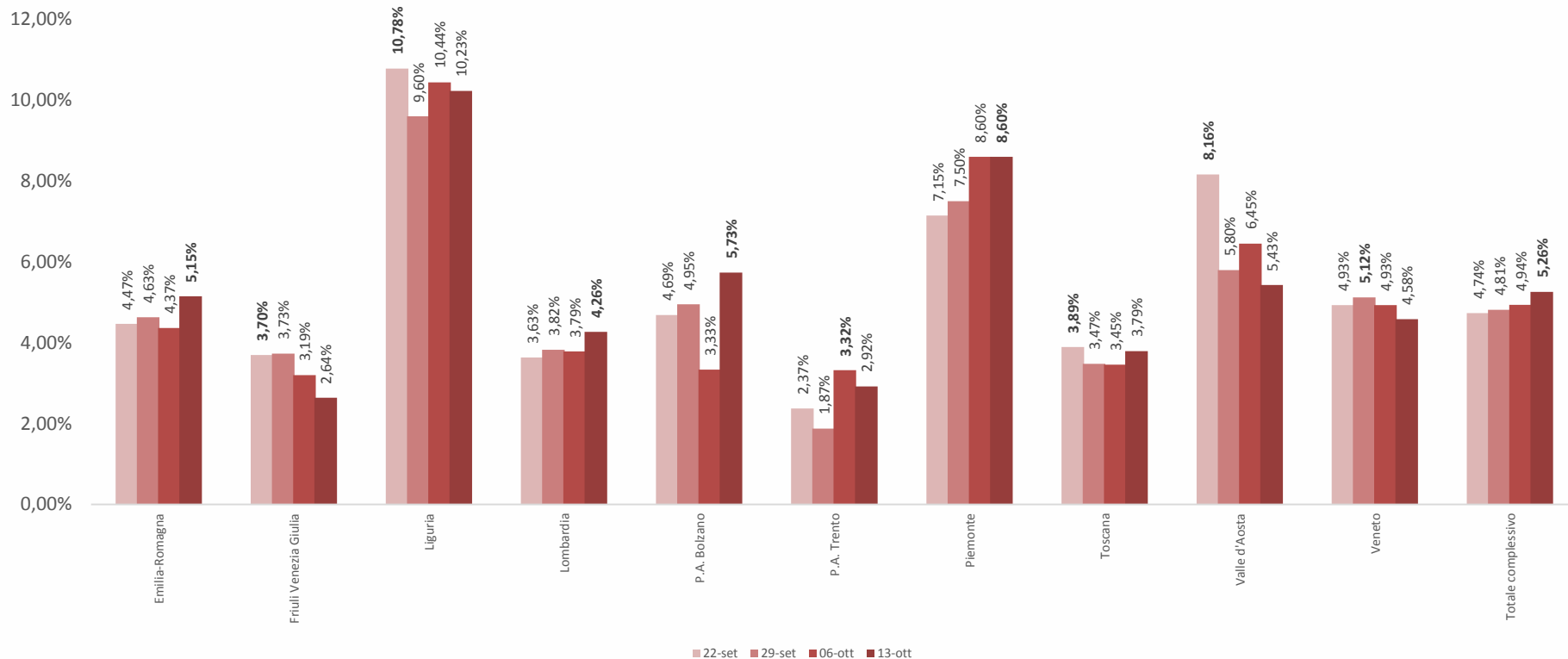
Con tecnologia Bing  
© GeoNames, Microsoft, TomTom

## Commento

Il Friuli Venezia Giulia rappresenta la regione che attualmente registra il rapporto più elevato tra ricoverati in terapia intensiva sui ricoverati totali (27%). In media, in Italia, il 9,18% dei ricoverati per COVID-19 ricorre al setting assistenziale della terapia intensiva. La settimana scorsa l'indicatore risultava in un valore medio pari a 8,09%.



# Indicatore 3.2. Pazienti ricoverati / Positivi (Nord)



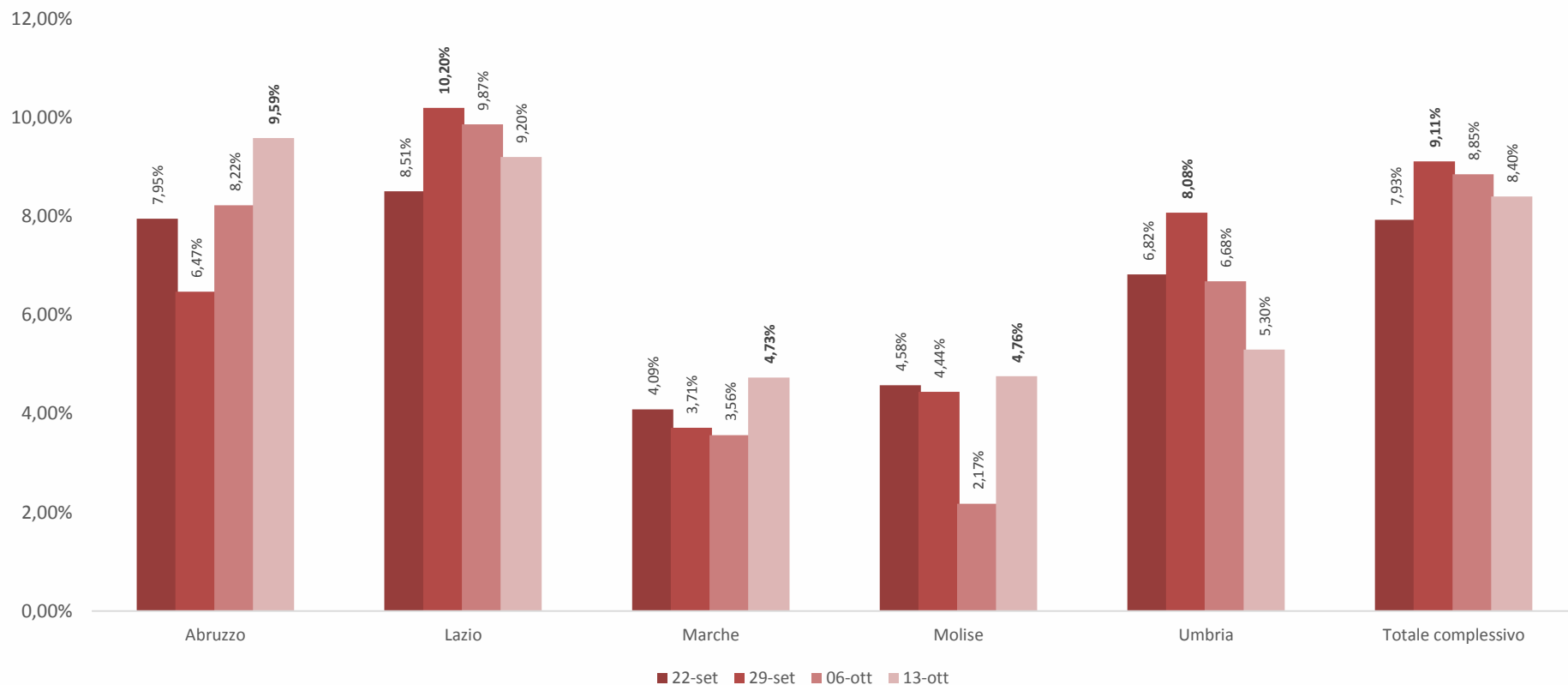
	Emilia-Romagna	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Lombardia	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Piemonte	Toscana	Valle d'Aosta	Veneto	Totale complessivo
22-set	4,47%	3,70%	10,78%	3,63%	4,69%	2,37%	7,15%	3,89%	8,16%	4,93%	<b>4,74%</b>
29-set	4,63%	3,73%	9,60%	3,82%	4,95%	1,87%	7,50%	3,47%	5,80%	5,12%	<b>4,81%</b>
06-ott	4,37%	3,19%	10,44%	3,79%	3,33%	3,32%	8,60%	3,45%	6,45%	4,93%	<b>4,94%</b>
13-ott	5,15%	2,64%	10,23%	4,26%	5,73%	2,92%	8,60%	3,79%	5,43%	4,58%	<b>5,26%</b>

## Commento

L'andamento generale registra pattern diversi nelle Regioni del Nord. Le Regioni contraddistinte da un indice più stabile nell'ultimo mese sono l'Emilia Romagna, il Piemonte e la Lombardia (in aumento nell'ultima settimana). Si segnala un trend in diminuzione nella Regione Veneto e Friuli Venezia Giulia. Il valore medio registrato nell'ultima settimana nelle Regioni del nord dall'indicatore è pari a 5,26%.



# Indicatore 3.2. Pazienti ricoverati / Positivi (Centro)

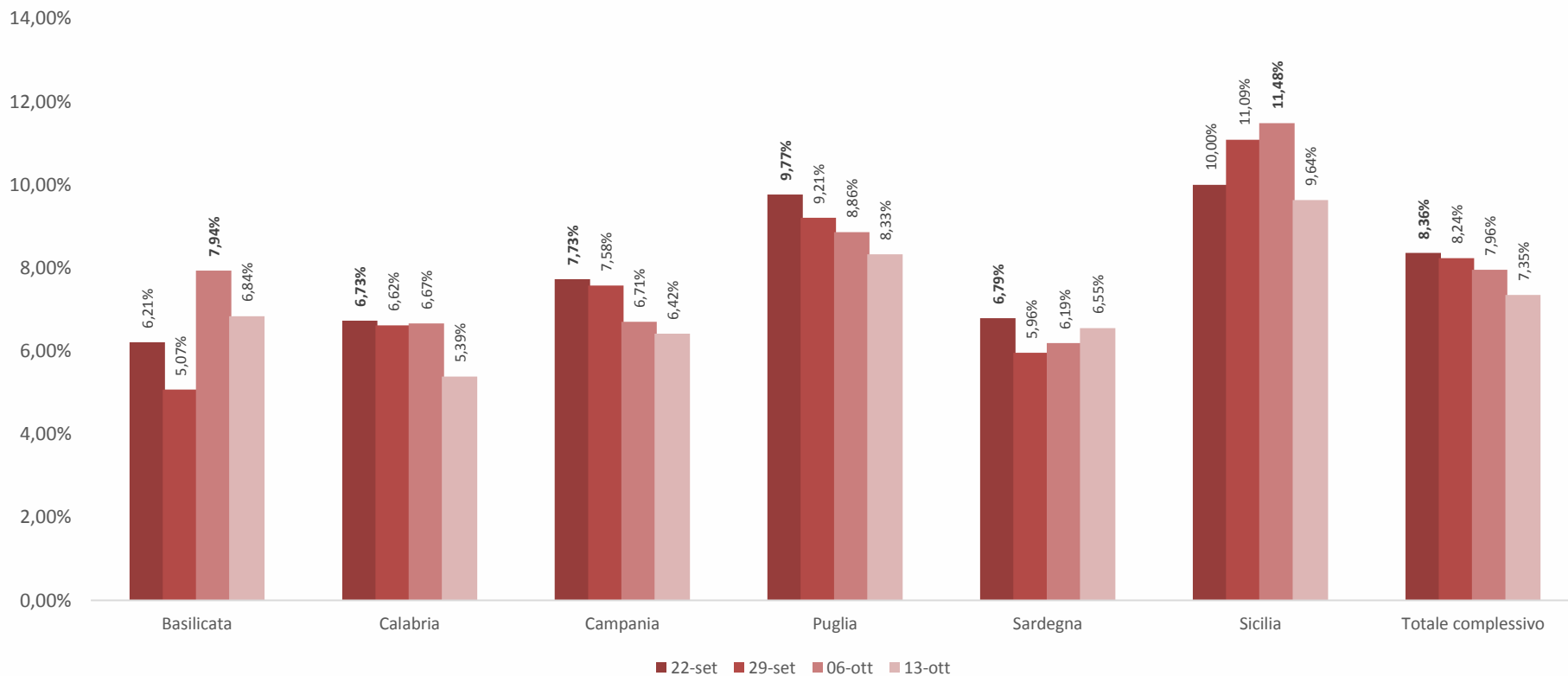


	Abruzzo	Lazio	Marche	Molise	Umbria	Totale complessivo
22-set	7,95%	8,51%	4,09%	4,58%	6,82%	<b>7,93%</b>
29-set	6,47%	10,20%	3,71%	4,44%	8,08%	<b>9,11%</b>
06-ott	8,22%	9,87%	3,56%	2,17%	6,68%	<b>8,85%</b>
13-ott	9,59%	9,20%	4,73%	4,76%	5,30%	<b>8,40%</b>

## Commento

Nelle Regioni del Centro si registra un andamento in diminuzione durante l'ultima settimana nel Lazio, e in Umbria. Nelle Marche l'indicatore subisce una variazione in aumento. Si segnala in Abruzzo un trend crescente durante l'ultima settimana ed in Molise un trend decrescente nella penultima settimana ed un significativo aumento durante gli ultimi 7 giorni.

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

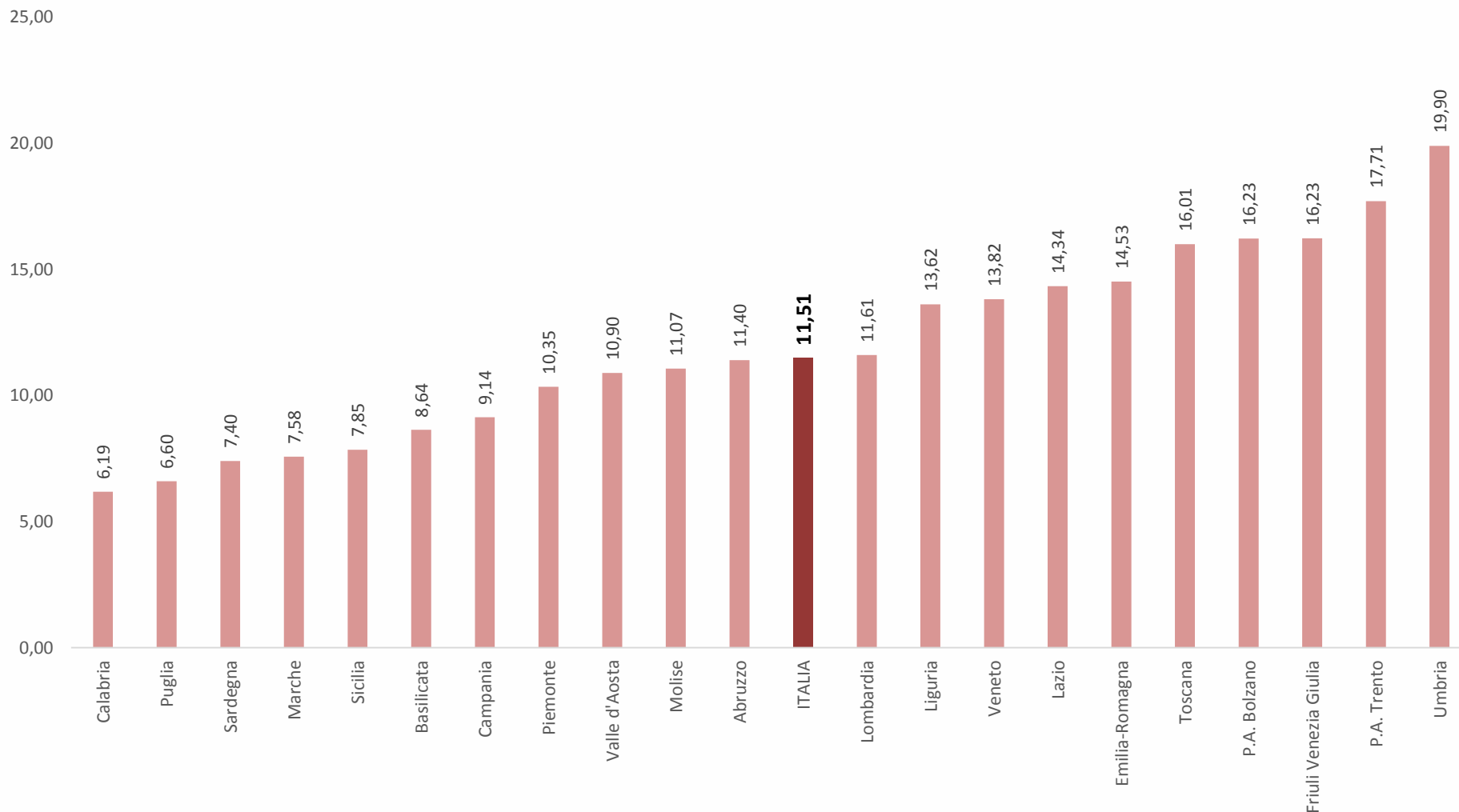


	Basilicata	Calabria	Campania	Puglia	Sardegna	Sicilia	Totale complessivo
22-set	6,21%	6,73%	7,73%	9,77%	6,79%	10,00%	<b>8,36%</b>
29-set	5,07%	6,62%	7,58%	9,21%	5,96%	11,09%	<b>8,24%</b>
06-ott	7,94%	6,67%	6,71%	8,86%	6,19%	11,48%	<b>7,96%</b>
13-ott	6,84%	5,39%	6,42%	8,33%	6,55%	9,64%	<b>7,35%</b>

## Commento

Si registra un trend in diminuzione in Calabria, Basilicata, Puglia, Campania e Sicilia durante l'ultima settimana. La Sardegna registra un andamento in lieve aumento durante l'ultima settimana. Il valore medio espresso dall'indicatore per quanto riguarda le regioni del Sud è pari a 7,35%.

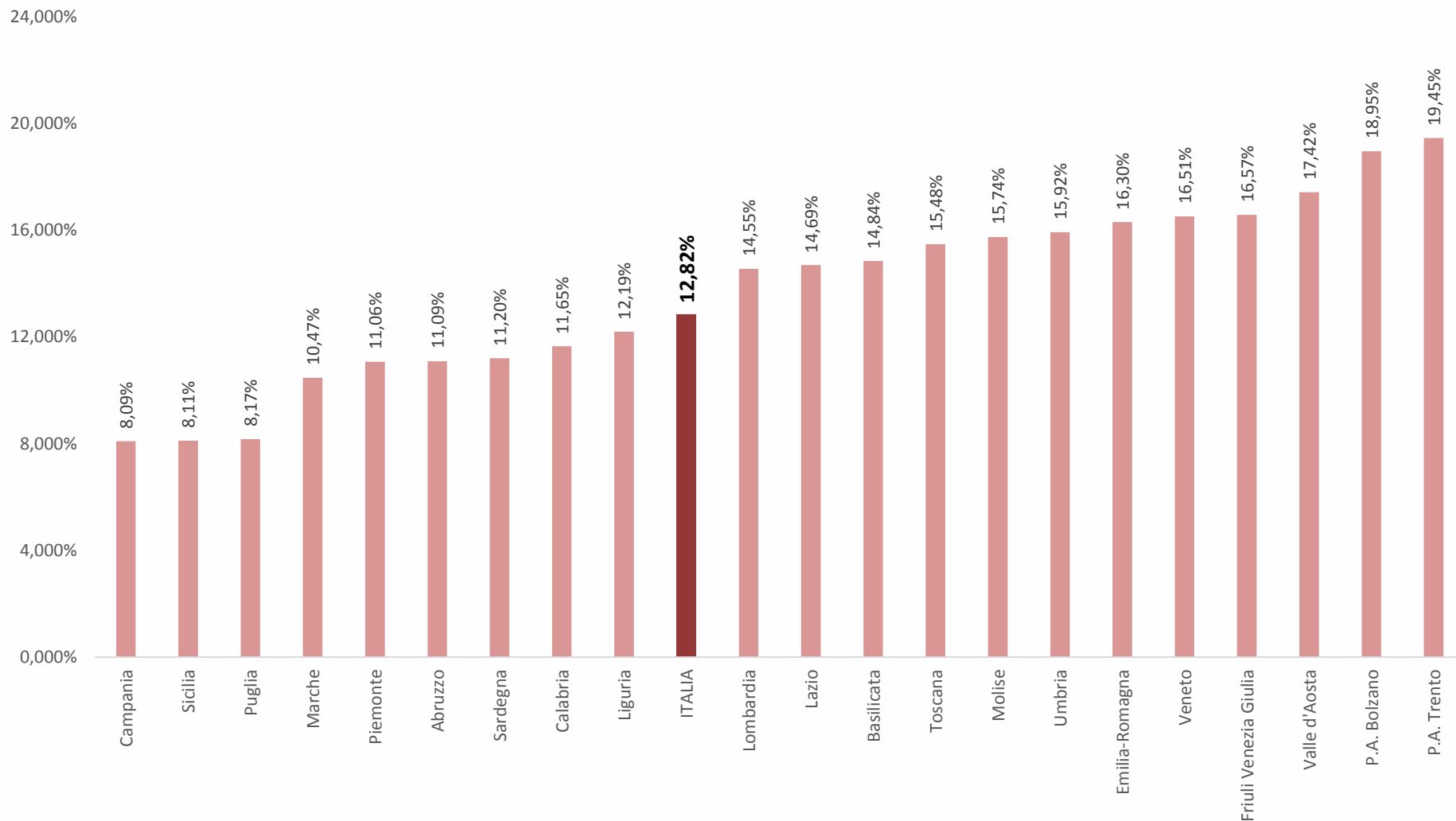
# Indicatore 3.3. Tasso settimanale nuovi tamponi x 1.000 ab



## Commento

Relativamente al tasso settimanale di nuovi tamponi, i valori più alti vengono registrati in Umbria e nella P.A. di Trento. Il valore più basso viene registrato nella Regione Calabria (6,19). In media in Italia viene registrato un valore di 11,51 (la scorsa settimana era di 10,13) tamponi effettuati su 1.000 abitanti nella settimana dal 06/10/2020 al 13/10/2020.

# Indicatore 3.4. Popolazione sottoposta al test su residenti

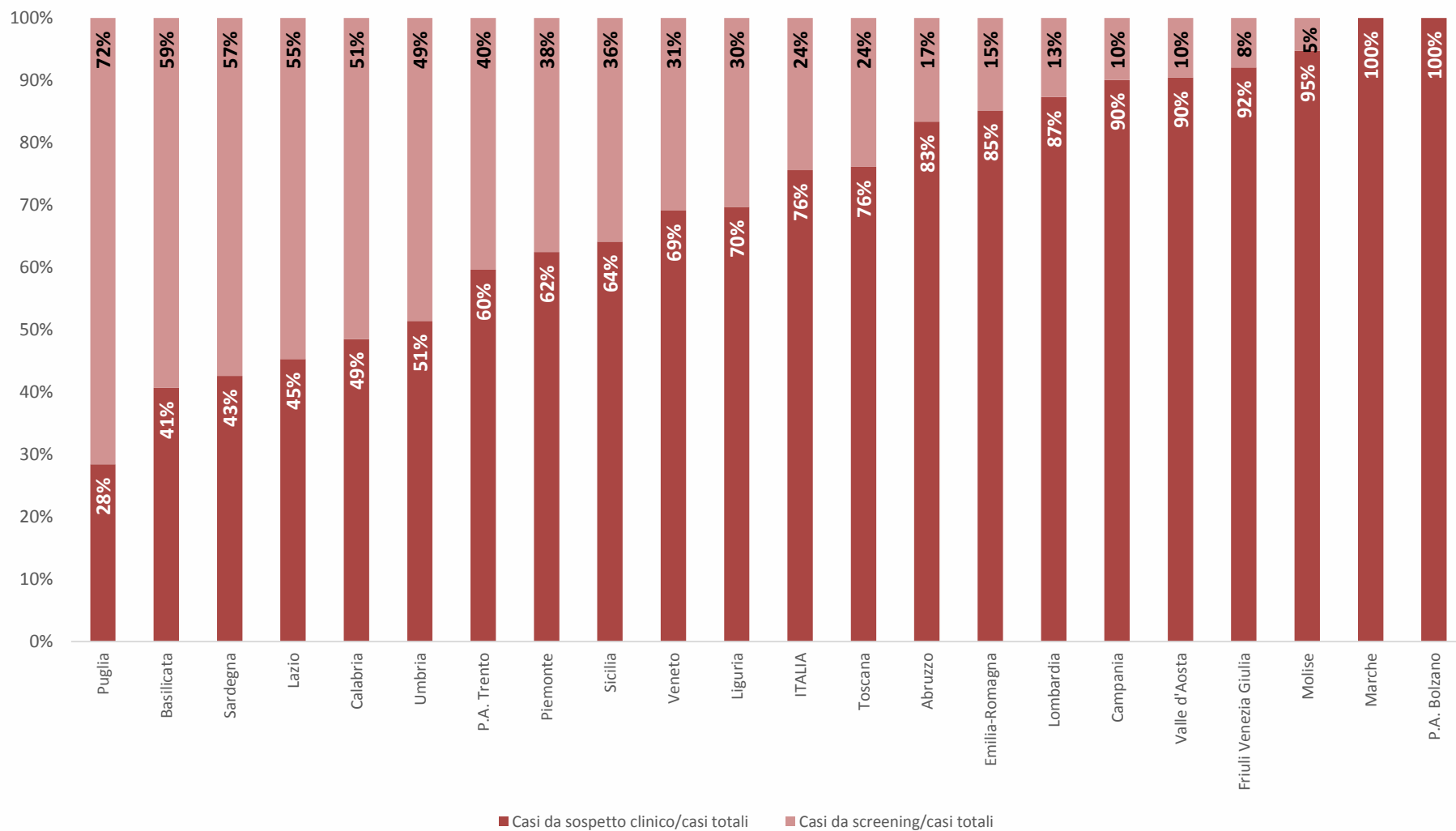


## Commento

In termini di testati su residenti totali le P.A di Trento e Bolzano, e la Valle d'Aosta registrano i valori più elevati, rispettivamente 19,45%, 18,95%, 17,42%. In Italia i testati su residenti in media rappresentano il 12,82%.



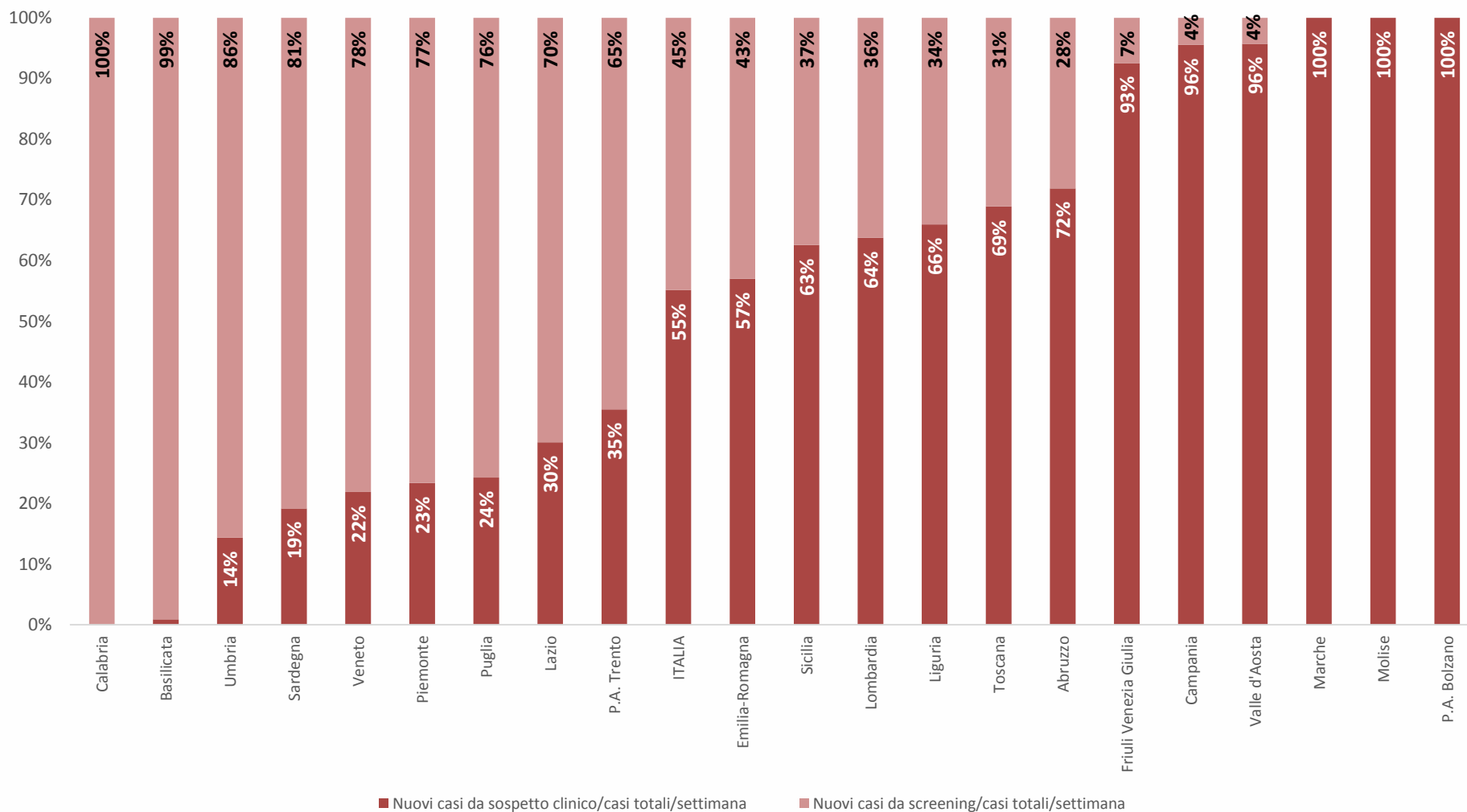
## Indicatore 3.5. Casi da sospetto clinico/casi totali & Casi da screening/casi totali



### 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 (28,42%). Nella maggior parte delle Regioni la quasi totalità dei casi accertati di COVID-19 risulta diagnosticata a partire dal sospetto clinico.

## Indicatore 3.6. Nuovi casi da sospetto clinico/casi totali & Nuovi casi da screening/casi totali

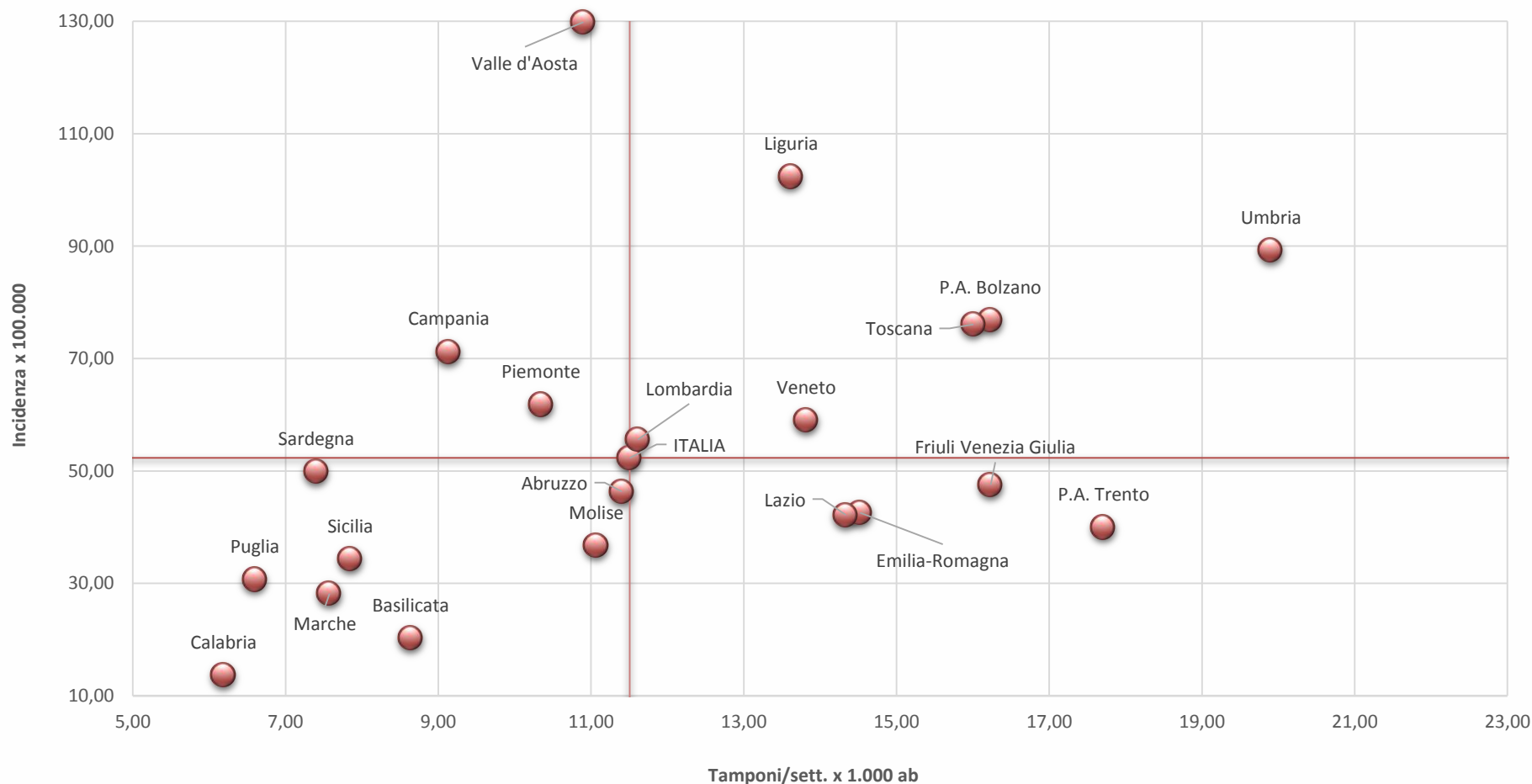


### Commento

Nella maggior parte delle Regioni solo una minoranza dei casi accertati di COVID-19 risulta diagnosticata a partire dai test di screening. Nella maggior parte delle Regioni la quasi totalità dei nuovi casi accertati di COVID-19 risulta diagnosticata a partire dal sospetto clinico ad eccezione della Calabria, della Basilicata e dell'Umbria.



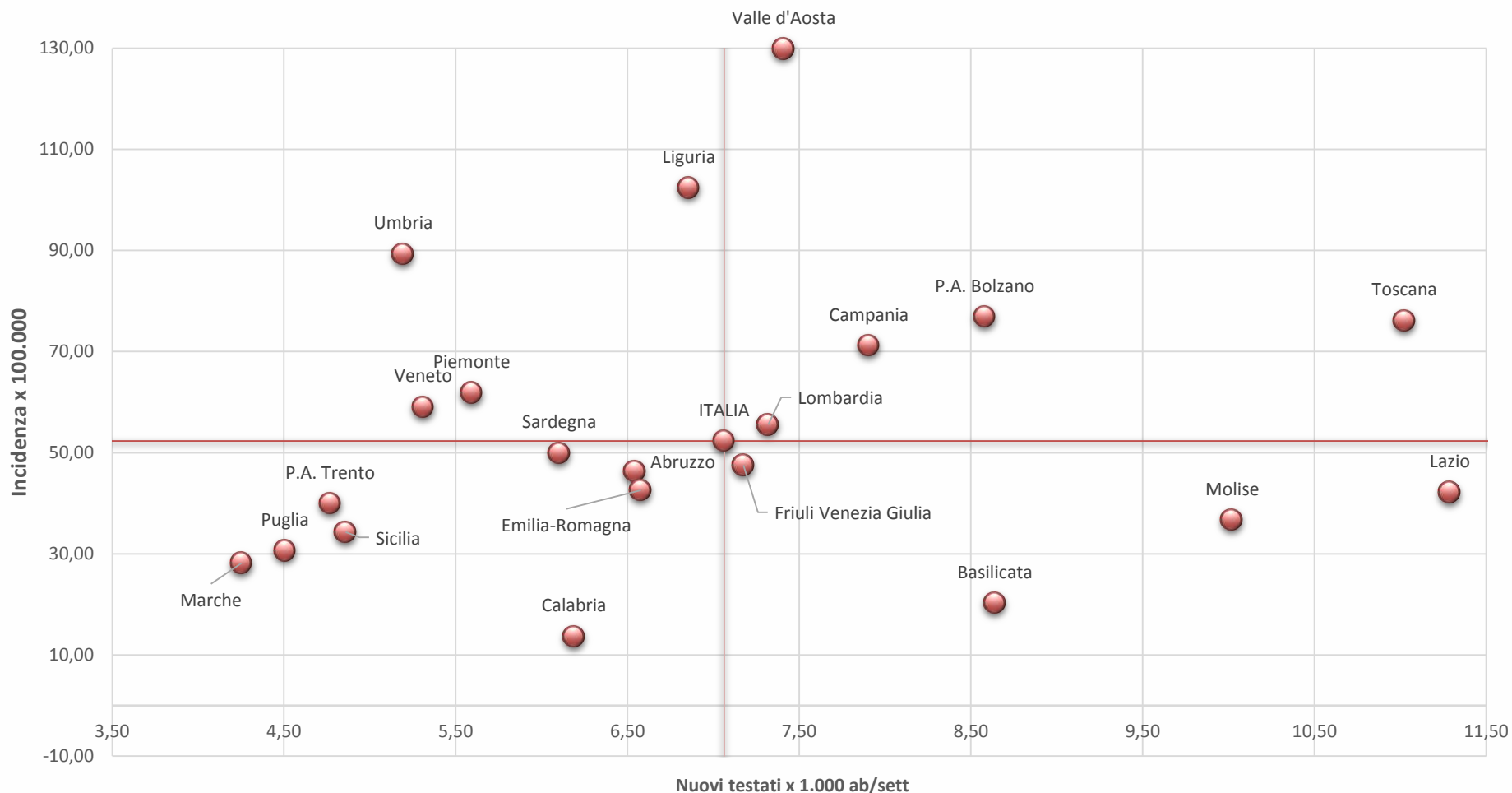
## Indicatore 3.7. Relazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N° tamponi effettuati per 1.000 abitanti



### 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 al di sopra della media nazionale ed in linea con i casi registrati risultano essere, in particolare, Liguria, Veneto, le P.A di Bolzano, l'Umbria e la Toscana.

# 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, le P.A di Bolzano, la Campania, la Toscana la Lombardia e la Valle d'Aosta hanno effettuato un numero di tamponi in linea con l'incidenza effettiva del virus.

# Indicatore 3.9. 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](#)

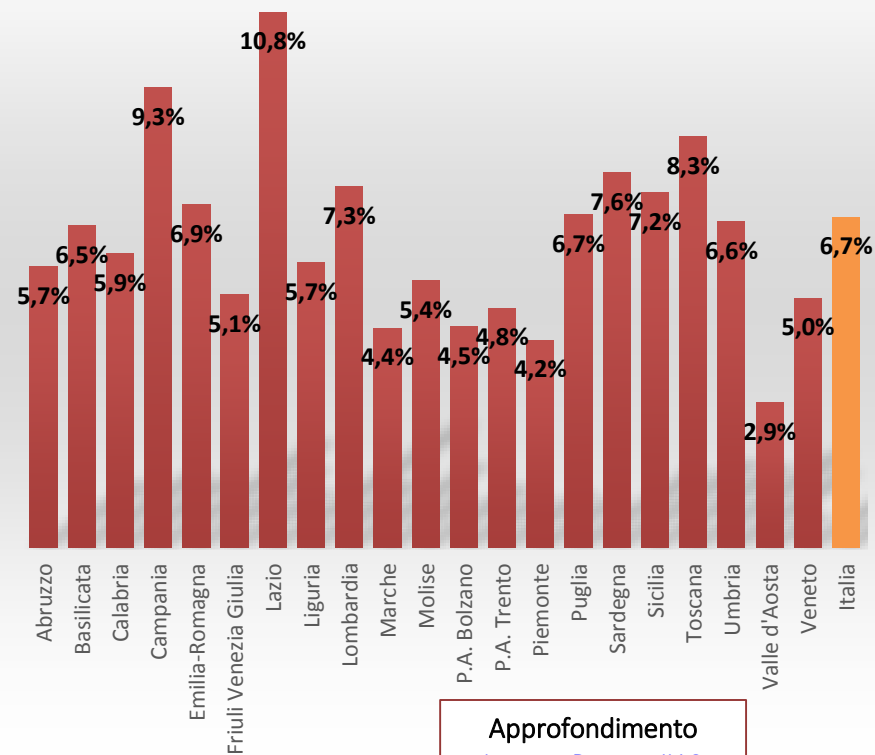


## Indicatore 3.9.1. Costi dei tamponi



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)



Approfondimento  
[Instant Report #18](#)

### 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 3.10. 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
	n. 481 - 5 agosto 2020	formalizza l'utilizzo di televisite per pazienti già in carico e le relative tariffe, uguali a quelle delle visite in presenza
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 tele sorveglianza 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, registrazione e tariffazione
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
Valle d'Aosta	31/07/2020	Formalizzata l'autorizzazione alle aziende pubbliche e private accreditate di erogare servizi di telemedicina e teleassistenza, secondo quanto definito nelle Linee Guida Nazionali
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 Guida Nazionali



# Indicatore 3.11. 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 + 22.38%.	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 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 <b>sospese/rinviate</b> i cui volumi vengono evidenziati come problematici</li> <li>• Ridefinire le priorità per un ritorno graduale a regime garantendo percorsi clinici in sicurezza per i pazienti non-COVID</li> <li>• Definire chiaramente e in maniera condivisa il ruolo della telemedicina a regime</li> <li>• Prevedere l'adattamento delle strategie ed iniziative all'evoluzione della diffusione del COVID-19</li> </ul>				

Approfondimento  
[Instant Report #17](#)



# Indicatore 3.11. 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	





## Aggiornamenti

- EMA approva l'uso del [desametasone nei pazienti COVID-19](#) sottoposti a ossigeno o ventilazione meccanica
- EMA ha avviato la valutazione della [domanda di AIC di Dexamethasone Taw](#)
- [Vaccini influenzali](#) per la stagione 2020-2021

## Vaccini COVID-19

1. EMA avvia la [prima revisione ciclica](#) sviluppato da AstraZeneca in collaborazione con l'Università di Oxford.
2. EMA avvia la [seconda revisione ciclica](#) noto come BNT162b2, sviluppato da BioNTech in collaborazione con Pfizer.

Link WHO: <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>



# Indicatore 3.13. 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 3.13.1. Approfondimento sui test rapidi scuola



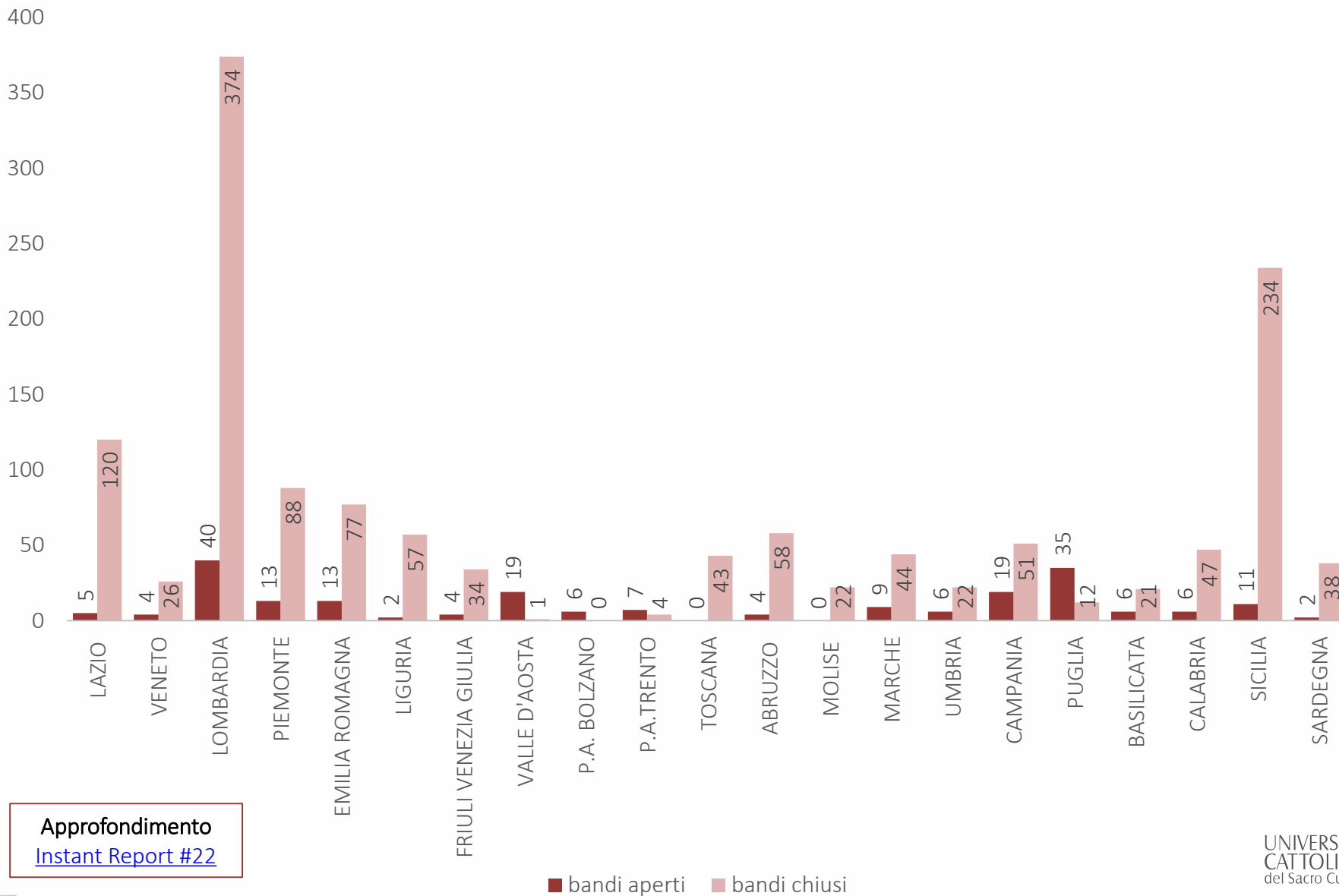
- Pur confermando come, allo stato attuale, il test molecolare rimanga tuttora il test di riferimento per la diagnosi di SARS-CoV-2, i test antigenici rapidi su tampone naso-faringeo possono essere utili in determinati contesti, come lo screening rapido di numerose persone (es. porti e aeroporti).
- A tal proposito, il ministero della Salute, con la circolare DGPREV del 29 settembre 2020, ha evidenziato l'utilità dei test antigenici rapidi come strumento di prevenzione nell'ambito del sistema scolastico.
- L'utilizzo dei test antigenici rapidi, seppure considerando i possibili limiti nelle caratteristiche del test (es. scarsa sensibilità), difatti, potrà anche in ambito scolastico accelerare la diagnosi di casi sospetti di COVID-19.
- La frequenza di episodi febbrili nella popolazione scolastica nel periodo autunnale e invernale sarà infatti presumibilmente molto elevata e sarà necessario ricorrere spesso alla pratica del tampone per escludere in tempi rapidi la possibilità che si tratti di COVID-19 e per individuare rapidamente i casi, isolarli e rintracciarne i contatti, facilitando la decisione di applicare o meno misure quarantenarie in tempi brevi e con un risparmio notevole di risorse, evitando un eccessivo sovraccarico dei laboratori di riferimento.
- Al contrario, i test antigenici e molecolari su campioni di saliva, allo stato attuale delle conoscenze, difficilmente si prestano allo screening rapido di numerose persone, in quanto richiedono un laboratorio attrezzato.

## **Fornitura di 5 milioni di test rapidi per la rilevazione qualitativa di antigeni specifici da SARS-CoV-2**

- Sul sito della Presidenza del Consiglio dei Ministri è pubblicata la Richiesta pubblica di offerta in procedura semplificata e di massima urgenza per la fornitura di cinque milioni di test rapidi per la rilevazione qualitativa di antigeni specifici di SARS-CoV-2 presenti su tampone nasofaringeo o campione salivare, compatibili con l'utilizzo come POCT.
- La Richiesta pubblica di Offerta è effettuata dal Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e il contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19. Le offerte dovranno essere presentate entro le ore 18.30 di giovedì 8 ottobre 2020.

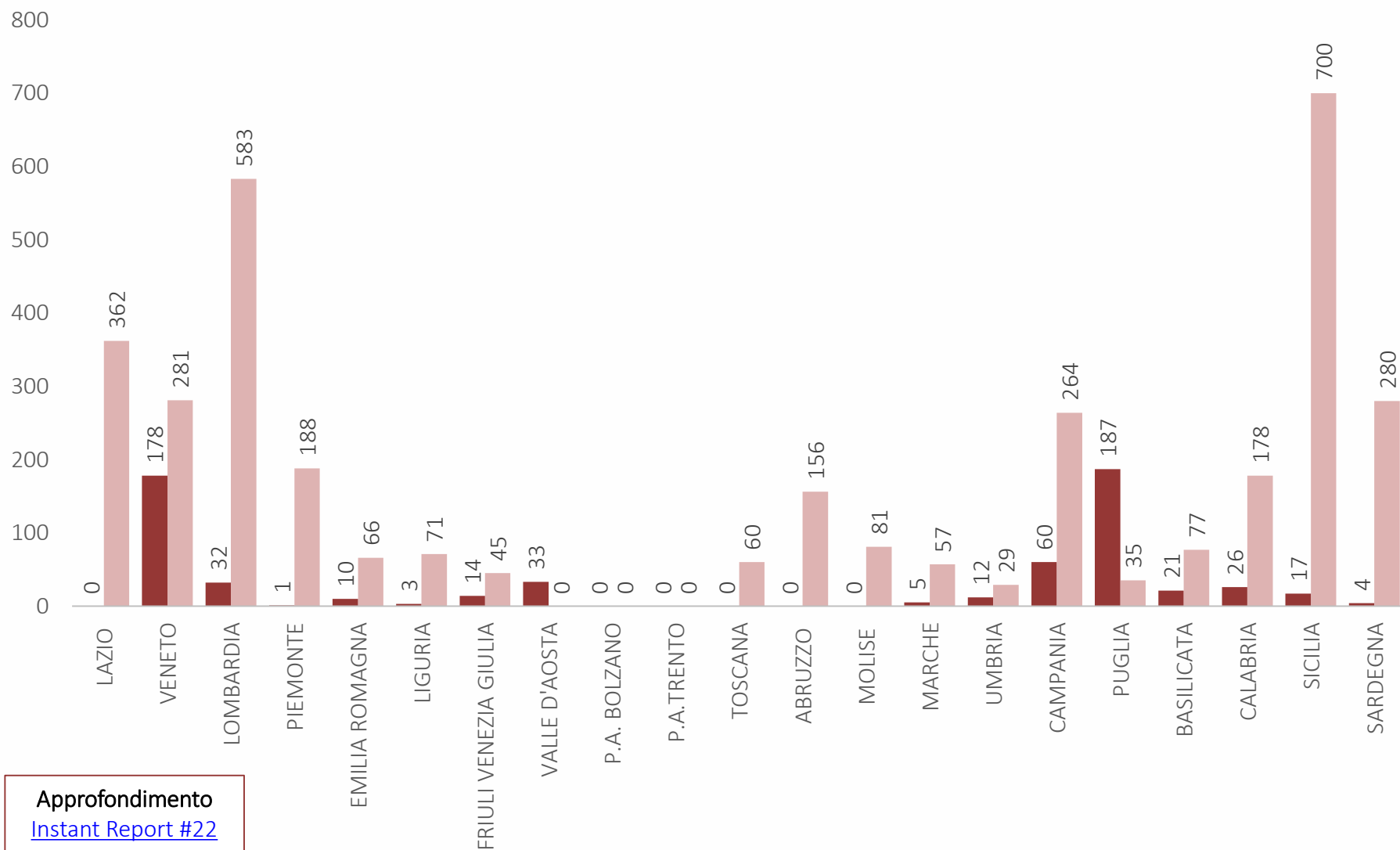


# Indicatore 3.14. Numero di Bandi per personale medico



**Approfondimento**  
[Instant Report #22](#)

# Indicatore 3.15. Unità di personale medico aggiuntivo

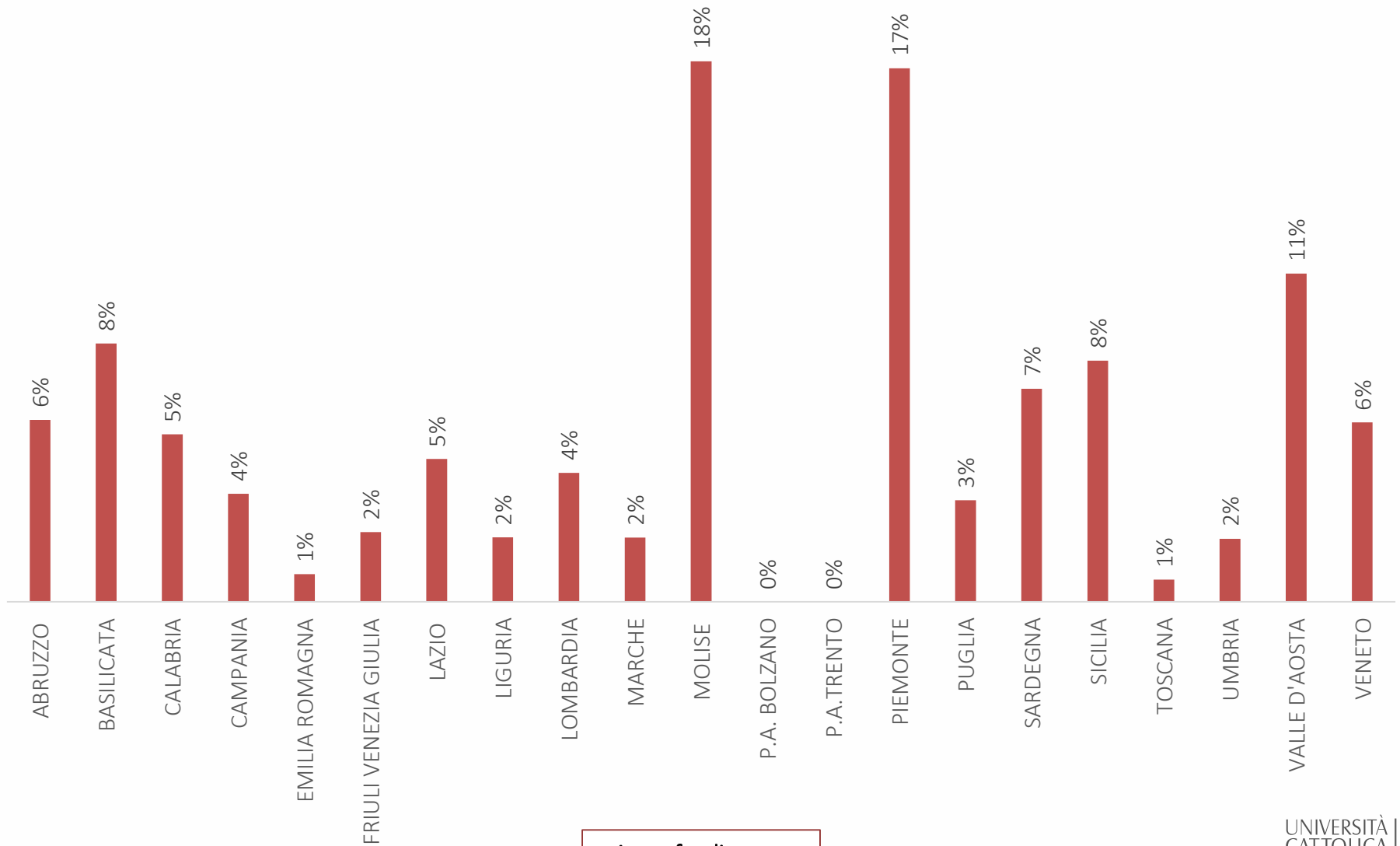


**Approfondimento**  
[Instant Report #22](#)

■ Personale in reclutamento (bandi aperti)      ■ Personale già reclutamento (bandi chiusi)



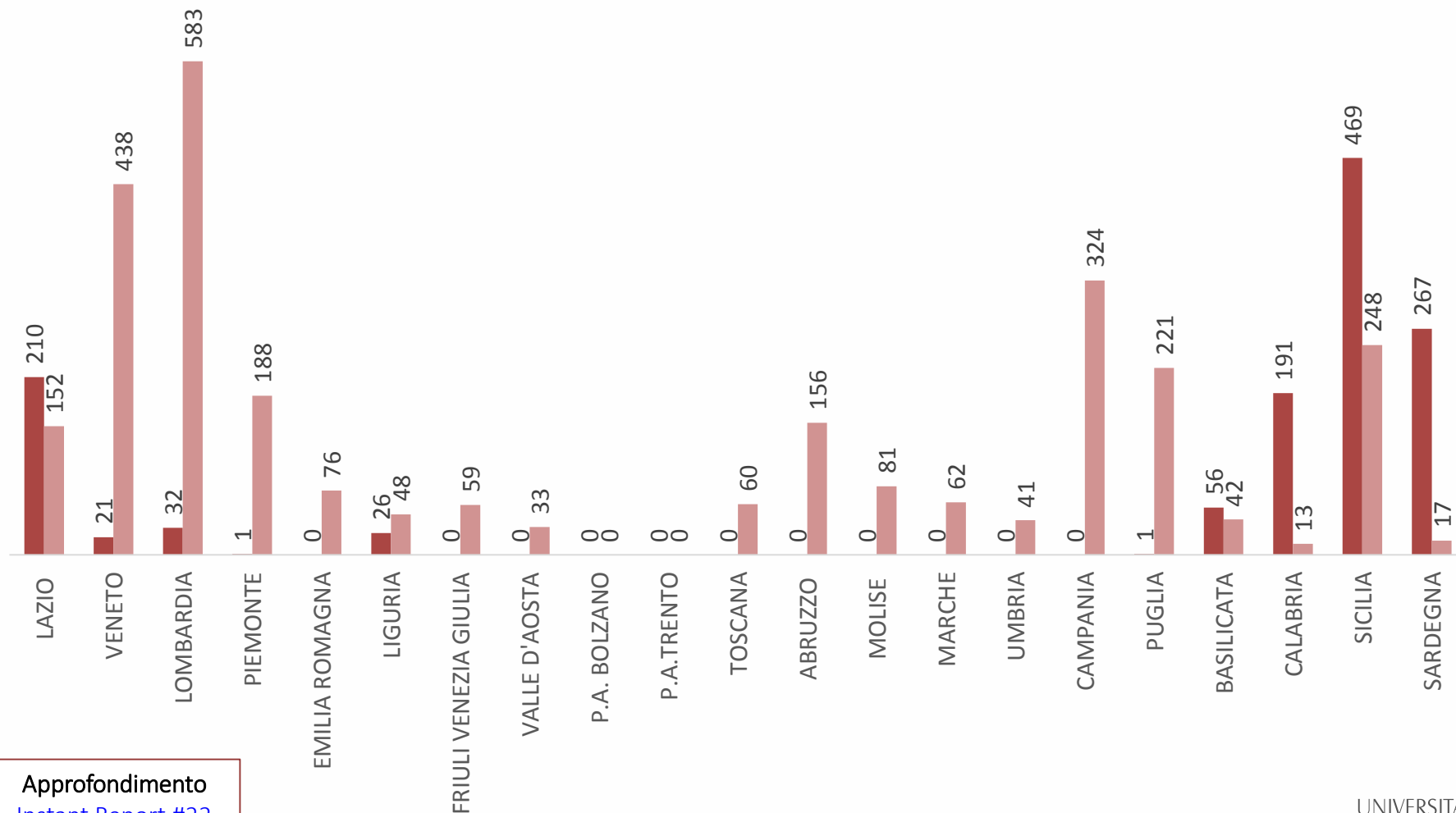
# Indicatore 3.16. Incremento % di personale medico



Approfondimento  
[Instant Report #22](#)



# Indicatore 3.17. Unità di personale medico aggiuntivo per tipologia di bando (esplicito riferimento ad emergenza covid)



**Approfondimento**  
[Instant Report #22](#)



## Indicatore 3.18. Confronto tra acquisizione di personale con specializzazione legata all'emergenza covid-19 e personale non



	Regioni in piano di rientro	Regioni <b>NON</b> in piano di rientro
Assunzioni strutturali specialità mediche <b>connesse</b> con l'emergenza Covid-19	<b>44%</b>	<b>48%</b>
Assunzioni strutturali specialità mediche <b>NON connesse</b> con l'emergenza Covid-19	<b>56%</b>	<b>52%</b>

Incremento borse di specializzazione specialità mediche connesse con l'emergenza Covid-19

**100%**

Incremento borse di specializzazione specialità mediche NON connesse con l'emergenza Covid-19

**65%**

### Commento

La matrice mostra i diversi approcci all'acquisizione di personale strutturale a tempo determinato o indeterminato da parte delle regioni. L'analisi dei bandi espletati o in via di espletamento rileva approcci leggermente diversi.

Le regioni non in piano di rientro hanno dedicato il 48% dei nuovi posti a specializzazioni mediche legate all'emergenza COVID-19 (Anestesia e rianimazione; malattie apparato respiratorio; malattie infettive; medicina d'urgenza; medicina interna; microbiologia e virologia; sanità pubblica) ed il restante 52% ad altre specialità. Al contrario, le Regioni in piano di rientro hanno sfruttato l'occasione per rinforzare il personale non legato direttamente all'emergenza COVID-19, ridotto dal blocco del turn over, in maniera maggiore rispetto (56%) rispetto a quello legato all'emergenza COVID-19.



## Indicatore 3.19. Confronto tra PL TI e numero di Anestesisti



Regione	Anestesisti e Rianimatori /PL TI (pre DL34)	Anestesisti e Rianimatori /PL TI (post DL34)	differenza
Abruzzo	2.4	1.7	-0.7
Basilicata	2.5	1.6	-0.9
Calabria	2.4	1.4	-1.0
Campania	3.4	2.1	-1.3
Emilia Romagna	2.1	1.5	-0.6
Friuli Venezia Giulia	2.8	2.0	-0.8
Lazio	2.4	1.7	-0.7
Liguria	2.8	1.9	-0.9
Lombardia	2.3	1.5	-0.8
Marche	2.6	1.4	-1.2
Molise	2.0	1.7	-0.3
P.A. Bolzano	3.3	1.7	-1.5
P.A. Trento	3.1	1.6	-1.5
Piemonte	3.0	1.6	-1.4
Puglia	2.7	1.5	-1.2
Sardegna	3.0	1.9	-1.0
Sicilia	2.8	1.7	-1.1
Toscana	2.4	1.6	-0.8
Umbria	2.9	1.6	-1.2
Valle d'Aosta	3.5	1.8	-1.7
Veneto	1.9	1.6	-0.3
<b>Italia</b>	<b>2.5</b>	<b>1.6</b>	<b>-0.9</b>

### Commento

La tabella confronta il rapporto tra il numero di anestesisti e rianimatori per posto letto in terapia intensiva prima e dopo l'implementazione di posti letti in terapia intensiva previsti dal DL34 e l'acquisizione di nuovo personale a valle di bandi per l'acquisizione di personale medico.

Prima dell'emergenza sanitaria il rapporto in Italia tra anestesisti e rianimatori e posti letto di TI era di 2,5. In altre parole ogni posto letto c'erano 2,5 unità di personale. Se consideriamo la risposta strutturale delle regioni, ovvero l'acquisizione di personale tramite bandi per posizioni a tempo indeterminato e determinato, e l'incremento di posti letto previsto dal DL34 il rapporto scende a 1.6 (-0.9), con rimarcate differenze regionali.

Il valore più basso dell'indicatore in questione misurato post DL 34 ed implementazione di personale si registra per Calabria e Marche: 1,4 anestesisti per posto letto di terapia intensiva. Al contrario la regione che mantiene il rapporto più alto è il Friuli Venezia Giulia con 2 unità per posto letto.

Se consideriamo la riduzione del suddetto rapporto, la regione che registra la riduzione più alta è la Valle d'Aosta (- 1.7), passando da 3,5 anestesisti e rianimatori per posto letto prima dell'emergenza a 1,8.

Al contrario, Veneto e Molise registrano il decremento minore passando rispettivamente da 1.9 a 1.6 e da 2.0 a 1.7.





## Indicatore 3.20. Tasso di saturazione dei PL di Terapia Intensiva al 14 ottobre 2020



Regione	Saturazione con livello posti letto T.I. PRE DL 34/2020	Saturazione con livello posti letto T.I. POST DL 34/2020	Incremento 07/19 – 14/10 PL TI PRE DL 34/2020	Incremento 07/10 – 14/10 PL TI POST DL 34/2020
Abruzzo	12.2%	7.9%	7.3%	4.8%
Basilicata	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Calabria	0.7%	0.4%	0.0%	0.0%
Campania	18.2%	11.1%	2.7%	1.6%
Emilia Romagna	7.8%	5.5%	4.7%	3.3%
Friuli Venezia Giulia	9.2%	6.3%	4.2%	2.9%
Lazio	14.9%	10.1%	6.5%	4.4%
Liguria	19.3%	12.2%	3.3%	2.1%
Lombardia	7.4%	4.4%	2.8%	1.7%
Marche	7.0%	3.6%	2.6%	1.4%
Molise	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
P.A. Bolzano	8.1%	3.9%	5.4%	2.6%
P.A. Trento	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Piemonte	10.1%	5.3%	5.5%	2.9%
Puglia	7.6%	4.0%	0.0%	0.0%
Sardegna	19.4%	11.4%	5.2%	3.1%
Sicilia	11.7%	6.8%	4.5%	2.6%
Toscana	13.4%	8.6%	5.2%	3.4%
Umbria	17.4%	9.4%	5.8%	3.1%
Valle d'Aosta	30.0%	16.7%	20.0%	11.1%
Veneto	7.1%	5.0%	3.8%	2.7%
<b>Italia</b>	<b>10.5%</b>	<b>6.4%</b>	<b>3.9%</b>	<b>2.4%</b>

### Commento

La tabella mostra il tasso di saturazione delle terapie intensive al **14 ottobre 2020**. L'indicatore misura la saturazione sia in riferimento al numero di posti letto in dotazione alle Regioni prima del DL 34 che considerando le nuove implementazioni previste nei piani regionali di riorganizzazione della rete ospedaliera (DL34/2020).

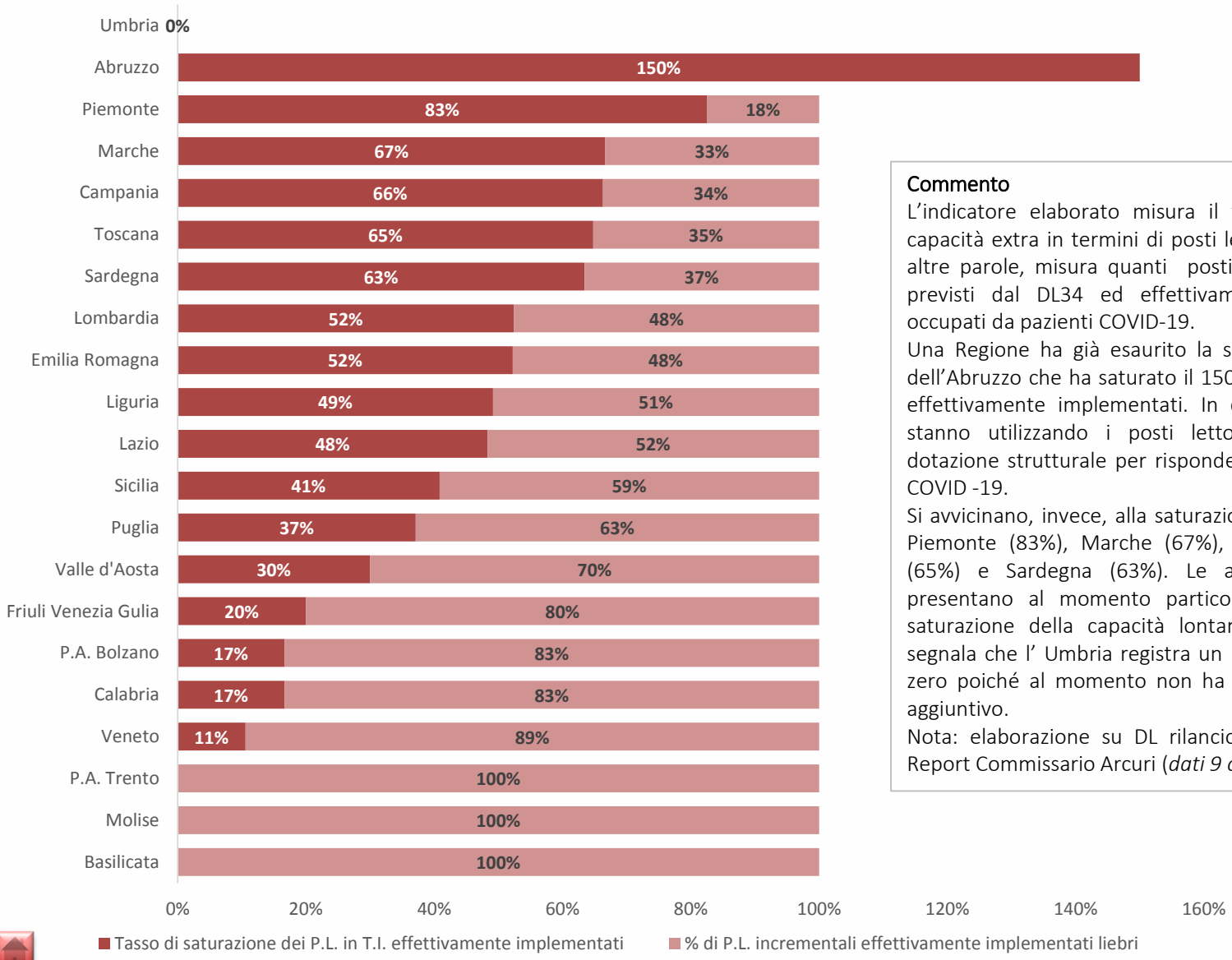
Le Regioni con il tasso di saturazione più alto sono: Valle d'Aosta, Sardegna, Liguria e Campania. In particolare, se consideriamo la dotazione di posti letto originaria, ovvero prima dei piani regionali di riorganizzazione della rete ospedaliera, il 30% dei posti letto di terapia intensiva in Valle D'Aosta, il 19,4% in Sardegna, il 19,3 in Liguria e il 18,2 Campania sono occupati da pazienti Covid-19. Le suddette percentuali scendono rispettivamente al 16,7%, 11,4%, 12,2% e 11,1% se prendiamo in considerazione la dotazione prevista in risposta ai dettami del 34/2020.

Il tasso di saturazione medio calcolato sull'intera penisola è del 10,5% se consideriamo la dotazione pre DL 34 e del 6,4% se, invece, teniamo in considerazione i nuovi posti letto di TI, in aumento rispetto al precedente aggiornamento di 3,9 (situazione PRE DL 34) o 2,4 (situazione POST DL 34) punti percentuali.

Per quanto riguarda l'incremento del tasso di saturazione rispetto all'aggiornamento della settimana precedente, le percentuali più alte si registrano in Valle d'Aosta, Abruzzo e Lazio.



# Indicatore 3.21. Tasso di saturazione della capacità aggiuntiva di P.L. di Terapia Intensiva al 14 ottobre 2020



### Commento

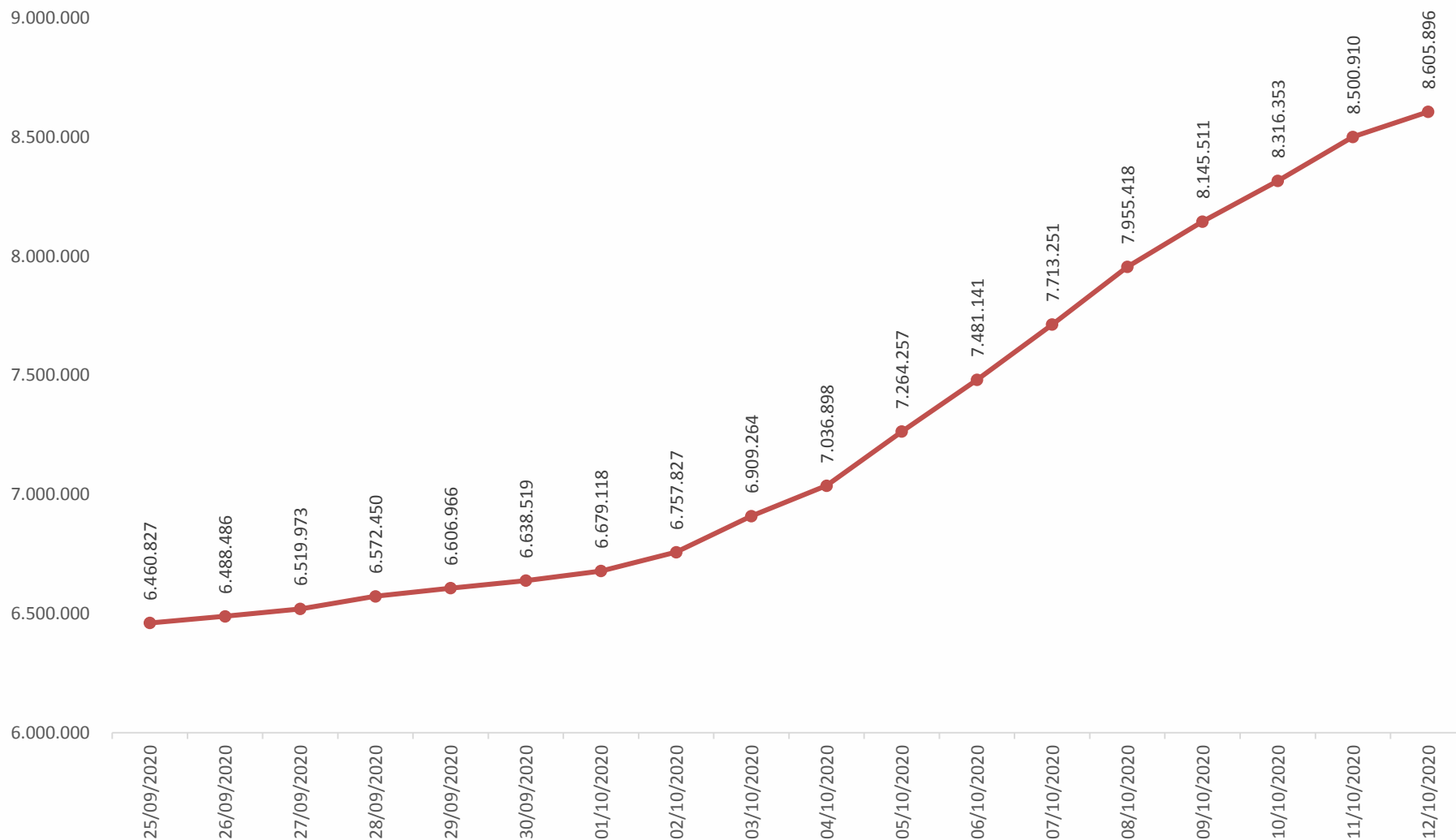
L'indicatore elaborato misura il tasso di saturazione della capacità extra in termini di posti letto di terapia intensiva. In altre parole, misura quanti posti letto di terapia intensiva, previsti dal DL34 ed effettivamente implementati, sono occupati da pazienti COVID-19.

Una Regione ha già esaurito la suddetta capacità. Si tratta dell'Abruzzo che ha saturato il 150% dei posti letto aggiuntivi effettivamente implementati. In questa Regione, quindi, si stanno utilizzando i posti letto di terapia intensiva in dotazione strutturale per rispondere alle esigenze dei malati COVID-19.

Si avvicinano, invece, alla saturazione della capacità massima Piemonte (83%), Marche (67%), Campania (66%), Toscana (65%) e Sardegna (63%). Le altre regioni italiane non presentano al momento particolari criticità, con tassi di saturazione della capacità lontani dal valore massimo. Si segnala che l' Umbria registra un tasso di saturazione pari a zero poiché al momento non ha implementato alcun posto aggiuntivo.

Nota: elaborazione su DL rilancio, Dati Protezione Civile e Report Commissario Arcuri (dati 9 ottobre 2020)

# Indicatore 3.22. Serie storica download Immuni



## Commento

Il grafico mostra l'andamento dei download eseguiti dell'app «Immuni». Si segnala un significativo trend in crescita a partire dal 2 ottobre 2020. In particolare si segnala un differenziale dei download pari a 1.124.755 nella settimana dal 6/10 al 13/10 (+15,03%).



# Analisi a livello aziendale

(Voci dal campo e buone pratiche)





## 1. Pratiche di governo nella rete dei servizi locali

AUSL Bologna (IR#8), AUSL e AOU Parma (IR#10), AULSS 7 Pedemontana (IR#10), ATS Brescia (IR#13), ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda (IR#15), AUSL Imola (IR#17)

## 2. Pratiche di riorganizzazione intra-organizzativa

Ospedale di Sassuolo (IR#9), ASST Pini CTO (IR#11), Fond. Pol. Univ. Agostino Gemelli IRCCS (IR#12), ASST Lodi (IR#14), Istituto Nazionale Tumori (IR#16), AUSL Reggio-Emilia (IR#16), ASP Crotone (IR#22), ASL Foggia (IR#23)

## 3. Pratiche di innovazione ed apprendimento nelle funzioni di staff

Fondazione Poliambulanza (IR#13), AOU Modena (IR#15), Policlinico San Martino (IR#16)



# Gruppo 1: *overview delle pratiche di governo nella rete dei servizi locali*



## **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



## Gruppo 2: overview delle pratiche di riorganizzazione intra-organizzativa



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

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

### AUSL di Reggio-Emilia ([IR#20](#))

L'esperienza dell'AUSL di Reggio Emilia: processi di integrazione nella presa in carico dei pazienti/soggetti Covid-19

### ASL di Foggia ([IR#223](#))

Telemedicina per seguire i pazienti COVID e per assicurare la continuità di assistenza e cura ai pazienti non-COVID

### ASP di Crotone ([IR#22](#))

L'esperienza dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone: il processo di riorganizzazione

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

L'esperienza dell'ospedale Covid Gemelli



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

Vivere e lavorare post Covid-19

**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





# Indicatore 4.1. Voci dal campo

Telemedicina per seguire i pazienti COVID e per assicurare la continuità di assistenza e cura ai pazienti non-COVID nella ASL di Foggia (1/3)



## Contesto

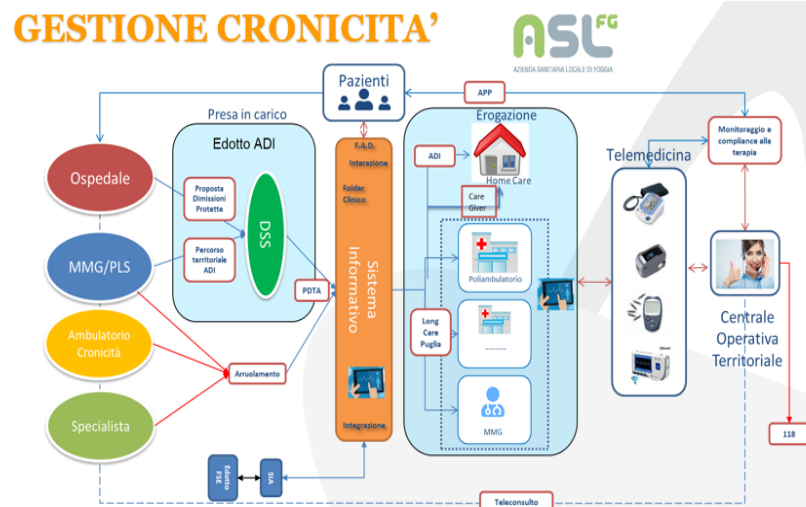
“**Diomedee**” (denominazione alternativa delle Isole Tremiti, le più difficili da raggiungere nel territorio della provincia di Foggia) è il nome di un progetto di informatizzazione avviato alla fine del 2019 per la gestione dei pazienti cronici della provincia di Foggia attraverso percorsi di cura multi-professionali, capaci di favorire la continuità di cura, il controllo e la stabilizzazione della patologia, operando in proattività e in prossimità. Si basa su un modello organizzativo già studiato e sperimentato in precedenza, basato sulla collaborazione territoriale tra i diversi operatori sanitari sul territorio (tramite una piattaforma di «presa in carico») e il paziente stesso (o il suo care-giver) e su una “Scheda Clinica Multi-professionale” informatizzata. Una Centrale Operativa Territoriale (COT) fornisce supporto costante al paziente e agli operatori sanitari, registra i dati, esegue il monitoraggio del percorso di cura e, in caso di necessità, attiva il “care-manager” o il MMG.

Le patologie croniche previste dal progetto Diomedee nella prima fase realizzativa riguardano lo scompenso cardiaco, l’ipertensione, il diabete, l’insufficienza respiratoria e le bronco-pneumopatie croniche ostruttive (BCPO).

Il progetto complessivo è stato disegnato per il supporto completo alla presa in carico del paziente, dalla definizione, gestione, controllo e valutazione del percorso individuale, alla collaborazione dei servizi sanitari e sociali, alla interazione con il paziente ed al monitoraggio del suo stato di salute anche con dispositivi di misurazione ed una app.

Il piano di realizzazione è stato strutturato secondo fasi successive auto-consistenti, tali da consentirne gradualmente l’utilizzo a supporto dei singoli processi e contesti, assicurando sempre l’integrazione con quanto già realizzato.

Aspetto fondamentale per questo obiettivo e per le evoluzioni future è l’integrazione di tutti i dati provenienti dalle diverse applicazioni in un Clinical Data Repository aziendale, a cui afferiscono anche tutti gli altri sistemi della ASL.



# Indicatore 4.1. Voci dal campo

Telemedicina per seguire i pazienti COVID e per assicurare la continuità di assistenza e cura ai pazienti non-COVID nella ASL di Foggia (2/3)



## Risultati

### Monitoraggio e gestione dei pazienti COVID

All'inizio dell'emergenza Covid-19, per affrontare le urgenze legate al nuovo scenario epidemiologico, la ASL ha deciso di allargare gli obiettivi il progetto Diomedee e di dare la priorità al monitoraggio dei pazienti Covid-19 positivi e dei pazienti ospiti nelle strutture residenziali territoriali con focolai attivi. La piattaforma di monitoraggio ha permesso di sorvegliare a distanza l'evoluzione del quadro clinico dei pazienti, attraverso l'integrazione di apparecchi elettromedicali per la misurazione automatizzata, tramite App, dei parametri di temperatura corporea, saturazione dell'ossigeno, pressione arteriosa, frequenza cardiaca ed elettrocardiogramma palmare o a 3 derivazioni, in una rete integrata che ha compreso:

- ✓ 29 Pazienti Covid-19 positivi in monitoraggio domiciliare mediante l'app MO'Care;
- ✓ 19 Pazienti della Casa di Riposo per anziani di Torremaggiore con la Cartella Elettronica;
- ✓ 26 Pazienti della RSA di Bovino con la Cartella Elettronica;
- ✓ 37 Pazienti dell'RSA Troia con la Cartella Elettronica;
- ✓ 73 Pazienti USCA con la Cartella Elettronica di cui uno in telemonitoraggio domiciliare.



### Continuità di cura ed assistenza ai pazienti non-COVID

Accanto alla gestione dei pazienti Covid mediante il sistema di monitoraggio, ci si è preoccupati di assicurare continuità di cura ed assistenza ai pazienti non-Covid: pazienti oncologici; pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI); pazienti in carico al Dipartimento di Salute Mentale (servizio di Neuropsichiatria Infantile, Centri di Salute Mentale e Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura); donne durante l'intero percorso nascita; pazienti in carico al Servizio di Diabetologia ed Endocrinologia.

A questo scopo, in attesa di estendere e diffondere il sistema Diomedee ad altre patologie e con altre funzionalità, per poter implementare soluzioni rapide e facilmente accessibili dai pazienti, si è deciso di ricorrere a piattaforme di comunicazione già disponibili e già conosciute dai pazienti (in particolare Skype, Zoom, WhatsApp), strutturate nell'ambito dei processi clinico- organizzativi adottati in presenza e definendo quelle misure necessarie per assicurare la sicurezza e la protezione dei dati personali. A tale scopo sono stati redatti ed approvati numerosi manuali operativi che definiscono le procedure per erogare televisite e teleconsulti nei diversi contesti e scenari. I protocolli realizzati ed altre informazioni sono liberamente disponibili sul sito [www.dati-sanita.it](http://www.dati-sanita.it)



# Indicatore 4.1. Voci dal campo

*Telemedicina per seguire i pazienti COVID e per assicurare la continuità di assistenza e cura ai pazienti non-COVID nella ASL di Foggia (3/3)*



## Apprendimento e piani per il futuro

L'individuazione (e la parziale sperimentazione) preliminare del modello organizzativo complessivo per la presa in carico del paziente sul territorio e la progettazione complessiva del sistema informativo secondo un'architettura aperta e in un'ottica di ampio periodo si sono confermate essere un aspetto fondamentale per poter procedere gradualmente e in sicurezza nella realizzazione del sistema informatico Diomedee e poterlo rapidamente focalizzare alla gestione dei pazienti Covid al momento dell'emergenza.

Analogamente essenziale è stata la scelta di individuare come elemento centrale dell'architettura un Clinical Data Repository aziendale, open-source e basato su una struttura standard (ISO 12967), in modo assicurare alla ASL in controllo del patrimonio informativo, non dipendere da singoli fornitori ed assicurare la disponibilità di tutte le informazioni necessarie ai processi, alle funzionalità ed alle tecnologie aggiuntive che sono state implementate per gestire i pazienti Covid, rendendo questi dati disponibili anche agli altri sistemi della ASL, che si stanno gradualmente collegando con il CDR

Questa strategia sarà perseguita sempre di più nel futuro, in modo da consentire la gestione di altri processi e l'utilizzo immediato di altre applicazioni (inclusi app e dispositivi) che si renderanno man mano disponibili sul mercato ed utili per la gestione integrata del percorso dei pazienti.

In quest'ottica il sistema Diomedee di evolverà secondo tre linee principali:

- Collegamento di nuovi canali erogatori: il progetto Diomedee prevede inizialmente determinati canali erogatori (ambulatori della cronicità, super-gruppi MMG, ADI, ospedali, home-care); progressivamente sarà possibile introdurre ulteriori provider (es. altri erogatori pubblici, privati accreditati, farmacie, etc.);
- Integrazione di nuove tecnologie: sistemi di supporto delle decisioni (AI), dispositivi di nuova generazione (IoT), etc.
- Estensione della piattaforma verso un contesto unitario per la gestione integrata della sanità territoriale, con l'aggiunta di aree sia informative che formative per pazienti ed operatori sanitari, che sarà messo a disposizione anche delle altre aziende sanitarie.

**Ringraziamenti** - Si ringrazia la ASL di Foggia, per la condivisione dell'esperienza, nelle persone di V.Piazzolla - Direttore Generale, T. Petrosillo - Dirigente S.I.A, G. De Gennaro- Dirigente Infermieristica, C.L. D'Errico Coordinatrice Infermieristica, S. Marconcini Coordinatore Infermieristico, P. Marra Collaboratore Tecnico S.I.A. , C. Maselli Collaboratore Tecnico S.I.A.



# Voci dal campo: overview Conessioni e supporti per la comunicazione digitale



## 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

Le vaccinazioni, in particolare le vaccinazioni anti-influenzale e anti-pneumococcica, 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.

In vista dell'inizio della campagna vaccinale antinfluenzale 2020/2021, si riportano le linee di programmazione sviluppate dalle Regioni sul tema vaccinale.



# Analisi della programmazione vaccinale – 1/3



Regione	Programmazione vaccinale
<b>Lombardia</b>	<p>Programmata la fornitura di vaccinazioni antinfluenzali e anti-pneumococciche per la campagna vaccinale 2020/2021. Con oltre 13 procedure aperte da marzo in poi, è stato ad ora aggiudicato un quantitativo di circa 2,9 mln di dosi di vaccino antinfluenzale. Attualmente in valutazione una procedura per la fornitura di altre 1,5 mln di dosi entro il 21 novembre.</p>
<b>Piemonte</b>	<p>Partirà il 26 ottobre la campagna di vaccinazione antinfluenzale. Sottoscritta la convenzione, a favore delle Aziende del Servizio Sanitario della Regione Piemonte e dell'Azienda USL Valle d'Aosta, per la fornitura di vaccino antinfluenzale inattivo tetravalente (Vaxigrip Tetra) per la campagna di vaccinazione stagione 2020-2021 con 1.100.000 dosi in capitolato per il Piemonte. Il vaccino è destinato ai soggetti a partire dai 6 mesi di età, a rischio perché affetti da patologie croniche predisponenti a complicanze, o per età, o perché appartenenti ad altre "categorie a rischio", come da raccomandazioni ministeriali. La vaccinazione antinfluenzale sarà gratuita anche nei soggetti over 60. Gratuita la vaccinazione contro lo pneumococco alle persone di 65 anni di età (nati negli anni 1952, 1953, 1954 e 1955) e ai soggetti con condizioni di rischio predisponenti secondo quanto stabilito dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019. Questa vaccinazione viene offerta dai MMG o presso i servizi vaccinali delle ASL secondo le modalità definite dalla Regione e può essere offerta durante tutto l'anno oppure contemporaneamente (in co-somministrazione) alla vaccinazione antinfluenzale.</p>
<b>Veneto</b>	<p>Il Piano di Emergenza Covid-19 per l'autunno 2020 della Regione Veneto ribadisce l'importanza della vaccinazione antinfluenzale (anche nella popolazione pediatrica), in previsione di una co-circolazione di virus influenzali e SARS-CoV-2. Azienda Zero ha acquistato oltre 1,3 mln di dosi di vaccino antinfluenzale ed è in valutazione un altro appalto specifico per la fornitura di vaccini per le Aziende Sanitarie della Regione Veneto.</p> <p>Si prevede di anticipare la conduzione delle campagne di vaccinazione antinfluenzale e offrire la vaccinazione ai soggetti eleggibili in qualsiasi momento della stagione influenzale. Gli obiettivi di copertura, per tutti i gruppi target, sono il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale.</p> <p>Prevista campagna di vaccinazione anti-pneumococcica rivolta ai soggetti fragili ospiti delle strutture residenziali per anziani, nonché campagna vaccinale anti-pneumococcica per tutti i nuovi 65enni e di recupero rispetto ai soggetti già invitati ma non vaccinati (drop out).</p> <p>In corso di ultimazione interfaccia (integrata con anagrafe vaccinale regionale) per la registrazione puntuale delle vaccinazioni effettuate da operatori e servizi diversi dal Servizio Vaccinale del SISP.</p> <p>I medici delle USCA saranno coinvolti in modo diretto nelle campagne vaccinali, in integrazione con i servizi del SISP e del Distretto e a supporto dei MMG.</p> <p>Programmata la fornitura di circa 70.000 vaccini nelle farmacie venete entro fine novembre.</p>
<b>Emilia-Romagna</b>	<p>Avviata la campagna per la vaccinazione antinfluenzale 2020-2021. Il quantitativo complessivo disponibile ha visto un incremento del 20% rispetto alla campagna precedente, per un totale di 1.200.000 dosi (con la possibilità, prevista dal contratto, di un incremento ulteriore del 20% in caso di necessità).</p> <p>Vaccinazione antinfluenzale gratuita anche a soggetti di età pari o superiore a 60 anni, con o senza patologie croniche. Confermata l'offerta gratuita del vaccino antipneumococcico polisaccaridico coniugato 13 valente ai nati nel 1955 e ai cronici di tutte le età non ancora vaccinati; l'offerta del vaccino antipneumococcico polisaccaridico purificato 23 valente ai nati nel 1954 e ai cronici di tutte le età, vaccinati nel corso della precedente stagione, al fine di completare il ciclo vaccinale sequenziale che non prevede ulteriori dosi di richiamo.</p> <p>Due le tipologie di vaccino antinfluenzale fornite per la campagna 2020-2021: il vaccino split quadrivalente e vaccino trivalente adiuvato con MF59. Vaccino a pagamento: 36mila dosi a disposizione dei privati, nelle farmacie territoriali.</p>
<b>Liguria</b>	<p>Partita la campagna vaccinale il 5 ottobre per: chi ha più di 60 anni, i bambini fra i 6 mesi e i 6 anni, i soggetti a rischio di tutte le età, i donatori di sangue. Si raccomanda la vaccinazione poco prima dell'epidemia (autunno-inverno), cioè dal 5 ottobre al 22 dicembre, ma è possibile vaccinarsi anche oltre tale data. Regione Liguria, in collaborazione con Alisa e le Asl del territorio, ha disposto, con lo stanziamento di 2,5 milioni di euro, l'offerta gratuita della vaccinazione antinfluenzale anche nelle fasce di età 60-64 anni e 6 mesi-6 anni (per cui è prevista una raccomandazione a livello nazionale). Come in passato, rimane gratuito il vaccino per gli ultra 65enni e per le categorie e i soggetti a rischio di tutte le età.</p>

# Analisi della programmazione vaccinale – 2/3



Regione	Programmazione vaccinale
<b>Valle d'Aosta</b>	Partita la campagna vaccinale il 12 ottobre. L' Azienda USL della Valle d'Aosta ricorda che la vaccinazione antinfluenzale è fortemente indicata agli ultra60enni, ai soggetti addetti ai servizi pubblici e a coloro che, a qualsiasi età, rientrano nelle categorie a rischio individuate dagli esperti della salute. La vaccinazione viene raccomandata anche ai bambini dai 6 mesi ai 6 anni.
<b>Friuli Venezia Giulia</b>	Partita la campagna vaccinale il 1 ottobre. Si abbassa inoltre da 65 ai 60 anni l'età oltre la quale la vaccinazione è particolarmente indicata.
<b>PA di Trento</b>	Partita la campagna vaccinale il 1 ottobre e si conclude il 30 novembre. Si abbassa inoltre da 65 ai 60 anni l'età oltre la quale la vaccinazione è particolarmente indicata.
<b>PA di Bolzano</b>	Partita la campagna vaccinale il 30 settembre. Si abbassa inoltre da 65 ai 60 anni l'età oltre la quale la vaccinazione è particolarmente indicata.
<b>Marche</b>	Inizio della campagna antinfluenzale dal 15 ottobre, con un mese di anticipo rispetto al consueto avvio. Il vaccino sarà offerto gratuitamente a tutti gli anziani che abbiano superato i 65 anni di età. Saranno inoltre vaccinati gratuitamente i soggetti di qualsiasi età affetti da malattie e condizioni che mettono a rischio di sviluppare severe complicanze. Per la prima volta, potranno essere vaccinati gli adulti tra i 60 e i 64 anni e i bambini in età compresa tra 6 mesi e 6 anni. Ordinato un totale di 421.000 dosi, con un incremento del 40% rispetto alle dosi previste per la stagione 2019-2020.
<b>Lazio</b>	Emanate ordinanza per rendere la vaccinazione antinfluenzale e la vaccinazione anti-pneumococcica obbligatorie per tutti i cittadini over-65 anni e per tutto il personale sanitario. 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. Attivate convenzioni per la fornitura di 1,5 mln di dosi di vaccinazione anti-pneumococcica e 2,4 mln di dosi di vaccinazione antinfluenzale. Al 12 ottobre sono state effettuate nel Lazio 116.811 vaccinazioni antinfluenzali. Nei prossimi giorni previsto avvio della distribuzione di 20mila dosi a settimana nelle farmacie del territorio laziale.
<b>Toscana</b>	Partita la campagna vaccinale antinfluenzale 2020/2021. Forte raccomandazione e gratuità per tutte le categorie previste dalla Circolare Ministeriale del 4 giugno 2020 senza, però, estensione della gratuità alla fascia d'età 60-64 anni e 6 mesi-6 anni.
<b>Abruzzo</b>	La campagna vaccinale antinfluenzale 2020/2021 della Regione Abruzzo prevede l'estensione della gratuità sia alla fascia d'età 60-64 anni che alla fascia d'età 6 mesi-6 anni. Per quest'ultima è previsto l'avvio della campagna vaccinale dalla seconda metà di ottobre. Aggiudicato, con un totale di 3 procedure aperte da giugno per l'affidamento della fornitura di vaccini influenzali occorrenti alle Aziende del Servizio Sanitario della Regione Abruzzo e della Regione Molise, un quantitativo di circa 410.500 di dosi di vaccino antinfluenzale.



# Analisi della programmazione vaccinale – 3/3



Regione	Programmazione vaccinale
<b>Molise</b>	<p>Previsto il 15 ottobre l'avvio della campagna vaccinale antinfluenzale 2020/2021. Come per la Regione Abruzzo potranno beneficiare della vaccinazione gratuita anche le persone di età compresa tra i 60 e 64 anni ed i bambini dai 6 mesi a 6 anni.</p> <p>Aggiudicato, con un totale di 3 procedure aperte da giugno per l'affidamento della fornitura di vaccini influenzali occorrenti alle Aziende del Servizio Sanitario della Regione Abruzzo e della Regione Molise, un quantitativo di circa 410.500 di dosi di vaccino antinfluenzale.</p>
<b>Umbria</b>	<p>Avviata ad inizio ottobre la campagna di vaccinazione antinfluenzale per la stagione 2020-2021.</p> <p>Ad oggi risultano aggiudicate circa 543.860 dosi di vaccino antinfluenzale e antipneumococcico di cui 6000 destinati a soggetti pediatrici (6 mesi – 3 anni).</p>
<b>Basilicata</b>	<p>Aggiudicazione Appalto per l'affidamento della fornitura di vaccinazioni antinfluenzali e anti-pneumococciche per la campagna vaccinale 2020/2021. Determina dirigenziale n°20AB.2020\ d.00186 del 4 Settembre 2020.</p> <p>Al fine di evitare la dissimulazione di focoli di contagio è stato previsto la promozione e l'incentivazione nel coinvolgimento dei MMG e PLS. La campagna vaccinale attivata dal mese di Ottobre 2020 per i soggetti a rischio.</p>
<b>Calabria</b>	<p>Programmata la fornitura di vaccinazioni antinfluenzali, con appalto specifico per la fornitura di vaccini antiinfluenzali per la campagna 2020/2021. A decorrere dal 15 settembre 2020 si dispone nel territorio regionale l'obbligo di vaccinazioni anti influenzali per soggetti di età superiore ai 65 anni; medici e personale sanitario, socio sanitario e di assistenza, operatori di servizio delle strutture di assistenza, anche se volontariato. Il tutto deve essere assolto entro e non oltre il 31 gennaio 2021, salvo proroghe dettate dal provvedimento di attuazione in relazione alla curva pandemica. Indetto un appalto specifico per l'acquisizione di vaccini vari ad uso umano occorrenti alle Aziende Sanitarie della Regione Calabria (scadenza bando 23/7/2020). La campagna vaccinale attivata dal mese di Ottobre 2020.</p>
<b>Puglia</b>	<p>Programmata la fornitura di vaccinazioni antinfluenzali, con appalto specifico per la fornitura di vaccini antiinfluenzali per la campagna 2020/2021. Al fine di ridurre la circolazione del virus influenzale, approvato regolamento n°10 del 25/06/20 per l'esecuzione obbligatoria della vaccinazione per gli operatori sanitari ed è stata estesa la «raccomandazione» della vaccinazione antinfluenzale a tutte le persone di età compresa fra i 60 e i 65 anni, con la conseguente gratuità delle prestazioni vaccinali. La campagna vaccinale attivata dal mese di Ottobre 2020.</p>
<b>Campania</b>	<p>Delibera DG n° 1081 del 31/08/2020 -01/09/2020 -16/09/2020 .Convenzioni SO.RE.SA. Spa per l'affidamento della Fornitura Di Vaccini Per Le AA.SA.LL. Della Regione Campania XIV Appalto Specifico Sda Vaccini Presa D'atto Determinazione SORESA n. 244 Del 12.06.2020 Adesione alle Convenzioni. La campagna vaccinale verrà offerta in forma attiva e gratuita a carico del SSR e rivolta alla protezione dei soggetti a rischio. La campagna vaccinale attivata dalla fine del mese di Settembre 2020.</p>
<b>Sicilia</b>	<p>Decreto Assessoriale n. 743 del 13 agosto 2020. Programmata la campagna vaccinale 2020/2021. La campagna vaccinale attivata dal mese Ottobre 2020 e terminerà a Febbraio 2021. Individuate le categorie a rischio per le quali è fortemente raccomandata la vaccinazione antinfluenzale: Soggetti di età ≥60 anni (e non più di età ≥ 65 anni); Bambini sopra i 6 mesi di vita; Donne in stato di gravidanza. Obbligo, invece, di vaccinazioni anti influenzali per gli operatori sanitari e operatori pubblica utilità. A tutte queste categorie la vaccinazione verrà offerta in forma attiva e gratuita presso gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta ovvero presso gli Ambulatori Vaccinali delle Aziende Sanitarie Provinciali di appartenenza.</p>
<b>Sardegna</b>	<p>Conclusa la gara per l'approvvigionamento delle dosi di vaccino antinfluenzale per la campagna di vaccinazione antinfluenzale 20/21 che avrà inizio a partire dal mese di Ottobre. Estensione della vaccinazione anche ai bambini da 0-6 anni ed agli adulti da 60 a 64 anni privi di patologie. Delibera G.R. n°31 del 18 giugno 2020 linee guida regionali per progetto aziendale per la campagna vaccinale antinfluenzale 2020\2021, sono infatti 530 mila le dosi acquistate, con mandato alle ATS. La campagna vaccinale attivata dal mese di Ottobre 2020.</p>



# 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).

**Approfondimento**  
[Instant Report #23](#)





# 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

