

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#92 07 Aprile 2022

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, Francesco Andrea Causio, Rossella Di Bidino, Eugenio Di Brino, Maria Giovanna Di Paolo, Andrea Di Pilla, Carlo Favaretti, Fabrizio Massimo Ferrara, Irene Gabutti, Marzia Vittoria Gallo, Luca Giorgio, Albino Grieco, Roberta Laurita, Maria Diana Naturale, Marta Piria, Maria Teresa Riccardi, Filippo Rumi, Martina Sapienza, Andrea Silenzi, Ludovica Siviero, Angelo Tattoli, Entela Xoxi, Marzia Ventura, Concetta Lucia Cristofaro, Walter Vesperi, Anna Maria Melina, Teresa Gentile, Vincenzo Nardelli.



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore



Obiettivi

- Obiettivo di questo documento è presentare un confronto sistematico dell'andamento della diffusione del Sars-COV-2 a livello nazionale che al 04 Aprile 2022 registra il 2,14% dei positivi sul territorio nazionale e il 24,94% dei casi rispetto alla popolazione generale. La percentuale di popolazione nazionale deceduta è pari allo 0,27%: sono 159.909 le 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 **04 Aprile 2022** [1]. Al fine di determinare lo stato di diffusione del virus e valutare conseguentemente le misure attuate nelle Regioni 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>
3. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali; disponibile a <https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php>



Contesto normativo: *Principali provvedimenti nazionali e Indirizzi clinico organizzativi*



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

Approfondimento
[Instant Report #38](#)





Library Instant Report



ALTEMS Instant Report - *dal 31 marzo 2020 al 30 dicembre* 2020



ALTEMS Instant Report - *dal 4 gennaio 2021 al 26 luglio 2021*



ALTEMS Instant Report - *dal 9 settembre 2021 al 21 febbraio* 2022



ALTEMS Instant Report - *dal 24 febbraio 2022 ad oggi*



Instant
Report #86



Instant
Report #87



Instant
Report #88



Instant
Report #89



Instant
Report #90



Instant
Report #91



Instant
Report #92

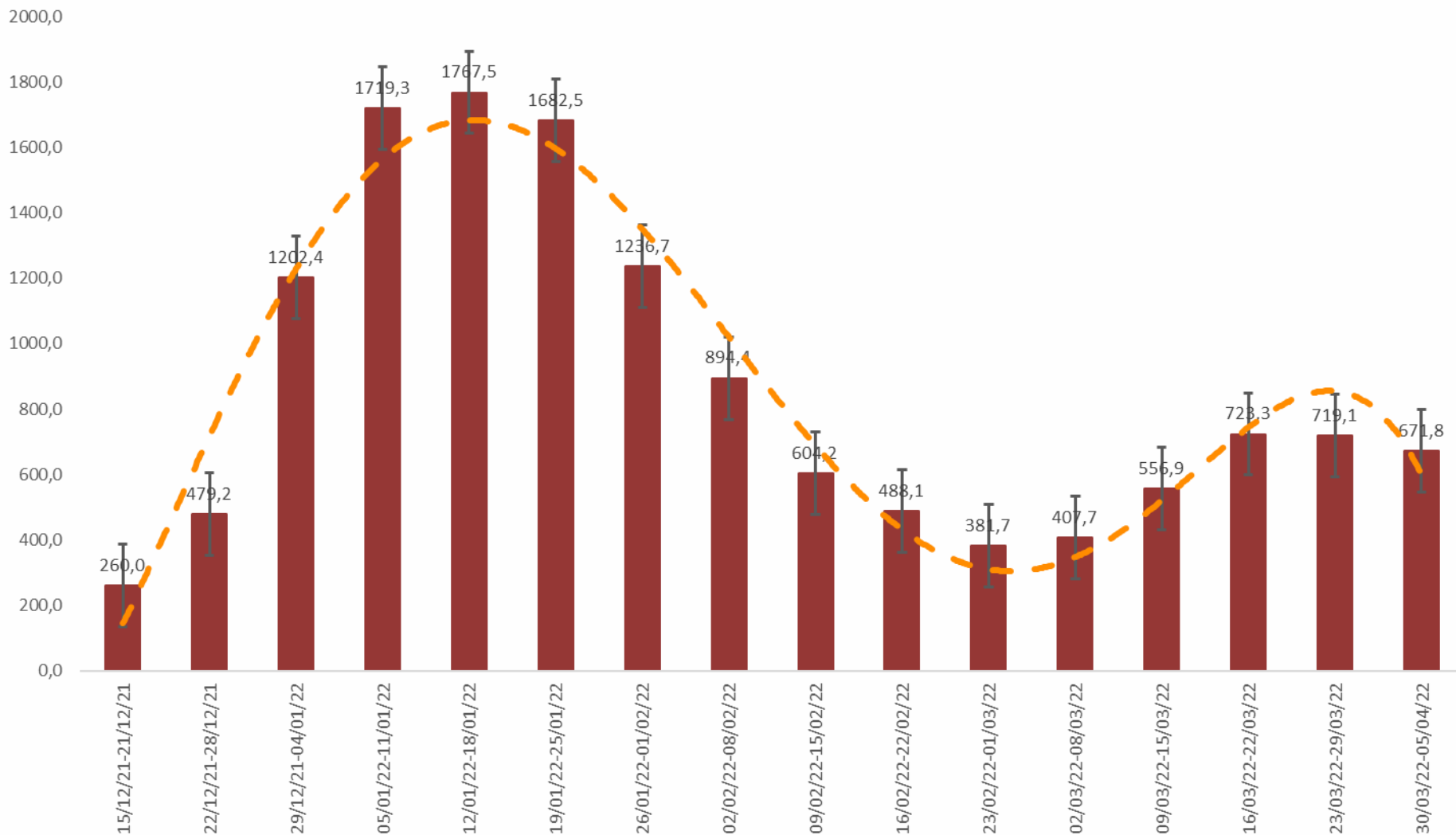




Indicatori di monitoraggio del contagio



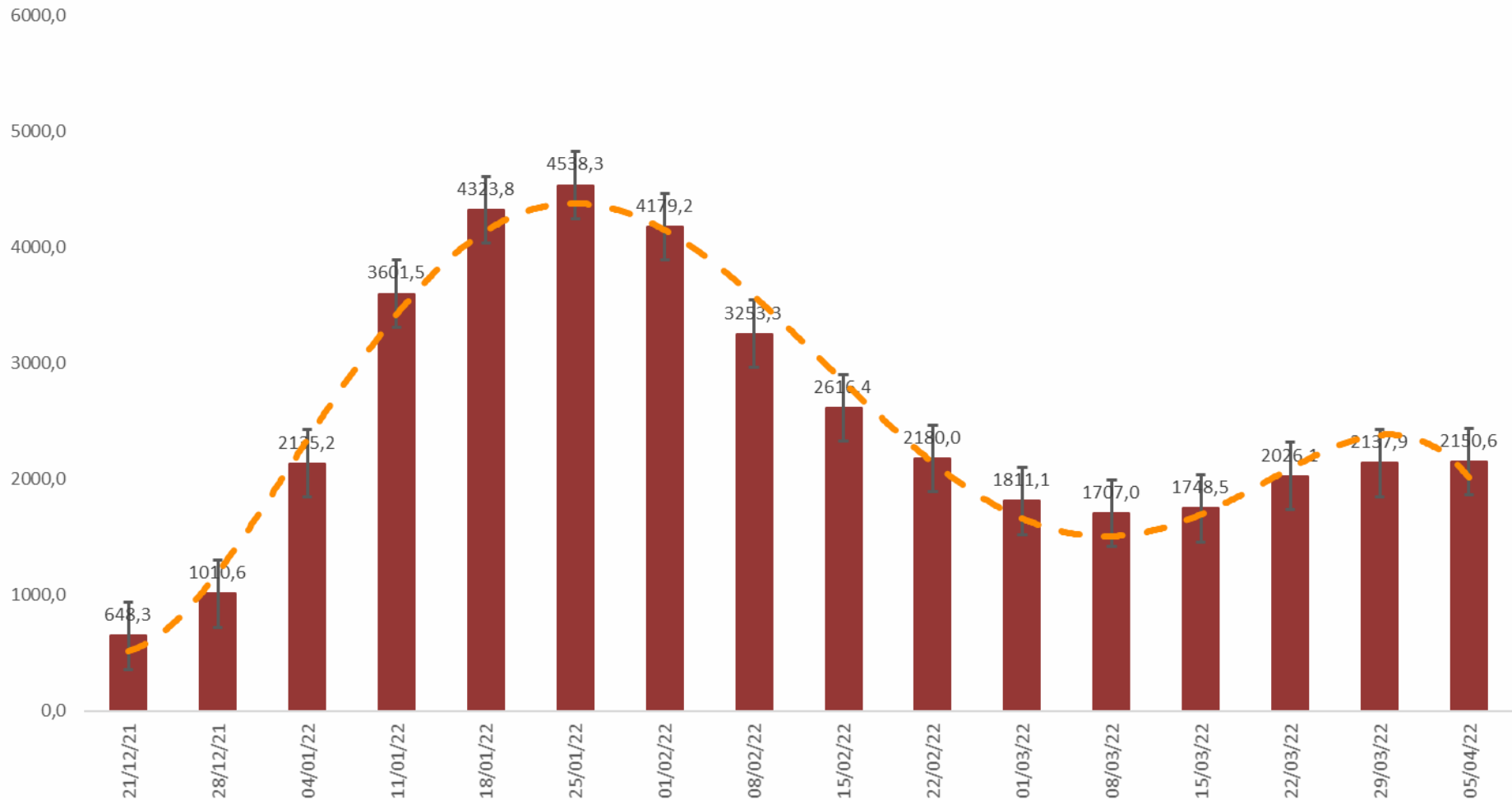
Indicatore 1.1. Andamento Incidenza settimanale x 100.000 abitanti



Commento

Il grafico mostra l'andamento dell'incidenza settimanale in Italia per 100.000 abitanti; l'incidenza settimanale corrisponde al numero di nuovi casi emersi nell'ambito della popolazione regionale nell'intervallo di tempo considerato. **La settimana appena trascorsa evidenzia un leggero calo dell'incidenza settimanale, registrando un valore nazionale pari a 672 nuovi casi ogni 100.000 residenti.**

Indicatore 1.2. Andamento Prevalenza periodale settimanale x 100.000 abitanti

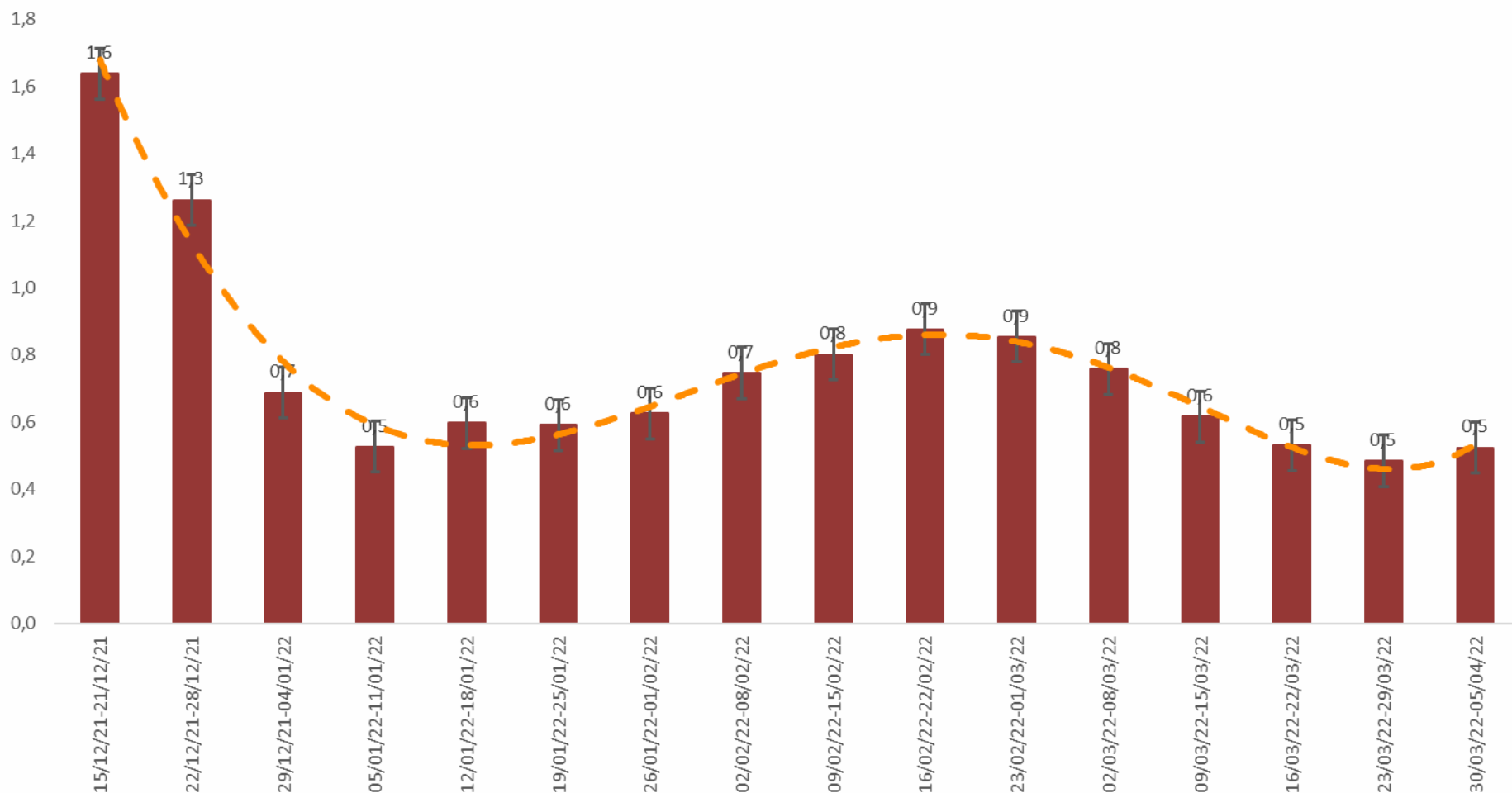


Commento

Il grafico mostra l'andamento della prevalenza settimanale in Italia per 100.000 abitanti; la prevalenza periodale corrisponde alla proporzione della popolazione regionale che si è trovata ad essere positiva al virus nell'intervallo di tempo considerato (casi già positivi all'inizio del periodo più nuovi casi emersi nel corso del periodo). **La settimana appena trascorsa evidenzia un leggero aumento della prevalenza periodale settimanale, registrando un valore nazionale pari a 2.151 ogni 100.000 residenti.**



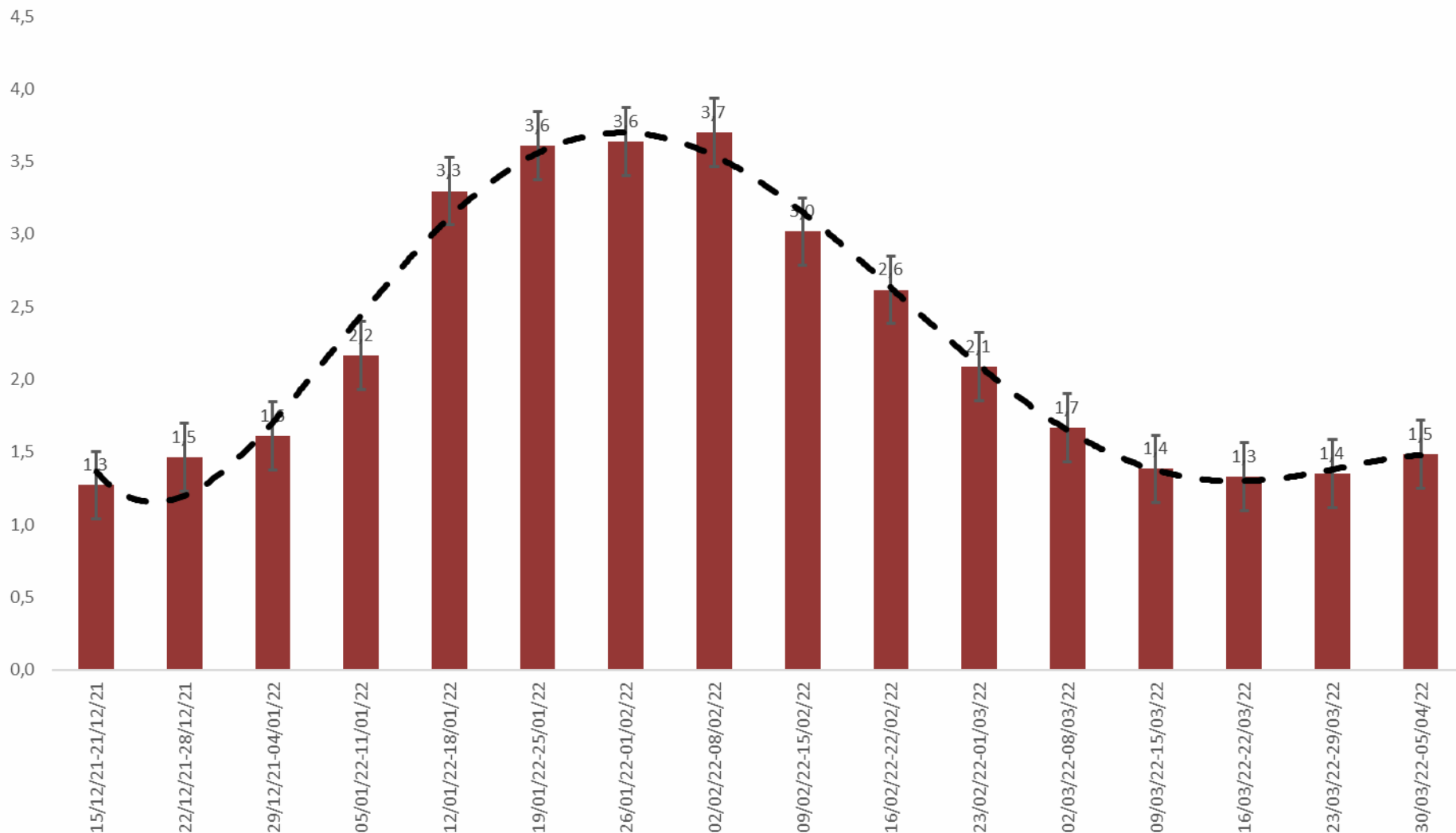
Indicatore 1.3. Andamento Letalità grezza apparente settimanale in Italia (x 1.000 casi)



Commento

Il grafico mostra l'andamento della letalità grezza apparente settimanale in Italia per 1.000 casi; la letalità grezza apparente corrisponde al numero di pazienti deceduti nell'ambito dei soggetti positivi al COVID-19 nell'intervallo di tempo considerato. **La settimana appena trascorsa evidenzia un andamento stabile della letalità grezza apparente settimanale, registrando un valore nazionale pari a 0,5 per 1.000 casi.**

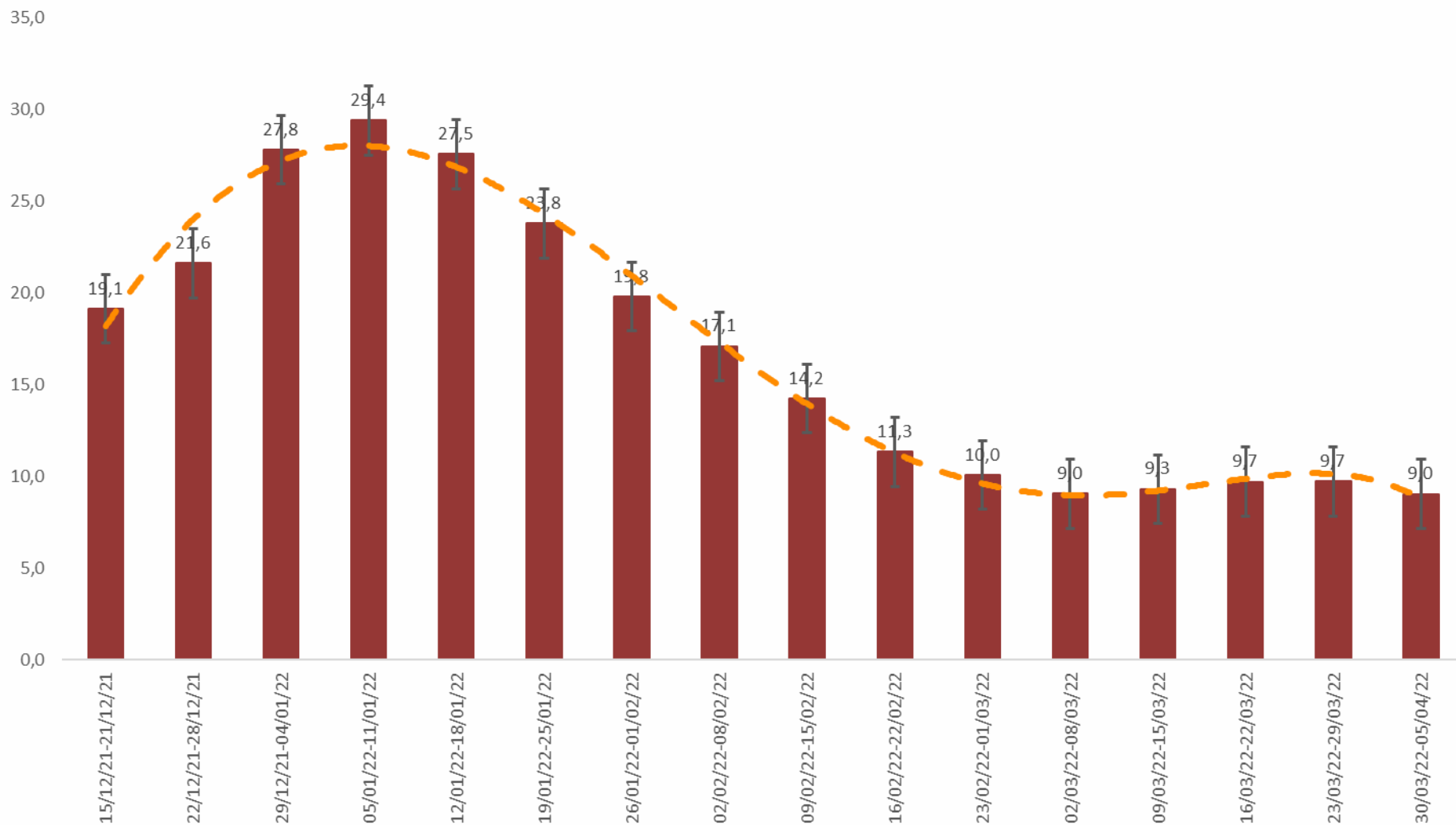
Indicatore 1.4. Andamento Mortalità settimanale x 100.000 abitanti



Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità grezza settimanale in Italia per 100.000 abitanti; la mortalità grezza corrisponde al numero di pazienti deceduti nell'ambito della popolazione di riferimento nell'intervallo di tempo considerato. **La settimana appena trascorsa evidenzia un leggero aumento della mortalità grezza settimanale, registrando un valore nazionale pari a 1,50 ogni 100.000 residenti.**

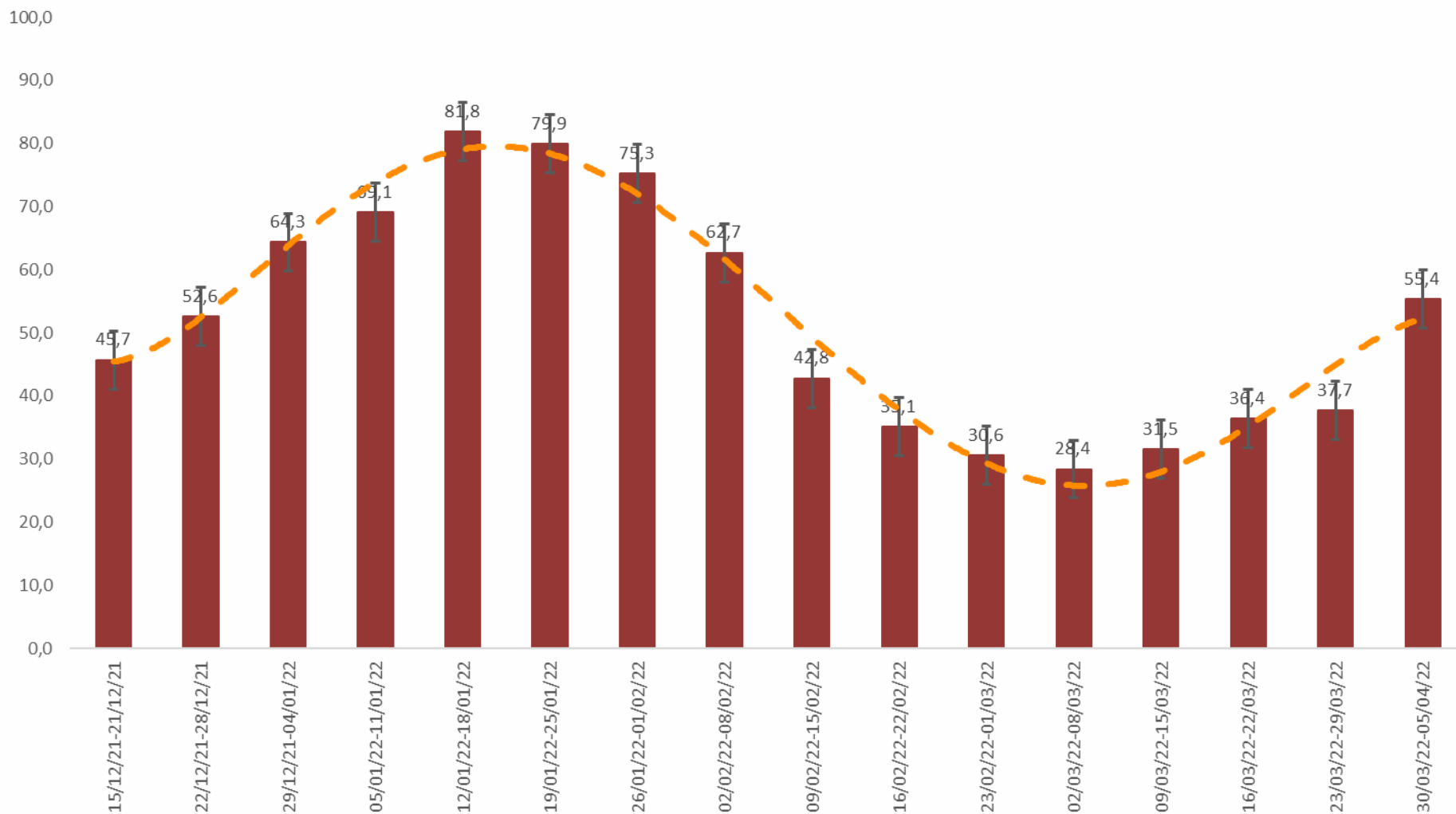
Indicatore 1.5. Andamento Tamponi Molecolari in Italia (x 1.000 ab)



Commento

Il grafico mostra l'andamento del numero di tamponi molecolari settimanali per 1.000 abitanti. **La settimana appena trascorsa evidenzia un leggero calo del numero dei tamponi molecolari settimanali effettuati, registrando un valore nazionale pari a 9,00 per 1.000 casi.**

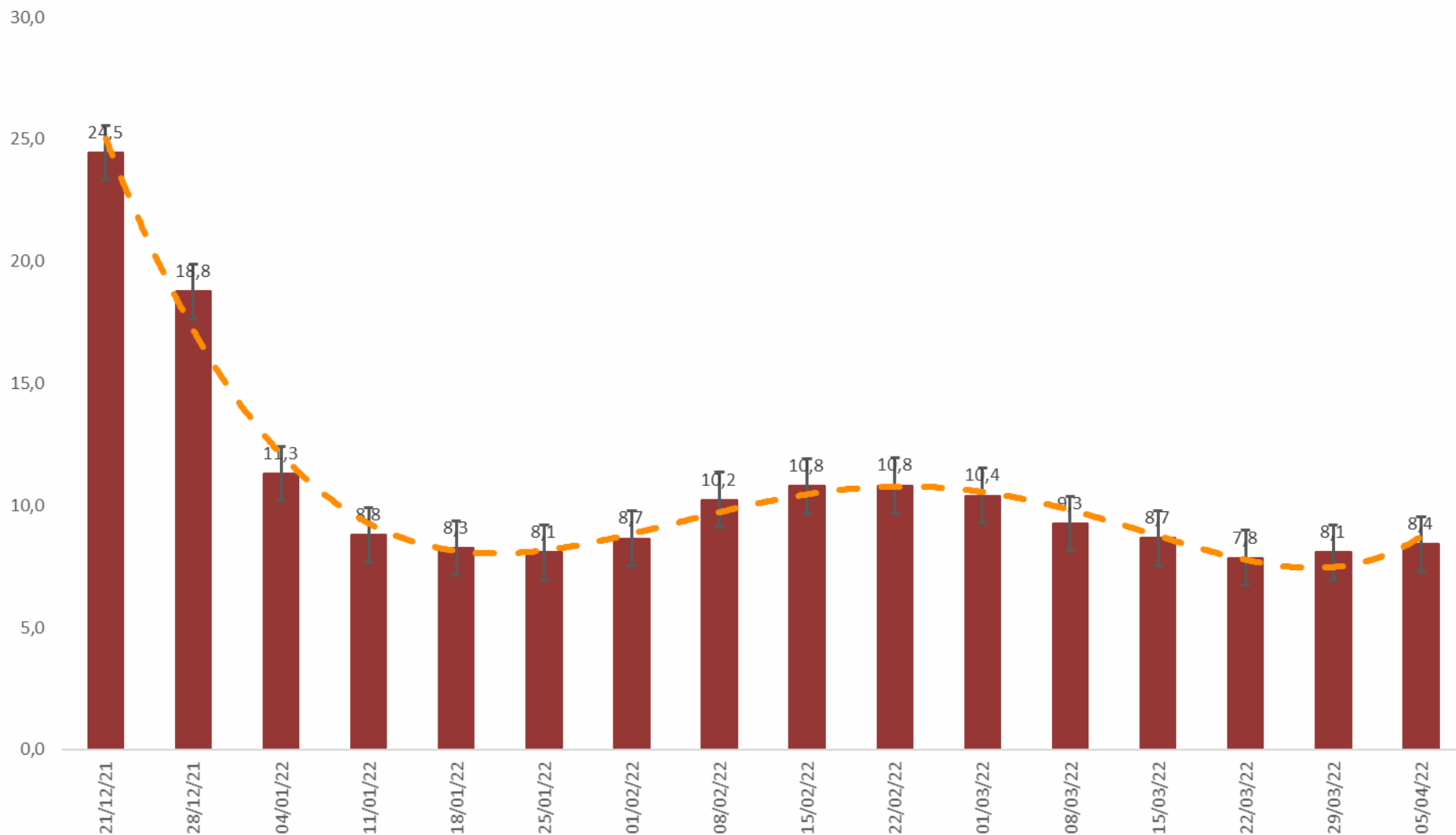
Indicatore 1.6. Andamento Tamponi Antigenici in Italia (x 1.000 ab)



Commento

Il grafico mostra l'andamento del numero di tamponi antigenici settimanali per 1.000 abitanti. **La settimana appena trascorsa evidenzia un aumento del numero dei tamponi antigenici settimanali effettuati, registrando un valore nazionale pari a 55,40 per 1.000 casi.**

Indicatore 1.7. Andamento Ricoverati/Positivi in Italia (x 1.000 ab)

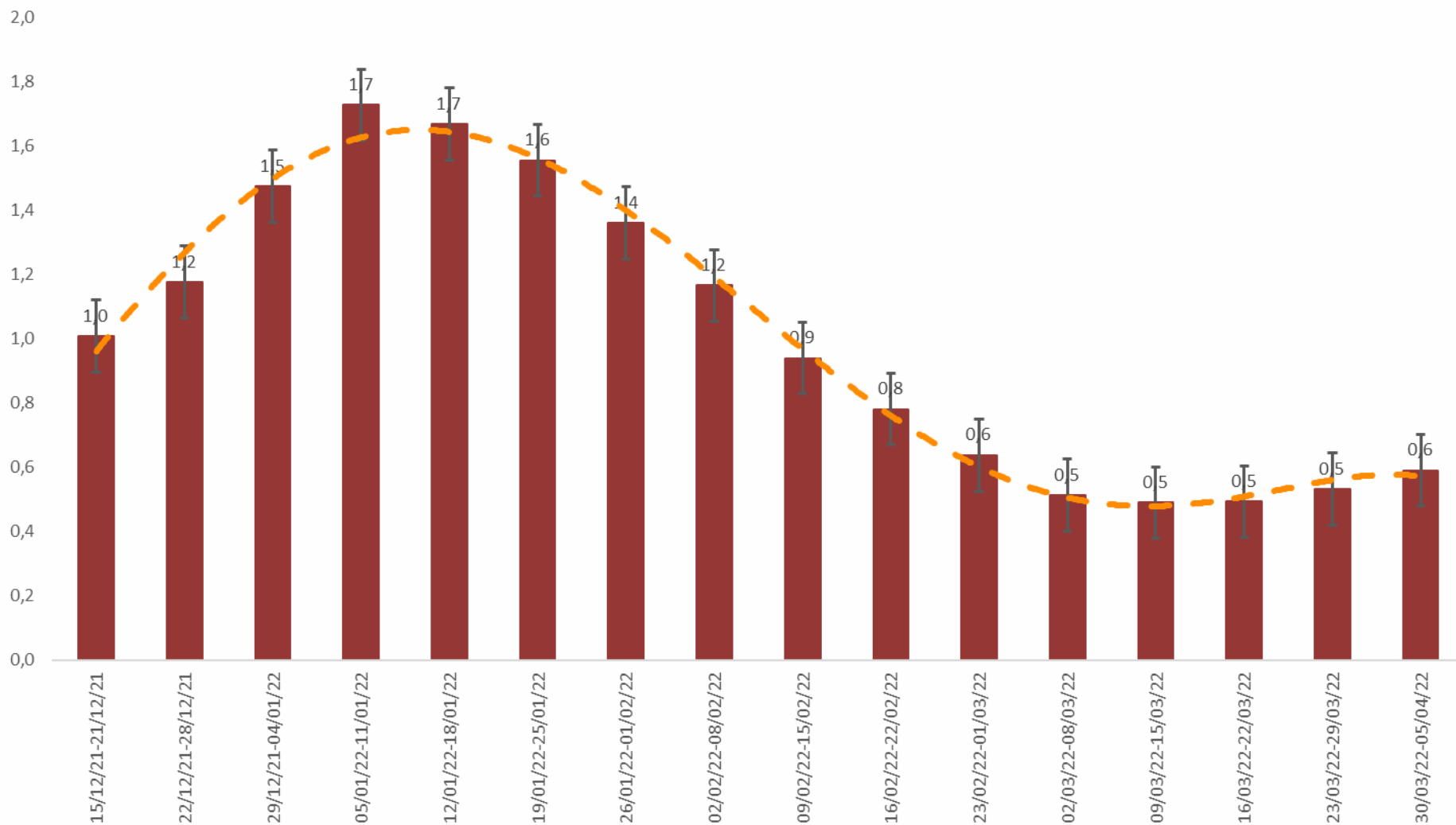


Commento

Il grafico mostra l'andamento dei ricoverati su positivi settimanali per 1.000 abitanti. La settimana appena trascorsa evidenzia un leggero aumento del numero ricoverati su positivi settimanali, registrando un valore nazionale pari a 8,40 per 1.000 casi.



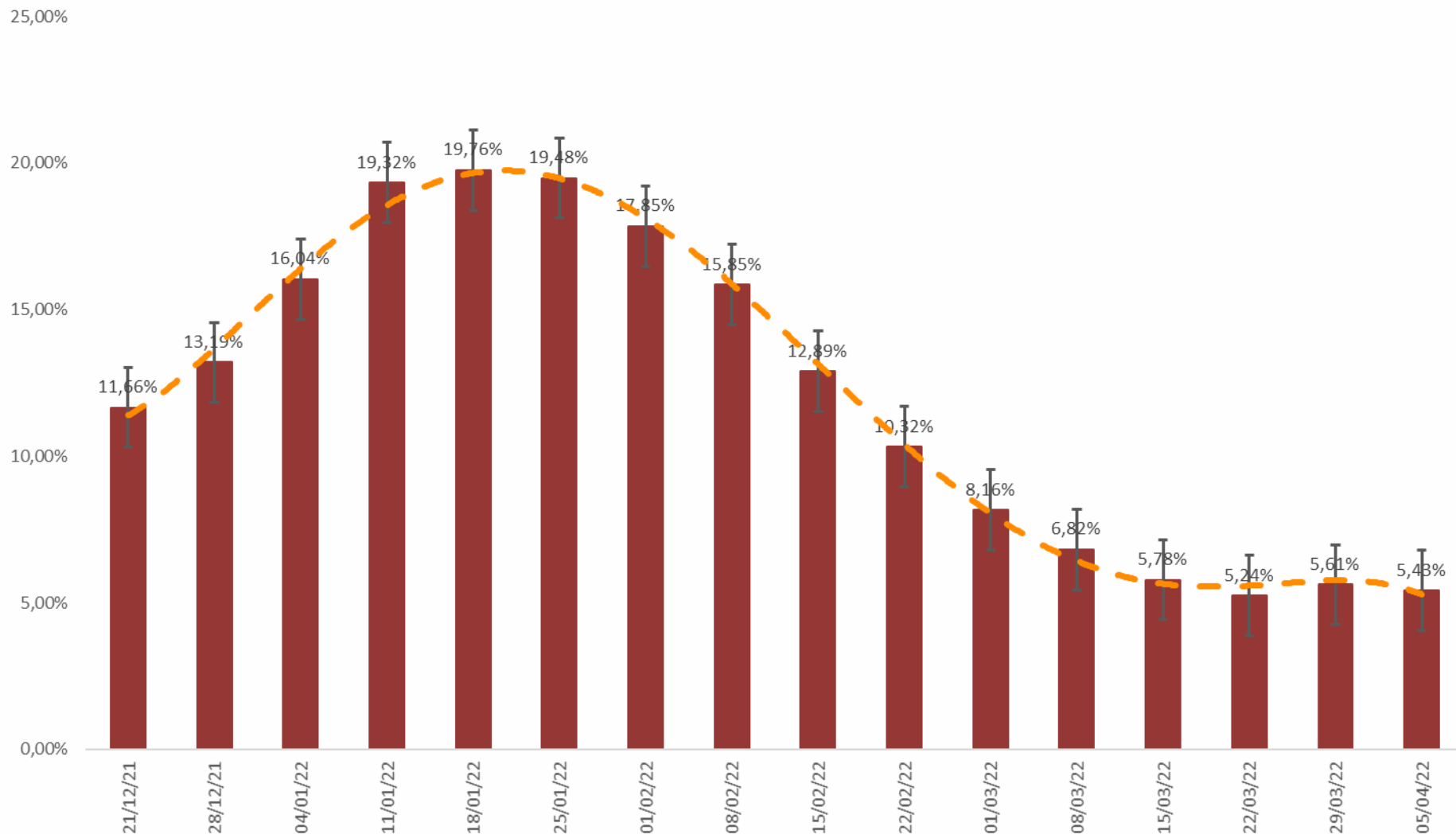
Indicatore 1.8. Nuovi ingressi settimanali in TI in Italia x 100.000 abitanti



Commento

Il grafico mostra l'andamento dei nuovi ingressi settimanali in terapia intensiva su 100.000 abitanti. **La settimana appena trascorsa evidenzia un leggero aumento dei nuovi ingressi settimanali in terapia intensiva, registrando un valore nazionale pari a 0,60 ogni 100.000 residenti.**

Indicatore 1.9. Andamento saturazione TI (%)



Commento

Il grafico mostra l'andamento del tasso settimanale di saturazione delle terapie intensive. **La settimana appena trascorsa evidenzia un leggero calo del tasso settimanale di saturazione delle terapie intensive, registrando un valore nazionale pari a 5,48%.**

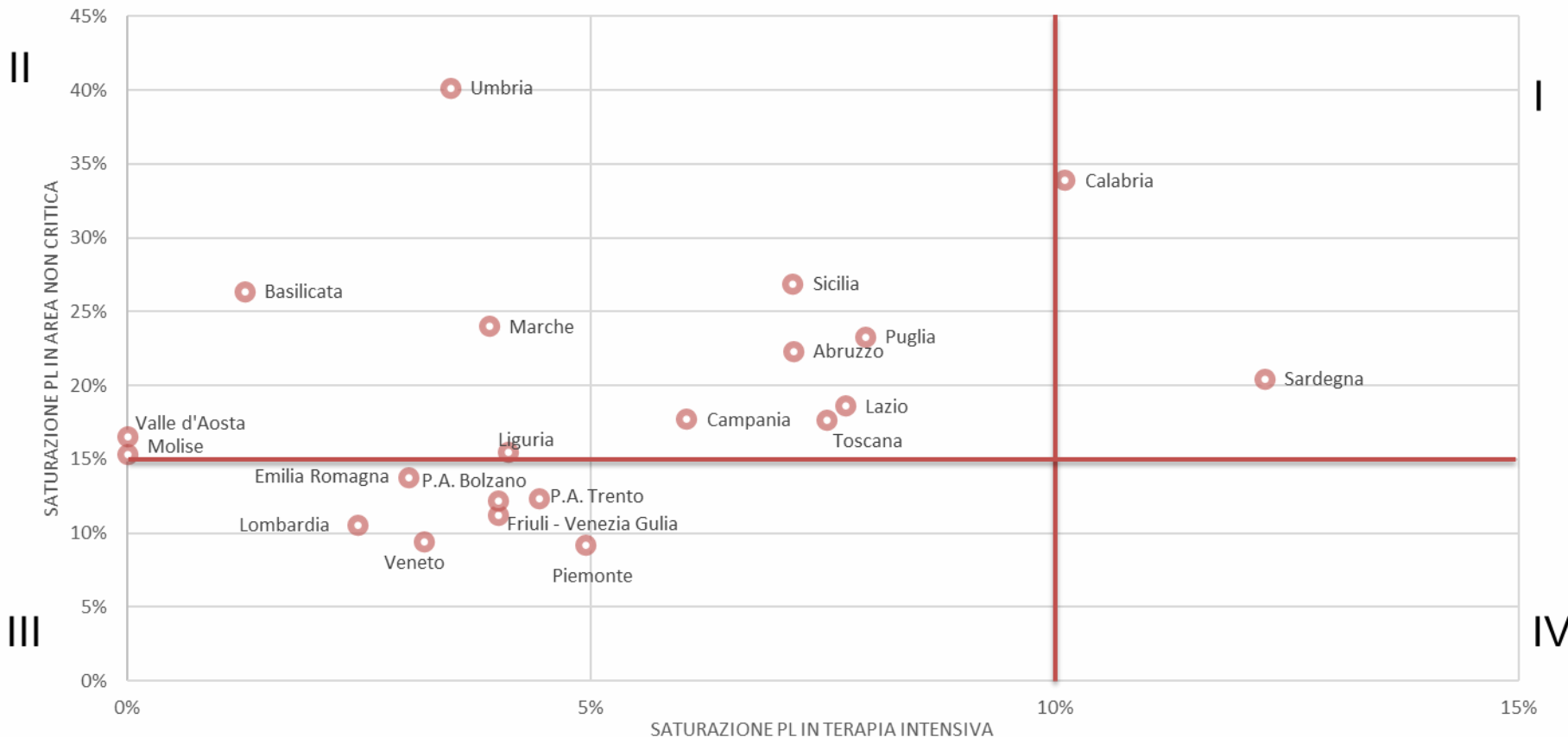




Indicatori clinico-organizzativi



Indicatore 2.1. Tassi di saturazione dei posti letto in Terapia Intensiva e di Area Non Critica al 04 aprile 2022



Commento

L'indicatore mette in relazione il tasso di saturazione dei posti letto in Terapia Intensiva con il tasso di saturazione dei posti letto in Area Non Critica. Le soglie del 10% e del 15%, rispettivamente di Terapia Intensiva e per l'Area Non Critica, sono individuate dal DECRETO-LEGGE 23 luglio 2021, n. 105 "Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e per l'esercizio in sicurezza di attività sociali ed economiche" come quelle oltre le quali è previsto il passaggio dalla Zona Bianca a Zona Gialla.

Al 4 aprile 2022 Calabria e Sardegna si posizionano nel primo quadrante registrando tassi di saturazione, sia in relazione ai posti letto di Area Non Critica che in relazione ai posti letto di Terapia Intensiva, oltre le rispettive suddette soglie.

Fonte dei dati: Rapporto Covid-19 Agenas del 22 marzo 2022 -Ministero della Salute - Protezione Civile

Indicatore 2.2. Tasso di saturazione dei PL di Terapia Intensiva al 04 aprile 2022



Regione	Ricoverati in TI all' 04.04.2022	Saturazione PRE DL 34/2020	Saturazione POST DL 34/2020	Differenza settimanale saturazione PRE DL 34/2020	Differenza settimanale saturazione POST DL 34/2020
Abruzzo	13	10,6%	6,9%	-2,4%	-1,6%
Basilicata	1	2,0%	1,2%	-2,0%	-1,2%
Calabria	20	13,7%	7,1%	-3,4%	-1,8%
Campania	35	10,4%	4,2%	-2,7%	-1,1%
Emilia Romagna	27	6,0%	4,2%	-2,7%	-1,9%
Friuli -Venezia Giulia	7	5,8%	4,0%	0,8%	0,6%
Lazio	73	12,8%	8,6%	-0,2%	-0,1%
Liguria	9	5,0%	4,0%	-0,6%	-0,4%
Lombardia	45	5,2%	3,1%	-0,2%	-0,1%
Marche	10	8,7%	4,5%	0,9%	0,5%
Molise	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
P.A. Bolzano	4	10,8%	5,2%	-2,7%	-1,3%
P.A. Trento	4	12,5%	5,1%	6,3%	2,6%
Piemonte	31	9,5%	5,0%	3,4%	1,8%
Puglia	40	13,2%	6,9%	0,3%	0,2%
Sardegna	25	18,7%	10,6%	3,0%	1,7%
Sicilia	61	14,6%	8,5%	0,2%	0,1%
Toscana	43	11,5%	8,0%	1,1%	0,7%
Umbria	3	4,3%	2,4%	-1,4%	-0,8%
Valle d'Aosta	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Veneto	32	6,5%	4,5%	1,4%	1,0%
Italia	483	9,3%	5,6%	-0,1%	0,0%

Commento

La tabella mostra il tasso di saturazione delle terapie intensive al **4 aprile 2022**. 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).

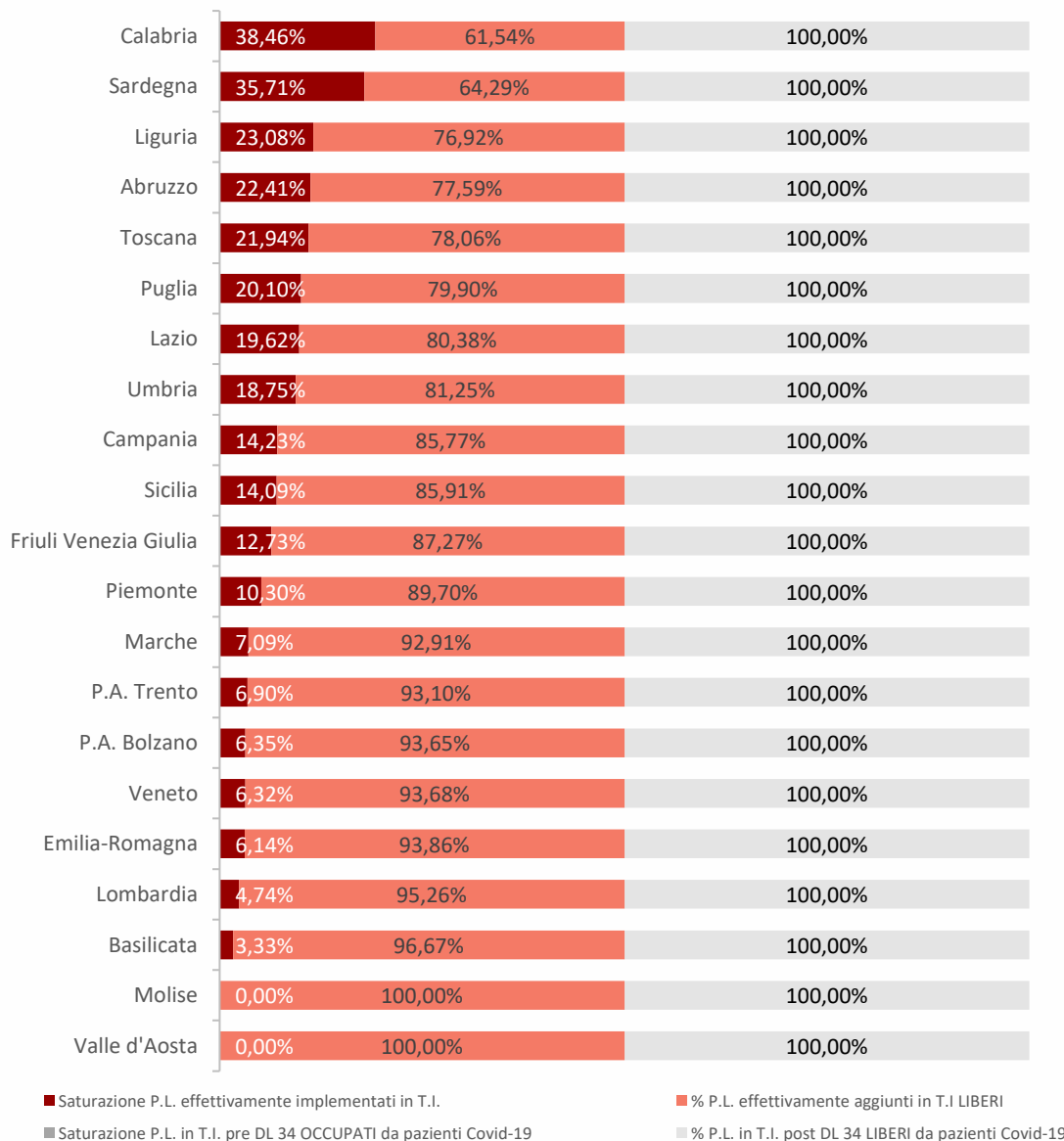
Se consideriamo la dotazione di posti letto originaria, ovvero prima dei piani regionali di riorganizzazione della rete ospedaliera, il tasso di saturazione in oggetto risulta essere pari al 18,7% in Sardegna, 14,6% in Sicilia e 13,2% in Puglia.

Le suddette percentuali scendono rispettivamente al 10,6%, 8,5% e 6,9% se prendiamo in considerazione la dotazione prevista in risposta ai dettami del DL 34/2020.

Il tasso medio calcolato sull'intera penisola è pari al 9,3% se consideriamo la dotazione pre DL 34 e del 5,6% se, invece, teniamo in considerazione i nuovi posti letto di TI, in diminuzione rispetto all'aggiornamento precedente di 0,1 (situazione PRE DL 34) o stabile se rapportata alla saturazione POST DL 34.



Indicatore 2.3. Tasso di saturazione della capacità aggiuntiva di PL di Terapia Intensiva al 04 aprile 2022



Commento

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

Al **4 aprile 2022** il tasso più elevato è registrato in Calabria (38.46%).

Fonte dei dati: [Rapporto Covid-19 Agenas del 4 aprile 2022 - Ministero della Salute - Protezione Civile](#)

Indicatore 2.3.1. Confronto tra PL TI e numero di Anestesisti al 04 aprile 2022



	Anestesisti e rianimatori/PL TI (Pre DL 34/2020)	Anestesisti e rianimatori/PL TI (Post DL 34/2020) al 4 novembre	Anestesisti e rianimatori/PL TI (Al 4 april)	Differenza dati al 4 aprile e pre DL 34/2022
ABRUZZO	2.4	2.2	1.8	-0.57
BASILICATA	2.5	2	1.8	-0.74
CALABRIA	2.4	2.5	1.8	-0.59
CAMPANIA	3.4	2.4	2.2	-1.19
EMILIA ROMAGNA	2.1	1.7	1.1	-0.99
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.8	2	2.3	-0.50
LAZIO	2.4	1.7	1.7	-0.75
LIGURIA	2.8	2.2	2.2	-0.63
LOMBARDIA	2.3	2.1	1.3	-0.95
MARCHE	2.6	2.1	1.3	-1.32
MOLISE	2	2.4	2.4	0.36
PIEMONTE	3	1.8	1.9	-1.14
P.A. BOLZANO	3.3	2.8	1.2	-2.08
P. A. TRENTO	3.1	2.4	1.3	-1.78
PUGLIA	2.7	2.3	1.7	-0.95
SARDEGNA	3	2.5	2.1	-0.85
SICILIA	2.8	2.1	1.5	-1.34
TOSCANA	2.4	1.8	1.7	-0.68
UMBRIA	2.9	2.1	2.6	-0.28
VALLE D'AOSTA	3.5	1.6	1.2	-2.32
VENETO	1.9	1.4	1.4	-0.46
ITALIA	2.5	1.9	1.6	-0.91

Commento

La tabella evidenzia l'andamento dell'indicatore finalizzato a misurare il numero di anestesisti e rianimatori per posto letto di terapia intensiva in tre orizzonti temporali, pre DL 34/2020, al 4 novembre ed al 3 dicembre 2021.

Al **4 aprile 2022**, il valore più basso dell'indicatore si registra in Emilia-Romagna con 1,1.

Al contrario il valore più alto è registrato in Umbria con 2,6, seguita dal Molise con 2,4, Friuli Venezia Giulia (2,3), Liguria (2,2) e Sardegna (2,1) superando le 2 unità di personale per posto letto.

La differenza tra i dati al 4 aprile ed i dati pre DL 34/2020 mostra una riduzione significativa per la Valle D'Aosta, P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Sicilia, e Marche.

Nota: Il numero di anestesisti e rianimatori considera i contratti a tempo indeterminato, determinato e libero professionale banditi da marzo 2020.



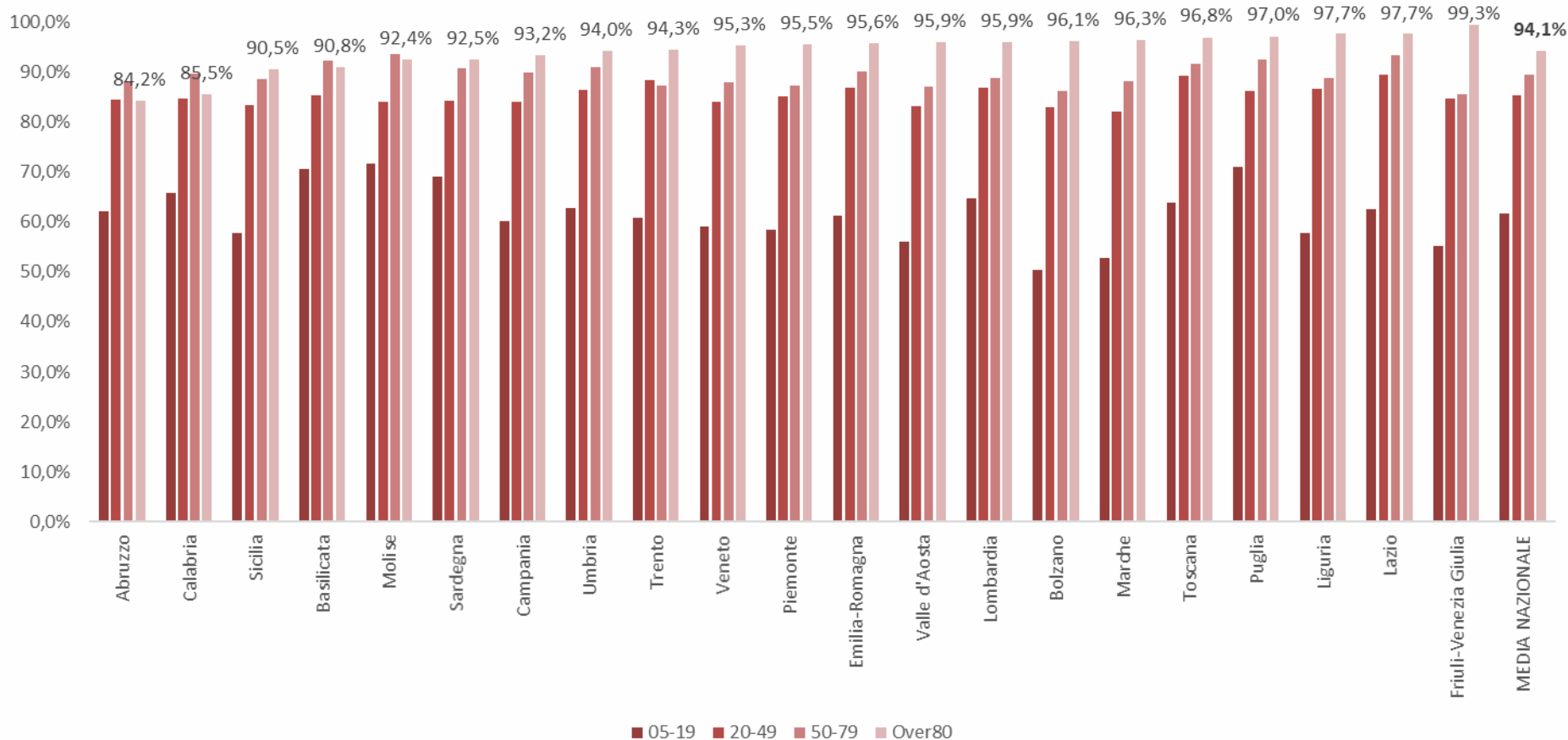
Indicatore 2.3.2. Acquisizione di nuovo personale medico al 04 aprile 2022



Regione	Personale in unità						TOTALE	Personale 2018	incremento %
	Indeterminato		determinato		libero Professionale				
	N	%	N	%	N	%			
ABRUZZO	302	76%	94	24%	0	0%	396	2643	15%
BASILICATA	217	95%	12	5%	0	0%	229	1169	20%
CALABRIA	149	47%	117	37%	53	17%	319	3755	8%
CAMPANIA	381	33%	459	39%	326	28%	1166	9244	13%
EMILIA ROMAGNA	330	75%	96	22%	15	3%	441	8505	5%
FRIULI VENEZIA GIULIA	163	57%	112	39%	11	4%	286	2611	11%
LAZIO	666	54%	491	40%	73	6%	1230	7809	16%
LIGURIA	227	47%	129	27%	126	26%	482	3546	14%
LOMBARDIA	1345	43%	1154	37%	596	19%	3095	14697	21%
MARCHE	182	71%	72	28%	3	1%	257	2981	9%
MOLISE	175	44%	224	56%	0	0%	399	462	86%
PIEMONTE	704	56%	352	28%	201	16%	1257	8424	15%
PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	12	60%	7	35%	1	5%	20	954	2%
PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	0	0%	16	100%	0	0%	16	1092	1%
PUGLIA	390	52%	280	37%	85	11%	755	6741	11%
SARDEGNA	397	62%	191	30%	51	8%	639	4110	16%
SICILIA	401	67%	135	22%	65	11%	601	9163	7%
TOSCANA	462	79%	113	19%	12	2%	587	8366	7%
UMBRIA	145	95%	6	4%	1	1%	152	2009	8%
VALLE D'AOSTA	24	100%	0	0%	0	0%	24	310	8%
VENETO	2285	98%	57	2%	0	0%	2342	7884	30%
ITALIA	8957	61%	4117	28%	1619	11%	14693	106475	14%



Indicatore 3.1. Percentuale di copertura delle fasce di popolazione (1° dose)

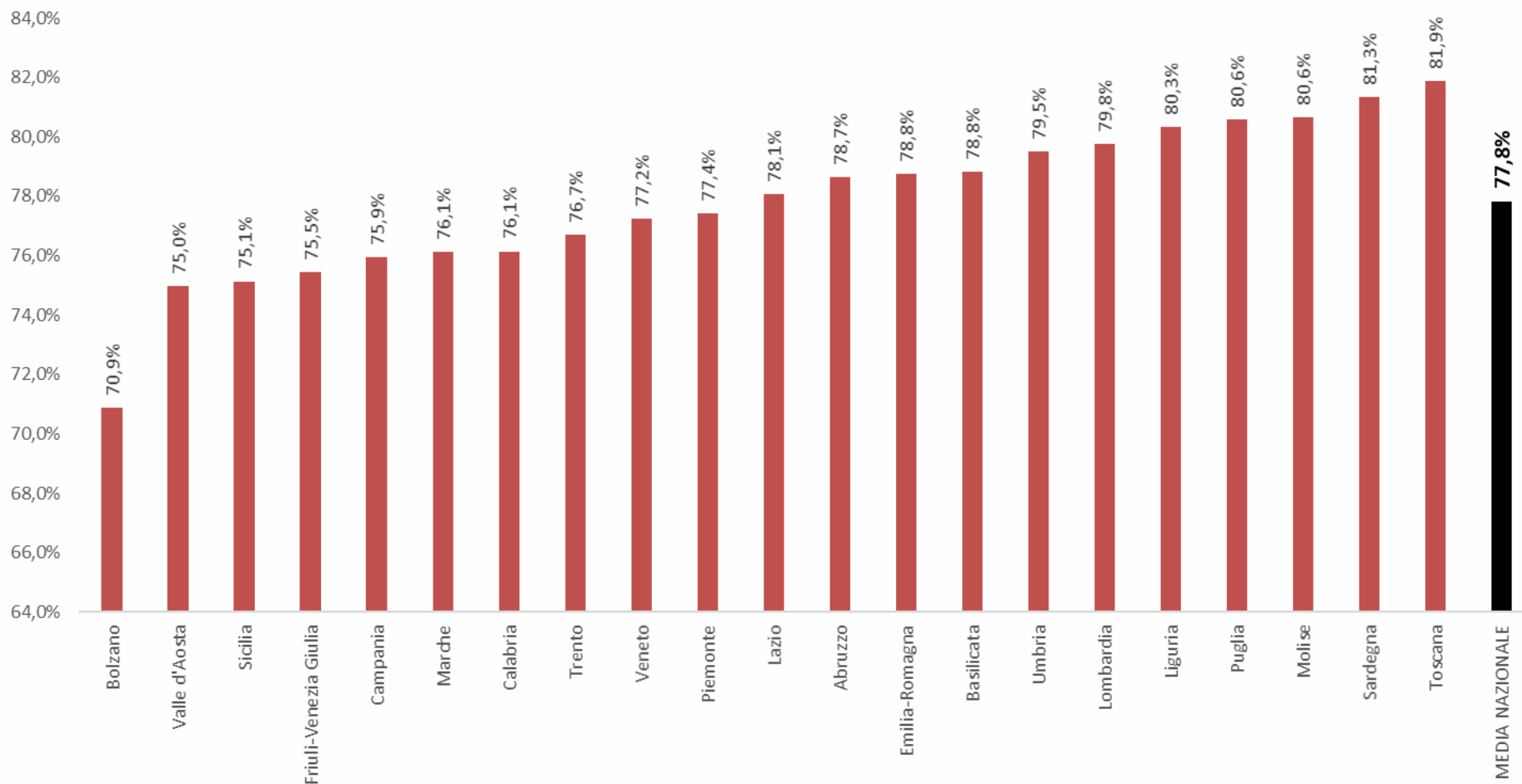


Commento

L'indicatore mostra la percentuale di copertura delle fasce di popolazione stratificate per età riguardo la prima dose vaccinale. Dal grafico si evince come la regione associata al tasso di copertura più elevato per la fascia d'età 50-79 anni sia il Molise (93,6%) mentre la regione con la percentuale minore di vaccinati nella stessa fascia risulta essere il Friuli-Venezia Giulia (85,4%). Per quanto concerne la fascia d'età 5-19 anni, la regione associata al tasso di copertura più elevato è il Molise (71,6%), mentre la regione/P.A. con la percentuale minore di vaccinati nella stessa fascia risulta essere la P.A. di Bolzano (50,4%). Sul territorio nazionale, la copertura vaccinale delle 1° dosi nella fascia d'età 50-79 anni è dell'89,4%, mentre nella fascia d'età 5-19 anni è del 61,6%.

(*) ultima rilevazione dati 5 aprile 2022

Indicatore 3.2. Immunizzati (2 dosi)/Popolazione Generale



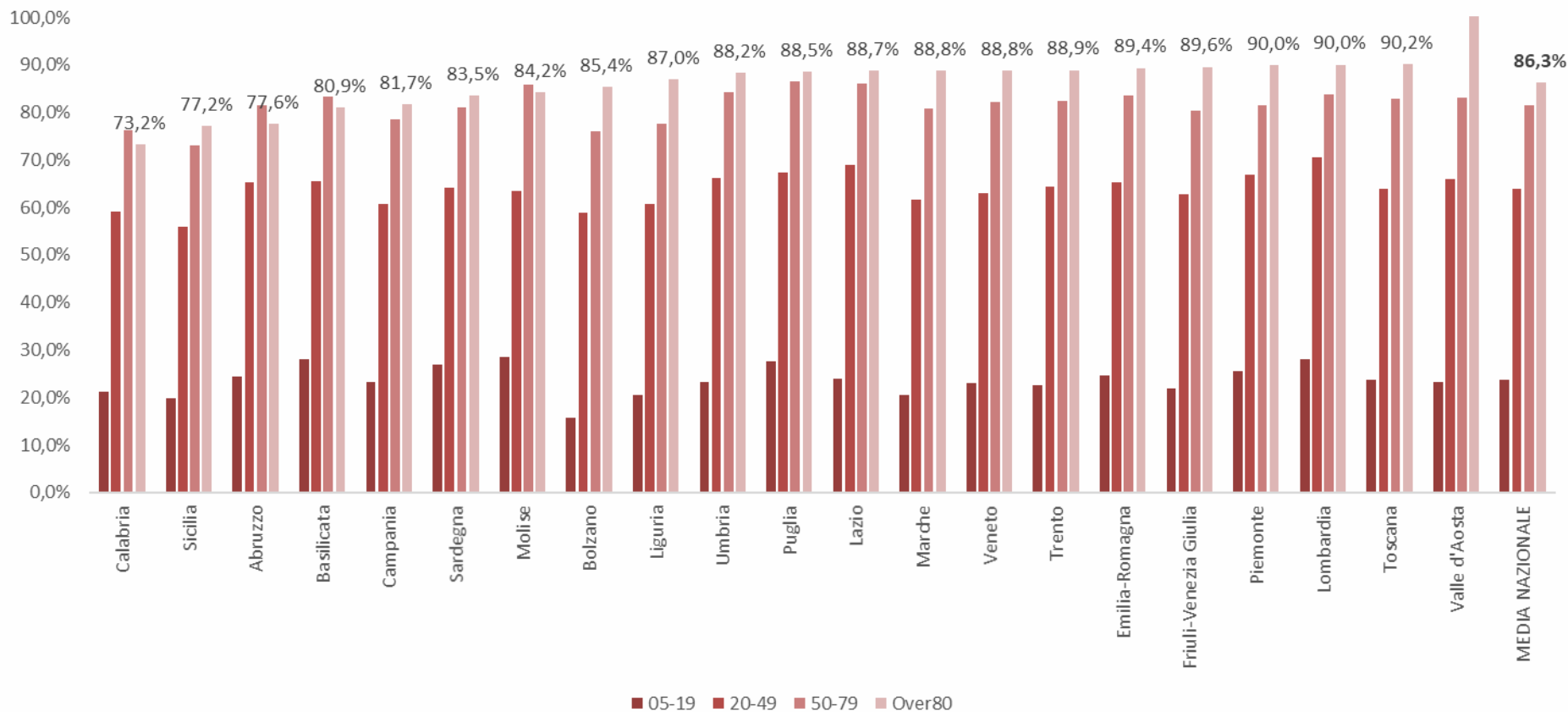
Commento

L'indicatore mostra la percentuale su base regionale di individui sopra i 5 anni di età che hanno ultimato il ciclo vaccinale. Dal grafico si evince che la regione caratterizzata dalla copertura più alta sia la Toscana (81,9%) mentre la P.A. di Bolzano si configura come la regione con la percentuale di individui che hanno completato il ciclo vaccinale più bassa (70,9%). In Italia il 77,8% della popolazione risulta totalmente immunizzata.

(*) ultima rilevazione dati 5 aprile 2022



Indicatore 3.3. Percentuale di copertura delle fasce di popolazione (3° dose)

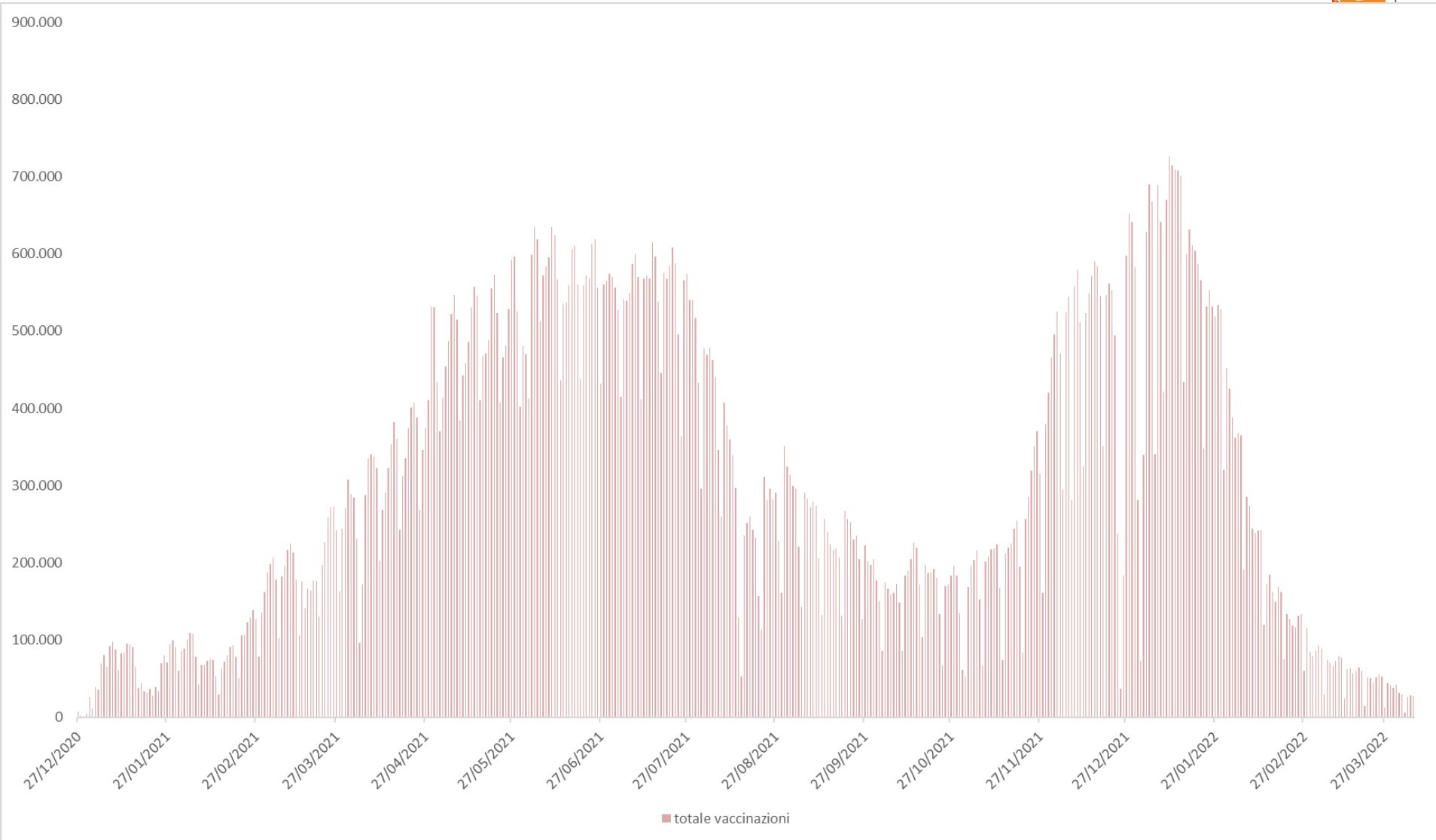


Commento

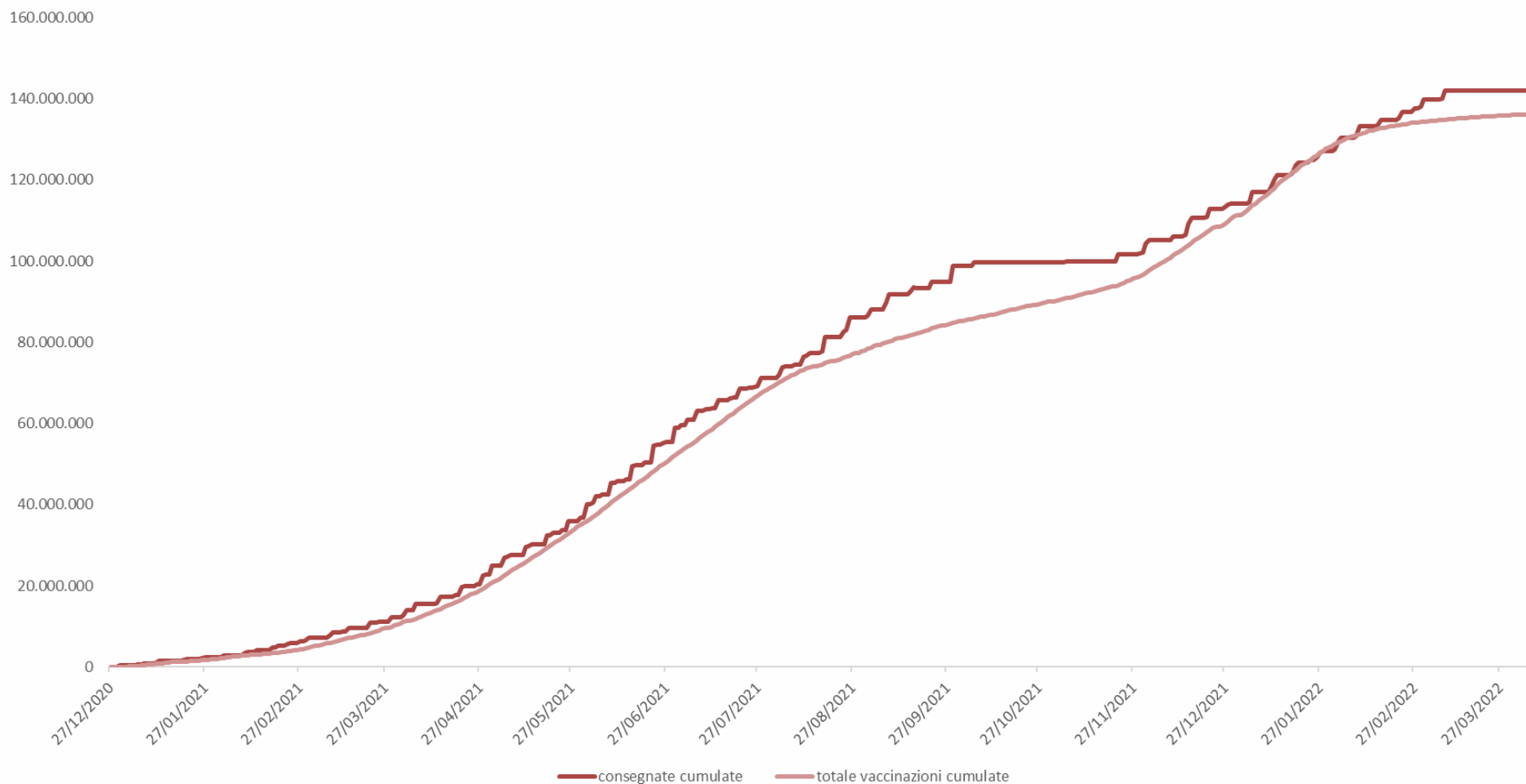
L'indicatore mostra la percentuale di copertura delle fasce di popolazione stratificate per età riguardo la terza dose vaccinale. Dal grafico si evince come la regione associata al tasso di copertura più elevato per la fascia d'età 50-79 anni sia la Puglia (86,4%), mentre la regione con la percentuale minore di vaccinati nella stessa fascia risulta essere la Sicilia (73,0%). Per quanto concerne la fascia d'età 5-19 anni, la regione associata al tasso di copertura più elevato è la Lombardia (28,1%) mentre la regione/P.A. con la percentuale minore di vaccinati nella stessa fascia risulta essere la P.A. di Bolzano (15,6%). Sul territorio nazionale, la copertura vaccinale delle 3° dosi nella fascia d'età 50-79 anni è dell'81,4%, mentre nella fascia d'età 5-19 anni è del 23,6%.

(* ultima rilevazione 5 aprile 2022)

Indicatore 3.4. Andamento somministrazioni (valore soglia 500.000)



Indicatore 3.5. Andamento somministrazioni e consegnate



Report aggiornato al: 07-04-2022 06:21

Indicatore 4.1. Prevalenza e distribuzione delle varianti di SARS-CoV-2

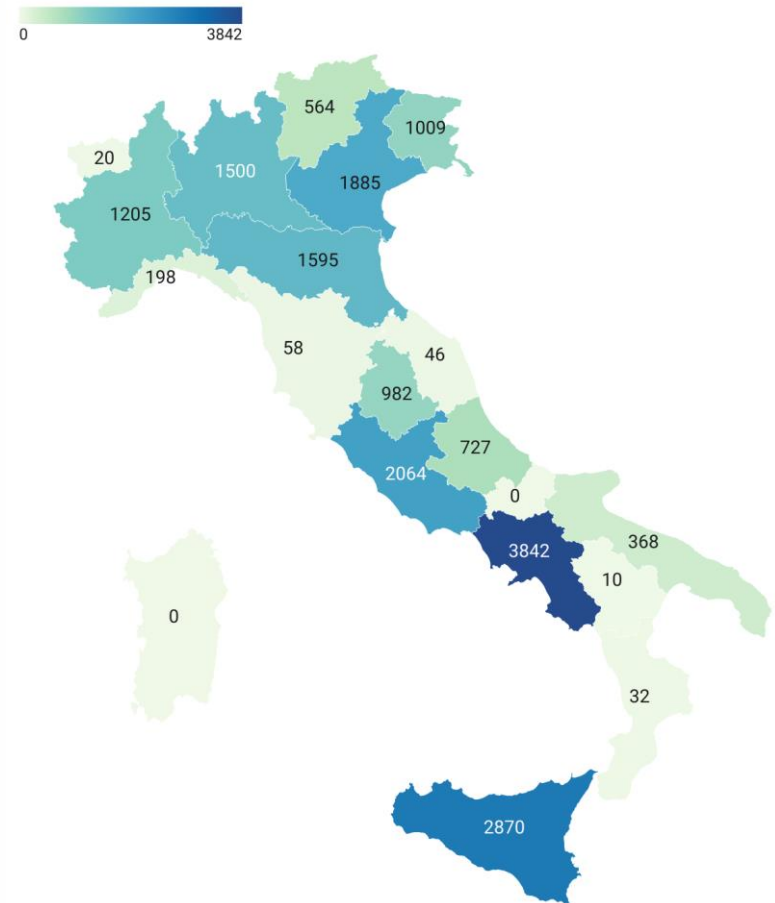


La variante Omicron è al centro dell'attenzione scientifica e mediatica a livello internazionale per le sue caratteristiche molecolari ed epidemiologiche.

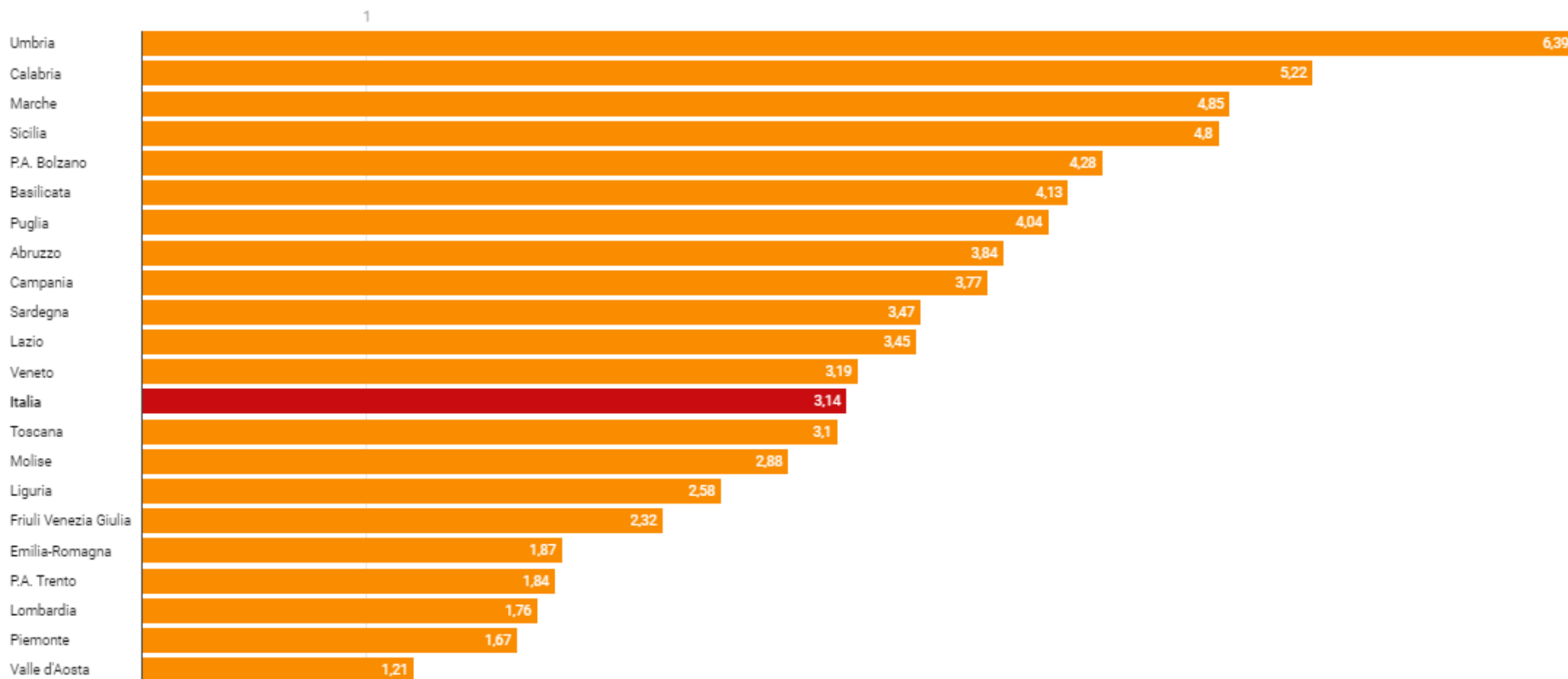
Al 05/04/2022, sulla piattaforma GISAID sono state caricate 18.975 sequenze genomiche riferite alla variante Omicron. La Regione con il maggior numero di sequenze caricate è la Campania con 3.842. Inoltre, la maggior parte delle Regioni presenta almeno un caso di infezione da SARS-CoV-2 riconducibile alla variante Omicron, mentre non ci sono casi segnalati in Molise e Sardegna.

Il caricamento di sequenze genomiche di SARS-CoV-2 sulla piattaforma è spontanea e lasciata alla libera iniziativa delle singole istituzioni e dei laboratori, per cui non rappresenta la totalità dei casi verificatisi in un determinato contesto.

Diffusione della variante Omicron in Italia



Indicatore 5.1. Indice di stress del sistema sanitario



Aggiornato quotidianamente alle 18:00

Grafico: Data Network • Fonte: Github • [Scaricare i dati](#) • [Embed](#) • [Scaricare immagine](#) • Creato con [Datawrapper](#)

Commento

L'indicatore rielabora le soglie regionali in merito al livello di incidenza di infetti ogni 100.000 abitanti tenendo conto della popolazione vaccinata e dell'efficacia del vaccino.



Indicatore 5.2. Indice epidemico composito



Con tecnologia Bing
© GeoNames, Microsoft, TomTom

Commento

Si tratta di un indicatore sintetico che si compone dei valori normalizzati, in base ad uno standard, di 5 componenti "isopeso":

- Indice di positività (settimanale) – normalizzato sulla mediana dei valori nazionali da inizio epidemia
- Incidenza (settimanale) – normalizzata sul valore soglia di 50 casi/100.000 ab/sett.
- Saturazione TI (puntuale) – normalizzata sulla saturazione del 30%
- Mortalità (settimanale) - normalizzata sulla mediana dei valori nazionali da inizio epidemia
- Proporzione di popolazione non vaccinata con ciclo completo (puntuale, over 12 anni) – normalizzata sul valore puntuale nazionale



Indicatore 5.3. Investimenti in campagne di sensibilizzazione COVID-19: 03 Marzo - 03 Aprile



Con il termine Advertising (Adv) si intende una pubblicità, ovvero un messaggio a pagamento che un'azienda invia con lo scopo di informare o influenzare le persone che lo ricevono riguardo ad un prodotto o servizio. I post sponsorizzati permettono di raggiungere un bacino di utenza molto più ampio rispetto ad un classico post non sponsorizzato. In base alla cifra che un portatore d'interesse decide di investire, il post arriverà ad un più o meno vasto target di individui predeterminato. L'utilizzo delle Ads ha avuto e ha tuttora un ruolo importante nel contesto pandemico. Esse sono state usate sia come strumento di promozione della campagna vaccinale, sia come strumento di diffusione di ideologie no-vax. Questa analisi ha lo scopo di mappare la distribuzione geografica delle sponsorizzazioni legate alle campagne di sensibilizzazione a tema COVID-19 da parte di Attori Istituzionali in ambito sanitario.

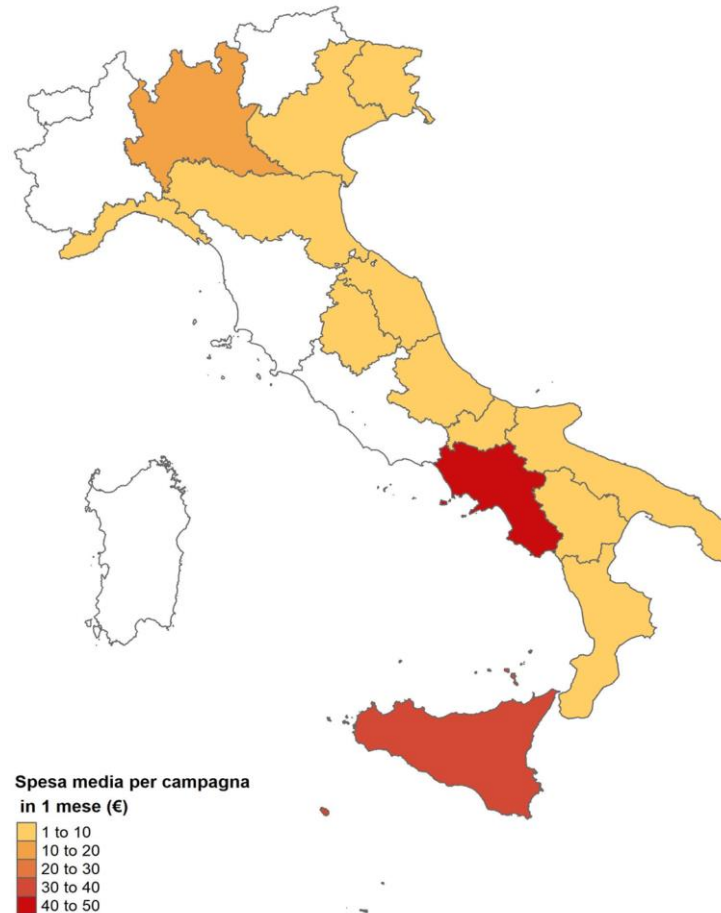
Per attori istituzionali si intendono profili verificati in ambito sanitario, ovvero pagine di individui o di organizzazioni per cui è stata certificata la corrispondenza fra individuo ed identità digitale dello stesso. Nella presente analisi sono stati inclusi profili certificati nel settore sanitario fra cui membri e organi istituzionali statali e regionali italiani, ASL, associazioni pazienti ecc.

Adlibrary permette di avere un accesso programmatico al database di Meta group (ex-Facebook) che riguarda tutte le campagne commerciali e politiche condotte su Facebook, Instagram e Whatsapp negli anni, a partire da maggio 2018. Ogni campagna (registrata come record di database adlibrary) –dove per campagna si intenda una singola istanza di un inserzionista che acquista pubblicità politica - è l'unità di studio di questa analisi. Un annuncio può differire dall'altro in uno dei seguenti modi: pagina, finanziamento entità, spesa, targeting, un pulsante di chiamata al pulsante di azione (se appropriato) o contenuto di annunci creativo (immagine o video, ad esempio). Per ogni annuncio acquistato/campagna, i ricercatori possono attualmente ricevere dati quali:

- Testo completo, data di messa in opera, URL e metadati aggiuntivi
- Range di costo della campagna (intervallo minimo e massimo)
- Metriche dell'efficacia della campagna, ovvero reach e impression (intervallo minimo e massimo)
- Demografia per genere e gruppo di età
- Costo percentuale per regione di destinazione della campagna



Indicatore 5.3. Investimenti in campagne di sensibilizzazione COVID-19: 03 Marzo - 03 Aprile



Commento

Il cartogramma evidenzia gli investimenti in campagne di sensibilizzazione relative al COVID-19 su base mensile e regionale. In riferimento agli Attori Istituzionali considerati, nel periodo in analisi, gli investimenti si concentrano prevalentemente nel Sud Italia e Isole con particolare attenzione a Campania e Sicilia. Si denota inoltre l'assenza di dati di spesa in Advs nelle regioni in bianco.





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

Vincenzo Nardelli, Statistico

Entela Xoxi, Ricercatore ALTEMS

Contatti:

americo.cicchetti@unicatt.it



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

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

