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#38: **04 Febbraio 2021**

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, 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

Indice del Documento

OBIETTIVI

NOTA METODOLOGICA E FONTE DEI DATI

CONTESTO NORMATIVO

PROVVEDIMENTI NAZIONALI

LIBRARY INSTANT REPORT

INDICATORI DI MONITORAGGIO DEL CONTAGIO

1.1. INCIDENZA SETTIMANALE X 100.000 ABITANTI: 26/1 – ½ 2021

1.2. ANDAMENTO ATTUALMENTE POSITIVI

1.3. ANDAMENTO OSPEDALIZZATI

1.4. POSITIVITÀ AL TEST

INDICATORI EPIDEMIOLOGICI

2.1. PREVALENZA PERIODALE E PREVALENZA PUNTUALE

2.2. PREVALENZA PERIODALE SETTIMANALE X 100.000 ABITANTI: 26/1 - 1/22021

2.3. PREVALENZA PUNTUALE 18/01/2021 E 25/01/2021

2.4. PREVALENZA PERIODALE 4 DICEMBRE – 2 GENNAIO E DEL 3 GENNAIO – 1 FEBBRAIO (PER 100.000 ABITANTI)

2.5. LETALITÀ GREZZA APPARENTE (‰) DEL COVID-19 NELLE REGIONI ITALIANE: 26/1 - 1/2 2021

2.6. MORTALITÀ COVID-19 NELLE REGIONI ITALIANE (PER 100.000 AB): SETTIMANA 26 GENNAIO – 1 FEBBRAIO 2021

2.7. CONFRONTO TRA MORTALITÀ (PER 100.000 AB.) NEGLI ULTIMI 30 GIORNI

2.8. ANDAMENTO ISOLATI A DOMICILIO/RESIDENTI PER 100.000 ABITANTI

2.9. NUOVA PRESSIONE PER SETTING ASSISTENZIALE (DOMICILIO, TERAPIA MEDICA, TERAPIA INTENSIVA, X 100.000 AB): 26 GENNAIO – 1 FEBBRAIO 2021

2.10. ANDAMENTO DELL'ETÀ DEI CASI

2.11. NUOVI INGRESSI SETTIMANALI IN TERAPIA INTENSIVA (X 100.000 AB)

2.12. N° TAMPONI MOLECOLARI E TAMPONI ANTIGENICI SU 1.000 ABITANTI

INDICATORI CLINICO-ORGANIZZATIVI

3.1. ANDAMENTO RICOVERI/RESIDENTI PER 100.000 ABITANTI

3.2. SATURAZIONE COVID TERAPIA INTENSIVA (POSTI LETTO REALI)

3.3. RICOVERI TI / RICOVERI TOTALI 25/01/2021 E 2/02/2021

3.4. PAZIENTI RICOVERATI IN TI/POSITIVI

3.5. RELAZIONE TRA INCIDENZA PER 100.000 ABITANTI DA TEST MOLECOLARE E N°TAMPONI MOLECOLARI EROGATI PER 1.000 ABITANTI

3.6. RELAZIONE TRA INCIDENZA PER 100.000 ABITANTI E N°NUOVI CASI TESTATI PER 1.000 ABITANTI

3.7. IMPATTO ECONOMICO

3.8. SOLUZIONI DIGITALI

3.9. SPERIMENTAZIONI CLINICHE

3.10. APPROFONDIMENTO SUI CANDIDATI VACCINI COVID-19

3.11. APPROFONDIMENTO SUI TEST COVID-19

3.12. NUOVO PERSONALE CON SPECIALIZZAZIONE MEDICHE LEGATE ALL'EMERGENZA COVID-19

3.13. NUOVO PERSONALE CON SPECIALIZZAZIONE MEDICHE NON LEGATE ALL'EMERGENZA COVID-19

3.14. CONFRONTO TRA ACQUISIZIONE DI PERSONALE CON SPECIALIZZAZIONE LEGATE ALL'EMERGENZA COVID-19 E NON

3.15. TREND TASSI DI SATURAZIONE DEI POSTI LETTO IN TERAPIA INTENSIVA DAL 14 OTTOBRE AL 2 FEBBRAIO

3.16. CONFRONTO TRA PL TI E NUMERO DI ANESTESISTI

3.17. TASSO DI SATURAZIONE DEI PL DI TERAPIA INTENSIVA AL 2 FEBBRAIO 2021

3.18. TASSO DI SATURAZIONE DELLA CAPACITÀ AGGIUNTIVA DI PL DI TERAPIA INTENSIVA AL 2 FEBBRAIO 2021

3.19. TASSO DI SATURAZIONE DEI POSTI LETTO IN AREA NON CRITICA AL 2 FEBBRAIO 2021

3.20. TASSI DI SATURAZIONE DEI POSTI LETTO IN TERAPIA INTENSIVA E DI AREA NON CRITICA AL 2 FEBBRAIO 2021

3.21. SATURAZIONE TI: POSTI LETTO DL 34 E POSTI LETTO REALI

3.22. ACQUISIZIONE DI NUOVO PERSONALE MEDICO

3.23. BANDI PER MEDICI DA DESTINARE ALLE VACCINAZIONI AL 2 FEBBRAIO 2021

3.24. NUMERO MEDIO DI VACCINAZIONI PER PUNTO DI SOMMINISTRAZIONE AL 2 FEBBRAIO 2021

3.25. PERCENTUALE DI DOSI DISTRIBUITE (SOMMINISTRATE/CONSEGNATE)

3.26. DOSI SOMMINISTRATE/POPOLAZIONE RESIDENTE (PER 10.000 ABITANTI)

3.27. DOSI CONSEGNATE/POPOLAZIONE RESIDENTE (PER 10.000 ABITANTI)

3.28. DOSI SOMMINISTRATE/POPOLAZIONE RESIDENTE (PER 1.000 ABITANTI)* - INCREMENTO 26 GENNAIO – 2 FEBBRAIO 2021

3.29. DOSI CONSEGNATE/POPOLAZIONE RESIDENTE (PER 10.000 ABITANTI)* INCREMENTO 26 GENNAIO – 2 FEBBRAIO 2021

3.30. DOSI SOMMINISTRATE/POPOLAZIONE RESIDENTE > 80 ANNI (PER 1.000 ABITANTI)* - 2 FEBBRAIO 2021

3.31. CASI DI INFLUENZA X 1.000 ASSISTITI, 2019/2020 VS 2020/2021

3.32. STATO DELL'ARTE VACCINAZIONI AL 2 FEBBRAIO 2021 IN RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO DEL 31 MARZO 2021 DELL'UE

ANALISI A LIVELLO AZIENDALE

4.1 VOCI DAL CAMPO E BUONE PRATICHE

4.2. CONNESSIONI E SUPPORTI PER LA COMUNICAZIONE DIGITALE

ANALISI DEI PROFILI REGIONALI

APPENDICE METODOLOGICA

CHI SIAMO

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 01 Febbraio 2021 registra lo 0,75% dei positivi sul territorio nazionale e il 4,29% dei casi rispetto alla popolazione generale. La percentuale di popolazione nazionale deceduta è pari allo 0,15%: sono 88.845 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 **01 Febbraio** [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 (1/5):

Principali provvedimenti nazionali (1/3)

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.	➢ 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	➢ 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
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	➢ Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale ➢ Misure a sostegno del lavoro ➢ Misure a sostegno della liquidità attraverso il sistema bancario ➢ Misure fiscali a sostegno della liquidità delle famiglie e delle imprese

Contesto normativo (2/5):

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	➢ Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale ➢ Misure a sostegno del lavoro ➢ Misure a sostegno della liquidità attraverso il sistema bancario ➢ Misure fiscali a sostegno della liquidità delle famiglie e delle imprese
22 Marzo 2020	Dpcm 22 marzo 2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale	➢ Chiusura attività produttive e commerciali ➢ Restrizione alla circolazione di persone tra comuni
25 Marzo 2020	Decreto Legge del 25 marzo 2020 n.19 - Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19	➢ Misure urgenti per evitare la diffusione del COVID-19 ➢ Restrizione negli assembramenti e per la circolazione ➢ Sanzioni
1 Aprile 2020	Dpcm 1 aprile 2020 - Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale	➢ Ulteriori misure per il contenimento del contagio
10 Aprile 2020	Dpcm 10 aprile 2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale	➢ Ulteriori misure urgenti per il contenimento del contagio; ➢ misure di contenimento del contagio per lo svolgimento in sicurezza delle attività produttive industriali e commerciali
26 Aprile 2020	Dpcm 26 aprile 2020 -Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale	➢ Ulteriori misure urgenti per il contenimento del contagio; ➢ misure di contenimento del contagio per lo svolgimento in sicurezza delle attività produttive industriali e commerciali
10 maggio 2020	Decreto Legge 10 maggio 2020, n. 30. Misure urgenti in materia di studi epidemiologici e statistiche sul SARS-COV-2	➢ Misure finalizzate alla conduzione di studi epidemiologici e all'elaborazione di statistiche affidabili e complete sullo stato immunitario della popolazione
19 maggio 2020	Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34 - Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-1	➢ Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale, compresa l'istituzione dell'infermiere di famiglia o di comunità ➢ Riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 ➢ Incremento delle borse di studio degli specializzandi ➢ Proroga validità delle ricette limitative dei farmaci classificati in fascia A e dei piani terapeutici; ➢ Rilevazioni statistiche dell'ISTAT connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19

Contesto normativo (3/5):

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	➢ Proroga dello stato di emergenza fino al 15 Ottobre 2020
14 Agosto 2020	DECRETO-LEGGE 14 agosto 2020, n. 104 i	➢ Disposizioni transitorie per la riduzione delle liste d'attesa; ➢ Modifiche alle disposizioni per gli incentivi per il personale degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale;
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».	➢ Proroga dello stato di emergenza fino al 31 Gennaio 2021; ➢ 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; ➢ misure di contenimento del contagio per lo svolgimento in sicurezza delle attività produttive commerciali, per le attività sportive e attività scolastiche
3 Novembre 2020	DPCM del 03 Novembre 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 epidemiolo- gica 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 epidemiologi- ca da COVID-19».	➢ Misure urgenti di contenimento del contagio sull'intero territorio nazionale ➢ Ulteriori misure di contenimento del contagio su alcune aree del territorio nazionale caratterizzate da uno scenario di massima gravità e da un livello di rischio alto ➢ Individuati tre livelli soglia definiti "giallo", "arancione" e "rosso» (ordinati in base alla gravità e alle relative restrizioni)
3 Novembre 2020	ORDINANZA 4 novembre 2020 – Ministero della Salute Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A06144) (GU n.276 del 5-11-2020)	➢ Inserimento delle regioni in tre livelli soglia definiti "giallo", "arancione" e "rosso» (ordinati in base alla gravità e alle relative restrizioni).
3 Novembre 2020	ORDINANZA 10 novembre 2020 – Ministero della Salute Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A06211) (GU n. 280 del 10-11-2020)	➢ Inserimento delle regioni in tre livelli soglia definiti "giallo", "arancione" e "rosso» (ordinati in base alla gravità e alle relative restrizioni).

<u>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)</u>

Fonte: Garante per la protezione dei dati personali

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

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	➢ Requisiti per presidi COVID ➢ postazioni isolate per osservazione di pazienti ventilati/intensivi sospetti SARS – CoV – 2 in attesa risultati test diagnostici eseguiti; ➢ terapie intensive di coorte (separate) (UTI) ➢ UTI prioritariamente create in strutture ospedaliere con reparti di malattie infettive e nelle strutture ospedaliere di riferimento ECMO1 ➢ Definizione criteri di accesso al trattamento intensivo dei pazienti COVID-19, loro gestione clinica ed assistenziale; ➢ Criteri di distribuzione e utilizzo dei DPI e relativa formazione del personale; ➢ la previsione di ampliare la capacità di ogni singola struttura ospedaliera mediante l'attivazione di posti letto di area critica attualmente non funzionanti e/o procedere ➢ rimodulazione dell'attività programmata; ➢ formazione del personale per utilizzo dei sistemi di ventilazione e alla corretta adozione dei DPI.
1 Marzo 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute del 01/03/2020 - Incremento disponibilità posti letto de Servizio Sanitario Nazionale e ulteriori indicazioni relative alla gestione dell'emergenza	➢ Attivazione modello di cooperazione interregionale ➢ Incremento della disponibilità dei posti letto, + 50% in terapia intensiva ➢ Coordinamento trasporti regionali ed interregionali (CROSS) ➢ Incremento del 100% dei posti letto in unità di pneumologia e malattie infettive, isolati e dotati di strumenti per il supporto alla respirazione (compresa ventilazione assistita)
9 marzo 2020	Governo	Decreto Legge 9 marzo 2020, n. 14 «Disposizioni urgenti per potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19	➢ Potenziamento delle risorse umane SSN; ➢ Potenziamento delle reti assistenziali (attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale - USCA
16 Marzo 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute 16/03/2020 - Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19	➢ Identificazione prestazioni ambulatoriali e ospedaliere non COVID differibili
25 Marzo 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute del 25/03/2020 - Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19	➢ Rimodulazione contratti per prestazioni COVID e non COVID con operatori privati ➢ Differenziazione chiamate al 112/118 ➢ Linee di indirizzo per gestione territoriale e RSA ➢ Coordinamento soluzioni ICT e Digitali ➢ Sperimentazioni medicinali

Contesto normativo (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	Circolare del 01 giugno 2020 - Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19	➢ Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19.
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

Abruzzo

DGR n. 334 del 15.6.2020 «Art.2 D.L.n.34 del 19 maggio 2020: riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza CoVid-19»

Calabria

Decreto del Commissario ad Acta 18.06.2020, n. 91 «Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34 -Art. 2 - Documento di riordino della Rete Ospedaliera in Emergenza COVID-19.

Campania

DGR n 304 del 16/06/2020 «Piano di riorganizzazione/potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure della Regione Campania

Emilia Romagna

Delibera Num. 677 del 15/06/2020 "Emergenza Pandemica Covid-19 - Disposizioni In Ordine Al Piano Di Riorganizzazione Dell'assistenza Ospedaliera Di Cui All'art. 2 Del D.L. 19 Maggio 2020, N. 34."

Liguria

DGR 500 del 16.06.2020 "Piano per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19".

Lombardia

DGR XI/3264 "Piano di riordino della rete ospedaliera: attuazione dell'Art.2 del DL 34/20

Marche

DGR 751 del 16/06/2020 Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 in attuazione del D.L. 19 MAGGIO 2020, N. 34 (Misure Urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19)

Molise

Decreto del Commissario ad Acta «Piano di Riorganizzazione rete ospedaliera per emergenza COVID-19 DL34/2020 – Regione Molise

Piemonte

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».

Puglia

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.

Sardegna

Deliberazione N. 28/19 Del 4.06.2020 «Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza Covid-19, ai sensi dell'art. 2, decreto legge 19 maggio 2020, n. 34. Implementazione dei Posti Letto di Terapia Intensiva e Sub Intensiva. Approvazione preliminare.

Toscana

DGR 741 del 15/06/2020 Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 di cui all'art. 2 del Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34 recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19".

Trentino Alto Adige

P.A. Bolzano: DGR 437 del 16/06/2020 «Covid-19 - Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza»

P.A. Trento Comunicato stampa regionale (https://www.ufficiostampa.provincia.tn.it/Comunicati/Approvato-la-proposta-di-riorganizzazione-della-rete-ospedaliera-post-Covid-piu-che-raddoppiate-le-terapie-intensive)

Umbria

DGR 483 del 19/06/2020 Piano di riorganizzazione emergenza COVID-19 _ Potenziamento rete ospedaliera (ai sensi dell'art. 2 decreto legge 19 maggio 2020 n. 34).

Veneto

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

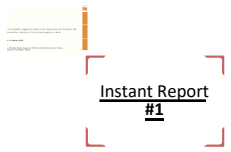
Valle d'Aosta

DGR n. 584 dell' 08/07/2020 «Regione autonoma Valle d'Aosta - Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera

Library Instant Report

UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

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


Instant Report #1

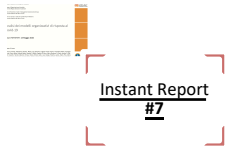
Instant Report #2

Instant Report #3

Instant Report #4

Instant Report #5

Instant Report #6


Instant Report #7

Instant Report #8

Instant Report #9

Instant Report #10

Instant Report #11

Instant Report #12

Instant Report #13

Instant Report #14

Instant Report #15

Instant Report #16

Instant Report #17

Instant Report #18

Instant Report #19

Instant Report #20

Instant Report #21

Instant Report #22

Instant Report #23

Instant Report #24

Instant Report #25

Instant Report #26

Instant Report #27

Instant Report #28

Instant Report #29

Instant Report #30

Instant Report #31

Instant Report #32

Instant Report #33

Instant Report fine 2020

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

ALTEMS Instant Report - *dal 4 gennaio 2021 ad oggi*

Instant Report **#34**

Instant Report comparazione 2 ondate

Instant Report **#35**

Instant Report **#36**

Instant Report **#37**

Instant Report **#38**

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatori di monitoraggio del contagio

Indicatore 1.1. Incidenza settimanale x 100.000 abitanti: 26 gennaio – 1 febbraio 2021

Commento

Il grafico mostra tutte le Regioni italiane in ordine crescente di incidenza settimanale nei 7 giorni tra il 26 gennaio e il 1 febbraio 2021; l'incidenza settimanale corrisponde al numero di nuovi casi emersi nell'ambito della popolazione regionale nell'intervallo di tempo considerato. È stata individuata, come riferimento, il valore massimo che questa dimensione epidemiologica ha assunto in Italia: nei 7 giorni tra il 9 ed il 15 novembre 2020 i nuovi casi, a livello nazionale, sono stati 366 ogni 100.000 residenti. **La settimana appena trascorsa evidenzia un calo dell'incidenza settimanale, registrando un valore nazionale pari a 125 ogni 100.000 residenti.**

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 1.2. Andamento attualmente positivi: 26 gennaio – 1 febbraio 2021

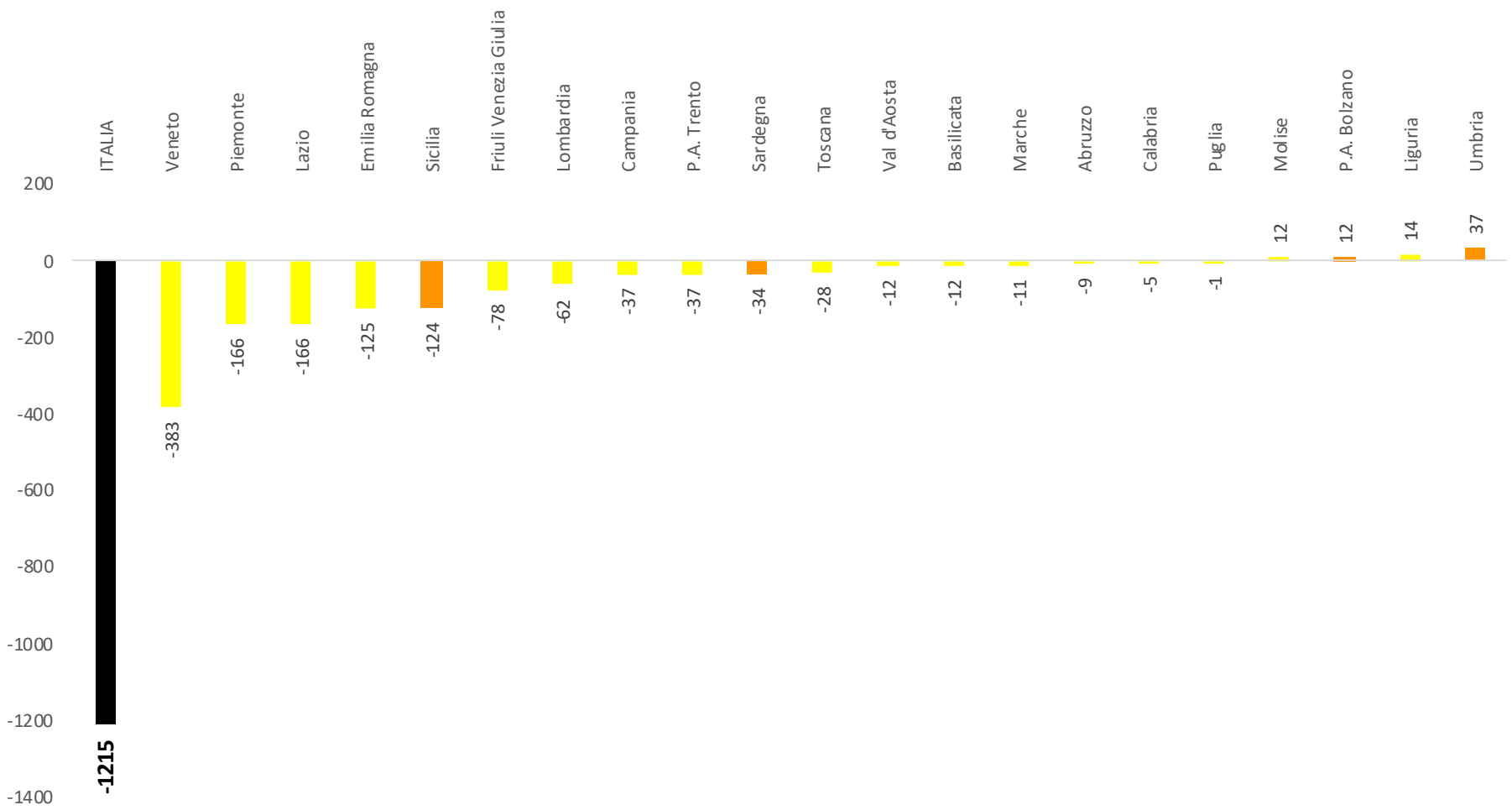
Media	-1658
Min	-9227
Max	856
Dev-St	2820

Commento

Questo indicatore fornisce un'indicazione sull'andamento dei casi positivi nelle varie Regioni. In alcune regioni si registra un numero di casi positivi minore rispetto alla settimana scorsa. Il valore più alto viene registrato In Toscana (856).

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 1.3. Andamento ospedalizzati: 26 gennaio – 1 febbraio 2021



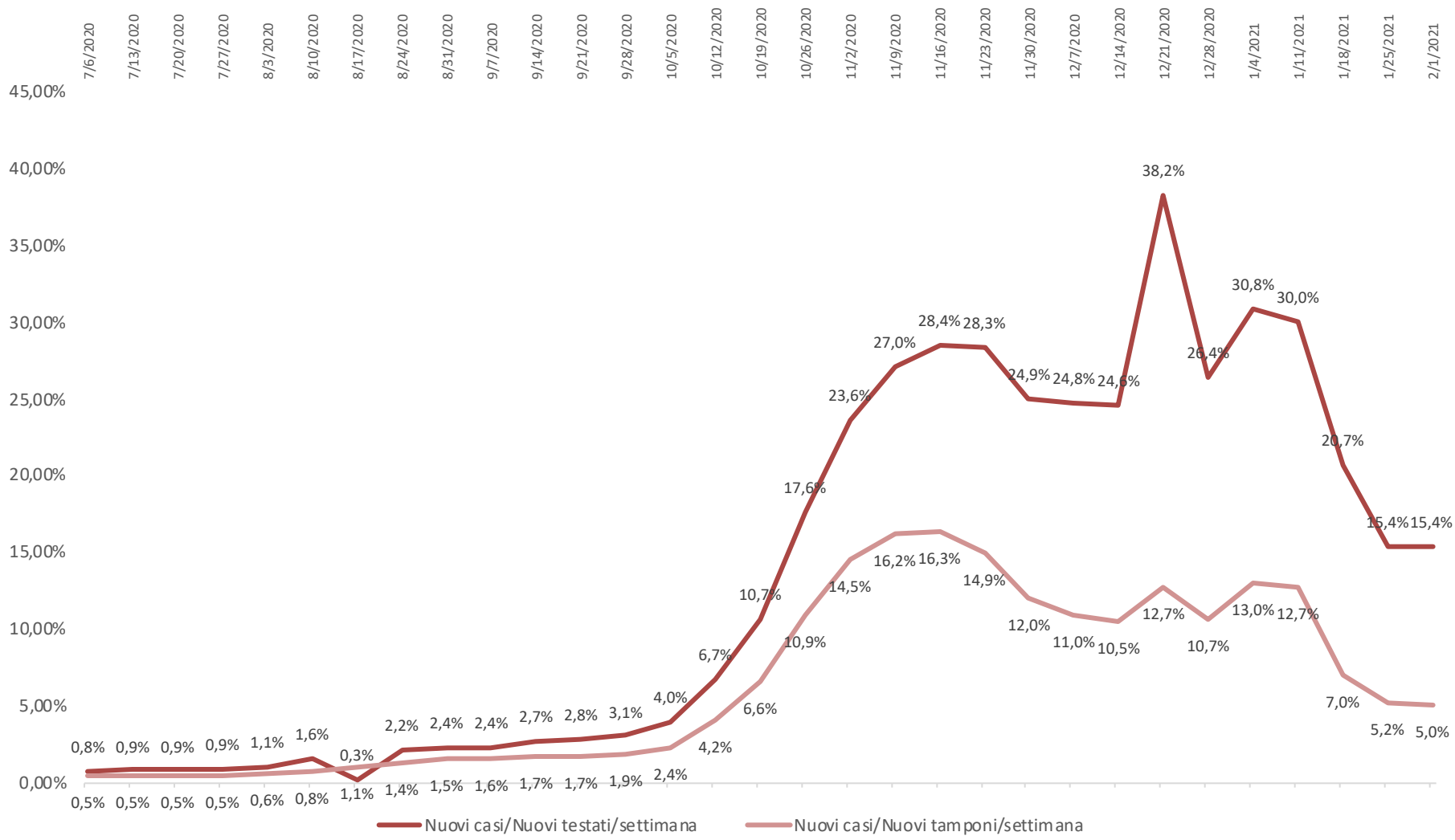
Media	-58
Min	-383
Max	37
Dev-St	94,73

Commento

Questo indicatore fornisce un'indicazione sull'andamento dei casi ospedalizzati in tutte le Regioni. In alcune regioni l'indicatore subisce una diminuzione. Il valore più alto viene registrato in Umbria (+37). La media nazionale registra un numero di casi ospedalizzati in diminuzione (-58). Dall'analisi di questo indicatore e di quello degli attualmente positivi risulta un numero di casi ospedalizzati in diminuzione.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 1.4. Positività al test: 26 gennaio – 1 febbraio 2021



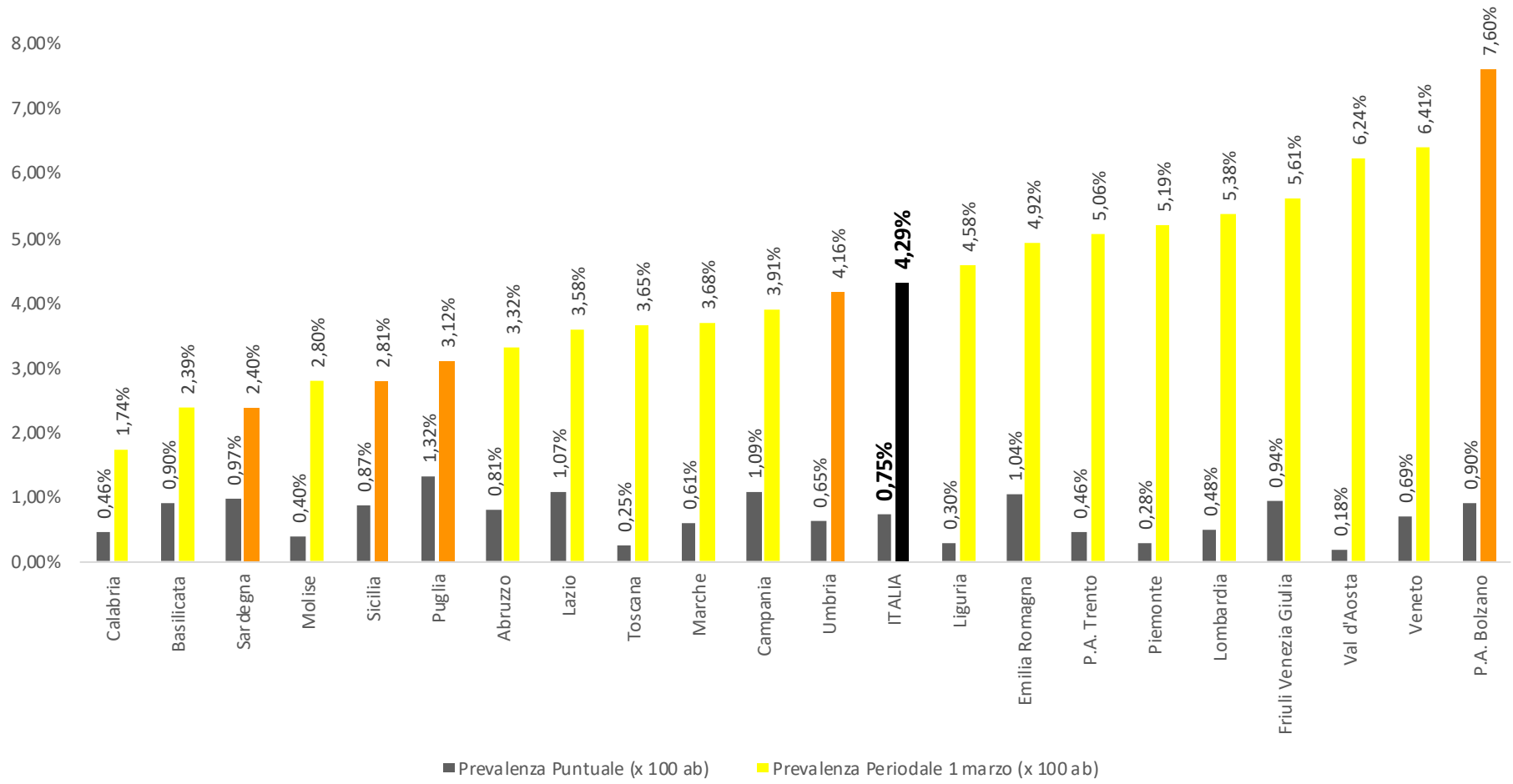
Commento

L'indice di positività registra un valore massimo del 70,00% in P.A di Bolzano e del 54,70% nella P.A. di Trento. In Italia l'indice di positività al test è pari al 15,43%: **risulta positivo, dunque, circa 1 paziente su 7 nuovi soggetti testati. Stabile il valore nazionale al 15,4%.**

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatori epidemiologici

Indicatore 2.1. Prevalenza Periodale* e Prevalenza Puntuale



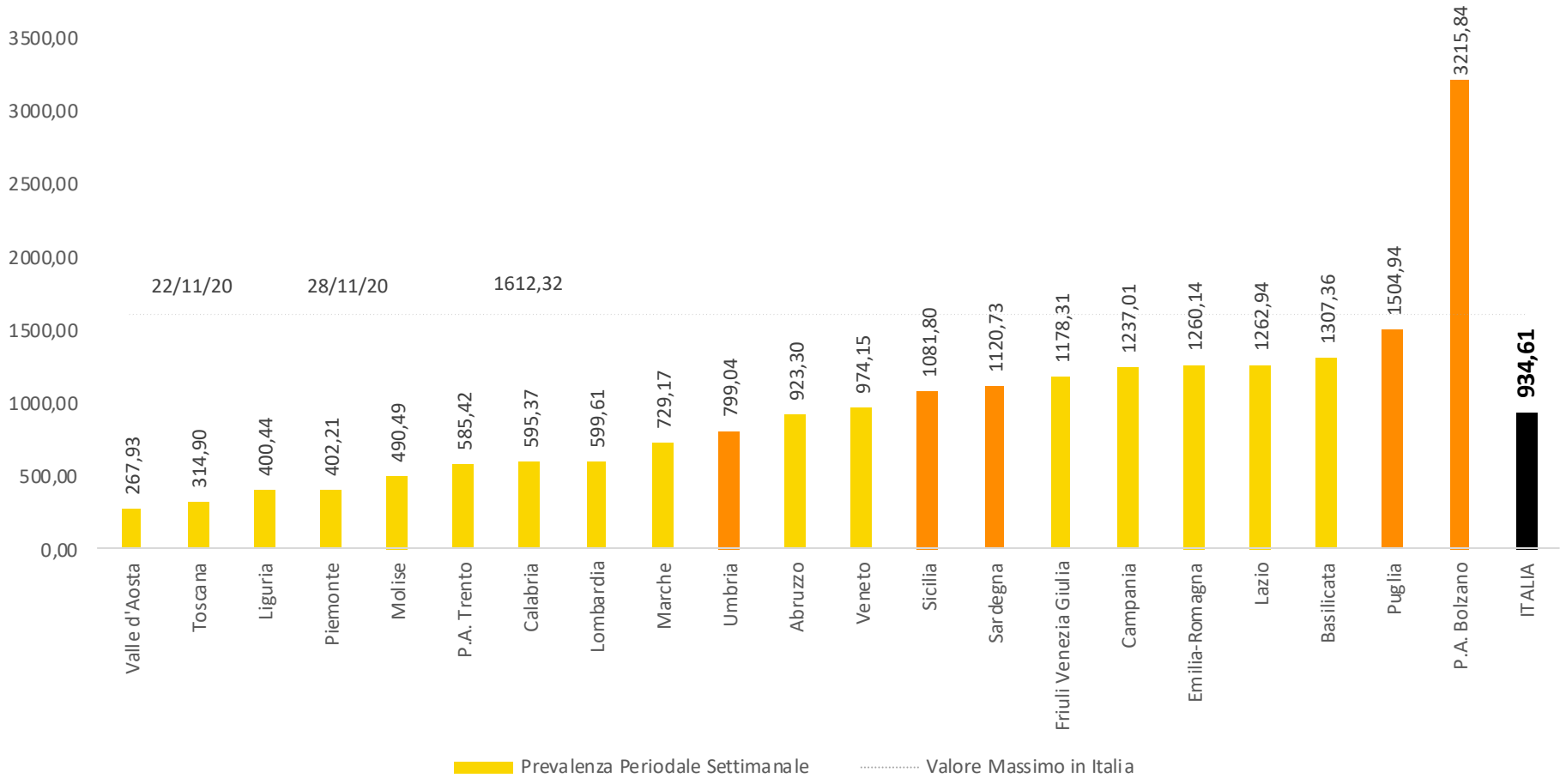
Commento

L'indicatore mostra una maggiore prevalenza di periodo nella P.A. di Bolzano (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. Da sottolineare che la Valle d'Aosta risulta essere ad oggi la terza Regione per prevalenza di periodo.

(*) Il dato considera il periodo dal 1 Marzo 2020 al 1 Febbraio 2021

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 2.2. Prevalenza periodale settimanale x 100.000 abitanti: 26 gennaio – 1 febbraio 2021

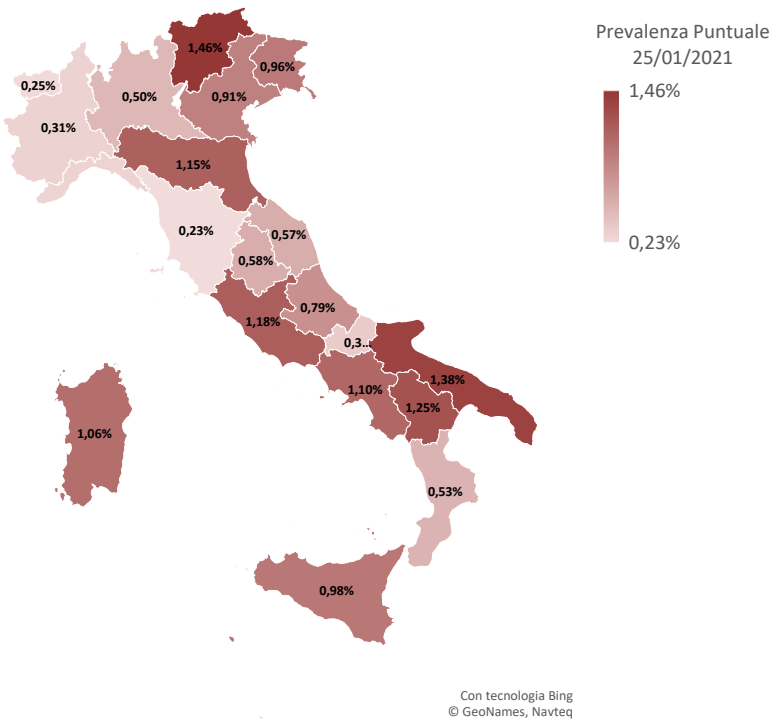


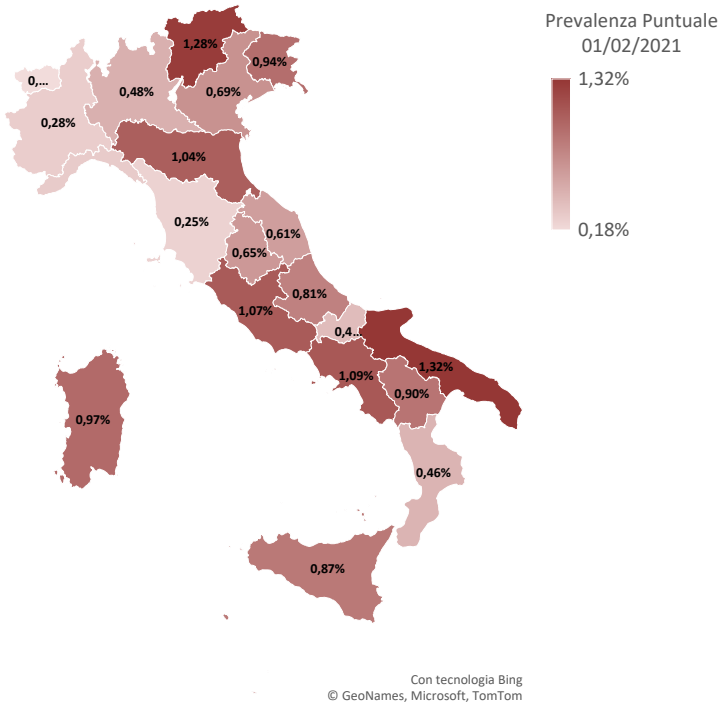
Commento

Il grafico mostra tutte le Regioni italiane in ordine crescente di prevalenza periodale nei 7 giorni tra il 26 gennaio e il 1 febbraio 2021; 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). È stata individuata, come soglia di riferimento, il valore massimo che questa dimensione epidemiologica ha assunto in Italia: **la settimana** tra il 22 ed il 28 novembre è ad oggi il periodo in cui si è registrata la **massima prevalenza periodale in Italia** (1.612 casi ogni 100.000 residenti), mentre **nell'ultima settimana la prevalenza periodale in Italia è pari a 935 casi ogni 100.000 residenti, in calo**.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 2.3. Prevalenza puntuale 25/01/2021 e 01/02/2021



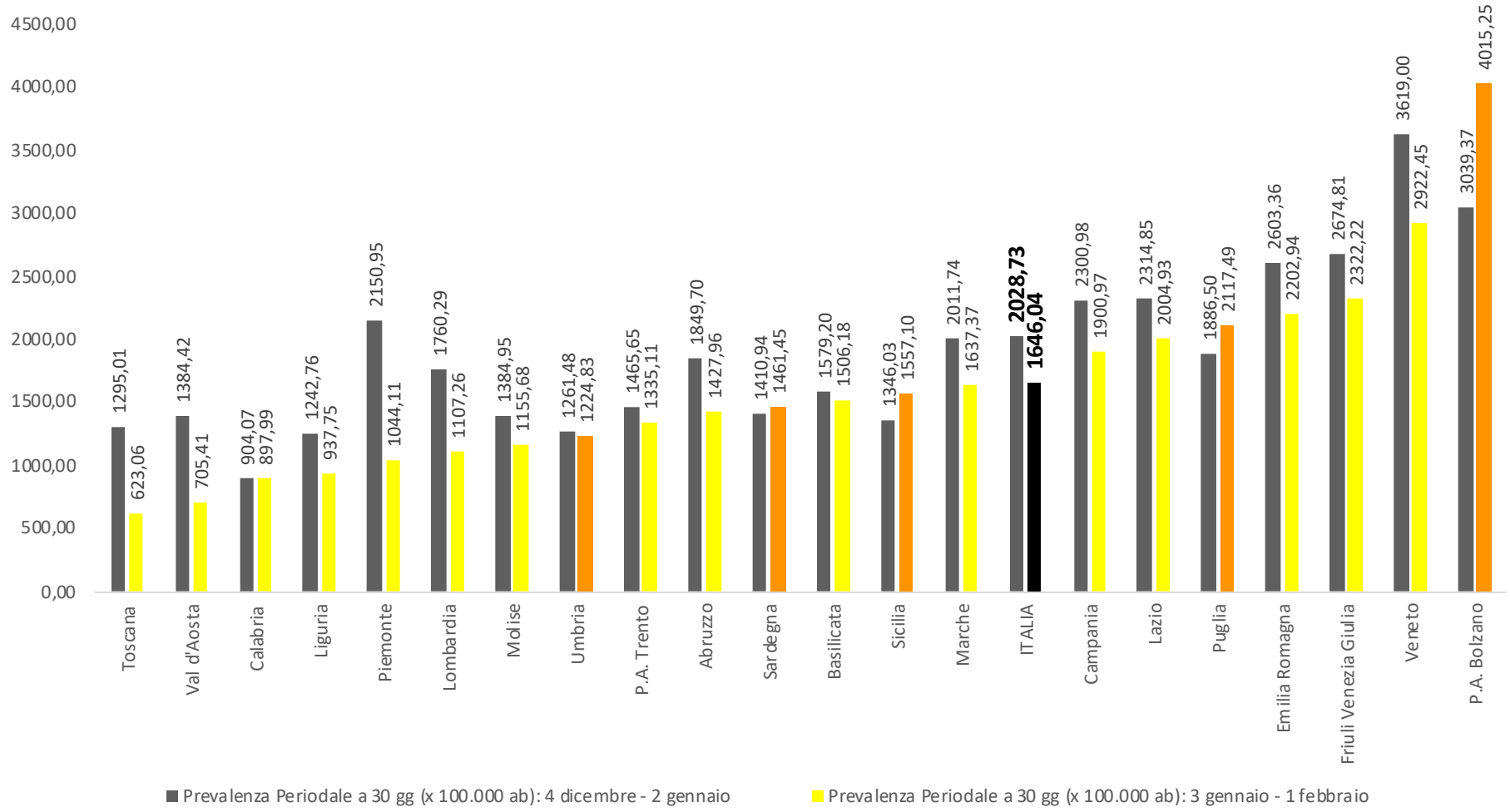


Commento

Nel periodo 25/01/2021 – 01/02/2021 si registra un trend in diminuzione in diverse regioni italiane; il Trentino Alto Adige si riafferma la regione con l'indice più alto (1,28%). Nelle P.A di Bolzano e Trento la prevalenza puntuale è pari rispettivamente a 2,20% e 0,37%.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 2.4. Prevalenza periodale del 4 dicembre – 2 gennaio e del 3 gennaio – 1 febbraio (per 100.000 abitanti)

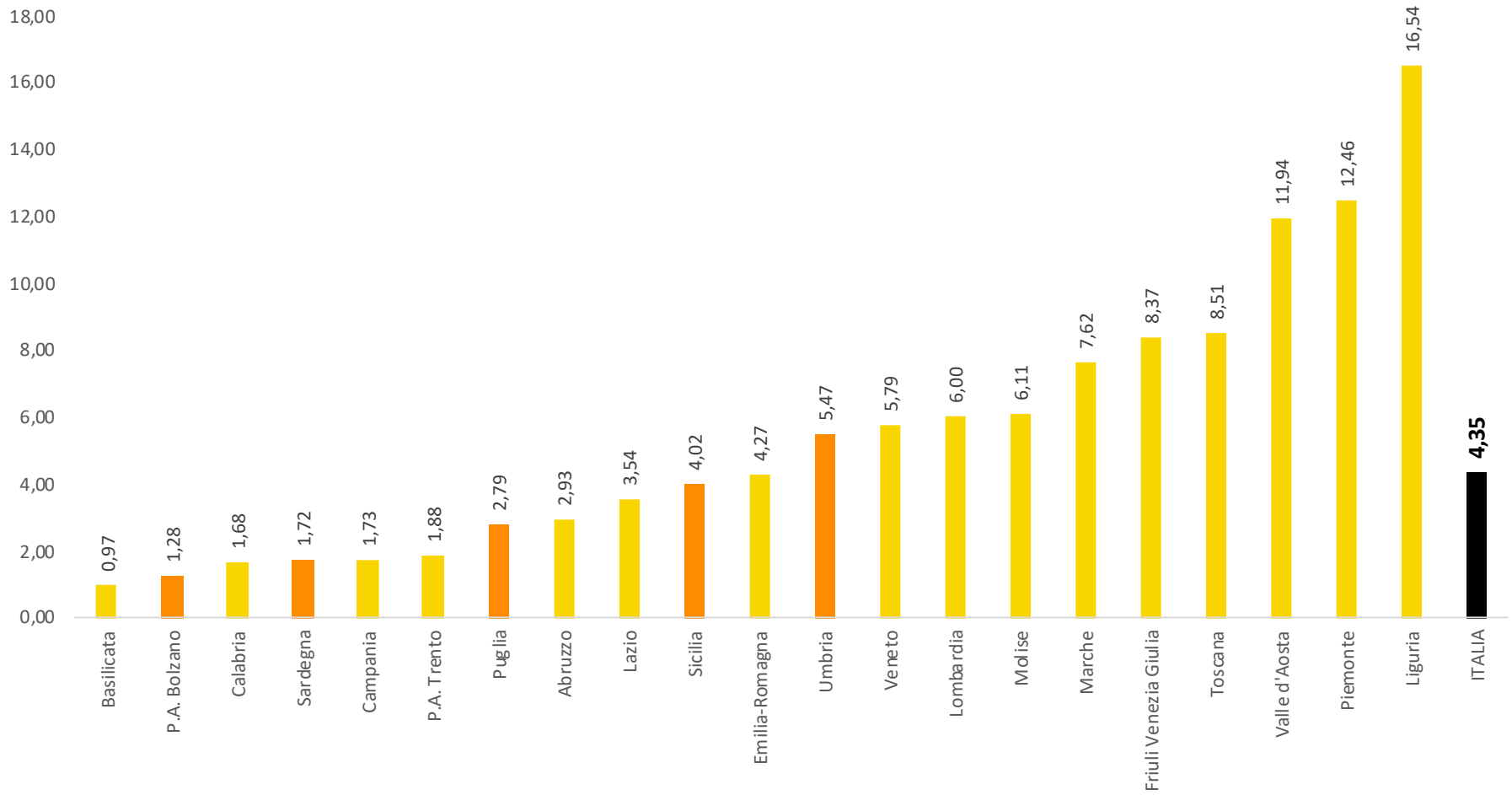


Commento

In termini di monitoraggio della prevalenza derivante dal confronto negli ultimi mesi si denota come nella maggior parte delle regioni tale indice abbia subito un significativo aumento. Le Regioni con una prevalenza periodale più alta nell'ultimo mese sono la P.A di Bolzano e il Veneto.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 2.5. Letalità grezza apparente (‰) del COVID-19 nelle Regioni italiane: settimana 26 gennaio – 1 febbraio 2021

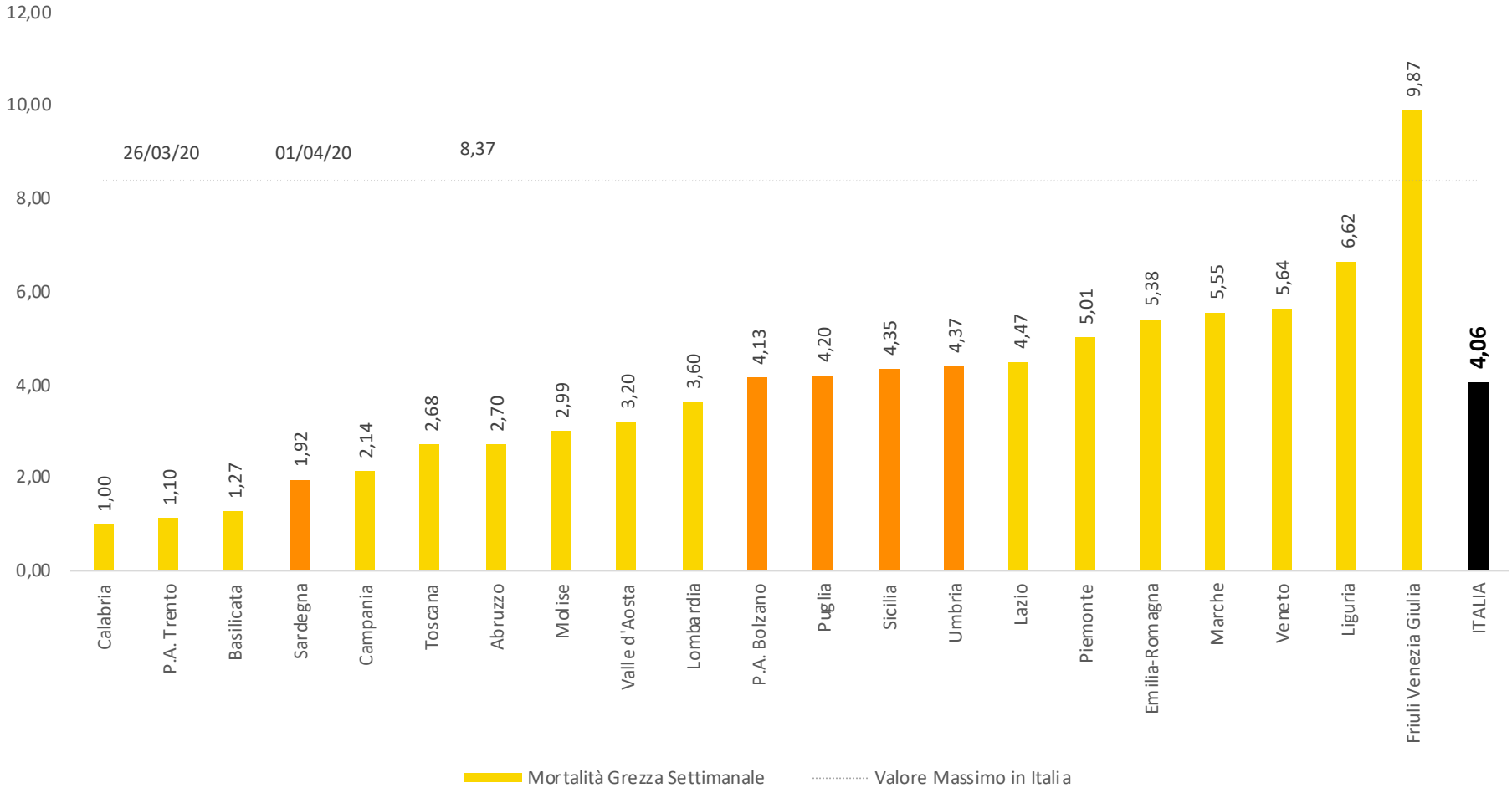


Commento

Il grafico mostra tutte le Regioni italiane in ordine crescente di letalità grezza apparente nei 7 giorni tra il 26 gennaio – 1 febbraio 2021; la letalità grezza apparente corrisponde al numero di pazienti deceduti nell'ambito dei soggetti positivi al COVID-19 nell'intervallo di tempo considerato. È stata individuata, come soglia di riferimento, il valore massimo che questa dimensione epidemiologica ha assunto in Italia: nei 7 giorni tra il 18 ed il 24 marzo 2020 la letalità grezza apparente, a livello nazionale, è stata pari al 61,80 x 1.000. **Nell'ultima settimana, la letalità grezza apparente, a livello nazionale, è pari al 4,35 x 1.000.**

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 2.6. Mortalità COVID-19 nelle Regioni italiane (per 100.000 ab): settimana 26 gennaio – 1 febbraio 2021

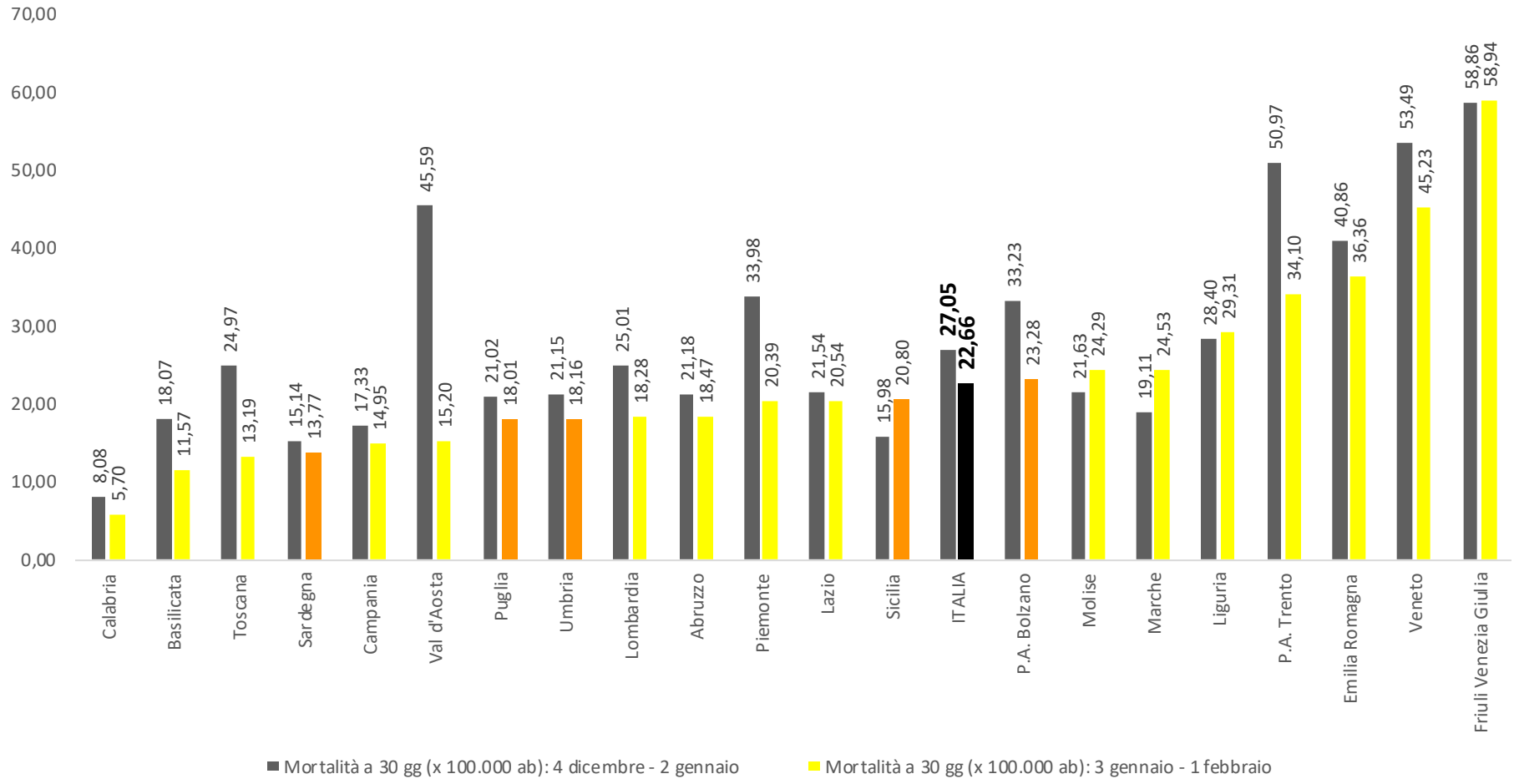


Commento

Il grafico mostra tutte le Regioni italiane in ordine crescente di mortalità grezza nei 7 giorni tra il 26 gennaio – 1 febbraio 2021; la mortalità grezza corrisponde al numero di pazienti deceduti nell'ambito della popolazione di riferimento nell'intervallo di tempo considerato. È stata individuata, come soglia di riferimento, il valore massimo che questa dimensione epidemiologica ha assunto in Italia: nei 7 giorni tra il 26 marzo ed il 1 aprile 2020 la mortalità grezza, a livello nazionale, è stata pari al 8,37%. **Nell'ultima settimana, la mortalità grezza apparente, a livello nazionale, è pari al 4,57%.**

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 2.7. Confronto tra mortalità (per 100.000 ab.) negli ultimi 30 giorni

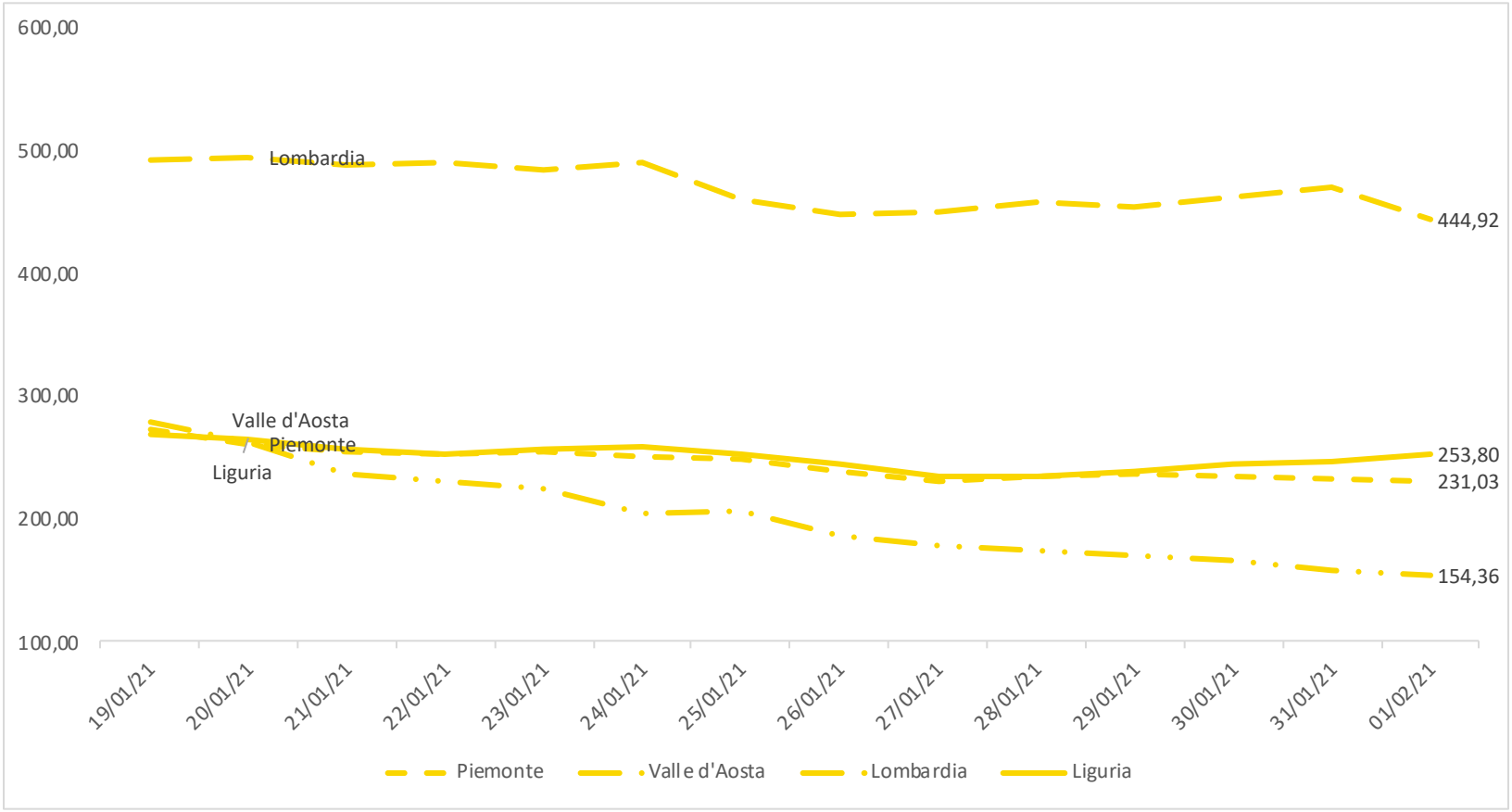


Commento

Il grafico mostra un confronto per tutte le Regioni italiane in ordine crescente circa la mortalità grezza negli ultimi 30 giorni (3 gennaio – 1 febbraio) e nei 30 giorni precedenti (4 dicembre – 2 gennaio); la mortalità grezza corrisponde al numero di pazienti deceduti nell'ambito della popolazione di riferimento nell'intervallo di tempo considerato. È stata individuata, come soglia di riferimento, il valore massimo che questa dimensione epidemiologica ha assunto in Italia: nei 30 giorni tra il 19 marzo ed il 17 aprile 2020 la mortalità grezza, a livello nazionale, è stata pari a 32 per 100.000 abitanti. **Si può vedere come, nel confronto tra i due mesi appena trascorsi, la mortalità in Italia sia diminuita.**

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 2.8.1. Andamento isolati a Domicilio/Residenti per 100.000 abitanti: Nord Ovest

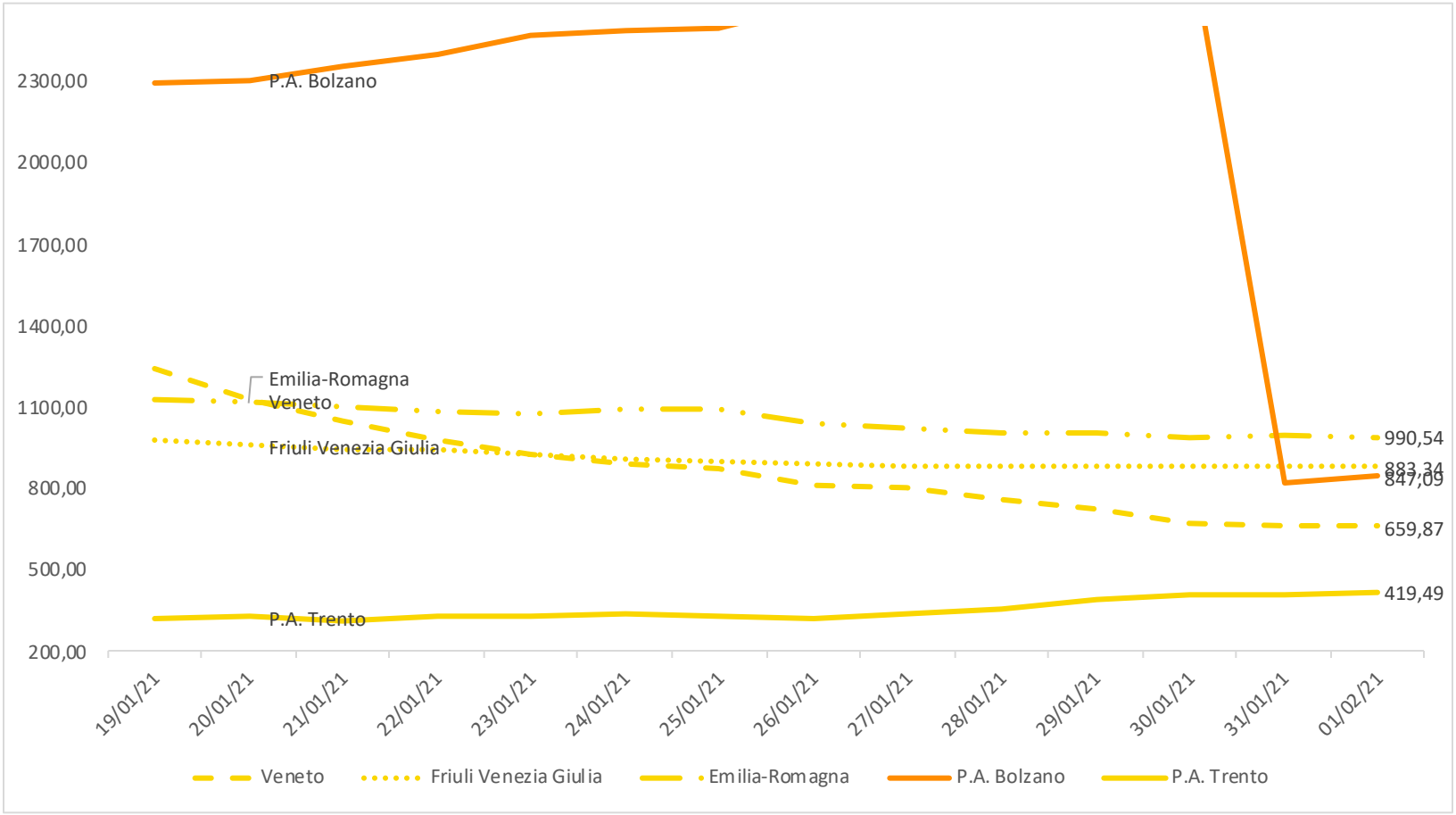


Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, del numero di casi sottoposti a isolamento domiciliare per Covid in relazione alla popolazione residente, rispetto ad un livello di riferimento fissato nell'attuale valore di questo indicatore a livello nazionale, che corrisponde al valore massimo raggiunto sinora dall'inizio dell'epidemia.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 2.8.2. Andamento isolati a Domicilio/Residenti per 100.000 abitanti: Nord Est

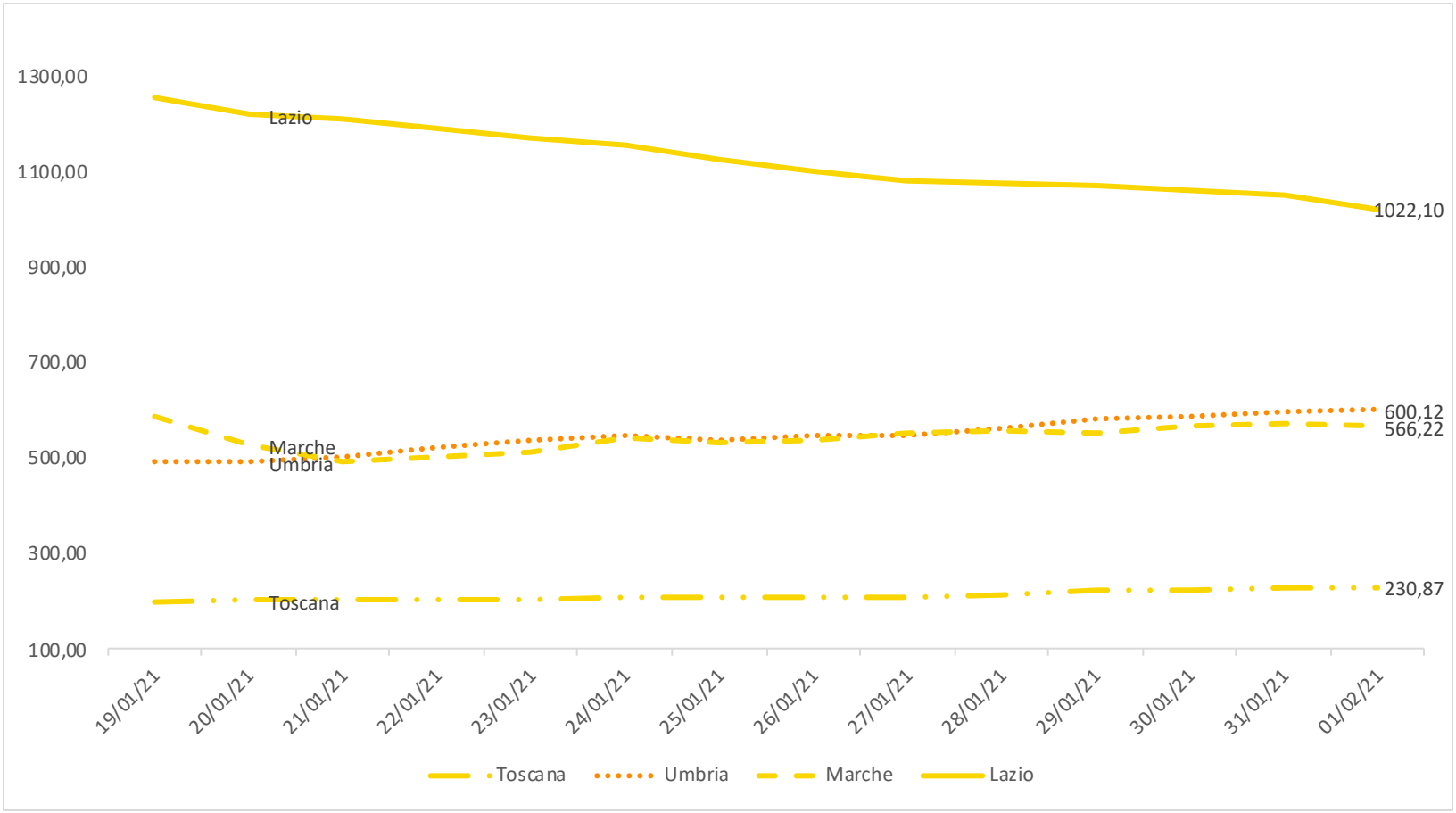


Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, del numero di casi sottoposti a isolamento domiciliare per Covid-19 in relazione alla popolazione residente, rispetto ad un livello di riferimento fissato nell'attuale valore di questo indicatore a livello nazionale, che corrisponde al valore massimo raggiunto sinora dall'inizio dell'epidemia.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 2.8.3. Andamento isolati a Domicilio/Residenti per 100.000 abitanti: Centro

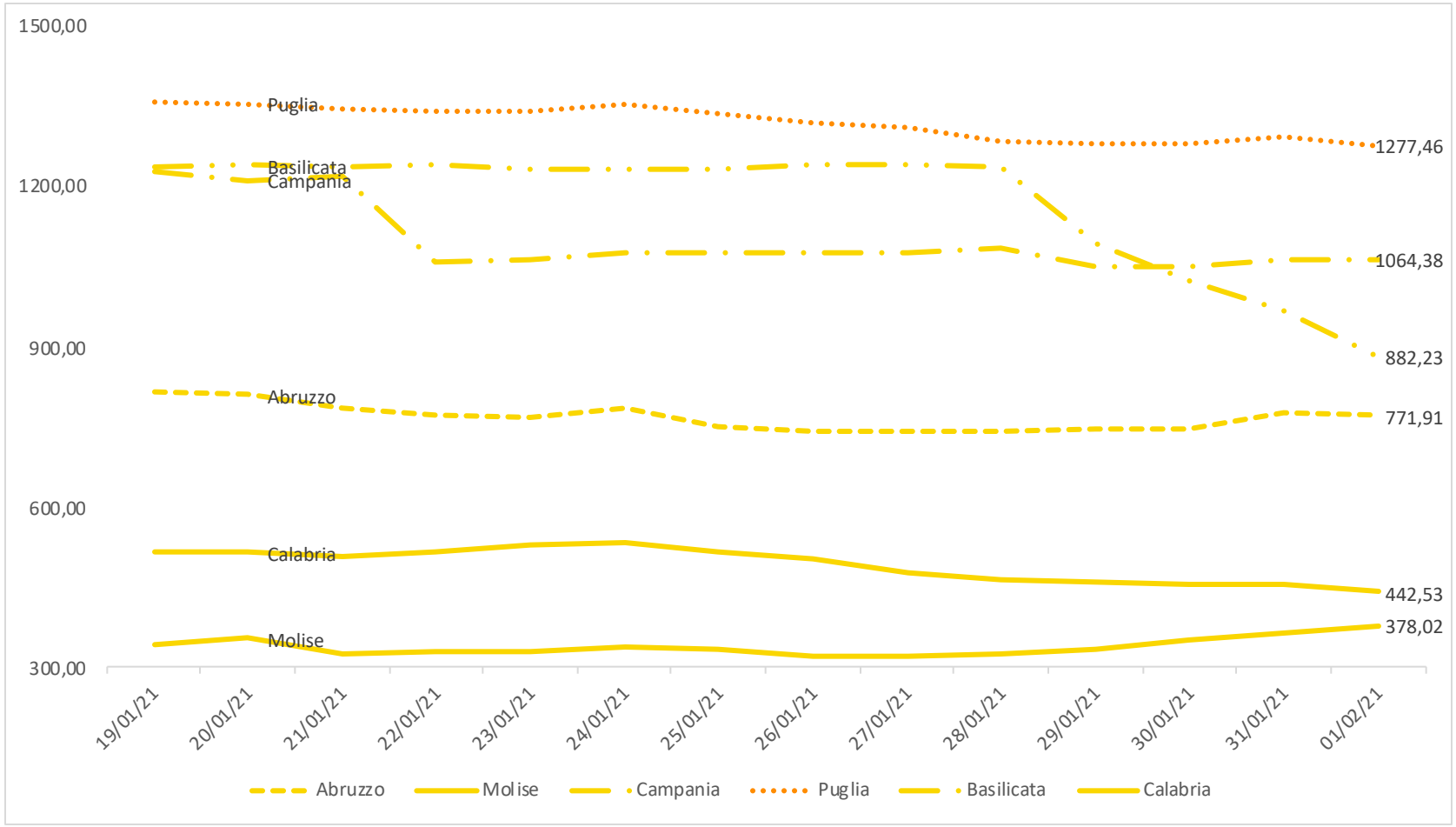


Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, del numero di casi sottoposti a isolamento domiciliare per Covid-19 in relazione alla popolazione residente, rispetto ad un livello di riferimento fissato nell'attuale valore di questo indicatore a livello nazionale, che corrisponde al valore massimo raggiunto sinora dall'inizio dell'epidemia.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 2.8.4. Andamento isolati a Domicilio/Residenti per 100.000 abitanti: Sud

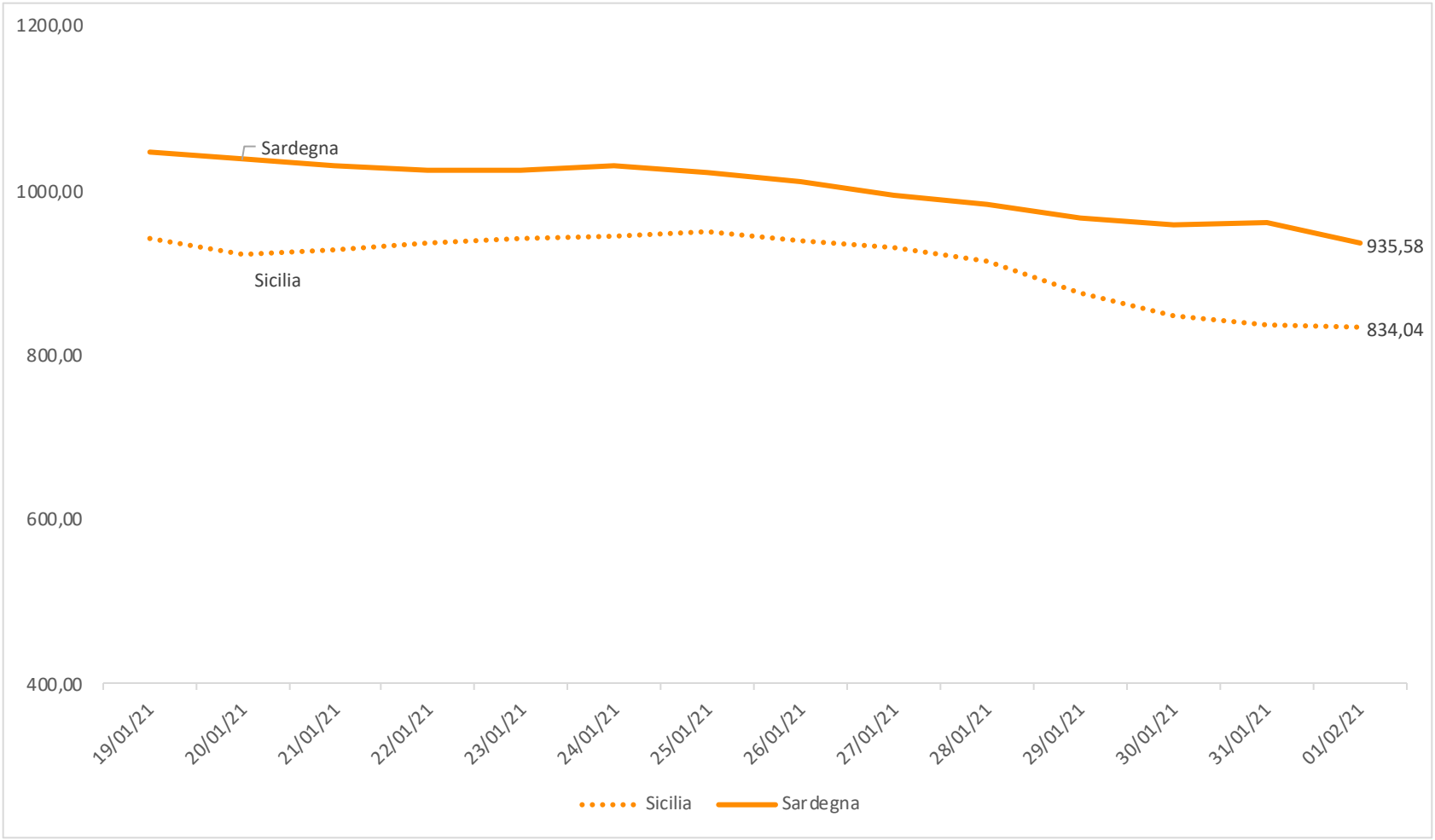


Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, del numero di casi sottoposti a isolamento domiciliare per Covid-19 in relazione alla popolazione residente, rispetto ad un livello di riferimento fissato nell'attuale valore di questo indicatore a livello nazionale, che corrisponde al valore massimo raggiunto sinora dall'inizio dell'epidemia.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 2.8.5. Andamento isolati a Domicilio/Residenti per 100.000 abitanti: Isole

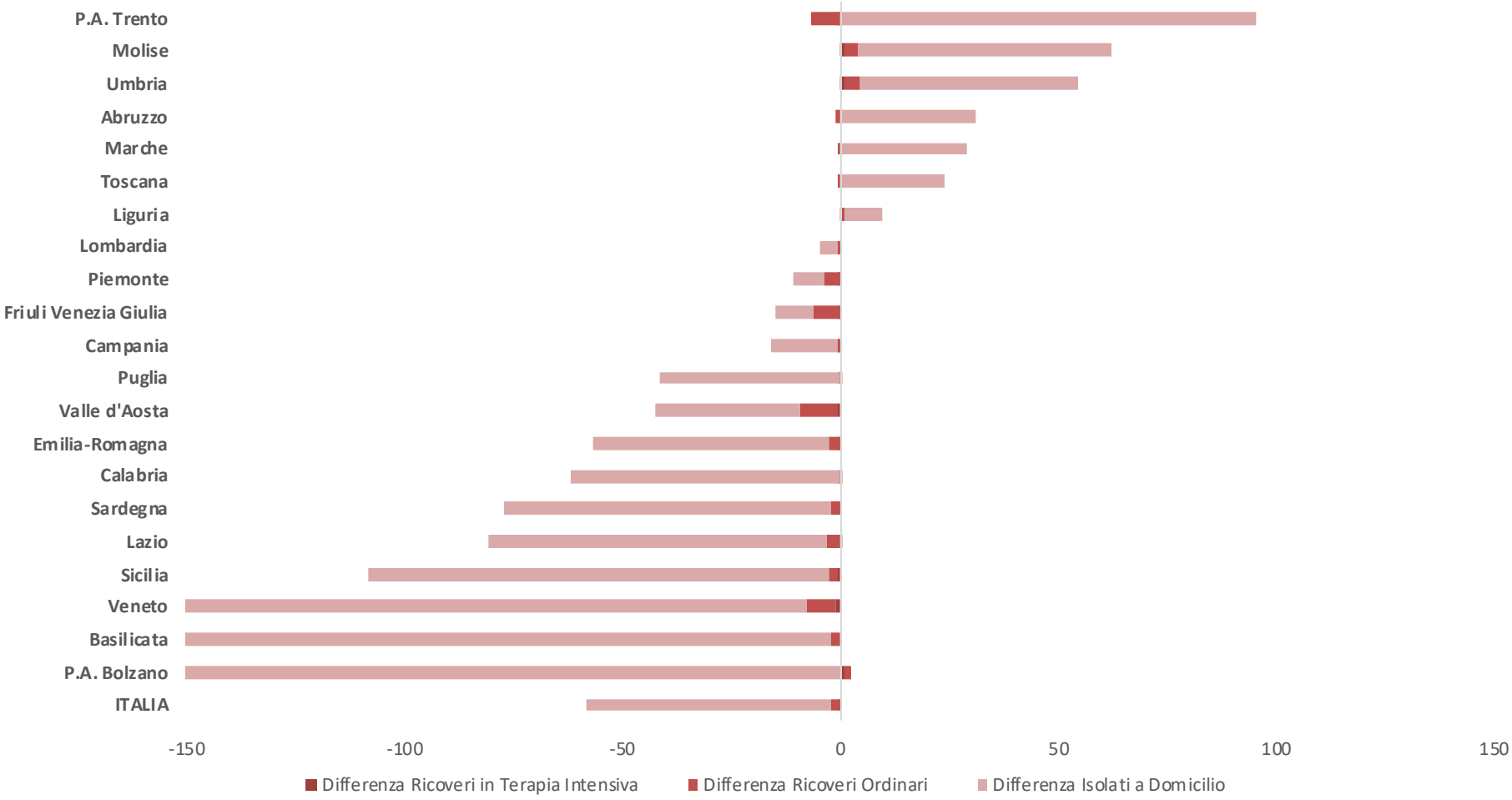


Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, del numero di casi sottoposti a isolamento domiciliare per Covid-19 in relazione alla popolazione residente, rispetto ad un livello di riferimento fissato nell'attuale valore di questo indicatore a livello nazionale, che corrisponde al valore massimo raggiunto sinora dall'inizio dell'epidemia.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 2.9. Nuova pressione per setting assistenziale (Domicilio, terapia medica, terapia intensiva, x 100.000 ab): 26 gennaio – 1 febbraio 2021

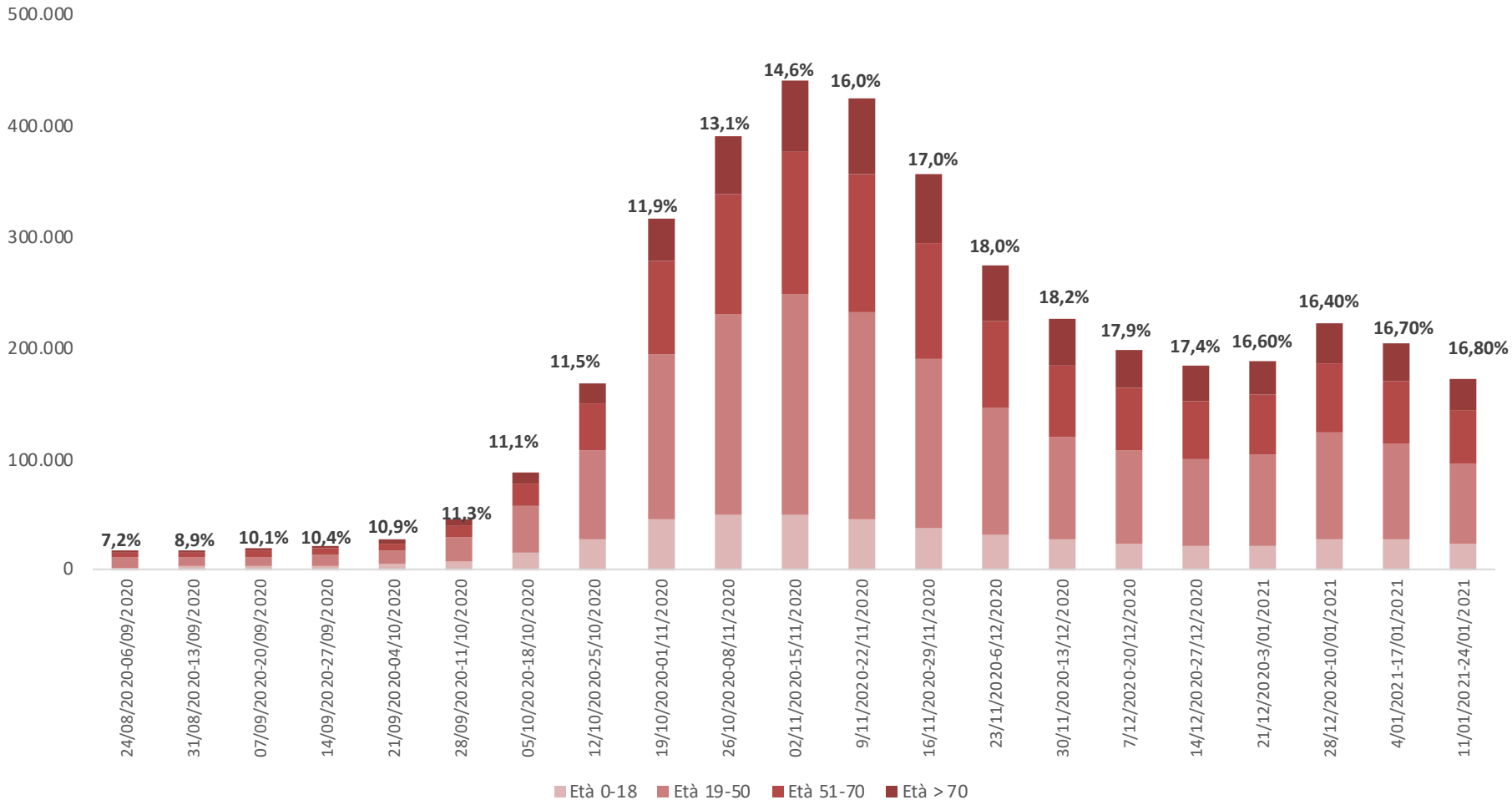


Commento

Il grafico mostra la distribuzione per setting della nuova pressione (aggiuntiva o sottrattiva) che il sistema sanitario ha registrato nella settimana appena trascorsa. Si può notare come nella settimana appena trascorsa la maggiore parte della nuova pressione si sia tradotta in nuovi casi isolati a domicilio. **Nel complesso, in Italia, ci sono stati -56,36 isolati a domicilio ogni 100.000 abitanti, -1,84 ricoveri ordinari ogni 100.000 abitanti e -0,20 ricoveri intensivi ogni 100.000 abitanti.**

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 2.10. Andamento dell'età dei casi



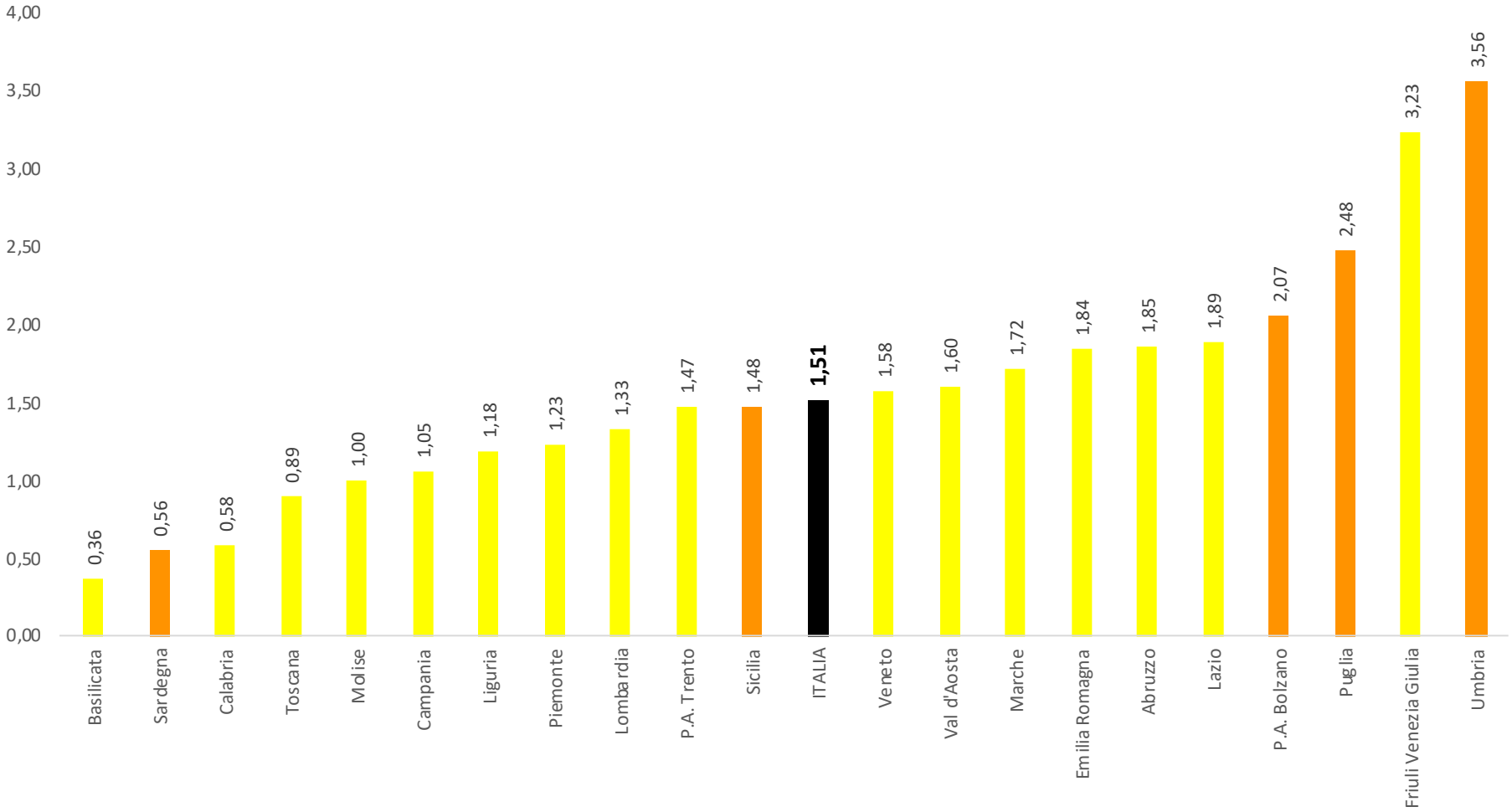
Commento

Il grafico mostra l'andamento dell'età dei contagi dal 24 agosto 2020 al 27 dicembre 2020. Si nota che i contagi tra gli over-70 sono passati dall'essere il 7,2% di tutti i nuovi contagi, nel periodo 24 agosto - 6 settembre, all'essere il 18,2%, nel periodo 30 novembre - 13 dicembre (***picco massimo***), per poi scendere al 16,4% nel periodo 28 dicembre – 10 gennaio e riprendere l'incremento nel periodo 4 gennaio – 17 gennaio al 16,70% e nel periodo 11 gennaio – 24 gennaio al 16,80%.

Fonte: Istituto Superiore di Sanità

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 2.11. Nuovi Ingressi Settimanali in Terapia Intensiva (x 100.000 ab): settimana 26 gennaio – 1 febbraio 2021

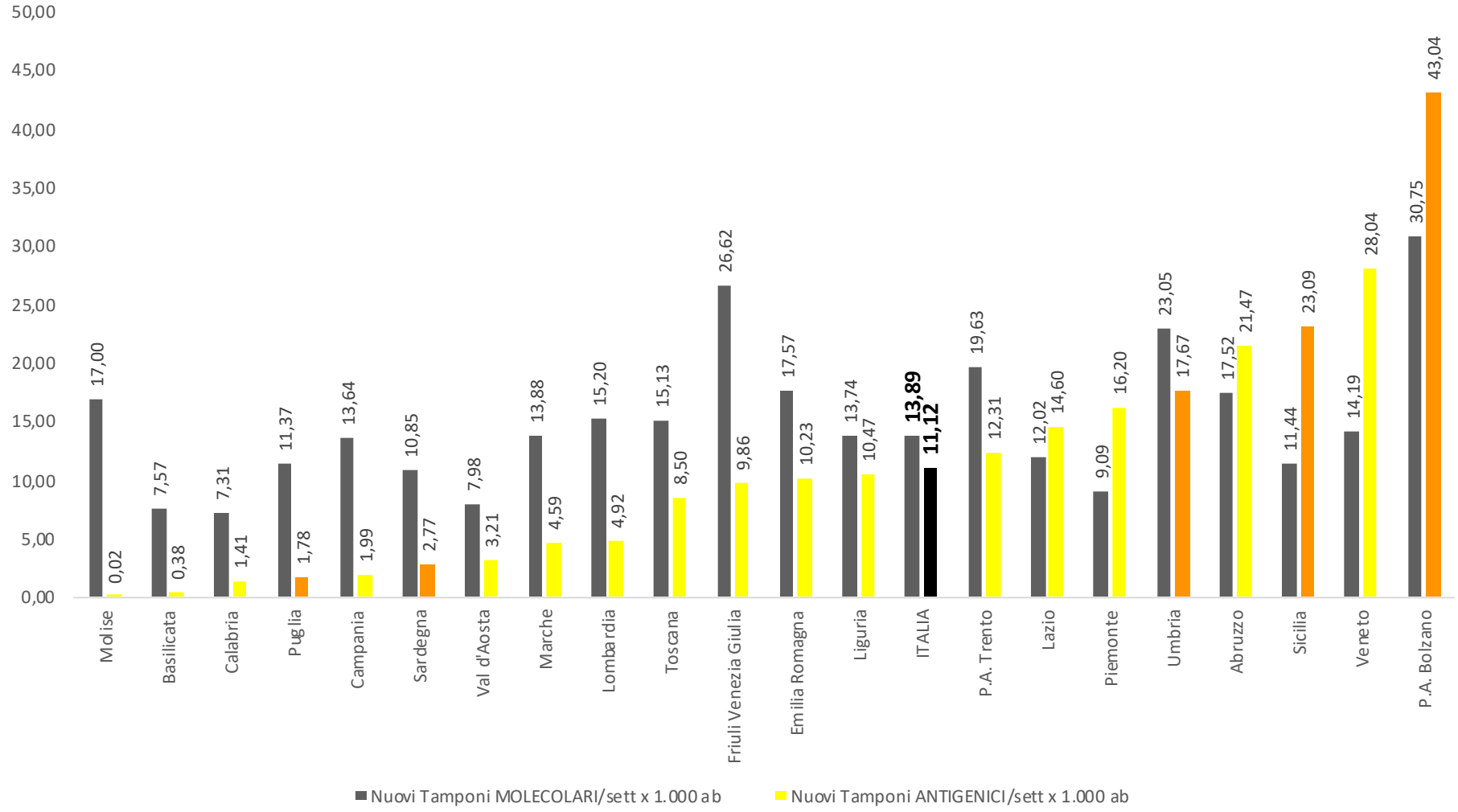


Commento

L'indicatore mostra i nuovi ingressi settimanali in terapia intensiva su 100.000 abitanti. Il valore medio registrato nel contesto italiano è pari a 1,51. Le regioni che hanno evidenziato più ingressi nel setting assistenziale della terapia intensiva durante l'ultima settimana sono il l'Umbria, il Friuli Venezia Giulia e la Puglia.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 2.12. N° tamponi molecolari e tamponi antigenici su 1.000 abitanti



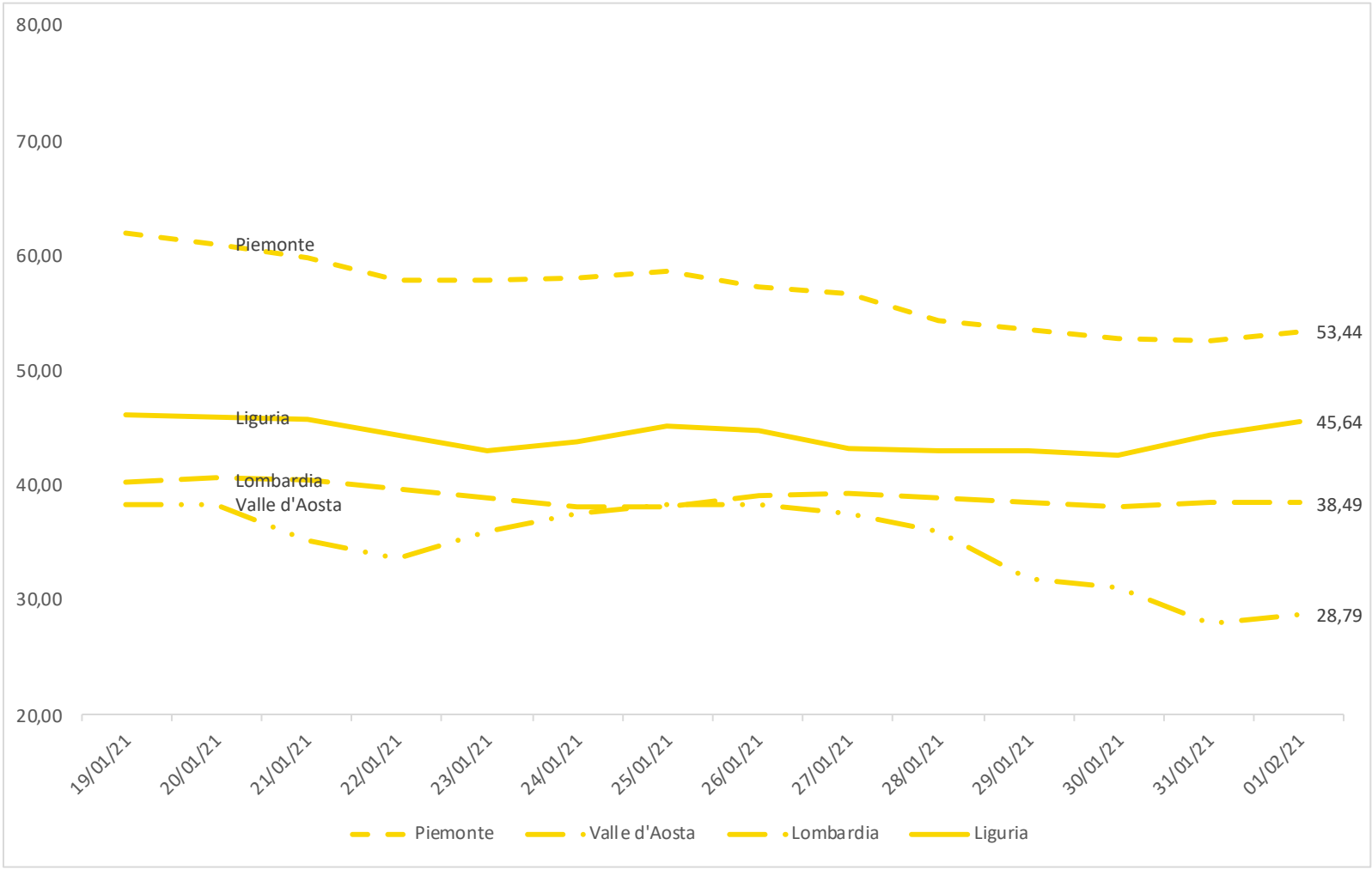
Commento

Il grafico mostra il confronto tra il numero di tamponi molecolari e il numero di tamponi antigenici per 1.000 abitanti. Dal grafico sembrerebbe emergere che la Regione associate ad un numero di tamponi antigenici realizzati risulti essere, la P.A. di Bolzano (43,04 per 1.000 abitanti).

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatori clinico-organizzativi

Indicatore 3.1.1. Andamento Ricoveri/Residenti per 100.000 abitanti: Nord Ovest

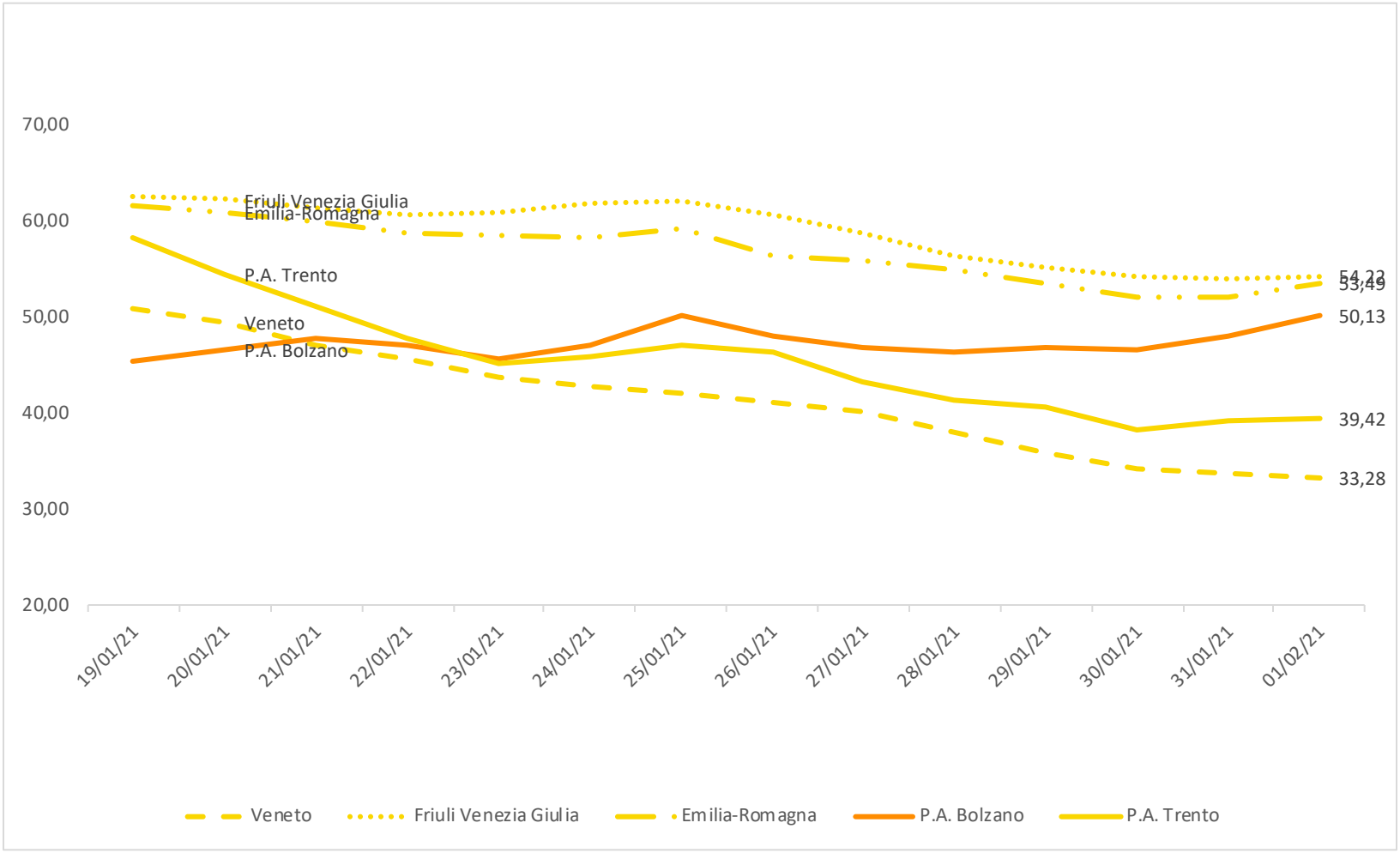


Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, del numero di ricoverati totale per Covid (ricoveri ordinari e ricoveri in terapia intensiva) in relazione alla popolazione residente. È stata individuata come soglia massima il valore che questo indicatore ha raggiunto in una singola Regione, la Lombardia, durante il picco dell'epidemia, che è stata posta come livello di allerta sull'andamento di questo indicatore. La soglia massima a livello nazionale che questo indicatore ha raggiunto durante la prima ondata (circa 55 ospedalizzati ogni 100.000 residenti) è stata superata.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.1.2. Andamento Ricoveri/Residenti per 100.000 abitanti: Nord Est

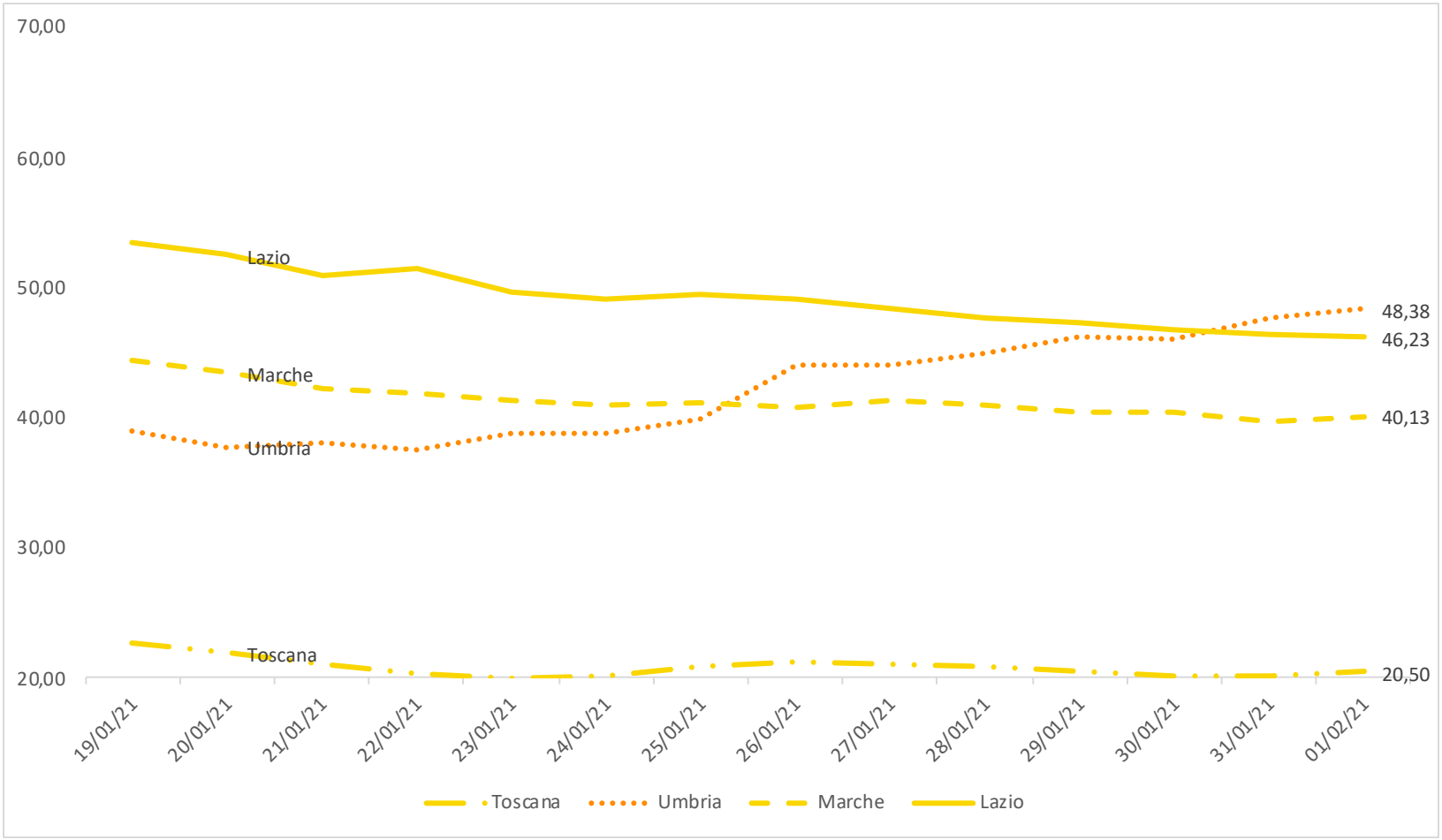


Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, del numero di ricoverati totale per Covid (ricoveri ordinari e ricoveri in terapia intensiva) in relazione alla popolazione residente. È stata individuata come soglia massima il valore che questo indicatore ha raggiunto in una singola Regione, la Lombardia, durante il picco dell'epidemia, che è stata posta come livello di allerta sull'andamento di questo indicatore. La soglia massima a livello nazionale che questo indicatore ha raggiunto durante la prima ondata (circa 55 ospedalizzati ogni 100.000 residenti) è stata superata.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.1.3. Andamento Ricoveri/Residenti per 100.000 abitanti: Centro

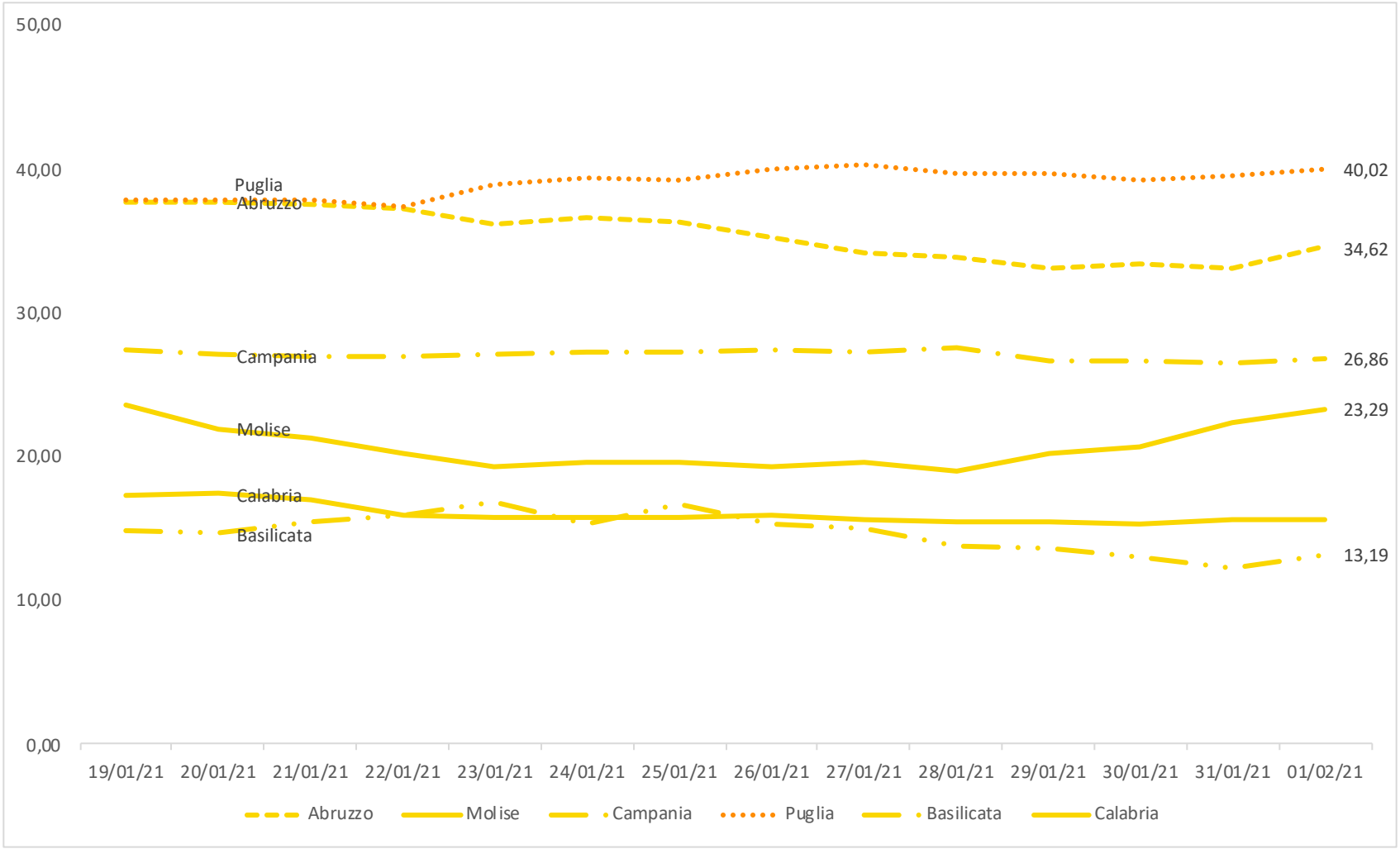


Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, del numero di ricoverati totale per Covid (ricoveri ordinari e ricoveri in terapia intensiva) in relazione alla popolazione residente. È stata individuata come soglia massima il valore che questo indicatore ha raggiunto in una singola Regione, la Lombardia, durante il picco dell'epidemia, che è stata posta come livello di allerta sull'andamento di questo indicatore. La soglia massima a livello nazionale che questo indicatore ha raggiunto durante la prima ondata (circa 55 ospedalizzati ogni 100.000 residenti) è stata superata.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.1.4. Andamento Ricoveri/Residenti per 100.000 abitanti: Sud

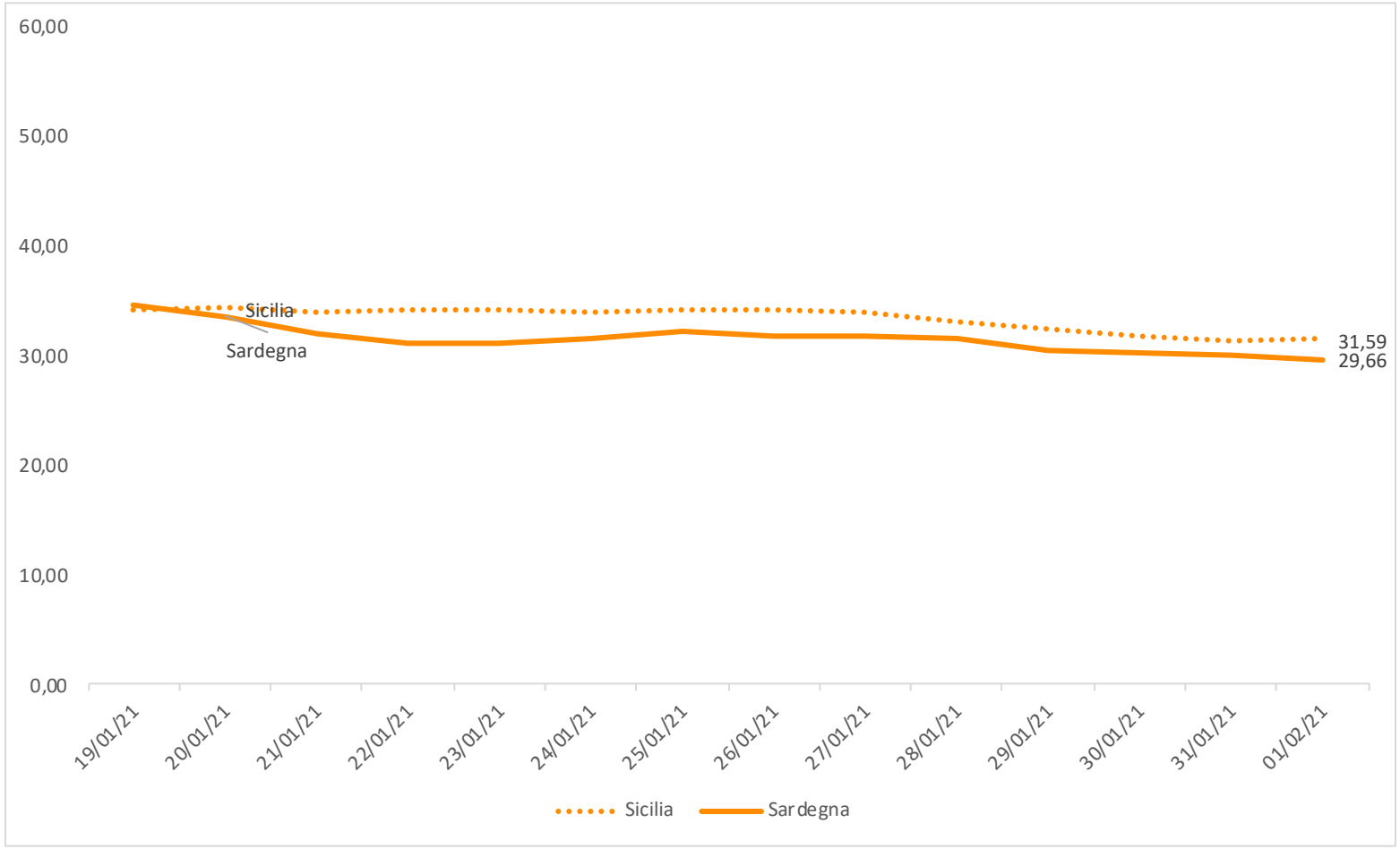


Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, del numero di ricoverati totale per Covid (ricoveri ordinari e ricoveri in terapia intensiva) in relazione alla popolazione residente. È stata individuata come soglia massima il valore che questo indicatore ha raggiunto in una singola Regione, la Lombardia, durante il picco dell'epidemia, che è stata posta come livello di allerta sull'andamento di questo indicatore. La soglia massima a livello nazionale che questo indicatore ha raggiunto durante la prima ondata (circa 55 ospedalizzati ogni 100.000 residenti) è stata superata.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.1.5. Andamento Ricoveri/Residenti per 100.000 abitanti: Isole

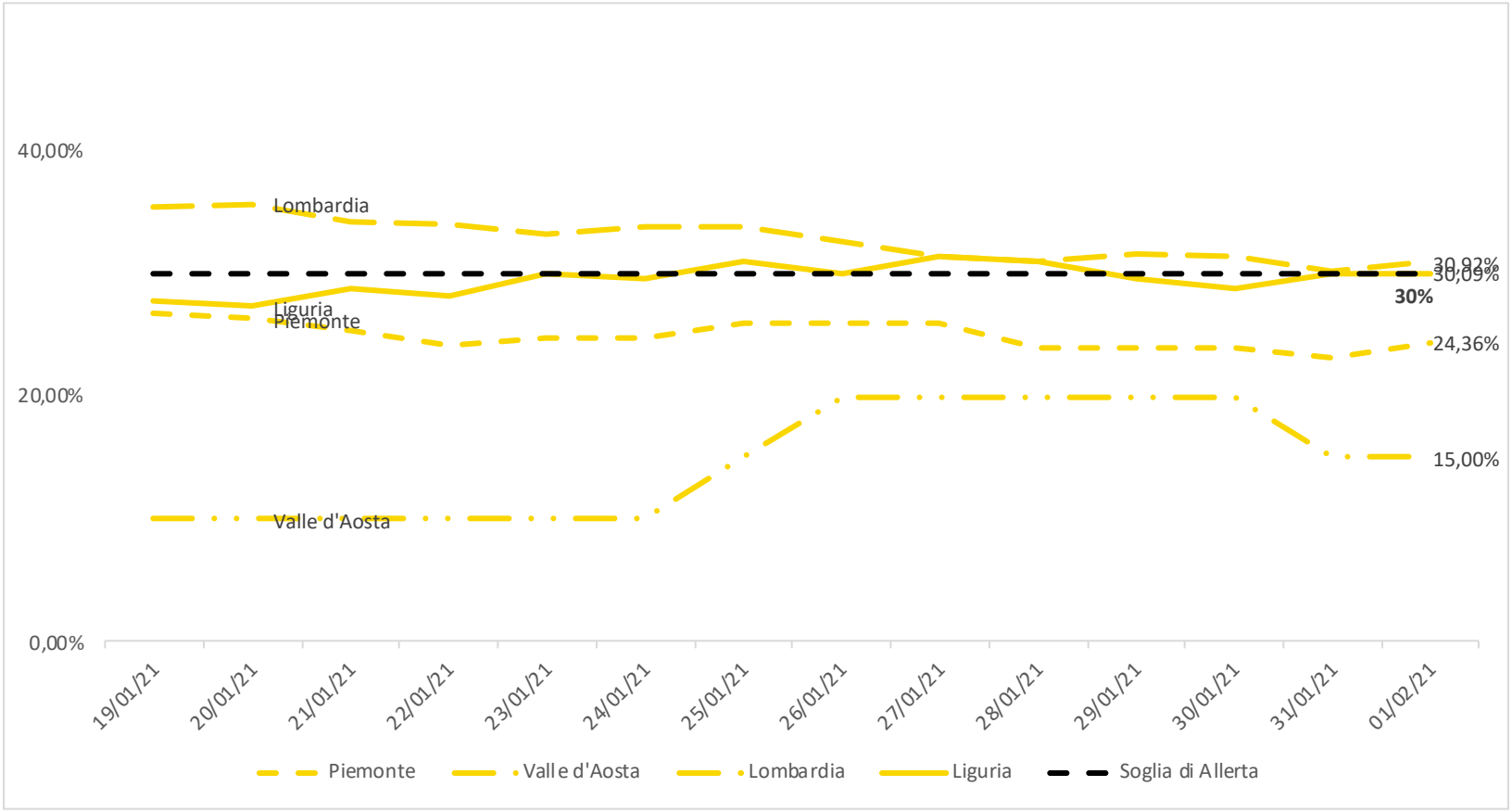


Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, del numero di ricoverati totale per Covid (ricoveri ordinari e ricoveri in terapia intensiva) in relazione alla popolazione residente. È stata individuata come soglia massima il valore che questo indicatore ha raggiunto in una singola Regione, la Lombardia, durante il picco dell'epidemia, che è stata posta come livello di allerta sull'andamento di questo indicatore. La soglia massima a livello nazionale che questo indicatore ha raggiunto durante la prima ondata (circa 55 ospedalizzati ogni 100.000 residenti) è stata superata.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.2.1. Saturazione Covid Terapia Intensiva (Posti letto reali): Nord Ovest

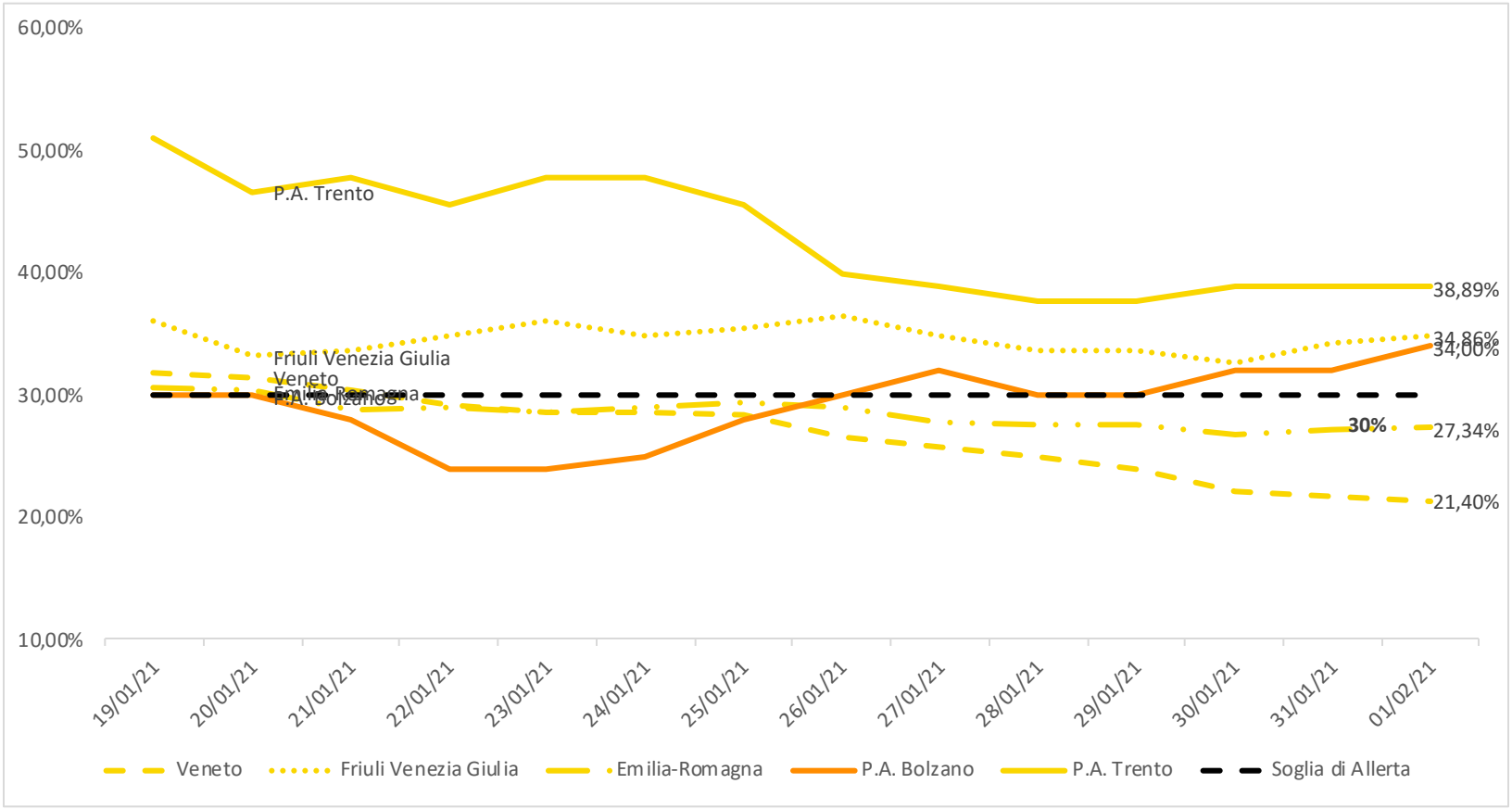


Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, della saturazione dei posti letto di terapia intensiva effettivamente implementati nelle singole Regioni (Fonte: Agenas). Sono state individuate 2 soglie di allarme: la prima (30%) riprende il valore indicato in tal senso per l'occupazione dei posti letto totali di Terapia Intensiva, previsto dal Ministero della Salute nella circolare sulle attività di monitoraggio del rischio sanitario in emergenza COVID-19 (30 aprile 2020). La seconda (77%) corrisponde alla saturazione massima che è stata raggiunta in una singola Regione sul valore massimo dei posti letto resi disponibili nel corso della crisi (Lombardia e Val d'Aosta).

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.2.2. Saturazione Covid Terapia Intensiva (Posti letto reali): Nord Est

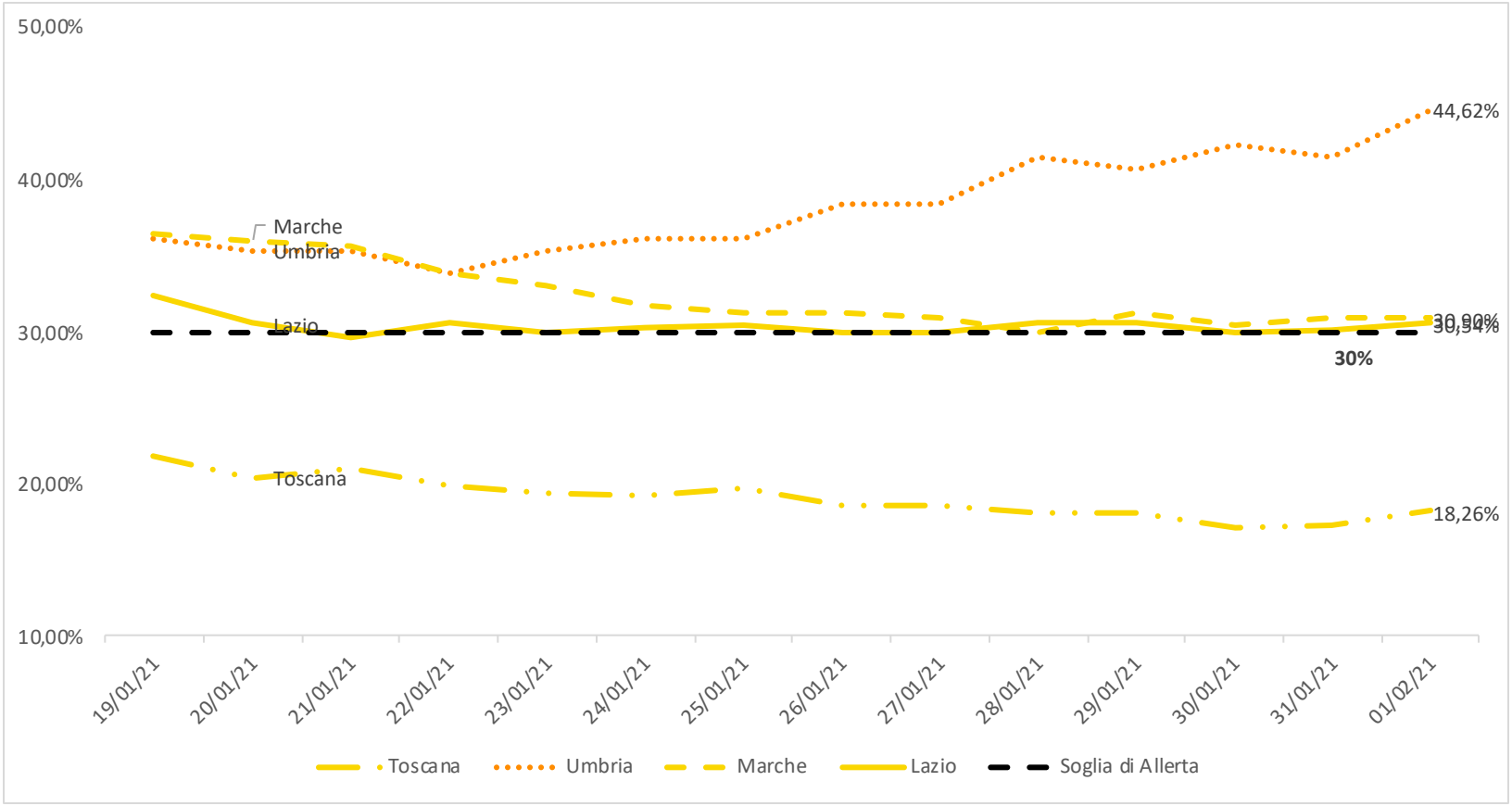


Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, della saturazione dei posti letto di terapia intensiva effettivamente implementati nelle singole Regioni (Fonte: Agenas). Sono state individuate 2 soglie di allarme: la prima (30%) riprende il valore indicato in tal senso per l'occupazione dei posti letto totali di Terapia Intensiva, previsto dal Ministero della Salute nella circolare sulle attività di monitoraggio del rischio sanitario in emergenza COVID-19 (30 aprile 2020). La seconda (77%) corrisponde alla saturazione massima che è stata raggiunta in una singola Regione sul valore massimo dei posti letto resi disponibili nel corso della crisi (Lombardia e Val d'Aosta).

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

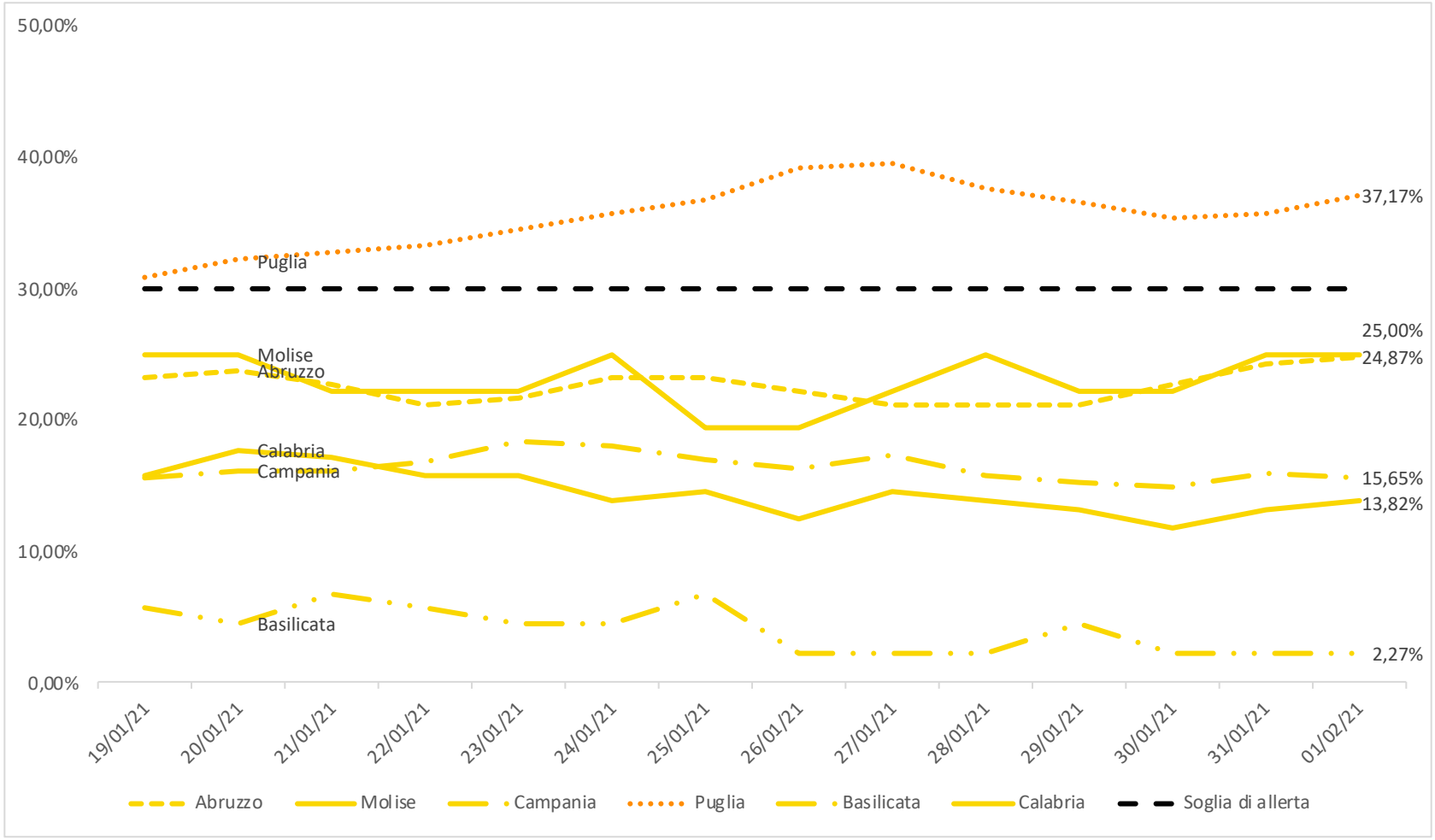
Indicatore 3.2.3. Saturazione Covid Terapia Intensiva (Posti letto reali): Centro



Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, della saturazione dei posti letto di terapia intensiva effettivamente implementati nelle singole Regioni (Fonte: Agenas). Sono state individuate 2 soglie di allarme: la prima (30%) riprende il valore indicato in tal senso per l'occupazione dei posti letto totali di Terapia Intensiva, previsto dal Ministero della Salute nella circolare sulle attività di monitoraggio del rischio sanitario in emergenza COVID-19 (30 aprile 2020). La seconda (77%) corrisponde alla saturazione massima che è stata raggiunta in una singola Regione sul valore massimo dei posti letto resi disponibili nel corso della crisi (Lombardia e Val d'Aosta).

Indicatore 3.2.4. Saturazione Covid Terapia Intensiva (Posti letto reali): Sud

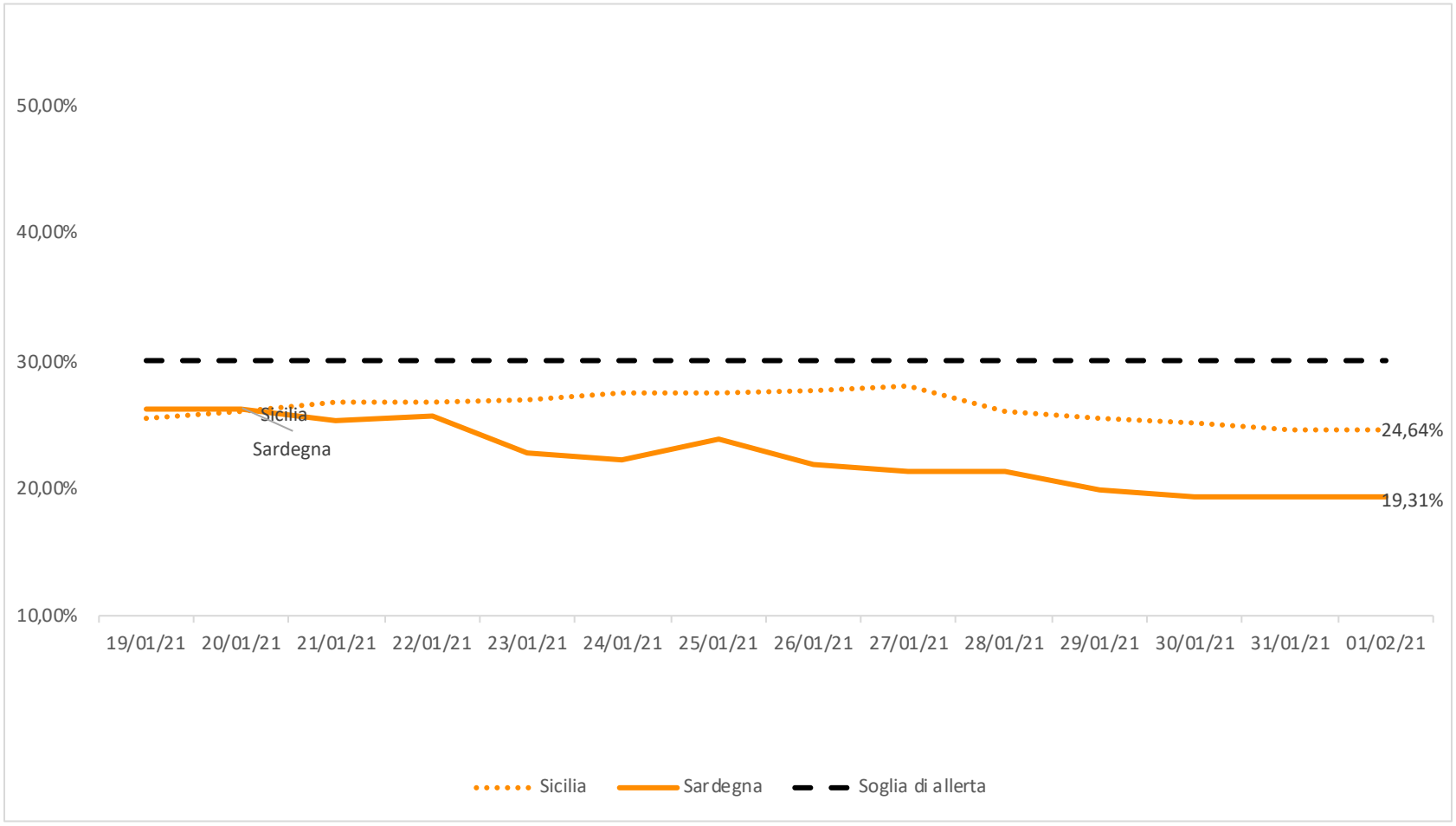


Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, della saturazione dei posti letto di terapia intensiva effettivamente implementati nelle singole Regioni (Fonte: Agenas). Sono state individuate 2 soglie di allarme: la prima (30%) riprende il valore indicato in tal senso per l'occupazione dei posti letto totali di Terapia Intensiva, previsto dal Ministero della Salute nella circolare sulle attività di monitoraggio del rischio sanitario in emergenza COVID-19 (30 aprile 2020). La seconda (77%) corrisponde alla saturazione massima che è stata raggiunta in una singola Regione sul valore massimo dei posti letto resi disponibili nel corso della crisi (Lombardia e Val d'Aosta).

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

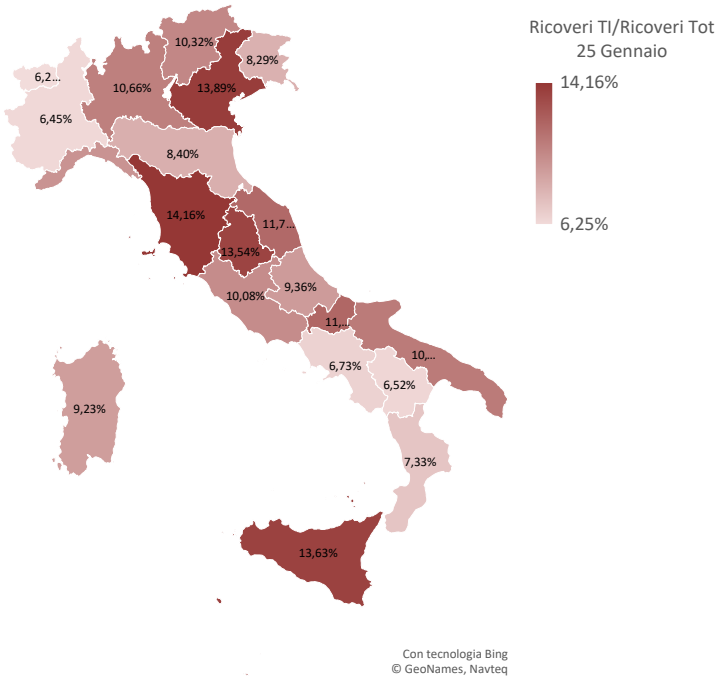
Indicatore 3.2.5. Saturazione Covid Terapia Intensiva (Posti letto reali): Isole

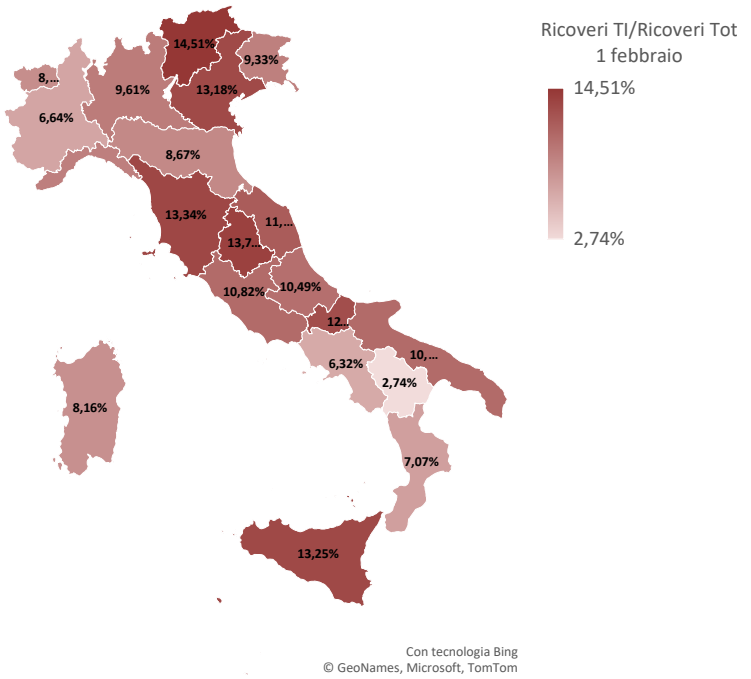


Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, della saturazione dei posti letto di terapia intensiva effettivamente implementati nelle singole Regioni (Fonte: Agenas). Sono state individuate 2 soglie di allarme: la prima (30%) riprende il valore indicato in tal senso per l'occupazione dei posti letto totali di Terapia Intensiva, previsto dal Ministero della Salute nella circolare sulle attività di monitoraggio del rischio sanitario in emergenza COVID-19 (30 aprile 2020). La seconda (77%) corrisponde alla saturazione massima che è stata raggiunta in una singola Regione sul valore massimo dei posti letto resi disponibili nel corso della crisi (Lombardia e Val d'Aosta).

Indicatore 3.3. Ricoveri TI / Ricoveri Totali 25/01/2021 e 01/02/2021



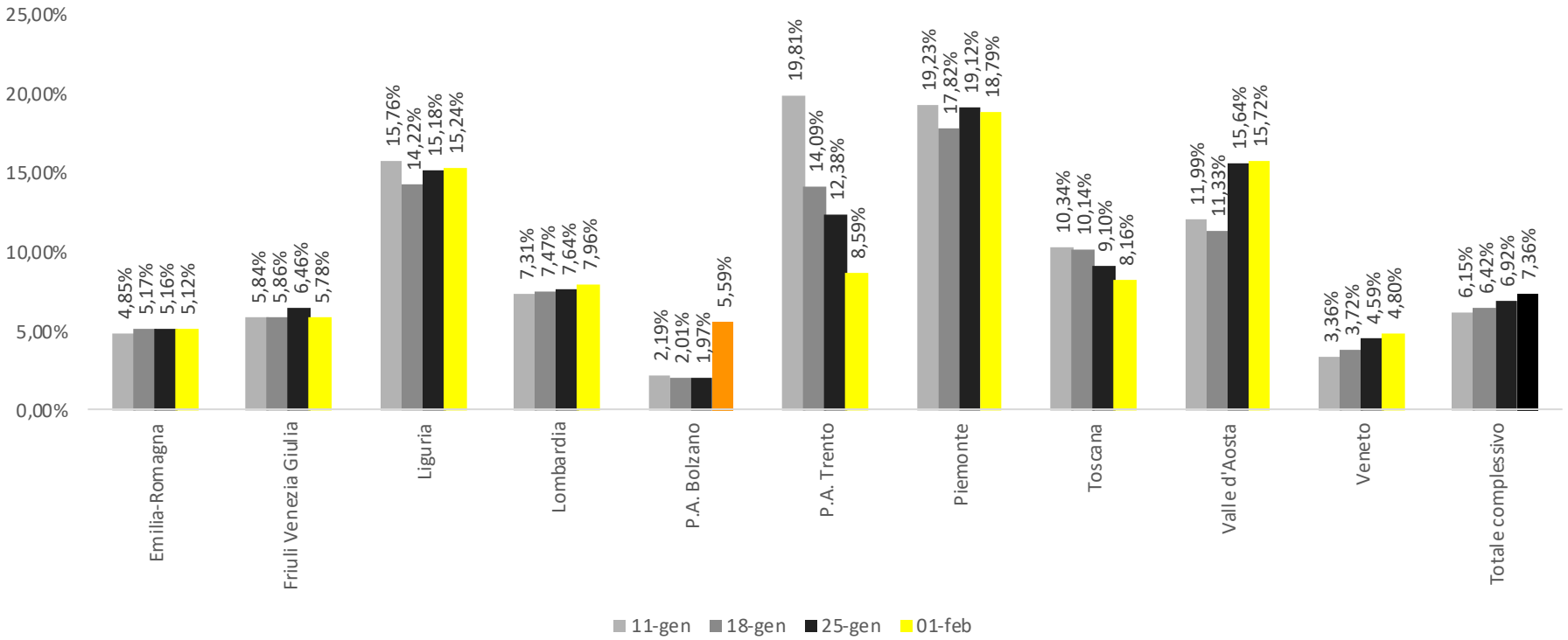


Commento

Il Trentino rappresenta la regione che attualmente registra il rapporto più elevato tra ricoverati in terapia intensiva sui ricoverati totali (14,51%). In media, in Italia, il 10% dei ricoverati per COVID-19 ricorre al setting assistenziale della terapia intensiva. Le P.A di Trento e Bolzano riportano rispettivamente un rapporto di ricoverati in terapia intensiva sui ricoveri totali pari rispettivamente a 12,73% e 16,28%.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.4. Pazienti ricoverati / Positivi (Nord)



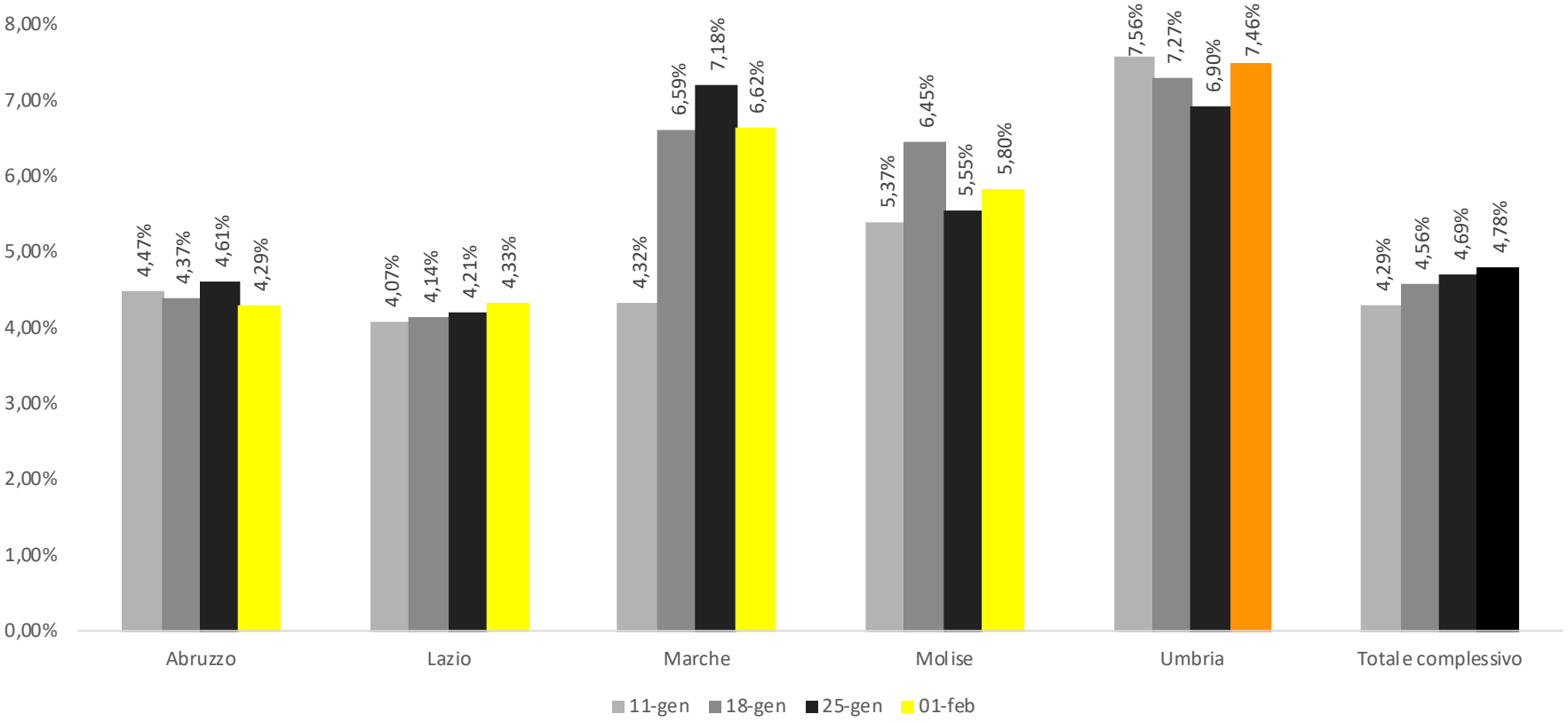
	Emilia-Romagna	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Lombardia	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Piemonte	Toscana	Valle d'Aosta	Veneto	Totale complessivo
11-gen	4,85%	5,84%	15,76%	7,31%	2,19%	19,81%	19,23%	10,34%	11,99%	3,36%	**6,15%**
18-gen	5,17%	5,86%	14,22%	7,47%	2,01%	14,09%	17,82%	10,14%	11,33%	3,72%	**6,42%**
25-gen	5,16%	6,46%	15,18%	7,64%	1,97%	12,38%	19,12%	9,10%	15,64%	4,59%	**6,92%**
01-feb	5,12%	5,78%	15,24%	7,96%	5,59%	8,59%	18,79%	8,16%	15,72%	4,80%	**7,36%**

Commento

L'andamento dal 25 gennaio al 1 febbraio registra pattern diversi nelle Regioni del Nord. Si segnala un trend in diminuzione in Toscana e nella P.A di Trento. Rimane stabile invece nelle regioni Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia. La P.A. di Bolzano rappresenta l'unica regione del nord in cui si registra un andamento in significativa crescita dell'indicatore rispetto all'ultima settimana.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.4. Pazienti ricoverati / Positivi (Centro)



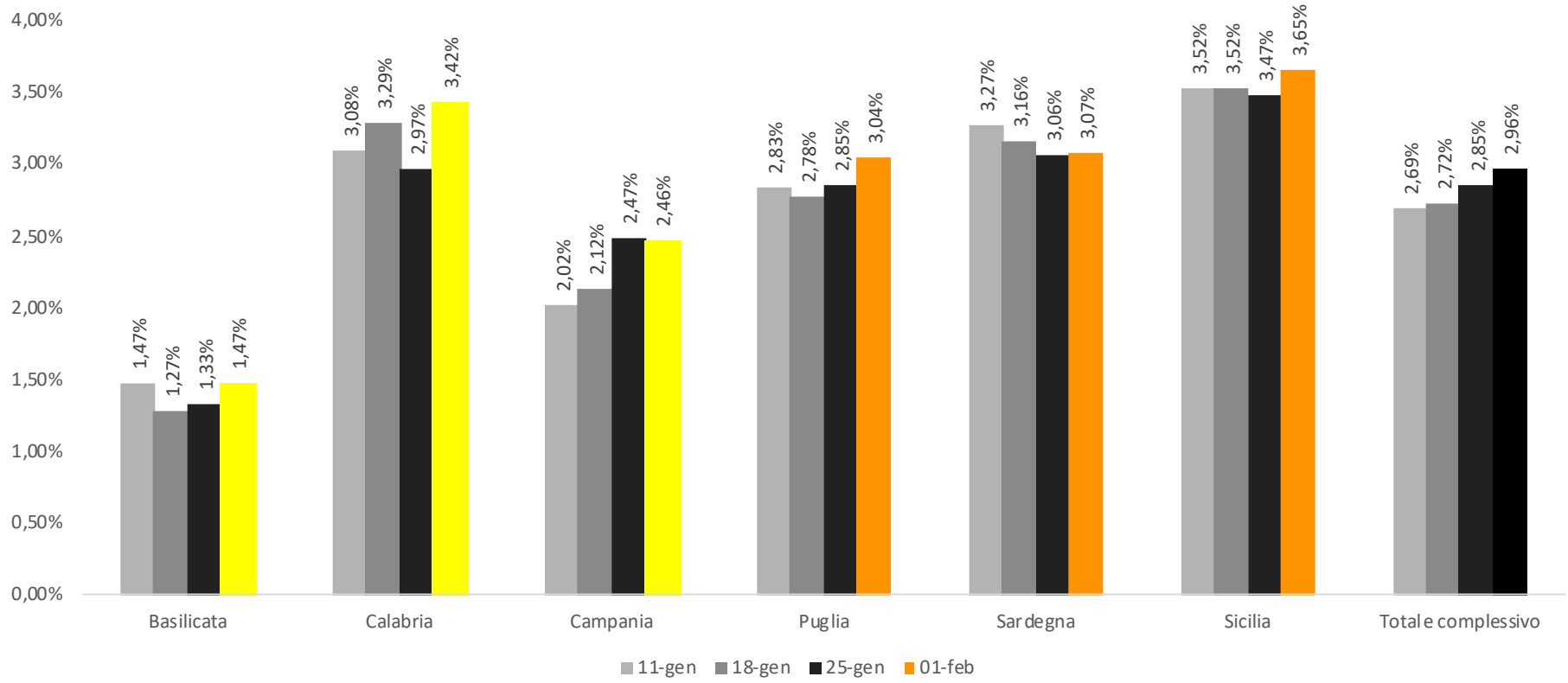
	Abruzzo	Lazio	Marche	Molise	Umbria	Totale complessivo
11-gen	4,47%	4,07%	4,32%	5,37%	7,56%	**4,29%**
18-gen	4,37%	4,14%	6,59%	6,45%	7,27%	**4,56%**
25-gen	4,61%	4,21%	7,18%	5,55%	6,90%	**4,69%**
01-feb	4,29%	4,33%	6,62%	5,80%	7,46%	**4,78%**

Commento

Nelle Regioni del Centro si registra un andamento stabile in Abruzzo, e nel Lazio mentre si registra un lieve aumento in Umbria e Molise. Nelle Marche il rapporto tra ricoverati e positivi al virus risulta essere in diminuzione. La percentuale di ricoverati su positivi nell'ultima settimana risulta pari al 4,78% in sensibile aumento rispetto ai dati relativi alla settimana del 25 gennaio.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.4. Pazienti ricoverati / Positivi (Sud e Isole)

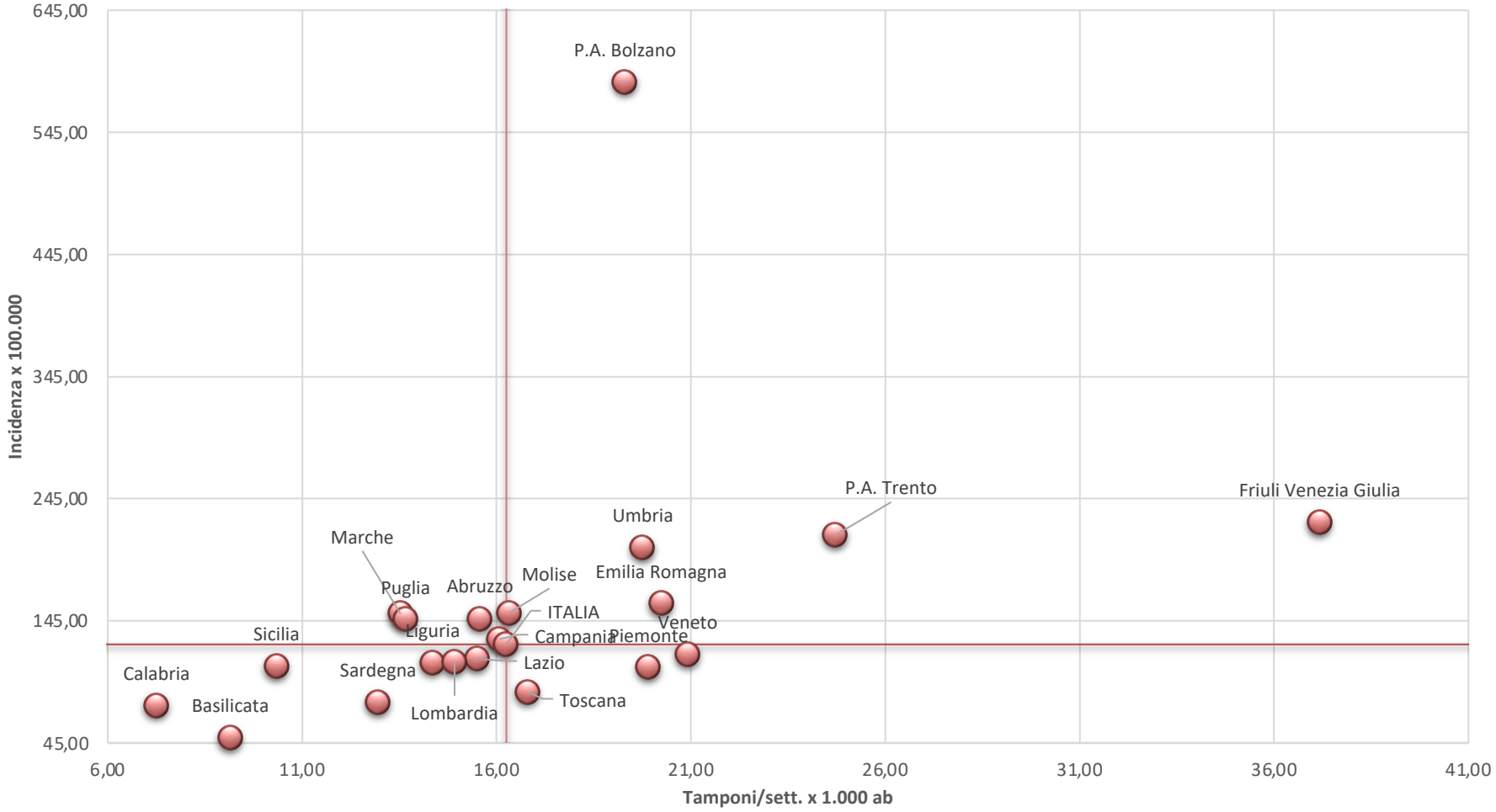


	Basilicata	Calabria	Campania	Puglia	Sardegna	Sicilia	Totale complessivo
11-gen	1,47%	3,08%	2,02%	2,83%	3,27%	3,52%	**2,69%**
18-gen	1,27%	3,29%	2,12%	2,78%	3,16%	3,52%	**2,72%**
25-gen	1,33%	2,97%	2,47%	2,85%	3,06%	3,47%	**2,85%**
01-feb	1,47%	3,42%	2,46%	3,04%	3,07%	3,65%	**2,96%**

Commento
Si registra un trend stabile od in diminuzione in Basilicata, Campania, Puglia e Sardegna. La Calabria e la Sicilia risultano avere un trend in lieve aumento. Nelle regioni del Sud la media dell'indicatore rimane stabilmente bassa e si attesta questa settimana al 2,96%.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.5. Relazione tra incidenza per 100.000 abitanti da test molecolare e N° tamponi molecolari erogati per 1.000 abitanti

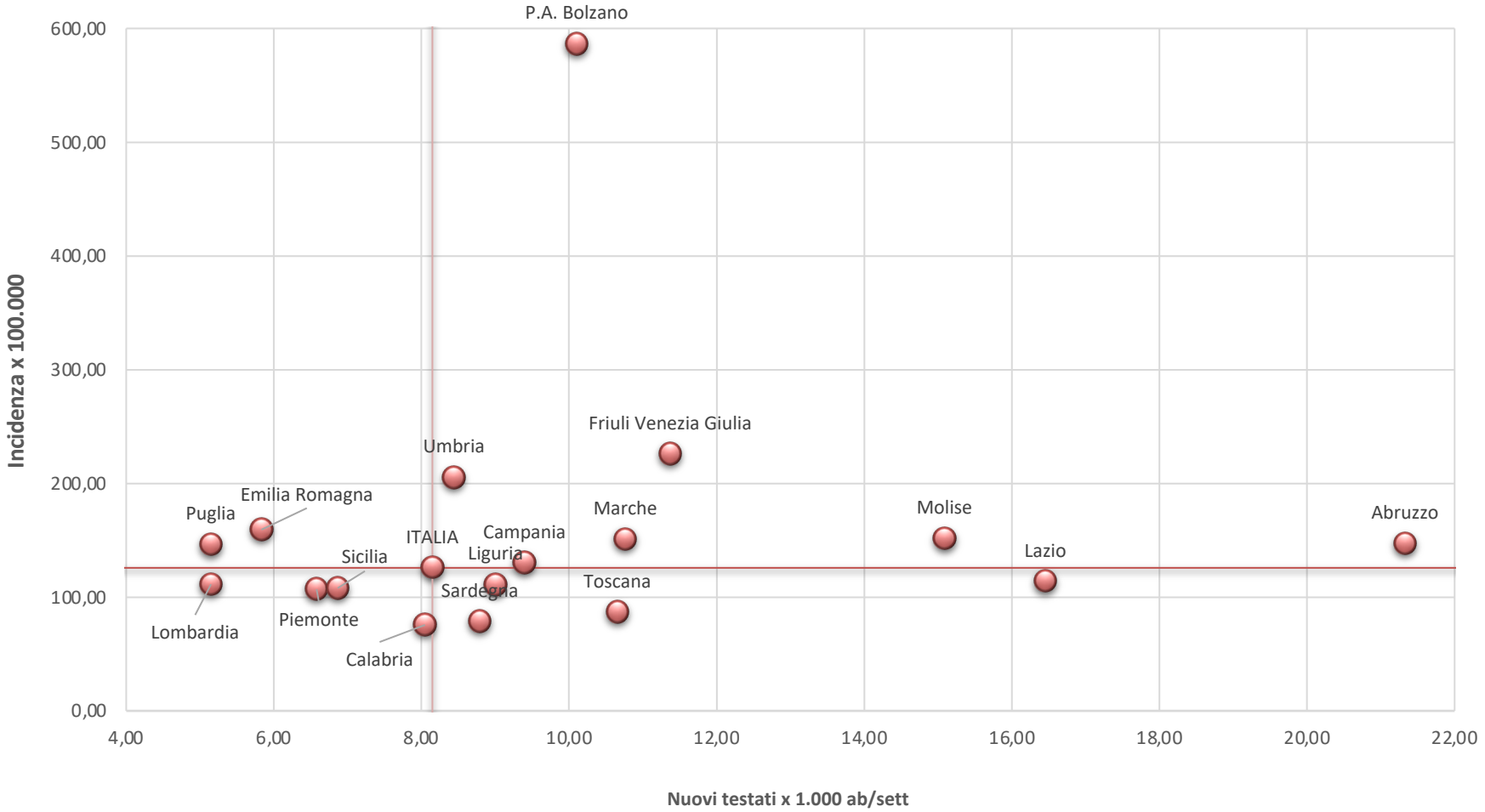


Commento

Il grafico mostra la correlazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N° di tamponi molecolari erogati. Dal grafico sembrerebbe emergere che le P.A di Trento e Bolzano, l'Umbria, l'Emilia Romagna e il Friuli Venezia Giulia hanno erogato tamponi molecolari in linea con il tasso di incidenza registrato.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.6. 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 la Sardegna, la Toscana, la Liguria ed il Lazio hanno registrato incidenze contenute, ma hanno testato un ampio numero di soggetti.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.7. Impatto economico

Sintesi

Per fornire un quadro completo sull'impatto economico per il SSN dell'emergenza COVID-19 si rende necessario procedere per step successivi, per tener conto sia dell'evoluzione dell'assistenza fornita ai casi positivi nelle diverse fasi della pandemia, sia dei dati ufficiali a disposizione. Il concetto di impatto economico viene indagato tanto con riferimento ai volume di ricoveri e alle giornate di terapia intensiva per COVID-19, quanto in termini di «ricoveri persi».

Si aggiorna l'analisi esplorativa già pubblicata relativa al **quadro pre-COVID 19** che evidenziava **una «perdita» di ricoveri non-COVID** oltre i €3,3 miliardi. Ad oggi, considerando un ulteriore mese di blocco dei ricoveri programmati durante la seconda ondata, tale valore sale a **4,2 miliari di euro**. 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 5 mesi, dall'inizio dell'emergenza.

E' stata aggiornata l'**analisi di scenario** relativa ai costi per il trattamento dei casi positivi guariti e/o deceduti. Il primo scenario (scenario attuale o a regime, aggiornato con i dati del Bollettino del 11 novembre 2020) considera l'attuale distribuzione per gravità applicata ai casi guariti (dato del 16 novembre 2020). Il secondo scenario (scenario iniziale o estremo) tiene conto della distribuzione per gravità dei casi al 9 marzo 2020. Per i costi sono state considerate le tariffe DRG. Il «costo» stimato per il SSN dei casi (guariti o deceduti) varia da un minimo di €930 a un massimo di €3.791 milioni.

E' stata anche aggiornata la **stima dei costi per giornate in terapia intensiva**. Date le 262.645 giornate di degenza (al 16 novembre, dati Ministero della Salute) in terapia intensiva, ed assunto un costo giornaliero medio di € 1.425, il costo totale a livello nazionale si stima di €374.269.125.

Coscienti delle limitazioni delle analisi effettuate, si ribadisce la **necessità di avere dati ufficiali di maggiore dettaglio in merito ai setting assistenziali coinvolti in relazione ai livelli di gravità clinica ed agli esiti associati**. Inoltre, per verificare se e come i diversi modelli di gestione regionale dell'emergenza abbiano ripercussioni a livello di sostenibilità economica, sarebbe ideale l'accesso a dati regionali. In assenza di tali dati, l'alternativa è continuare a procedere per ipotesi ed assunzioni.

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

E' stata anche aggiornata la stima relativa al costo sostenuto dalle Regioni per la realizzazione degli oltre 19 milioni di tamponi effettuati sinora per testare la popolazione per motivi di screening, per conferma positività o per sintomi.

Da un punto di vista metodologico, si solleva anche la necessità di indagare ulteriormente la variabilità tra pazienti, strutture, livelli di assistenza nei costi, per poter individuarne i driver e le eventuale zone di miglioramento dei percorsi assistenziali.

Approfondimento
Instant Report #29

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatori 3.8. Soluzioni digitali

Delibere regionali emanate durante il 2020, fino alla approvazione da parte della Conferenza Stato Regioni delle «Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina» il 17-12-2020

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.."
Ministero Salute - Conferenza Stato-Regioni	**17 dicembre 2020**	**Indicazioni nazioni per l'erogazione di prestazioni in telemedicina**
Abruzzo	n. 33 e 34 - 10 aprile 2020	definiscono indirizzi operativi per l'erogazione di visite di controllo in telemedicina relativamente al diabete ed 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 visiste in presenza
	n. 90 - 9 ottobre 2020	autorizza anche le strutture private accreditate a utilizzare la telemedicina
Emilia Romagna	n. 404 - 27 aprile 2020	prevede la successiva formalizzazione di un piano complessivo per la telemedicina
Lazio	n. U00081 - 25 giugno 2020	prevede la formalizzazione di un piano complessivo per la telemedicina entro l'anno
	n. G06983 - 18 giugno 2020	definisce la procedura per la telesorveglianza ed il telemonitoraggio domiciliare pediatrico
	n. U00103 - 23 luglio 2020	stabilisce che le aziende devono attivare servizi di telemedicina e definisce le relative tariffe
Lombardia	n. 3155 - 7 maggio 2020	indica la telemedicina come strumento privilegiato per visite di controllo e follow-up
	n. XI-3528 - 5 agosto 2020	stabilisce che sono erogabili in telemedicina tutte le visite che non richiedano esame obiettivo, alle stesse tafiffe 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 richiesono esame fisico e ne stabilisce le procedure di erogazione, registrazione e tariffazione
	n. 1-1979 - 23 settembre 2020	aggiornamento piano pandemico e operativo CVID-19 territoriale e ospedaliero
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	stabilisce la telemedicina come strumento utilizzabile e ne 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 evono 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 sia richiesto un contatto fisico tra il paziente ed il medico
Valle d'Aosta	31/07/2020	formalizza l'autorizzazione alle aziende pubbliche e private accreditate di erogare servizi di telemedicina e teleassistenza, secondo qunato 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 3.9. Sperimentazioni cliniche

Studio clinico	Promotore *(Profit, No-profit)*	Data Parere Unico CE
FASE 1		
GS-US-540-5774 Study	Gilead Sciences, Inc	11/03/2020
GS-US-540-5773 Study	Gilead Sciences, Inc	11/03/2020
TOCIVID-19 (con RISULTATI)	Istituto Nazionale Tumori, IRCCS, Fondazione G. Pascale Napoli	18/03/2020
Sobi.IMMUNO-101	Sobi	25/03/2020
Sarilumab COVID-19	Sanofi-Aventis Recherche & Développement	26/03/2020
RCT-TCZ-COVID-19 (con RISULTATI)	Azienda Unità Sanitaria Locale-IRCCS di Reggio Emilia	27/03/2020
COPCOV	Università di Oxford (UK)	30/03/2020
Tocilizumab 2020-001154-22	F. Hoffmann-La Roche Ltd	30/03/2020
Hydro-Stop-COVID19	ASUR-AV5 Ascoli Piceno	08/04/2020
SOLIDARITY	Organizzazione Mondiale della Sanità/Università di Verona	09/04/2020
COLVID-19	Azienda Ospedaliera di Perugia	11/04/2020
ColCOVID	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA	20/04/2020
X-COVID	ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda	22/04/2020
BARICIVID-19 STUDY	Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana	22/04/2020
INHIXACOVID19	Università di Bologna	22/04/2020
COVID-SARI	ASST Fatebenefratelli Sacco	24/04/2020
REPAVID-19	Dompé farmaceutici Spa/ Ospedale San Raffaele	24/04/2020
PROTECT	Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori – IRST IRCCS - Meldola	27/04/2020
XPORT-CoV-1001	Karyopharm Therapeutics Inc	28/04/2020
ESCAPE	INMI "L. Spallanzani" - Roma	28/04/2020
AMMURAVID trial	Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT)	01/05/2020
BREATH	Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo, Pavia	01/05/2020

Studio clinico	Promotore *(Profit, No-profit)*	Data Parere Unico CE
FASE 2		
AZI-RCT-COVID19	Università del Piemonte Orientale (UPO)	04/05/2020
HS216C17	ASST FATEBENEFRATELLI SACCO	05/05/2020
FivroCov	Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma	05/05/2020
CAN-COVID	Novartis Research and Development	06/05/2020
COMBAT-19	IRCCS Ospedale San Raffaele – Milano	07/05/2020
PRECOV	IRCCS Ospedale San Raffaele – Milano	07/05/2020
ARCO-Home study	INMI "L. Spallanzani" - Roma	07/05/2020
DEF-IVID19	IRCCS Ospedale San Raffaele – Milano	08/05/2020
EMOS-COVID	ASST-FBF-SACCO	08/05/2020
RUXCOVID	Novartis Pharma AG	13/05/2020
STAUNCH-19	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	15/05/2020
TOFACOV-2	Ospedali Riuniti di Ancona	15/05/2020
CHOICE-19	Società Italiana di Reumatologia	19/05/2020
COVID-19 HD	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	22/05/2020
IVIG-H-Covid-19	AUO Policlinico Umberto I Roma	22/05/2020
ACE-ID-201	Acerta Pharma BV	25/05/2020
COVER	IRCCS Sacro Cuore Don Calabria. Negrar di Valpolicella (Verona)	01/06/2020
INTERCOP	IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano	25/06/2020
MiR-AGE - ABX464	ABIVAX	25/06/2020
RT-CoV-2	REITHERA SRL	29/07/2020
GS-US-540-5823	Gilead Sciences, Inc	04/08/2020
ABC-110	RedHill Biopharma Ltd	07/08/2020
COV-BARRIER	Eli Lilly	17/08/2020
COVitaminD	Istituto Europeo di Oncologia	11/09/2020
RLX0120	Dompé farmaceutici Spa	31/10/2020
ANTIICIPATE	Istituto di Farmacologia Traslazionale (IFT), CNR, Roma	06/11/2020
RCT-MP-COVID-19	Azienda USL - IRCCS di RE	25/11/2020
ACTIVE4	University of Pittsburgh	25/11/2020
hzVSF_v13-0006	ImmuneMed Inc.	10/12/2020
INCIPIT - Inhaled lipo Cyclosporin A	FONDAZIONE I.R.C.C.S. POLICLINICO SAN MATTEO	21/01/2021

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Trattamenti COVID-19 in fase di valutazione *(Marketing authorisation application under evaluation)*

Treatment	Treatment developer	Start of evaluation
Dexamethasone Taw	Taw Pharma	31/08/2020
REGN-COV2 antibody combination (casirivimab/imdevimab)	Regeneron Pharmaceuticals, Inc. and F. Hoffman-La Roche, Ltd (Roche)	0/02/2021

Trattamenti COVID-19 approvati

Treatment	Status	Information
Dexamethasone	Use endorsed following referral procedure	EMA endorses use of dexamethasone in COVID-19 patients on oxygen or mechanical ventilation
Veklury (remdesivir)	Conditional marketing authorisation (CMA)	First COVID-19 treatment recommended for EU authorisation Update on remdesivir - EMA will evaluate new data from Solidarity trial

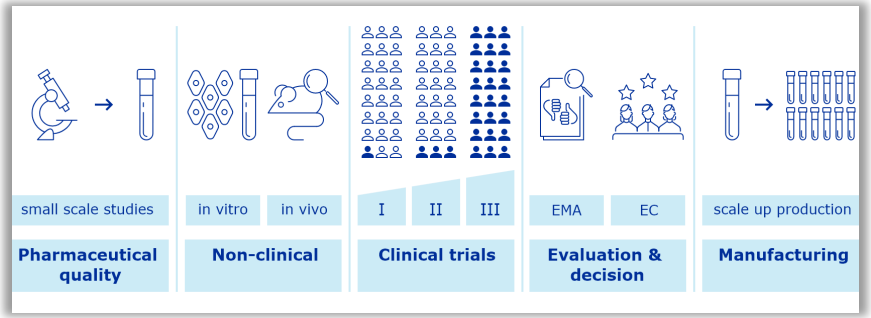
Link WHO Vaccine COVID-19 candidates:
https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines

Status EU regolatorio sui Vaccini COVID-19

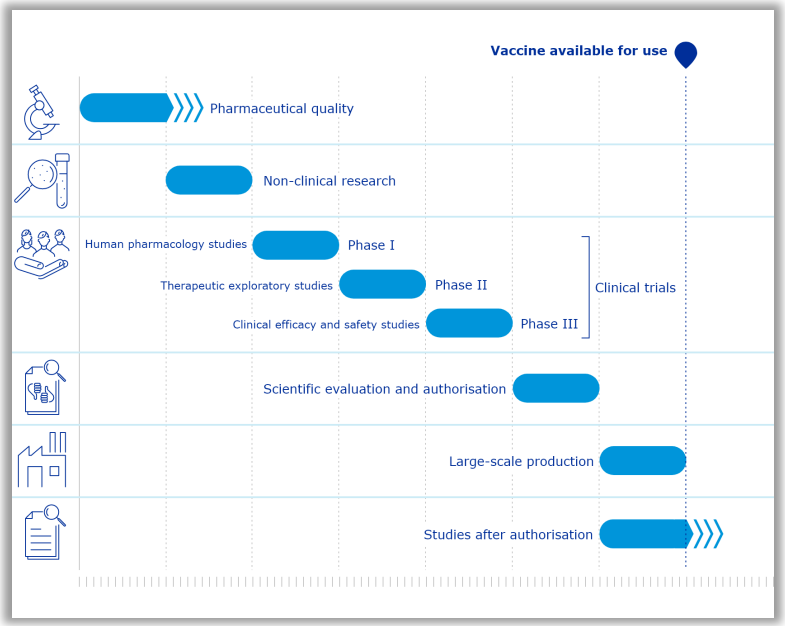
Vaccine	Vaccine developer	Start of rolling review	Info	Status EU regolatorio	Status IT e info
Comirnaty	BioNTech, in collaboration with Pfizer	06/10/2020	Start of evaluation of CMA application: 01/12/2020 Comirnaty: European public assessment report Paediatric investigation plan	Conditional marketing authorisation 21/12/2020 **SAFETY update** 28/01/2021	Autorizzato dall'AIFA il 22/12/2020 Comirnaty - BioNTech/Pfizer FAQ AIFA su Comirnaty - BioNTech/Pfizer
COVID-19 Vaccine Moderna	Moderna Biotech Spain, S.L.	16/11/2020	Start of CMA application under evaluation 01/12/2020 Medicine overview, product information and risk management plan summary Paediatric investigation plan	Conditional marketing authorisation 06/01/2020	Autorizzato dall'AIFA il 07/01/2021 COVID-19 Vaccine Moderna
COVID-19 Vaccine Astrazeneca	AstraZeneca, in collaboration with the University of Oxford	01/10/2020	Start of evaluation of CMA application: 01/12/2020 Paediatric investigation plan	Conditional marketing authorisation 12/01/2021	Autorizzato dall'AIFA il 30/01/2021 COVID-19 Vaccine Astrazeneca Parere CTS AIFA
Ad26.COV2.S	Janssen-Cilag International N.V.	01/12/2020	Rolling review ongoing		
NVX-CoV2373	Novavax CZ AS	03/02/2021	Rolling review ongoing		

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

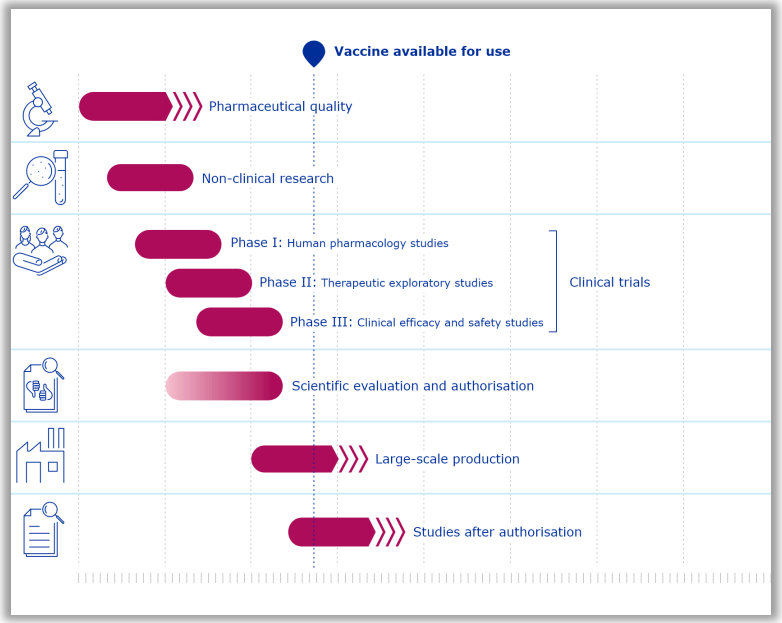
Indicative timelines for COVID-19 vaccines compared with standard vaccines



Timeline for standard vaccines



Timeline for Covid-19 vaccines



https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/treatments-vaccines/covid-19-vaccines-development-evaluation-approval-monitoring

Indicatore 3.10.2. Approfondimento sui test COVD-19

Evaluation and approval steps for COVID-19 vaccines

Uso compassionevole: Instant REPORT #18 del 21 gennaio 2021

Aggiornamenti nazionali: Instant REPORT #36 del 21/01/2021

- AIFA autorizza solo per una casistica limitata gli anticorpi monoclonali 03/02/2021
- AIFA promuove studio sull'efficacia degli anticorpi monoclonali per COVID-19 e proroga i termini del bando AIFA al 15/02/2021

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.11. Approfondimento sui test COVID-19

I test RT-PCR eseguiti su tampone naso-faringeo sono il gold standard per la diagnosi della COVID-19 e raccomandati dall'OMS e dall'ECDC. Successivamente sono stati introdotti i Test Diagnostici Antigenici Rapidi (TDAR), che forniscono una risposta qualitativa (sì/no) in tempi molto rapidi (30 minuti), senza apparecchiature di laboratorio, permettendo un'esecuzione al punto di assistenza (point of care testing POCT). Questa natura più semplice ne ha permesso l'esecuzione in maniera capillare sul territorio, da parte di personale sanitario senza formazione specialistica.

Il Ministero della Salute, con la circolare del 29/09/2020, ha evidenziato l'utilità dei TDAR come strumento di prevenzione nell'ambito del sistema scolastico. Con la successiva circolare del 03/11/2020, ha diramato gli indirizzi operativi per l'effettuazione dei TDAR da parte dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Allo stato attuale, tutte le Regioni e Province Autonome si sono adeguate alla circolare del 03/11/2020, adibendo inoltre postazioni drive through per l'esecuzione dei TDAR. Alcune, inoltre, hanno reso possibile l'esecuzione dei TDAR presso le farmacie autorizzate.

Con la raccomandazione del 18/11/2020, la Commissione Europea raccomanda agli Stati membri di utilizzare i TDAR con sensibilità ≥ 80%, oltre ai test RT-PCR.

I TDAR hanno una sensibilità inferiore rispetto ai test RT-PCR (29-93,9%, maggiore se utilizzati su soggetti sintomatici e su campioni con elevata carica virale), a fronte di una buona specificità (80,2-100%). Per questo motivo, i test RT-PCR rimangono il gold standard per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, ma la semplicità e distribuzione capillare dei TDAR permettono la pianificazione di un'attività di sorveglianza con ripetizione del test, garantendo la possibilità di rilevare quanti più soggetti positivi nella reale finestra di contagiosità.

Con la circolare del 8.1.2021, il Ministero ha provveduto all'aggiornamento della definizione di caso COVID-19 e delle strategie di testing.

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, test per infezione da SARS-CoV-2 European Centre for Disease Prevention and Control
3. EC Raccomandazione sull'utilizzo dei test antigenici rapidi per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2
4. WHO FIND Independent test evaluation che traccia i test nei vari status (*consultare il link su quelli autorizzati e in fase di sviluppo*)
5. Circolari del Ministero della Salute:
   - Aggiornamento della definizione di caso COVID-19 e strategie di testing 08/01/2021
   - Indirizzi operativi per l'effettuazione dei test antigenici rapidi da parte dei medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS) 03/11/2020
   - Uso dei test antigenici rapidi per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, con particolare riguardo al contesto scolastico 29/09/2020

Indicatore 3.11.1. La sorveglianza viro-immunologica del COVID-19 in Italia

Ricerca e gestione dei contatti (contact tracing)

Il Ministero della Salute, con circolare n. 3787 del 31/01/2021, ha emanato nuove norme per l'attività di ricerca e gestione dei contatti dei casi COVID-19, sospetti o confermati per infezione da variante, andando ad integrare quanto indicato nelle circolari n. 18584 del 29/05/2020 e n. 32850 del 12/10/2020 con le seguenti novità:

- Dare priorità alla ricerca e gestione dei contatti di casi COVID-19 sospetti/confermati da variante;
- Effettuare la ricerca retrospettiva dei contatti (oltre 48 ore e fino a 14 giorni prima dell'insorgenza dei sintomi o l'esecuzione del tampone nel caso asintomatico);
- Se un contatto di caso COVID-19 con infezione da variante sospetta/confermata risulta sintomatico al momento dell'identificazione o sviluppa sintomi durante il follow-up, eseguire tempestivamente un test molecolare sullo stesso ed iniziare immediatamente le attività di contact tracing, anche prima della conferma del risultato;
- Eseguire un test molecolare ai contatti il prima possibile dopo l'identificazione e al 14° giorno di quarantena, senza interrompere la quarantena al decimo giorno;

Viene, poi, ribadita l'importanza delle seguenti misure:

- Comunicare ai contatti in attesa dell'esito del tampone, di informare tempestivamente, a loro volta, i loro contatti stretti e di raccomandare loro il rispetto rigoroso delle misure precauzionali.
- Comunicare ai contatti stretti ed ai loro conviventi l'importanza di un corretto svolgimento della quarantena, sottolineando la maggiore trasmissibilità delle varianti, e per i conviventi, l'importanza di rispettare costantemente le misure di distanziamento fisico, di indossare la mascherina e, in caso di comparsa di sintomi, isolarsi contattando immediatamente il medico curante;
- Comunicare ai contatti l'importanza, nella settimana successiva al termine della quarantena, di osservare rigorosamente le misure di distanziamento fisico, di indossare la mascherina e in caso di comparsa di sintomi isolarsi e contattare immediatamente il medico curante;

Fonte: https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2021&codLeg=78702&parte=1%20&serie=null

Indicatore 3.11.2. La sorveglianza viro-immunologica del COVID-19 in Italia

Definizione delle priorità di sequenziamento

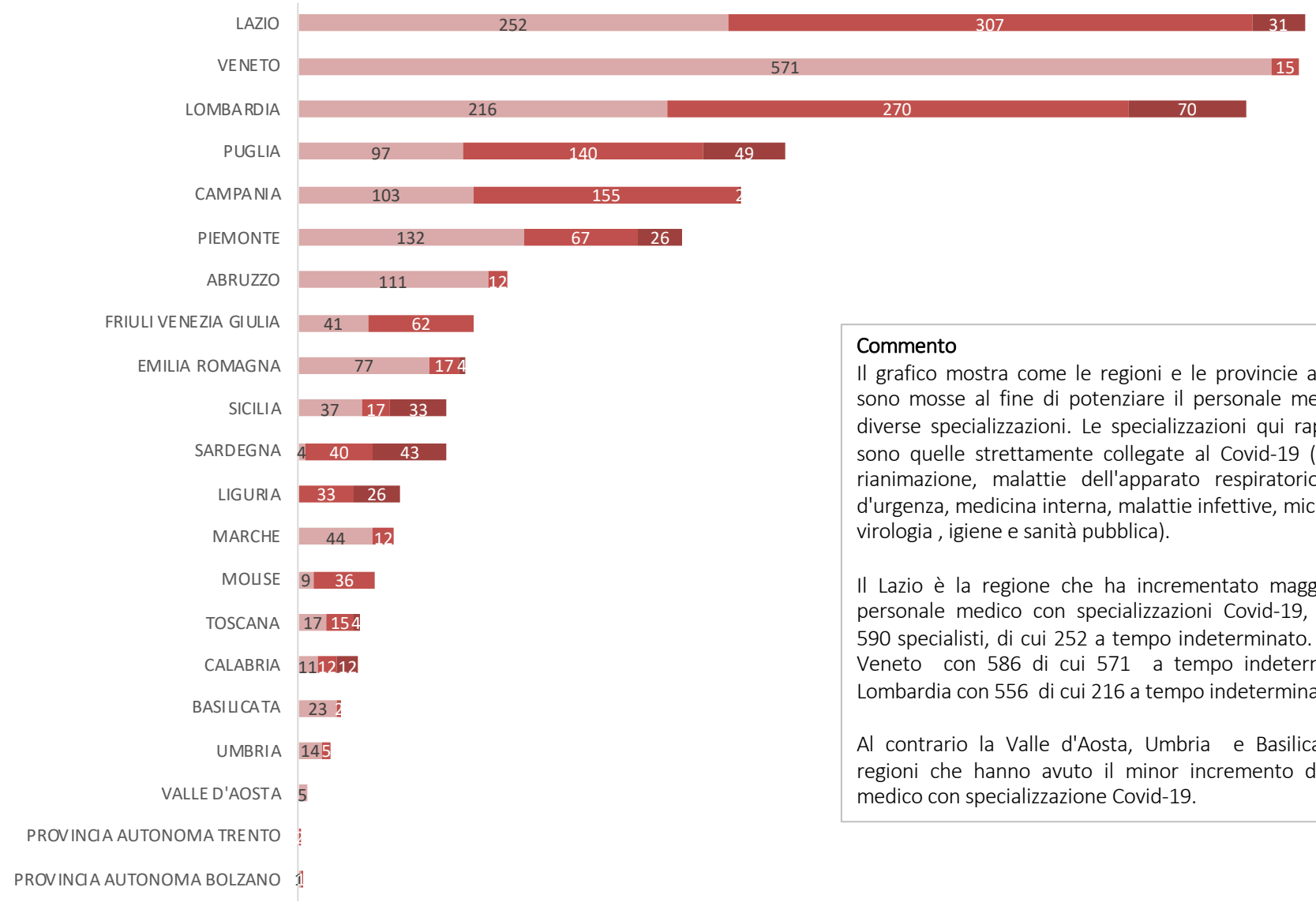
L'isolamento virale delle varianti di SARS-CoV-2 deve essere effettuato nei laboratori P3 (livello di biosicurezza 3) per prevenire la diffusione accidentale di una variante attraverso l'esposizione in laboratorio.

La selezione dei campioni per un'efficace sorveglianza genomica deve essere rappresentativa della popolazione (provenienza geografica e distribuzione per età), dando la priorità a casi sospetti per variante a trasmissibilità elevata o maggiore gravità. L'ECDC raccomanda di sequenziare almeno circa 500 campioni selezionati casualmente ogni settimana a livello nazionale, con le seguenti priorità:

1. Individui vaccinati contro SARS-CoV-2 che si infettano nonostante una risposta immunitaria al vaccino;
2. Contesti ad alto rischio (ad es. ospedali dove vengono ricoverati pazienti immunocompromessi positivi a SARS-CoV-2 per lunghi periodi);
3. Casi di reinfezione;
4. Individui in arrivo da paesi con alta incidenza di varianti SARS-CoV-2;
5. Aumento dei casi o cambiamento nella trasmissibilità e/o virulenza in un'area;
6. Cambiamento nelle performance di strumenti diagnostici o terapie;
7. Analisi di cluster, per valutare la catena di trasmissione e/o l'efficacia di strategie di contenimento dell'infezione.

Fonte: https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2021&codLeg=78702&parte=1%20&serie=null

Indicatore 3.12. Nuovo Personale con specializzazione mediche legate all'emergenza COVID-19 al 2 febbraio 2021



Commento

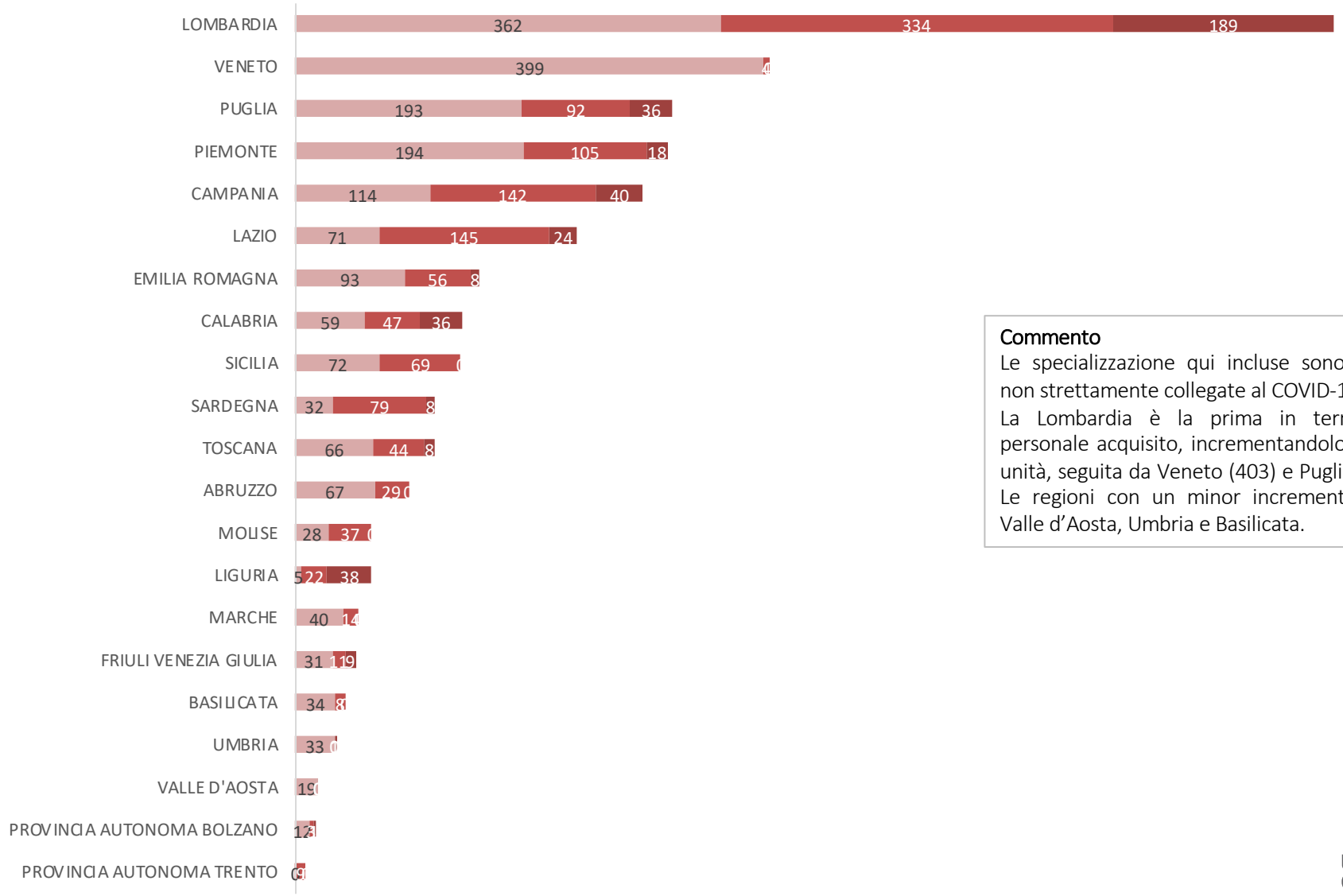
Il grafico mostra come le regioni e le provincie autonome si sono mosse al fine di potenziare il personale medico per le diverse specializzazioni. Le specializzazioni qui rappresentate sono quelle strettamente collegate al Covid-19 (anestesia e rianimazione, malattie dell'apparato respiratorio, medicina d'urgenza, medicina interna, malattie infettive, microbiologia e virologia , igiene e sanità pubblica).

Il Lazio è la regione che ha incrementato maggiormente il personale medico con specializzazioni Covid-19, assumendo 590 specialisti, di cui 252 a tempo indeterminato. Seguono il Veneto con 586 di cui 571 a tempo indeterminato e la Lombardia con 556 di cui 216 a tempo indeterminato.

Al contrario la Valle d'Aosta, Umbria e Basilicata sono le regioni che hanno avuto il minor incremento di personale medico con specializzazione Covid-19.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.13. Nuovo Personale con specializzazione mediche NON legate all'emergenza COVID-19 al 2 febbraio 2021



Commento

Le specializzazione qui incluse sono quelle non strettamente collegate al COVID-19.

La Lombardia è la prima in termini di personale acquisito, incrementandolo di 885 unità, seguita da Veneto (403) e Puglia (321). Le regioni con un minor incremento sono Valle d'Aosta, Umbria e Basilicata.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

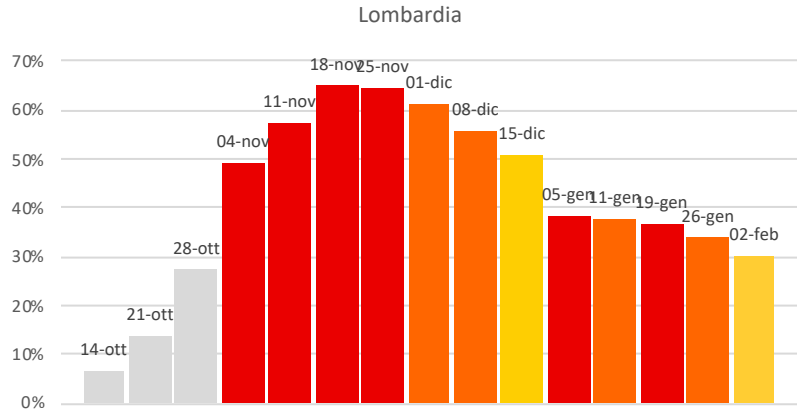
Indicatore 3.14. Confronto tra acquisizione di personale con specializzazione legate all'emergenza COVID-19 e non

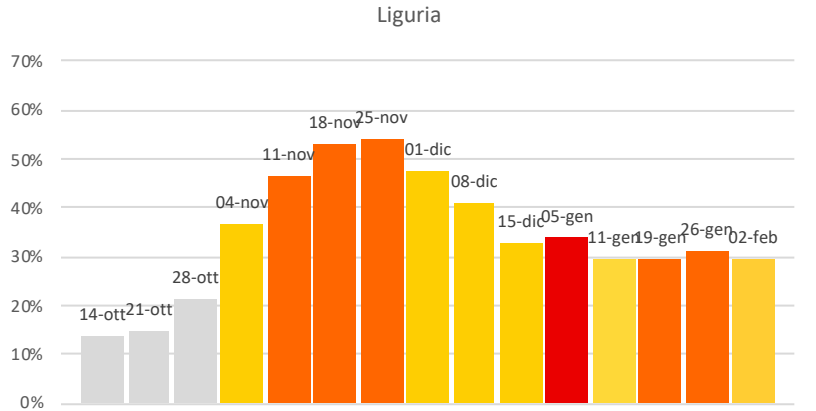
	Regioni in piano di rientro	Regioni **non** in piano di rientro
Assunzioni strutturali specialità mediche **connesse** con l'emergenza Covid-19	52%	43%
Assunzioni strutturali specialità mediche **non connesse** con l'emergenza Covid-19	48%	57%

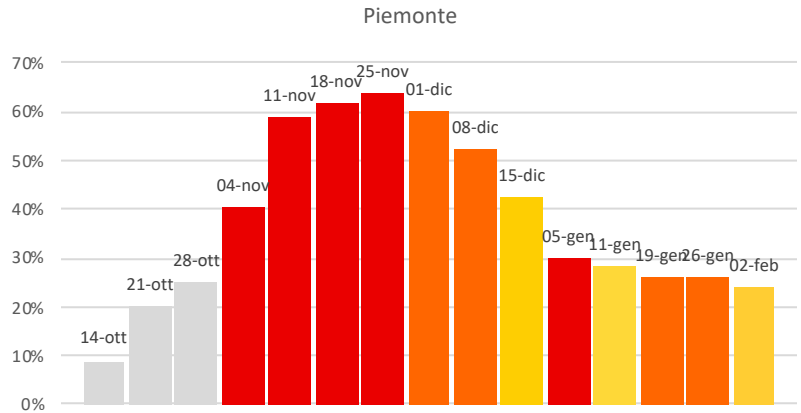
Commento

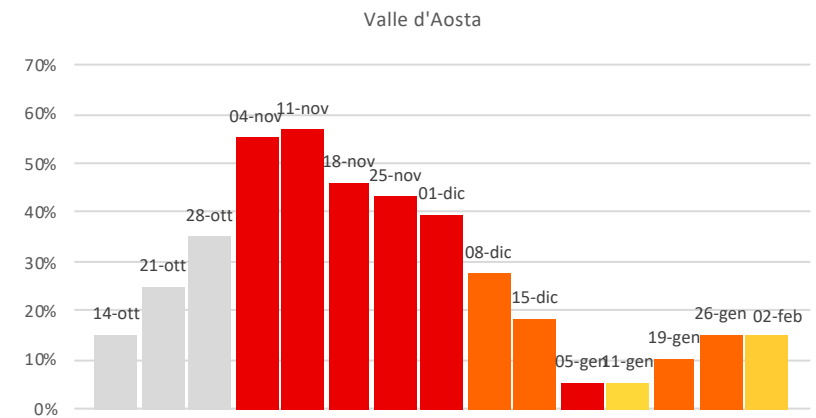
La matrice mostra i diversi approcci all'acquisizione di personale strutturale a tempo determinato o indeterminato da parte delle regioni al **2 febbraio** 2021. L'analisi del personale assunto o in via di assunzione rileva approcci leggermente diversi. Le regioni non in piano di rientro hanno dedicato il 43% 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; sanita pubblica) ed il restante 57% ad altre specialità. Le regioni in piano di rientro hanno incrementato la propria forza lavoro per il 52% con specialisti legati all'emergenza COVID-19, ed il restante 48% con altri specialisti.

Indicatore 3.15.1. Trend tassi di saturazione dei Posti Letto in Terapia Intensiva dal 14 ottobre al 2 febbraio 2021 – Nord Ovest









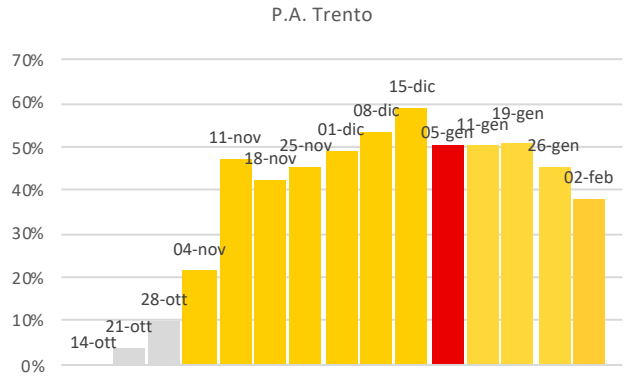
Commento

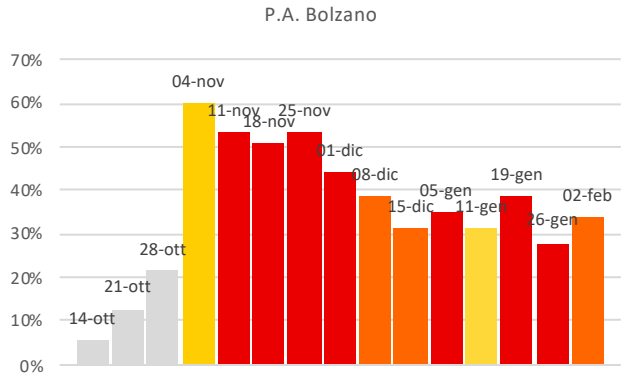
I grafici mostrano l'andamento, dal 14 ottobre 2020 al 2 febbraio 2021, del tasso di saturazione dei Posti Letto in Terapia Intensiva effettivamente implementati per fronteggiare l'epidemia da Covid-19. Il colore delle Regioni rappresenta la classificazione prevista dal DPCM 3 novembre 2020. I cambiamenti di colore sono avvenuti in base alle seguenti Ordinanze: Ordinanza 04 novembre 2020 (n. 276 del 05 novembre 2020); Ordinanza 10 novembre 2020 (n. 280 del 10 novembre 2020); Ordinanza 13 novembre 2020 (n. 284 del 14 novembre 2020); Ordinanza 20 novembre 2020 (n. 290 del 21 novembre 2020); Ordinanza 27 novembre 2020 (n. 296 del 28 novembre 2020); Ordinanza 5 dicembre 2020 (n. 303 del 5 dicembre 2020); Ordinanza 11 dicembre 2020 (n. 308 del 12 dicembre 2020); D.L. 18 dicembre 2020 (n. 172 del 18 dicembre 2020): nei giorni festivi e prefestivi compresi tra il 24/12/2020 e il 6/01/2021, sull'intero territorio nazionale, si applicano le misure previste dal DPCM del 3 dicembre 2020 per le cosiddette "zone rosse"; Ordinanza 08 gennaio 2021 (n. 6 del 09 gennaio 2021); Ordinanza 16 gennaio 2021 (n. 12 del 16 gennaio 2021); Ordinanza 23 gennaio 2021 (n. 18 del 23 gennaio 2021); Ordinanza 29 gennaio 2021 (n. 25 del 31 gennaio 2021).

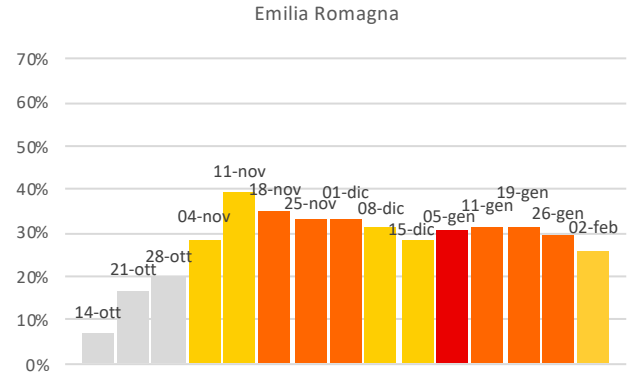
Fonte dei dati: Rapporto Covid-19 Agenas del 2 febbraio 2021-Ministero della Salute - Protezione Civile

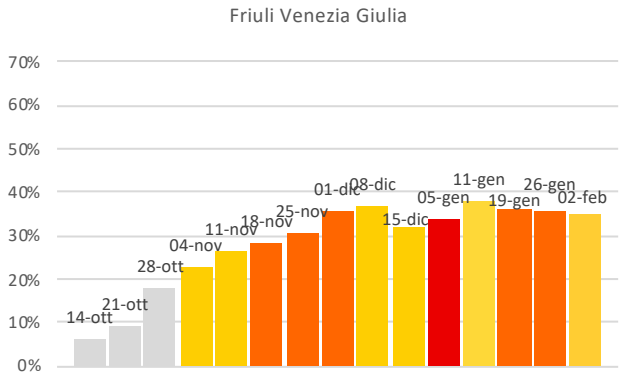
UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

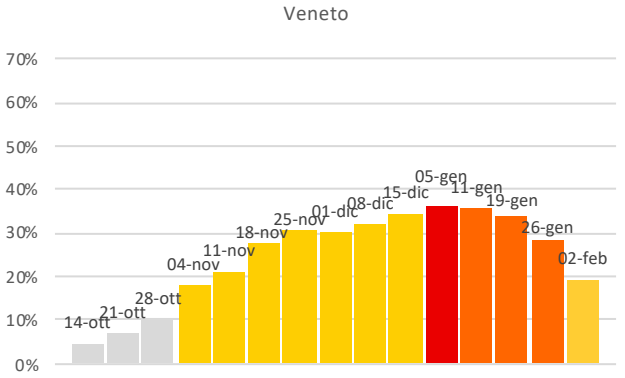
Indicatore 3.15.2. Trend tassi di saturazione dei Posti Letto in Terapia Intensiva dal 14 ottobre al 2 febbraio 2021 – Nord Est











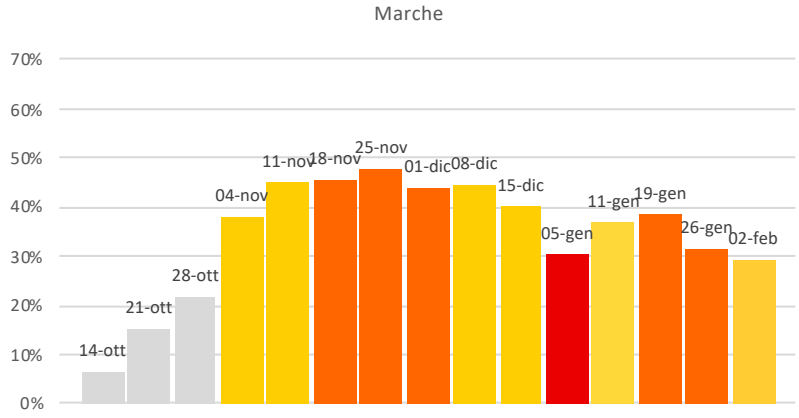
Commento

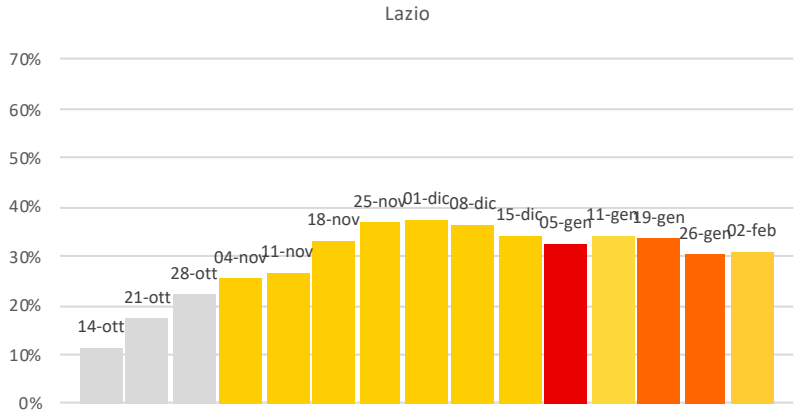
I grafici mostrano l'andamento, dal 14 ottobre 2020 al 2 febbraio 2021, del tasso di saturazione dei Posti Letto in Terapia Intensiva effettivamente implementati per fronteggiare l'epidemia da Covid-19. Il colore delle Regioni rappresenta la classificazione prevista dal DPCM 3 novembre 2020. I cambiamenti di colore sono avvenuti in base alle seguenti Ordinanze: Ordinanza 04 novembre 2020 (n. 276 del 05 novembre 2020); Ordinanza 10 novembre 2020 (n. 280 del 10 novembre 2020); Ordinanza 13 novembre 2020 (n. 284 del 14 novembre 2020); Ordinanza 20 novembre 2020 (n. 290 del 21 novembre 2020); Ordinanza 27 novembre 2020 (n. 296 del 28 novembre 2020); Ordinanza 5 dicembre 2020 (n. 303 del 5 dicembre 2020); Ordinanza 11 dicembre 2020 (n. 308 del 12 dicembre 2020); D.L. 18 dicembre 2020 (n. 172 del 18 dicembre 2020): nei giorni festivi e prefestivi compresi tra il 24/12/2020 e il 6/01/2021, sull'intero territorio nazionale, si applicano le misure previste dal DPCM del 3 dicembre 2020 per le cosiddette "zone rosse"; Ordinanza 08 gennaio 2021 (n. 6 del 09 gennaio 2021); Ordinanza 16 gennaio 2021 (n. 12 del 16 gennaio 2021); Ordinanza 23 gennaio 2021 (n. 18 del 23 gennaio 2021); Ordinanza 29 gennaio 2021 (n. 25 del 31 gennaio 2021).

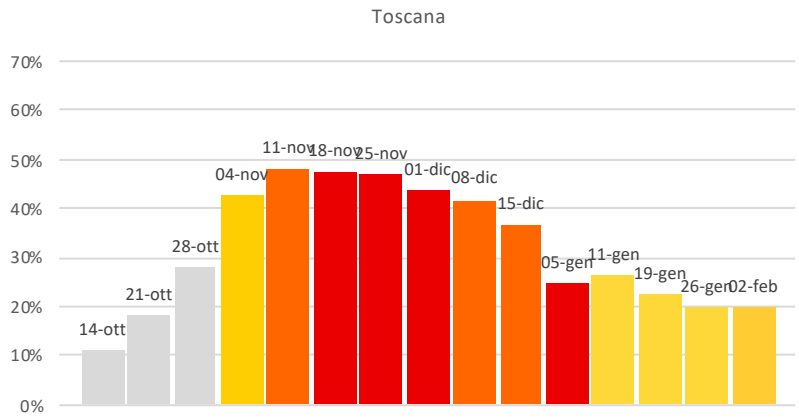
Fonte dei dati: Rapporto Covid-19 Agenas del 2 febbraio 2021-Ministero della Salute - Protezione Civile

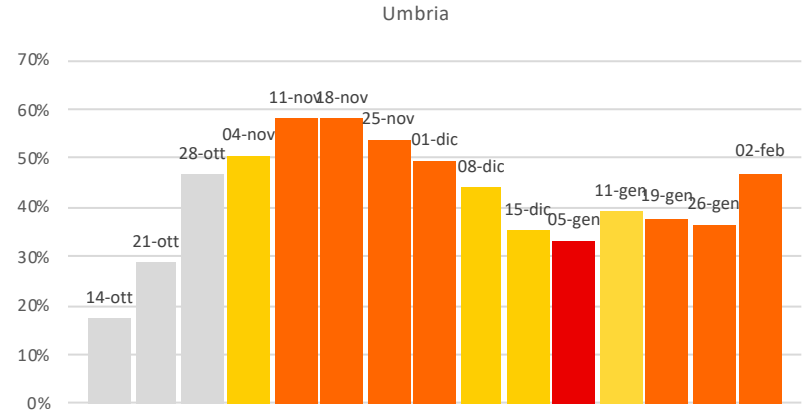
UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.15.3. Trend tassi di saturazione dei Posti Letto in Terapia Intensiva dal 14 ottobre al 2 febbraio 2021 – Centro









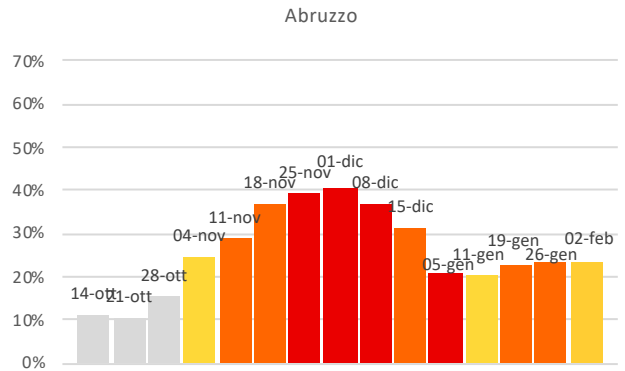
Commento

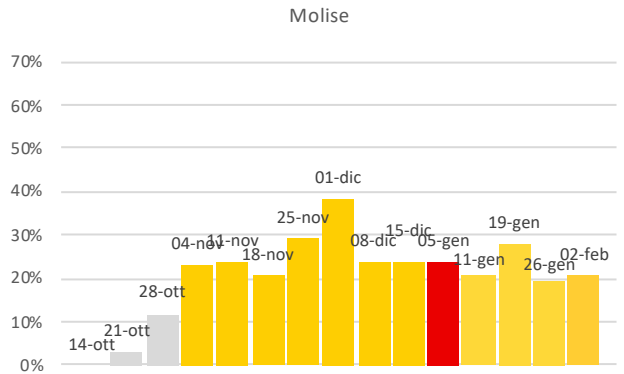
I grafici mostrano l'andamento, dal 14 ottobre 2020 al 2 febbraio 2021, del tasso di saturazione dei Posti Letto in Terapia Intensiva effettivamente implementati per fronteggiare l'epidemia da Covid-19. Il colore delle Regioni rappresenta la classificazione prevista dal DPCM 3 novembre 2020. I cambiamenti di colore sono avvenuti in base alle seguenti Ordinanze: Ordinanza 04 novembre 2020 (n. 276 del 05 novembre 2020); Ordinanza 10 novembre 2020 (n. 280 del 10 novembre 2020); Ordinanza 13 novembre 2020 (n. 284 del 14 novembre 2020); Ordinanza 20 novembre 2020 (n. 290 del 21 novembre 2020); Ordinanza 27 novembre 2020 (n. 296 del 28 novembre 2020); Ordinanza 5 dicembre 2020 (n. 303 del 5 dicembre 2020); Ordinanza 11 dicembre 2020 (n. 308 del 12 dicembre 2020); D.L. 18 dicembre 2020 (n. 172 del 18 dicembre 2020): nei giorni festivi e prefestivi compresi tra il 24/12/2020 e il 6/01/2021, sull'intero territorio nazionale, si applicano le misure previste dal DPCM del 3 dicembre 2020 per le cosiddette "zone rosse"; Ordinanza 08 gennaio 2021 (n. 6 del 09 gennaio 2021); Ordinanza 16 gennaio 2021 (n. 12 del 16 gennaio 2021); Ordinanza 23 gennaio 2021 (n. 18 del 23 gennaio 2021); Ordinanza 29 gennaio 2021 (n. 25 del 31 gennaio 2021).

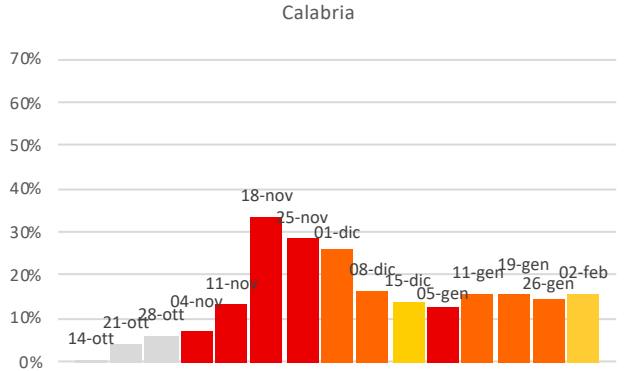
Fonte dei dati: Rapporto Covid-19 Agenas del 2 febbraio 2021-Ministero della Salute - Protezione Civile

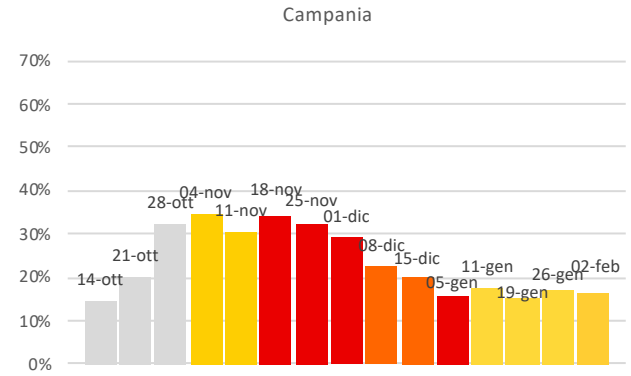
UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

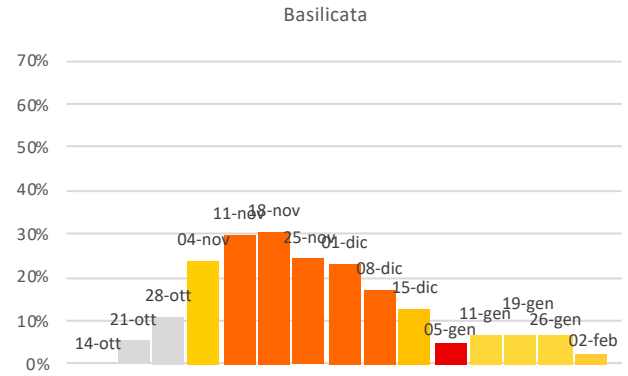
Indicatore 3.15.4. Trend tassi di saturazione dei Posti Letto in Terapia Intensiva dal 14 ottobre al 2 febbraio 2021 – Sud

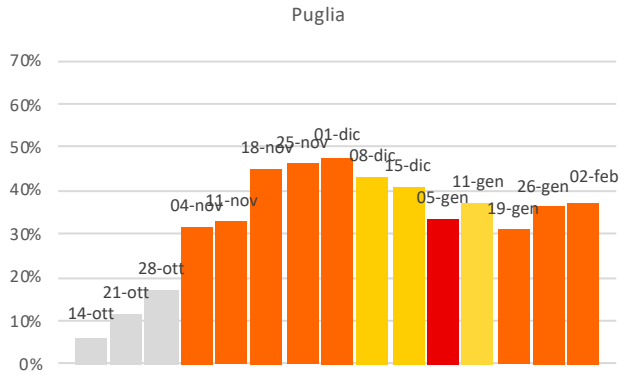












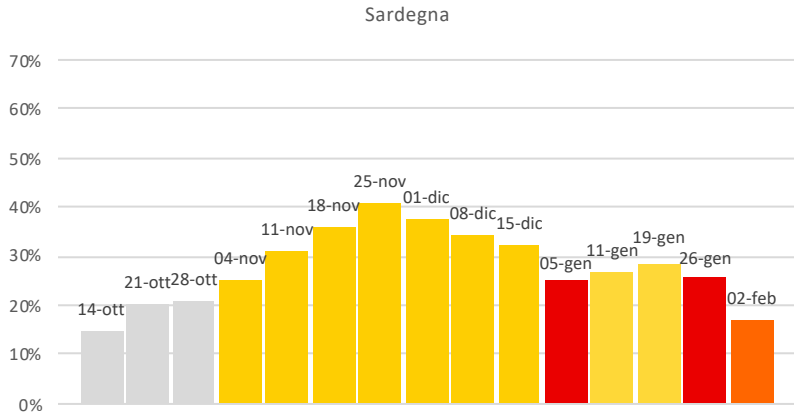
Commento

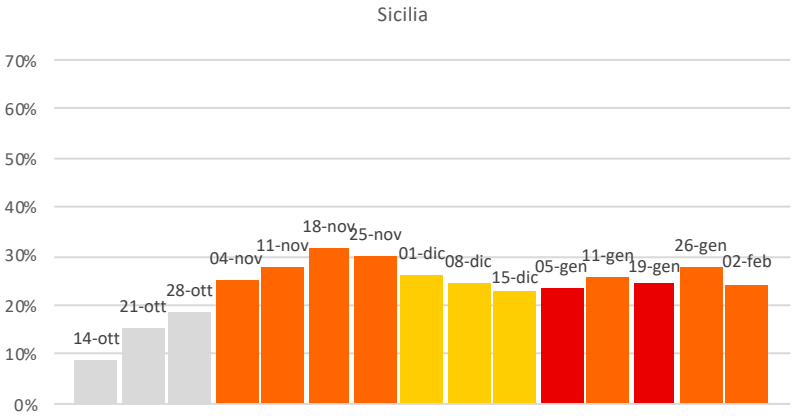
I grafici mostrano l'andamento, dal 14 ottobre 2020 al 2 febbraio 2021, del tasso di saturazione dei Posti Letto in Terapia Intensiva effettivamente implementati per fronteggiare l'epidemia da Covid-19. Il colore delle Regioni rappresenta la classificazione prevista dal DPCM 3 novembre 2020. I cambiamenti di colore sono avvenuti in base alle seguenti Ordinanze: Ordinanza 04 novembre 2020 (n. 276 del 05 novembre 2020); Ordinanza 10 novembre 2020 (n. 280 del 10 novembre 2020); Ordinanza 13 novembre 2020 (n. 284 del 14 novembre 2020); Ordinanza 20 novembre 2020 (n. 290 del 21 novembre 2020); Ordinanza 27 novembre 2020 (n. 296 del 28 novembre 2020); Ordinanza 5 dicembre 2020 (n. 303 del 5 dicembre 2020); Ordinanza 11 dicembre 2020 (n. 308 del 12 dicembre 2020); D.L. 18 dicembre 2020 (n. 172 del 18 dicembre 2020): nei giorni festivi e prefestivi compresi tra il 24/12/2020 e il 6/01/2021, sull'intero territorio nazionale, si applicano le misure previste dal DPCM del 3 dicembre 2020 per le cosiddette "zone rosse"; Ordinanza 08 gennaio 2021 (n. 6 del 09 gennaio 2021); Ordinanza 16 gennaio 2021 (n. 12 del 16 gennaio 2021); Ordinanza 23 gennaio 2021 (n. 18 del 23 gennaio 2021); Ordinanza 29 gennaio 2021 (n. 25 del 31 gennaio 2021).

Fonte dei dati: Rapporto Covid-19 Agenas del 2 febbraio 2021-Ministero della Salute - Protezione Civile

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.15.5. Trend tassi di saturazione dei Posti Letto in Terapia Intensiva dal 14 ottobre al 2 febbraio 2021 – Isole





Commento

I grafici mostrano l'andamento, dal 14 ottobre 2020 al 2 febbraio 2021, del tasso di saturazione dei Posti Letto in Terapia Intensiva effettivamente implementati per fronteggiare l'epidemia da Covid-19. Il colore delle Regioni rappresenta la classificazione prevista dal DPCM 3 novembre 2020. I cambiamenti di colore sono avvenuti in base alle seguenti Ordinanze: Ordinanza 04 novembre 2020 (n. 276 del 05 novembre 2020); Ordinanza 10 novembre 2020 (n. 280 del 10 novembre 2020); Ordinanza 13 novembre 2020 (n. 284 del 14 novembre 2020); Ordinanza 20 novembre 2020 (n. 290 del 21 novembre 2020); Ordinanza 27 novembre 2020 (n. 296 del 28 novembre 2020); Ordinanza 5 dicembre 2020 (n. 303 del 5 dicembre 2020); Ordinanza 11 dicembre 2020 (n. 308 del 12 dicembre 2020); D.L. 18 dicembre 2020 (n. 172 del 18 dicembre 2020): nei giorni festivi e prefestivi compresi tra il 24/12/2020 e il 6/01/2021, sull'intero territorio nazionale, si applicano le misure previste dal DPCM del 3 dicembre 2020 per le cosiddette "zone rosse"; Ordinanza 08 gennaio 2021 (n. 6 del 09 gennaio 2021); Ordinanza 16 gennaio 2021 (n. 12 del 16 gennaio 2021); Ordinanza 23 gennaio 2021 (n. 18 del 23 gennaio 2021); Ordinanza 29 gennaio 2021 (n. 25 del 31 gennaio 2021).

Fonte dei dati: Rapporto Covid-19 Agenas del 2 febbraio 2021-Ministero della Salute - Protezione Civile

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.16. Confronto tra PL TI e numero di Anestesisti al 2 febbraio 2021

Regione	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 1 febbraio)	Differenza dati al 25 gennaio e pre DL 34/2022	Differenza dati al 1 febbraio e pre DL 34/2022
Abruzzo	2,4	2,2	1,7	-0,7	-0,7
Basilicata	2,5	2	1,5	-1,0	-1,0
Calabria	2,4	2,5	2,4	0,0	0,0
Campania	3,4	2,4	2,0	-1,4	-1,4
Emilia Romagna	2,1	1,7	1,3	-0,8	-0,8
Friuli Venezia Giulia	2,8	2	2,2	-0,6	-0,6
Lazio	2,4	1,7	1,6	-0,8	-0,8
Liguria	2,8	2,2	2,1	-0,7	-0,7
Lombardia	2,3	2,1	1,8	-0,5	-0,5
Marche	2,6	2,1	1,4	-1,2	-1,2
Molise	2	2,4	2,1	0,1	0,1
P.A. Bolzano	3	1,8	1,7	-1,3	-1,3
P.A. Trento	3,3	2,8	1,3	-2,0	-2,0
Piemonte	3,1	2,4	1,4	-1,7	-1,7
Puglia	2,7	2,3	1,9	-0,8	-0,8
Sardegna	3	2,5	2,0	-0,8	-1,0
Sicilia	2,8	2,1	1,5	-1,3	-1,3
Toscana	2,4	1,8	1,5	-0,9	-0,9
Umbria	2,9	2,1	1,6	-1,3	-1,3
Valle d'Aosta	3,5	1,6	1,8	-1,8	-1,8
Veneto	1,9	1,4	1,3	-0,6	-0,6
Italia	**2,5**	**1,9**	**1,6**	**-0,9**	**-0,9**

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 2 febbraio 2021.

Al **2 febbraio** 2021 ,il valore più basso dell'indicatore è registrato in Veneto e Emilia-Romagna e Provincia Autonoma di Bolzano, con 1,3.

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

La differenza tra i dati al 2 febbraio ed i dati pre DL 34/2020 mostra una riduzione significativa per la Valle D'Aosta , P.A. di Trento, P.A. di Bolzano e Campania.

Indicatore 3.17. Tasso di saturazione dei PL di Terapia Intensiva al 2 febbraio 2021

Regione	Ricoverati in TI al 02/02.2021	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	44	35,8%	23,3%	0,0%	0,0%
Basilicata	2	4,1%	2,5%	-8,2%	-4,9%
Calabria	24	16,4%	8,6%	1,4%	0,7%
Campania	103	30,7%	18,8%	-0,6%	-0,4%
Emilia Romagna	198	44,1%	30,9%	-5,3%	-3,7%
Friuli Venezia Giulia	61	50,8%	34,9%	-0,8%	-0,6%
Lazio	289	50,6%	34,2%	0,4%	0,2%
Liguria	64	42,7%	27,0%	-2,0%	-1,3%
Lombardia	361	41,9%	25,0%	-5,3%	-3,2%
Marche	68	59,1%	30,9%	-4,3%	-2,3%
Molise	8	26,7%	18,2%	3,3%	2,3%
P.A. Bolzano	34	91,9%	44,2%	16,2%	7,8%
P.A. Trento	34	89,5%	43,6%	-18,4%	-9,0%
Piemonte	152	46,5%	24,3%	-3,4%	-1,8%
Puglia	170	55,9%	29,4%	0,3%	0,2%
Sardegna	34	25,4%	14,9%	-10,4%	-6,1%
Sicilia	202	48,3%	28,1%	-6,0%	-3,5%
Toscana	109	31,7%	20,3%	0,0%	0,0%
Umbria	61	88,4%	48,0%	20,3%	11,0%
Valle d'Aosta	3	30,0%	16,7%	0,0%	0,0%
Veneto	193	39,1%	27,4%	-18,4%	-12,9%
Italia	**2214**	**43,2%**	**26,4%**	**-4,0%**	**-2,5%**

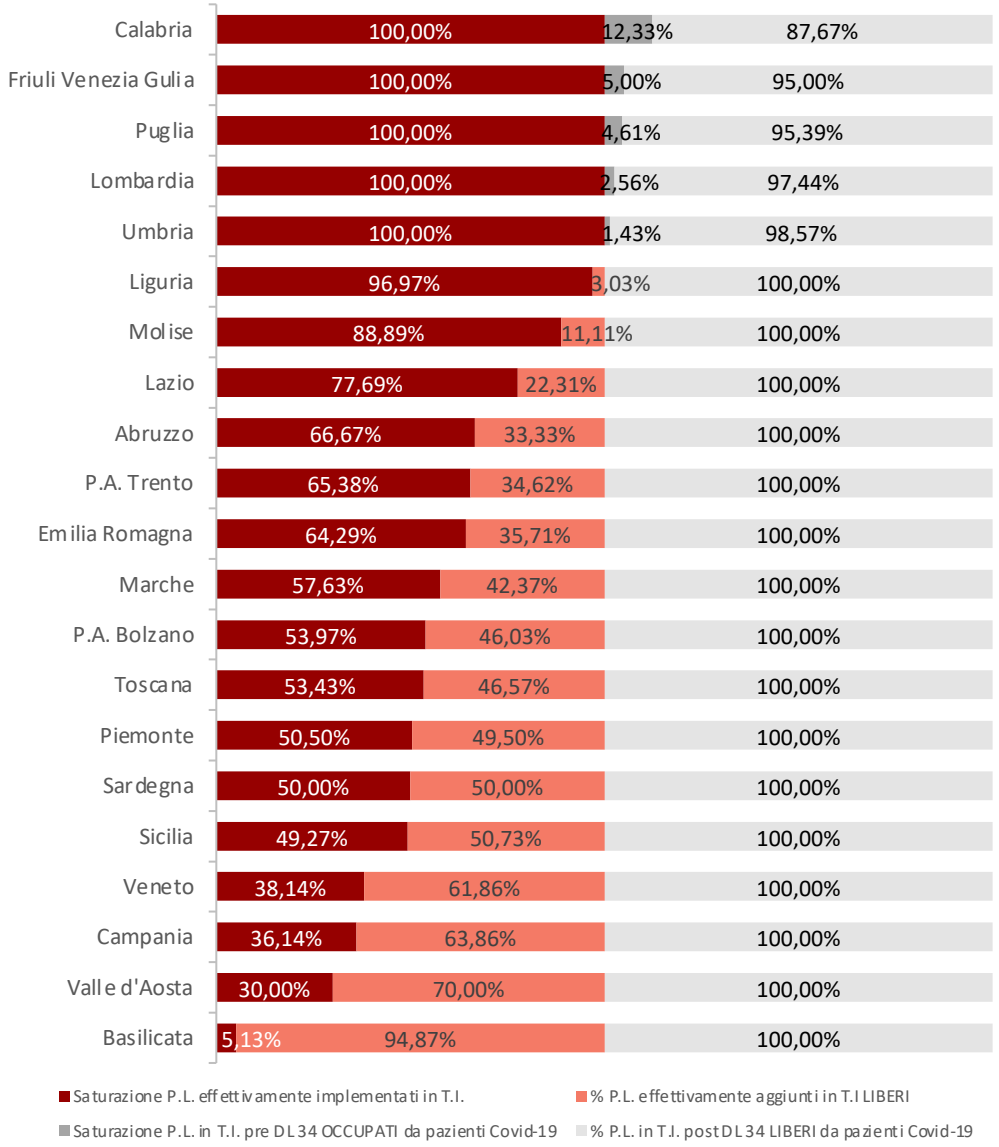
Commento

La tabella mostra il tasso di saturazione delle terapie intensive al 2 febbraio 2021. 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 91,9% nella P.A. di Bolzano, 89,5% nella P.A. di Trento e 88,4% in Umbria.
Le suddette percentuali scendono rispettivamente al 44,2%, 43,6% e 48% se prendiamo in considerazione la dotazione prevista in risposta ai dettami del DL 34/2020.

Come per l'ultimo aggiornamento, si assiste ad una riduzione del tasso di saturazione a livello nazionale.
Il tasso medio calcolato sull'intera penisola è del 43,2% se consideriamo la dotazione pre DL 34 e del 26,4% se, invece, teniamo in considerazione i nuovi posti letto di TI, in diminuzione rispetto al precedente aggiornamento di -4 (situazione PRE DL 34) o -2,5 (situazione POST DL 34) punti percentuali.
Per quanto riguarda la riduzione del tasso di saturazione rispetto all'aggiornamento precedente, considerando la dotazione post DL 34, il differenziale maggior si registra in Veneto (-12,9%), nella P.A. di Trento (-9%) ed in Sardegna (-6,1%).
Umbria, P.A. di Bolzano, Molise, Calabria, Puglia e Lazio registrano, invece, differenziali positivi rispetto all' aggiornamento precedente.
L'Abruzzo, la Toscana e la Valle d'Aosta non registrano alcuna variazione.

Indicatore 3.18. Tasso di saturazione della capacità aggiuntiva di PL di Terapia Intensiva al 2 febbraio 2021



Commento

L'indicatore misura il tasso di saturazione della capacità extra in termini di posti letto di terapia intensiva al 2 febbraio. In altre parole, indica quanti posti letto di terapia intensiva, previsti dal DL34 ed effettivamente implementati, sono occupati da pazienti COVID-19.

Cinque regioni hanno esaurito la suddetta capacità.

Si tratta della Calabria, del Friuli Venezia Giulia, della Puglia, della Lombardia e dell'Umbria.
In particolare, la Calabria sta utilizzando il 12,33% della propria dotazione strutturale di posti letto di terapia intensiva, il Friuli Venezia Giulia il 5%, la Puglia il 4,61%, la Lombardia il 2,56%, e l'Umbria l'1,43%.
Queste regioni stanno, quindi, utilizzando la capacità strutturale di posti letto di terapia intensiva, ovvero quei posti letto che dovrebbero essere dedicati ai pazienti No-Covid-19.

È prossima alla totale saturazione della capacità aggiuntiva la Liguria (96,97%).

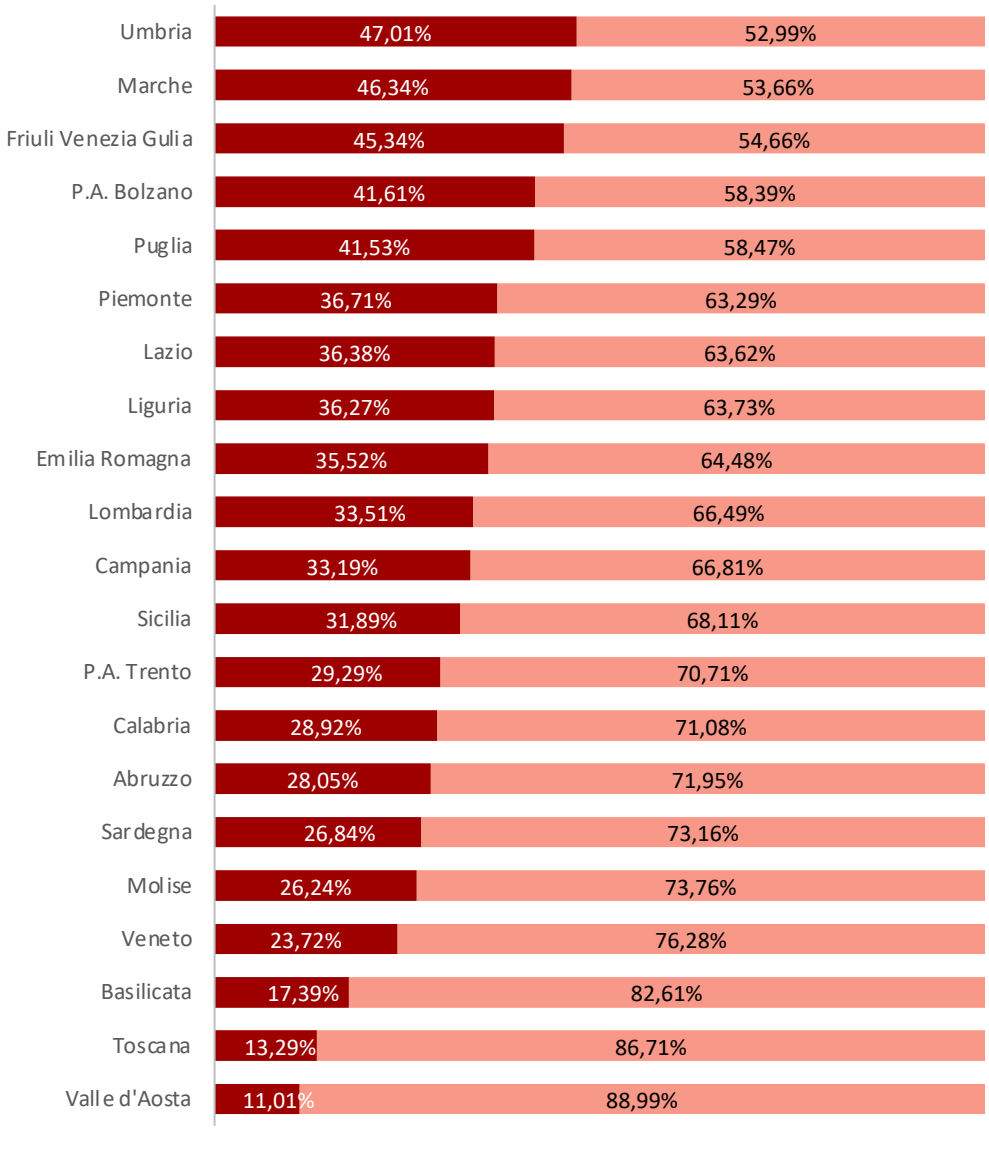
Viaggiano, invece, su un'occupazione superiore ai 2/3 della capacità aggiuntiva il Molise (88,89%), il Lazio (77,69%) e l'Abruzzo (66,67%).

I tassi inferiori si registrano in Basilicata (5,13%), in Valle d'Aosta (30%), in Campania (36,14%) e in Veneto (38,14%).

Fonte dei dati: Rapporto Covid-19 Agenas - Ministero della Salute - Protezione Civile

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.19. Tasso di saturazione dei posti letto in Area Non Critica al 2 febbraio 2021



Commento

L'indicatore misura il tasso di saturazione dei posti letto in Area Non Critica, ovvero dei posti letto di area medica afferenti alle specialità di malattie infettive, medicina generale e pneumologia.

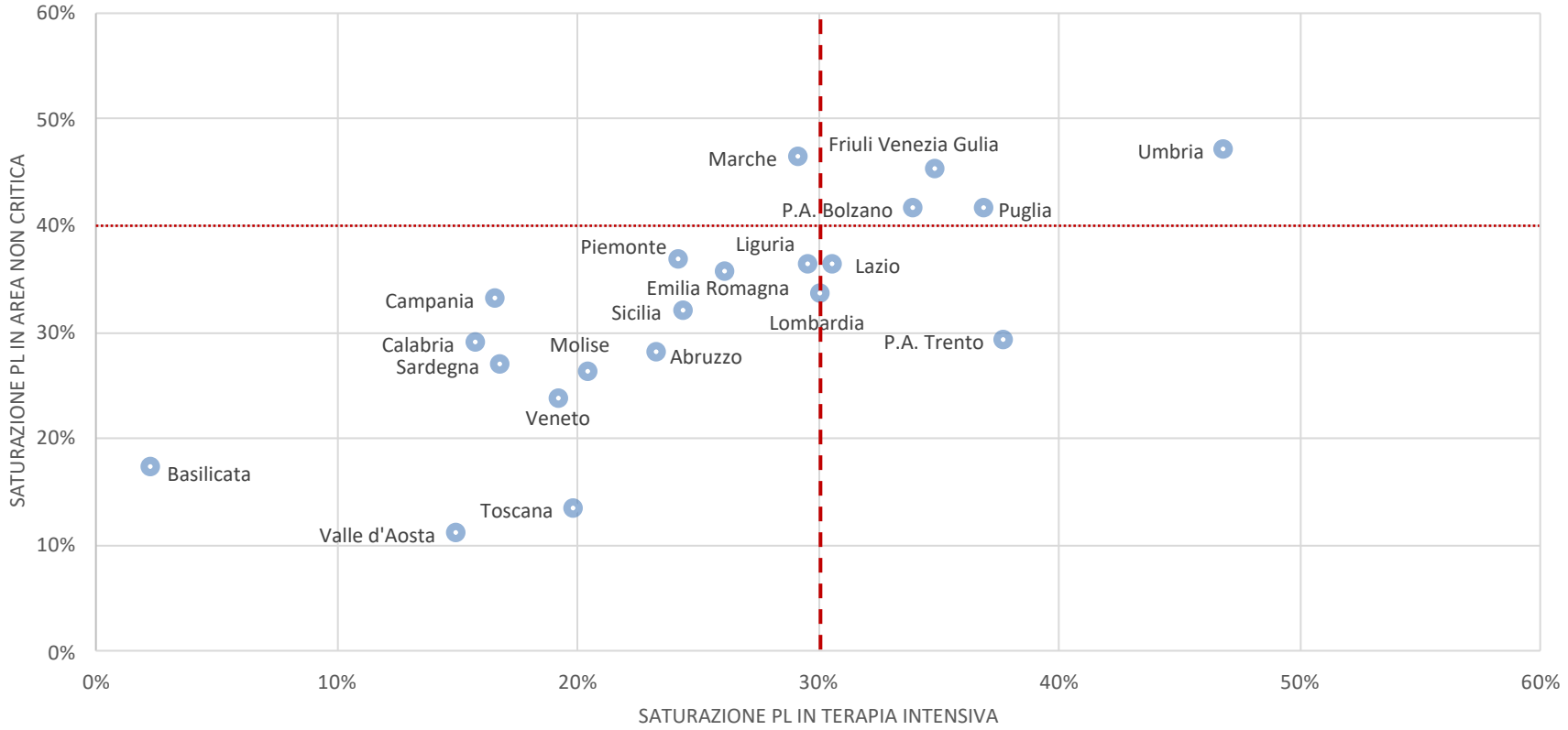
Come per l'ultimo aggiornamento, si assiste ad una riduzione del tasso di saturazione a livello nazionale.
Il tasso medio calcolato sull'intera penisola è di 33,24% in diminuzione rispetto al precedente aggiornamento di -1,57 punti percentuali.

Al 2 febbraio 2021 cinque regioni superano la soglia di sovraccarico del 40% individuata dal decreto del Ministro della Salute del 30/4/2020 ed in particolare l'Umbria (47,01%), le Marche (46,34%), il Friuli Venezia Giulia (45,34%), la P.A. di Bolzano (41,61%) e la Puglia (41,53%).

Fonte dei dati: Rapporto Covid-19 Agenas -Ministero della Salute - Protezione Civile

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.20. Tassi di saturazione dei posti letto in Terapia Intensiva e di Area Non Critica al 2 febbraio 2021



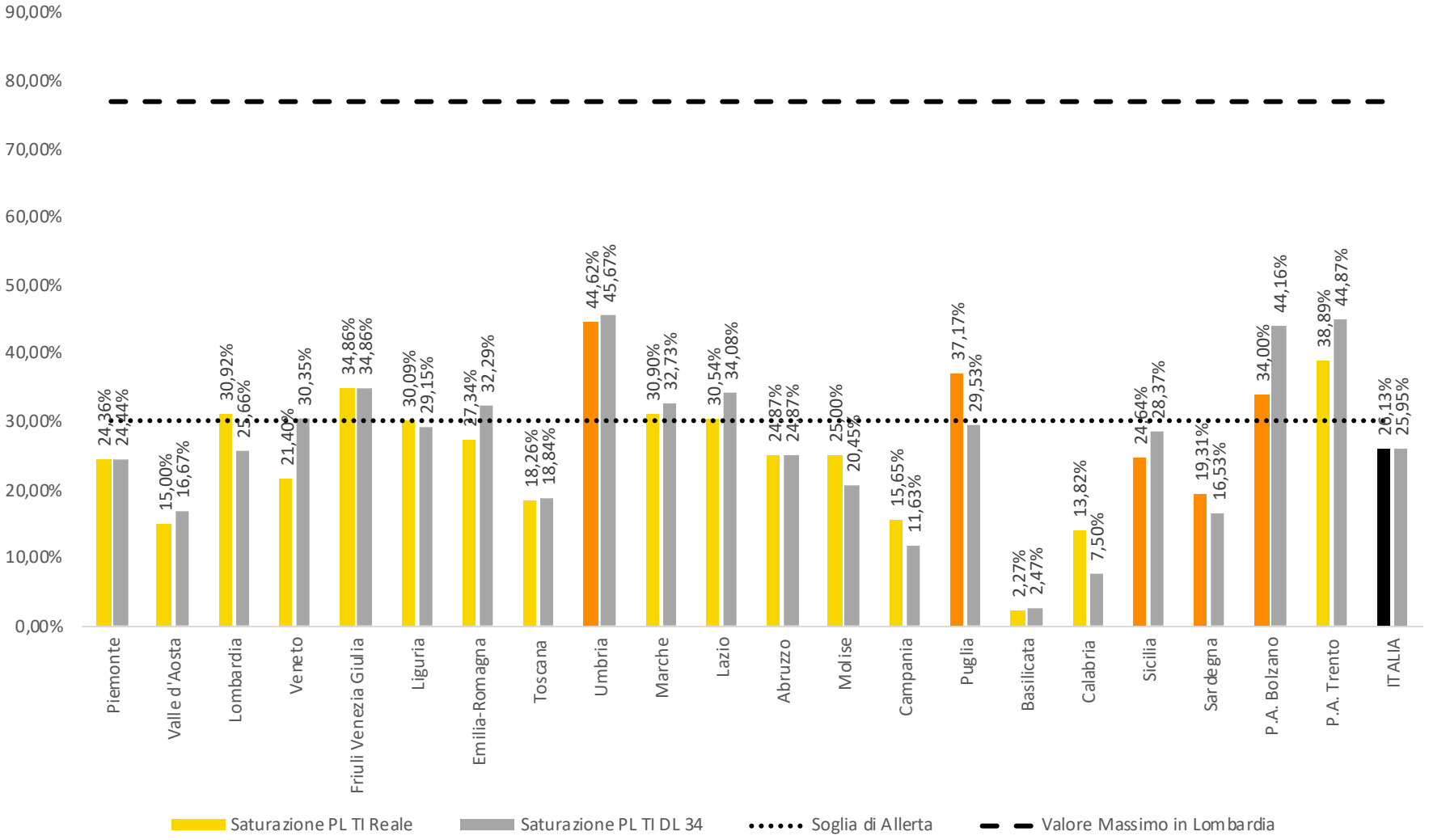
Commento

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 30% e del 40% sono individuate dal D.M. del 30/4/2020 come quelle oltre le quali vi è un sovraccarico rispettivamente per la Terapia Intensiva e per l'Area Non Critica. Si può notare come grazie queste soglie il grafico si divida in quattro quadranti: nel primo si posizionano tutte quelle regioni che hanno superato sia la soglia relativa al tasso di saturazione dei posti letto in Terapia Intensiva che quella relativa al tasso di saturazione dei posti letto in Area Non Critica, nel secondo si posizionano le regioni che superano solo la soglia relativa all'Area Non Critica, nel terzo sono presenti le regioni non a rischio di sovraccarico e nel quarto le regioni a rischio di sovraccarico relativamente alla sola Terapia Intensiva. Al 2 febbraio 2021 quattro regioni (P.A. di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Puglia e Umbria) si posizionano nel primo quadrante con la più elevata pressione per tasso di saturazione sia in area non critica che in terapia intensiva a livello nazionale registrata dall'Umbria. La maggior parte delle regioni (Basilicata, Valle d'Aosta, Toscana, Veneto, Sardegna, Calabria, Molise, Abruzzo, Campania, Sicilia, Emilia Romagna, Piemonte e Liguria) non è a rischio di sovraccarico in nessuna delle due aree oggetto di valutazione, posizionandosi quindi nel terzo quadrante. La Lombardia si posiziona sulla soglia del 30% relativamente alla saturazione delle terapie intensive.

Fonte dei dati: Rapporto Covid-19 Agenas - Ministero della Salute - Protezione Civile

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.21. Saturazione TI: Posti letto DL 34 e Posti letto reali



UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.22. Acquisizione di nuovo personale medico al 2 febbraio 2021

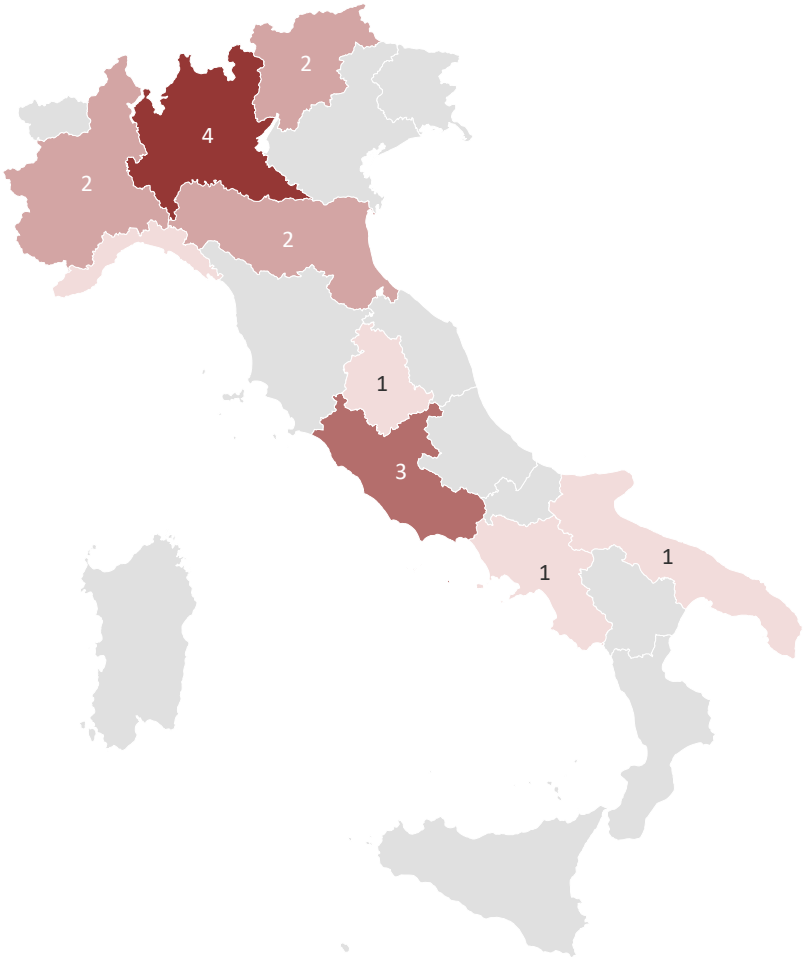
Regione	Personale in unità				Totale	Personale 2018	% incremento
	Indeterminato	Determinato	Libero Professionale	Graduatorie			
Abruzzo	178	41	0	13	219	2643	8%
Basilicata	57	10	0	120	67	1169	6%
Calabria	70	59	48	29	177	3755	5%
Campania	217	297	42	0	556	9244	6%
Emilia Romagna	170	73	12	27	255	8505	3%
Friuli Venezia Giulia	72	73	9	0	154	2611	6%
Lazio	323	452	55	27	830	7809	11%
Liguria	5	55	64	3	124	3546	3%
Lombardia	578	604	259	36	1441	14697	10%
Marche	84	26	0	0	110	2981	4%
Molise	37	73	0	1	110	462	24%
P.A. Bolzano	326	172	44	0	542	8424	6%
P.A. Trento	13	4	1	0	18	954	2%
Piemonte	0	11	0	0	11	1092	1%
Puglia	290	232	85	38	607	6741	9%
Sardegna	36	119	51	258	206	4110	5%
Sicilia	109	86	33	3	228	9163	2%
Toscana	83	59	12	3	154	8366	2%
Umbria	47	5	1	0	53	2009	3%
Valle d'Aosta	24	0	0	11	24	310	8%
Veneto	970	19	0	0	989	7884	13%
Italia	**3689**	**2470**	**716**	**569**	**6875**	**106475**	**6%**

Commento

La tabella riporta il numero di nuovo personale medico al 2 febbraio per ciascuna regione italiana. Complessivamente, durante l'emergenza sanitaria sono stati assunti o sono in procinto di essere assunti 3.689 medici con contratto a tempo indeterminato, 2.470 medici a tempo determinato e sono stati stipulati 716 contratti di lavoro libero – professionale. Inoltre, la tabella riporta il numero di personale inserito in graduatorie e quindi «a disposizione» del sistema sanitario.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.23. Bandi per medici da destinare alle vaccinazioni al 2 febbraio 2021



Con tecnologia Bing
© GeoNames, Microsoft, TomTom

Commento

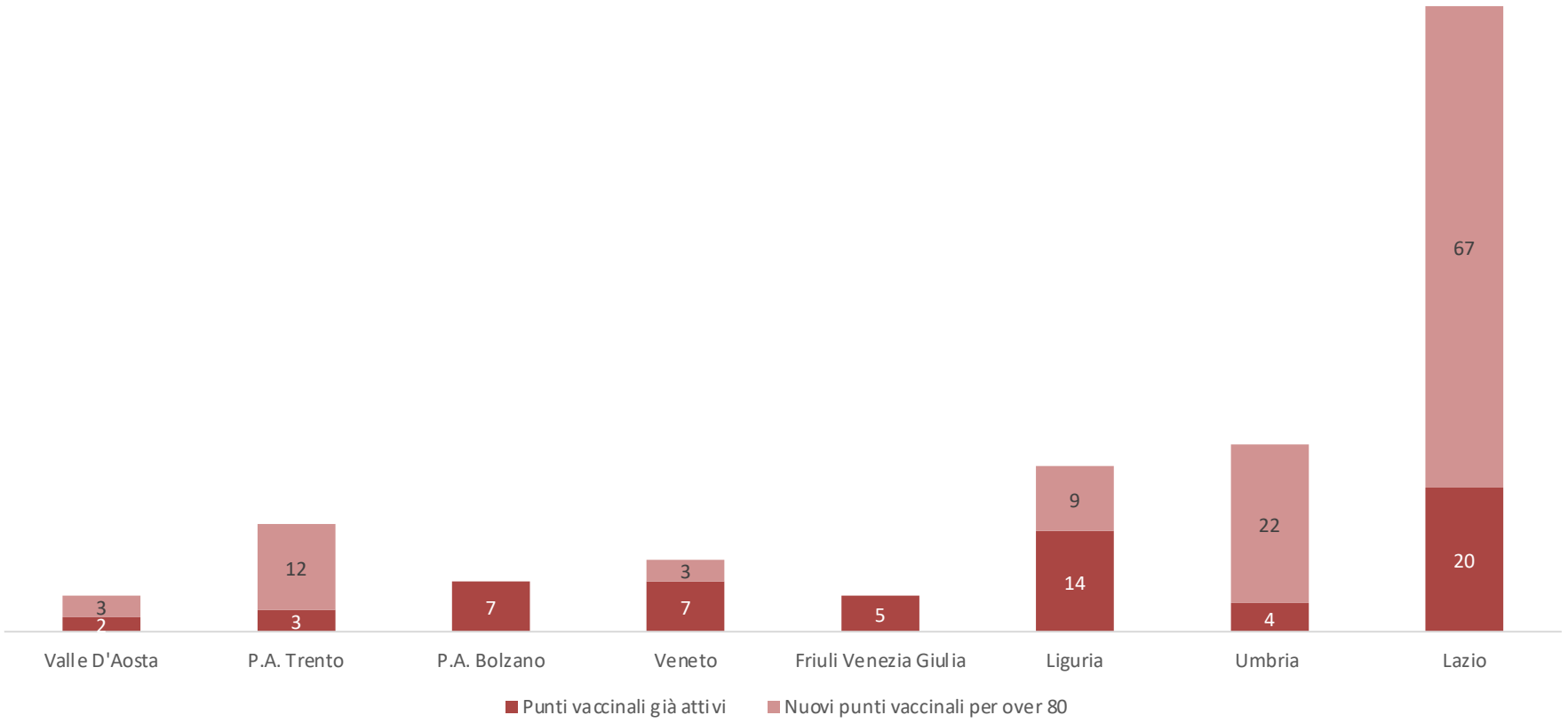
L' indicatore mostra le regioni che hanno emanato bandi per l'assunzione di personale medico da dedicare alla campagna vaccinale anti Covid-19.

Al **2 febbraio** nove regioni hanno emanato bandi a tale scopo.

La Lombardia è la regione che ha emanato più bandi, seguita dal Lazio, dall'Emilia-Romagna, dal Piemonte e dalla Provincia Autonoma di Bolzano.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.23.1. Monitoraggio dell'attivazione di ulteriori punti vaccinali

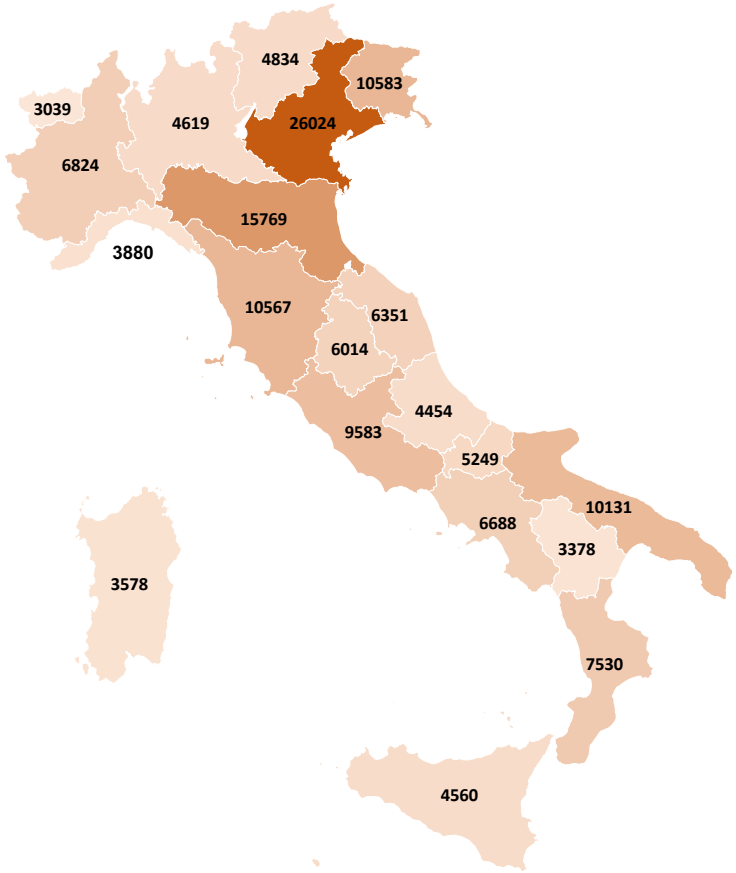


Commento

Il grafico mostra al 2 febbraio 2020 i punti vaccinali ospedalieri già attivati (fonte dei dati: https://www.governo.it/it/cscovid19/report-vaccini/) e i punti di nuova attivazione (fonte: siti delle regioni) previsti nelle regioni in cui è in partenza la vaccinazione della popolazione over 80. Per quanto riguarda l'attivazione di nuovi punti vaccinali la regione più attiva è stata il Lazio, seguita dall'Umbria e dalla P.A di Trento.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.24. Numero medio di vaccinazioni per punto di somministrazione al 2 febbraio 2021



Con tecnologia Bing
© GeoNames, Microsoft, TomTom

Commento

Il cartogramma evidenzia al **2 febbraio 2021** il rapporto tra vaccinazioni effettuate e punti vaccinali, esprimendo così un numero medio di vaccinazioni effettuate da ciascun punto di somministrazione regionale.

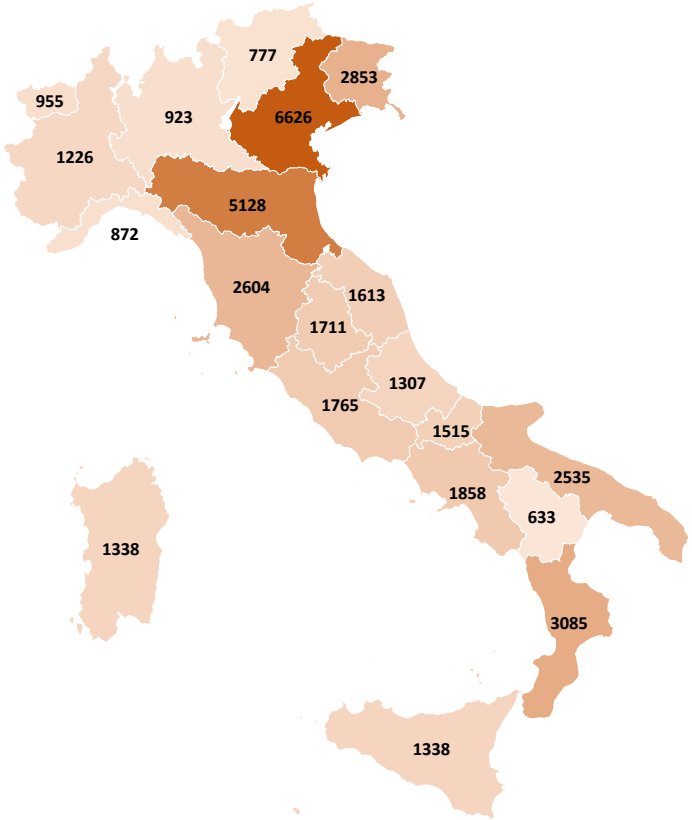
Il valore più alto dell'indicatore si registra in Veneto, dove ciascun punto di somministrazione ha effettuato circa 26024 vaccini. Valori alti dell'indicatore si riscontrano anche in Emilia Romagna (15769), Toscana (10567), Friuli Venezia Giulia (10583) e Puglia (10131).

Al contrario il suddetto indicatore rivela un basso rapporto tra vaccini inoculati e punti di somministrazione in Basilicata (3378) ed in Valle D'Aosta (3039).

Fonte dei dati: Dashboard vaccini Ministero della Salute

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.24.1. Numero medio di vaccinazioni per punto di somministrazione dal 26 gennaio al 2 febbraio 2021



Commento

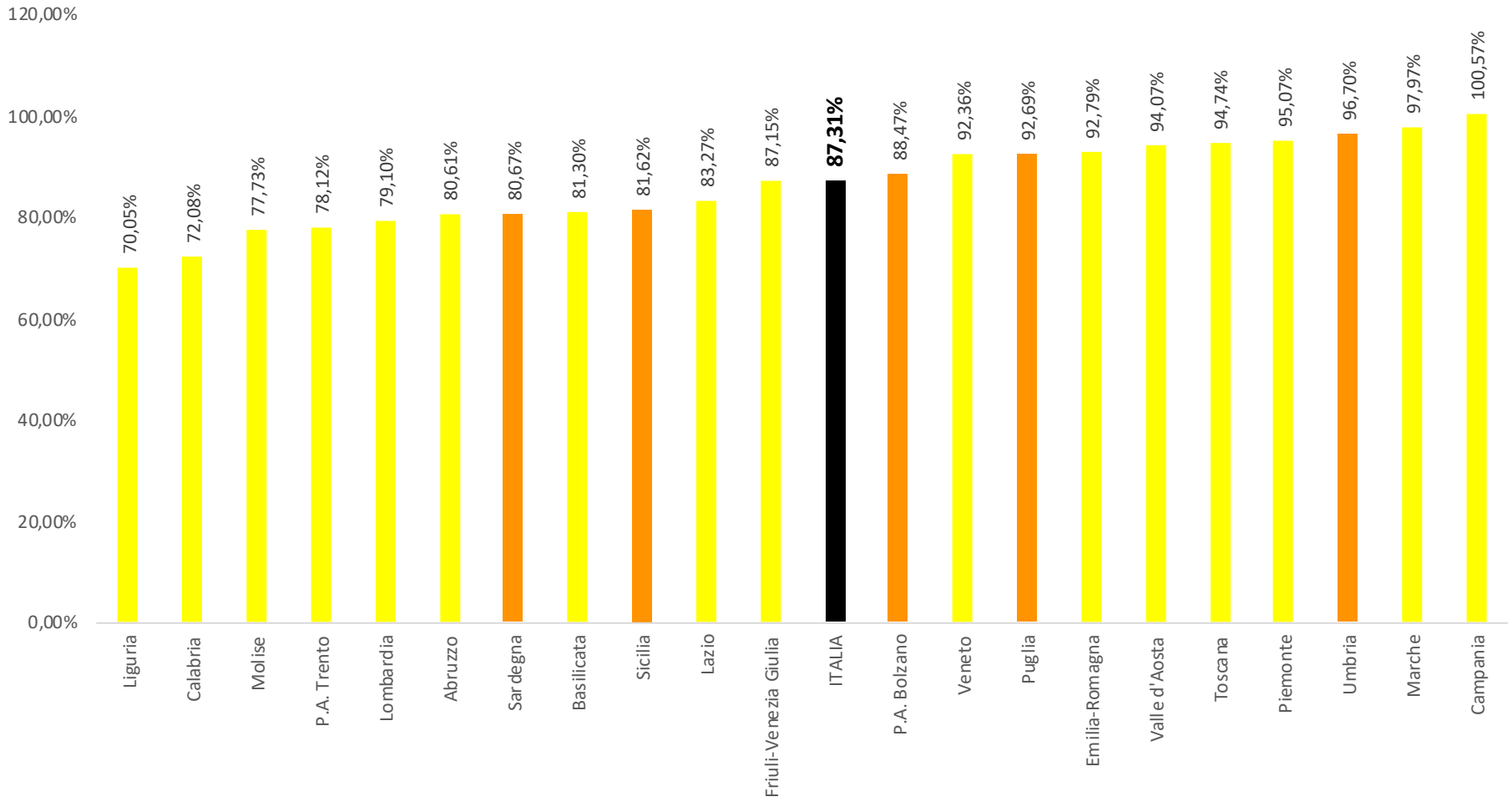
Il cartogramma evidenzia il numero medio di vaccinazioni per punto di somministrazione nella settimana **dal 26 gennaio al 2 febbraio 2021.**

Negli ultimi 7 giorni, le regioni che hanno effettuato il maggior numero di inoculazioni per punto di somministrazione sono state: il Veneto (6626), l'Emilia Romagna (5128) e la Calabria (3085).

Al contrario, il Trentino Alto Adige (777), la Basilicata (633) e la Liguria (872) sono le regioni che, per punto di somministrazione, hanno registrano il numero più basso di somministrazioni.

Fonte dei dati: Dashboard vaccini Ministero della Salute

Indicatore 3.25. Percentuale di dosi distribuite (somministrate/consegnate)*

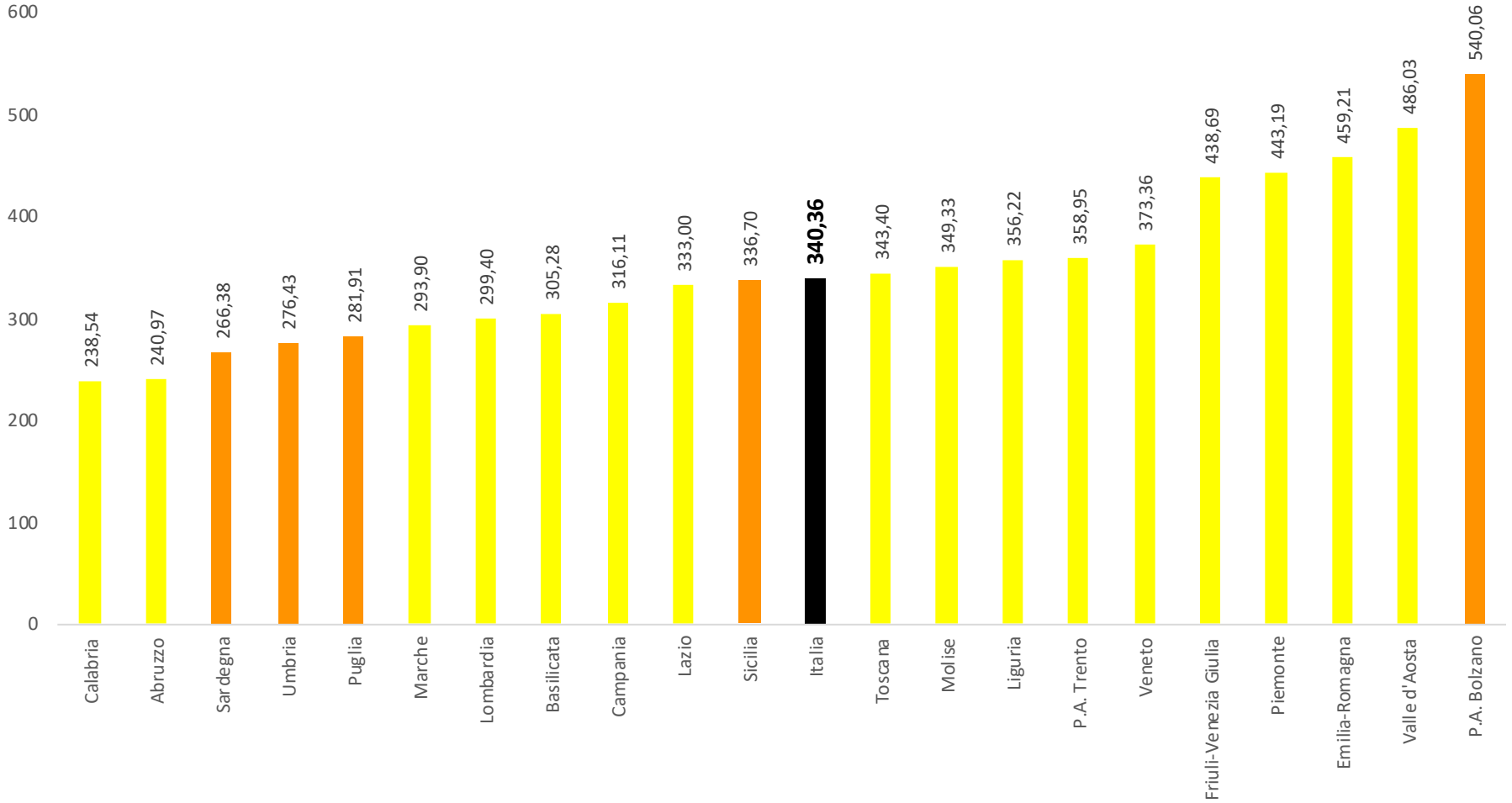


Commento

L'indicatore mostra la percentuale di dosi di vaccino somministrate rispetto alle dosi consegnate. Dal grafico si evince che la Campania (il valore è superiore al 100%, verosimilmente dovuto all'aver usato più di 5 dosi per fiala), le Marche e l'Umbria sono le regioni con la percentuale di dosi somministrate più alta, mentre la Liguria, la Calabria ed il Molise registrano i valori più bassi. In Italia l'88,47% delle dosi vaccinali consegnate sono state somministrate.

(*) ultima rilevazione dati 2 febbraio 2021

Indicatore 3.26. Dosi somministrate/popolazione residente (per 10.000 abitanti)*



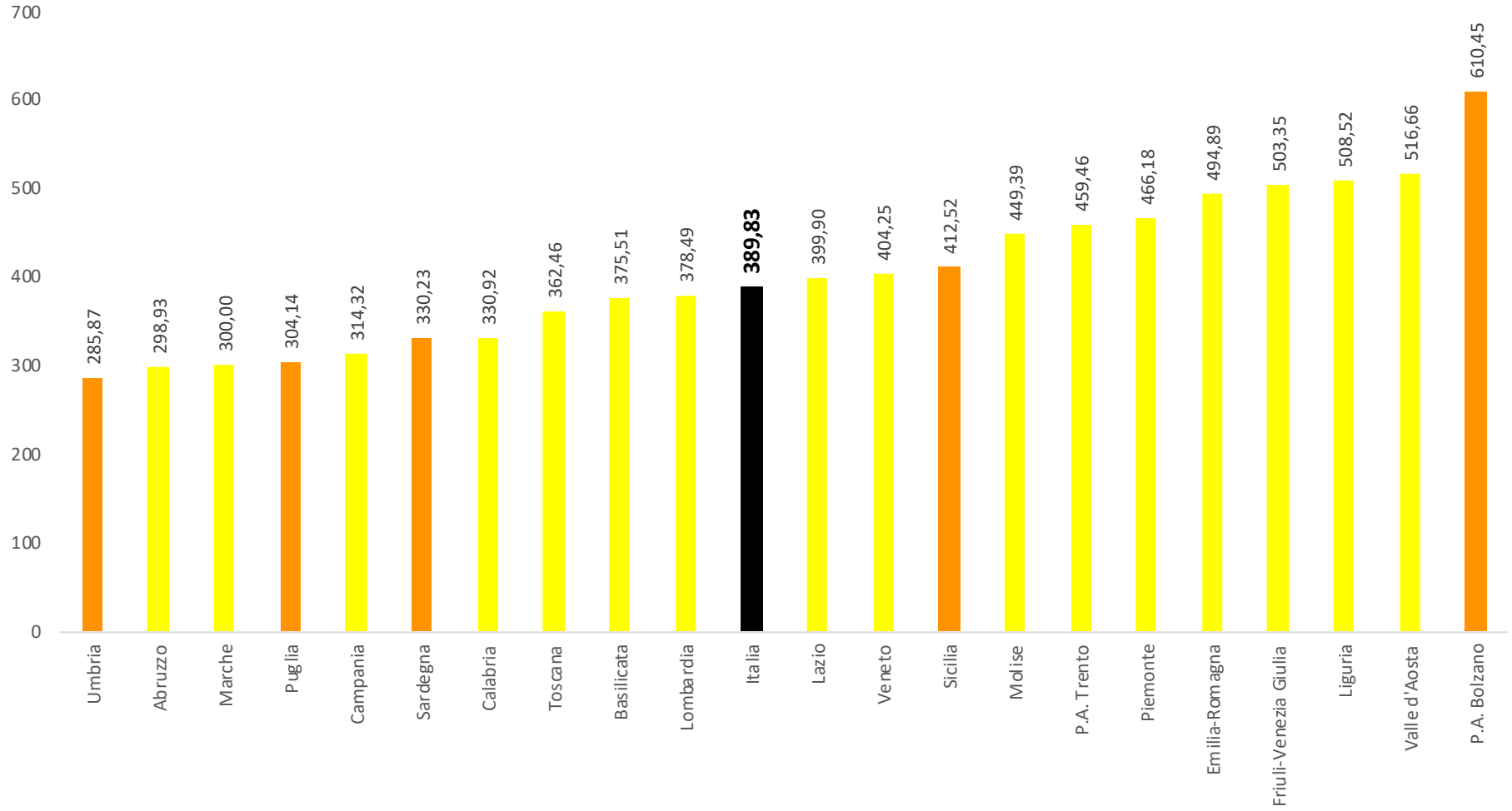
Commento

L'indicatore mostra le dosi di vaccino somministrate rispetto alla popolazione residente in ogni regione italiana (per 10.000 abitanti). Dal grafico risulta che la P.A di Bolzano, l'Emilia Romagna e la Valle d'Aosta sono le regioni in cui si sono somministrati più vaccini rispetto alla popolazione residente. La Calabria, la Sardegna e l'Abruzzo attualmente sono le regioni in cui si sono somministrate meno dosi.

(*) ultima rilevazione dati 2 febbraio 2021

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.27. Dosi consegnate/popolazione residente (per 10.000 abitanti)*



Commento

L'indicatore mostra il valore complessivo di dosi di vaccino consegnate rispetto alla popolazione residente in ogni regione italiana (per 10.000 abitanti). Dal grafico risulta che la P.A di Bolzano, la Valle d'Aosta, e la Liguria sono le regioni in cui l'indicatore è aumentato maggiormente. L'Umbria, l'Abruzzo e le Marche sono le regioni caratterizzate dall'incremento più modesto.

(*) ultima rilevazione dati 2 febbraio 2021

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.28. Dosi somministrate/popolazione residente (per 1.000 abitanti)* - Incremento 26 Gennaio – 2 febbraio 2021

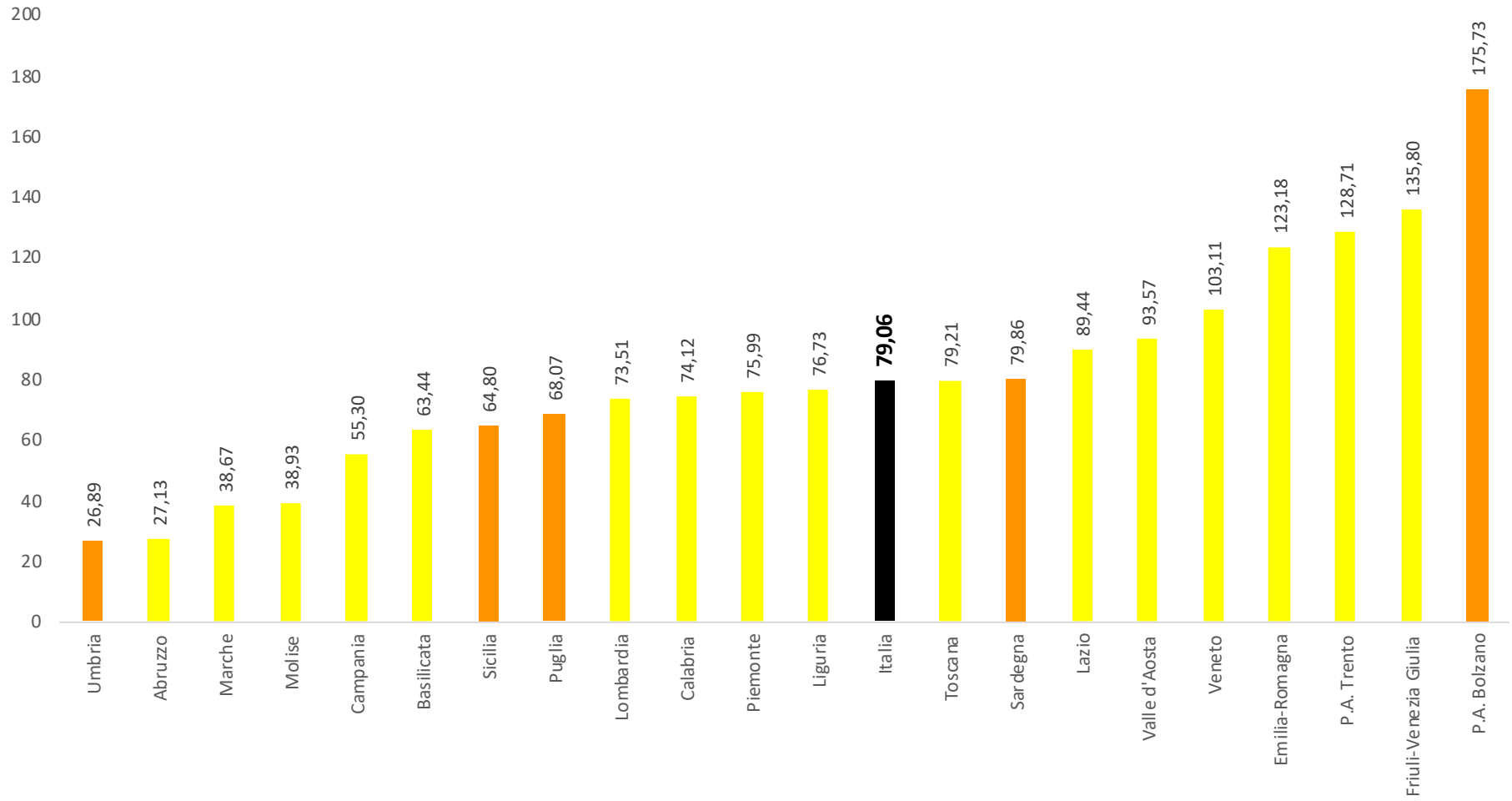
Commento

L'indicatore mostra l'incremento nelle dosi di vaccino somministrate rispetto alla popolazione residente in ogni regione italiana (per 10.000 abitanti). Dal grafico risulta che l'incremento maggiore rispetto alla settimana precedente si è avuto in Valle d'Aosta, in Emilia Romagna e nel Friuli Venezia Giulia. La Basilicata, la Lombardia e il Lazio sono le regioni in cui si è assistito all'incremento più modesto.

(*) ultima rilevazione dati 2 febbraio 2021

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.29. Dosi consegnate/popolazione residente (per 10.000 abitanti)* 26 Gennaio – 2 febbraio 2021



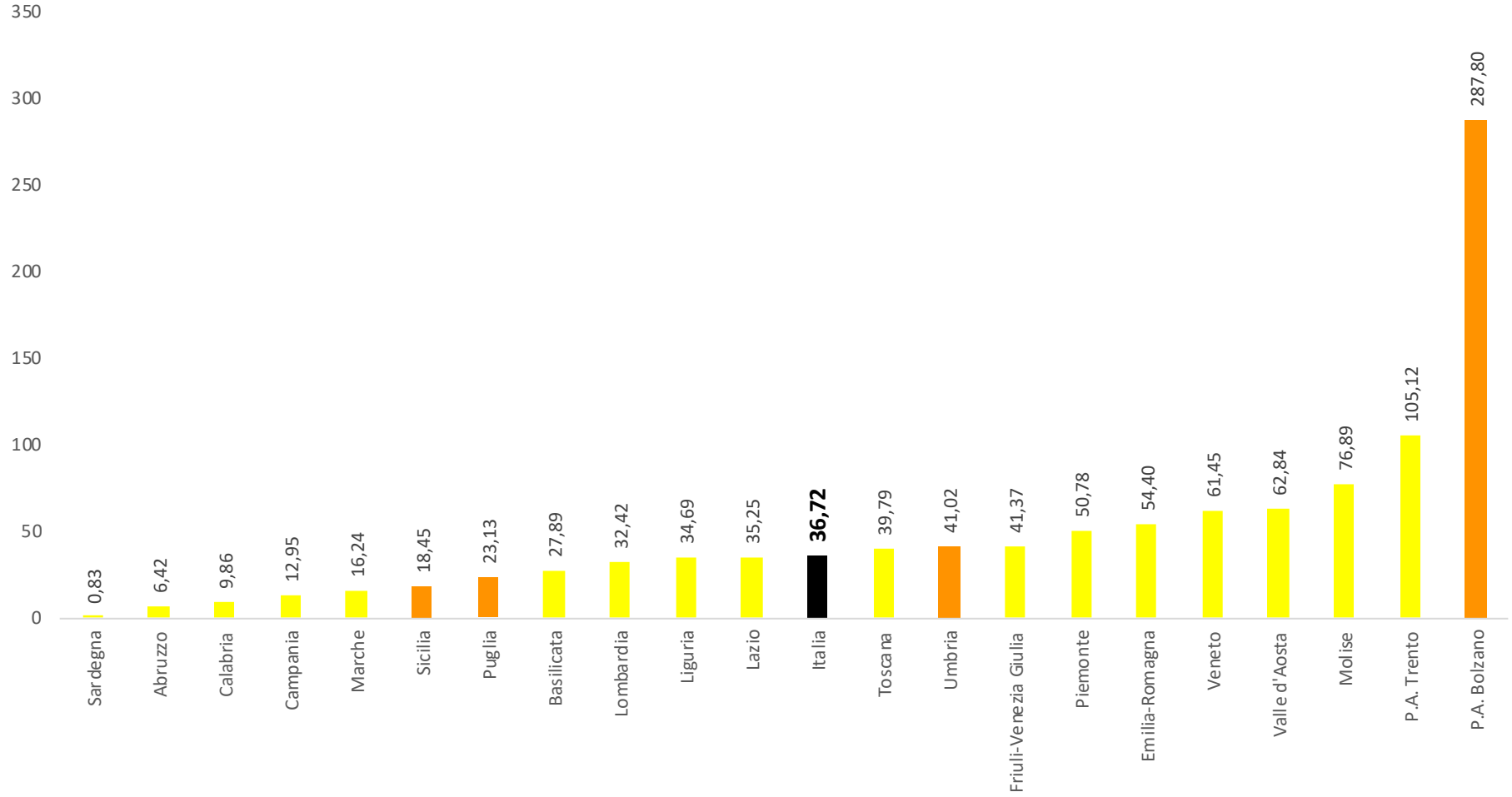
Commento

L'indicatore mostra le dosi di vaccino consegnate rispetto nella settimana precedente nella popolazione residente in ogni regione italiana (per 10.000 abitanti). Dal grafico risulta che la P.A. di Bolzano, il Friuli Venezia Giulia e la P.A. di Trento sono le regioni a cui sono state consegnate più dosi rispetto alla popolazione residente. L'Umbria, l'Abruzzo e le Marche attualmente sono le regioni in cui sono state consegnate meno dosi.

(*) ultima rilevazione dati 2 febbraio 2021

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.30. Dosi somministrate/popolazione residente > 80 anni (per 1.000 abitanti)* - 2 febbraio 2021



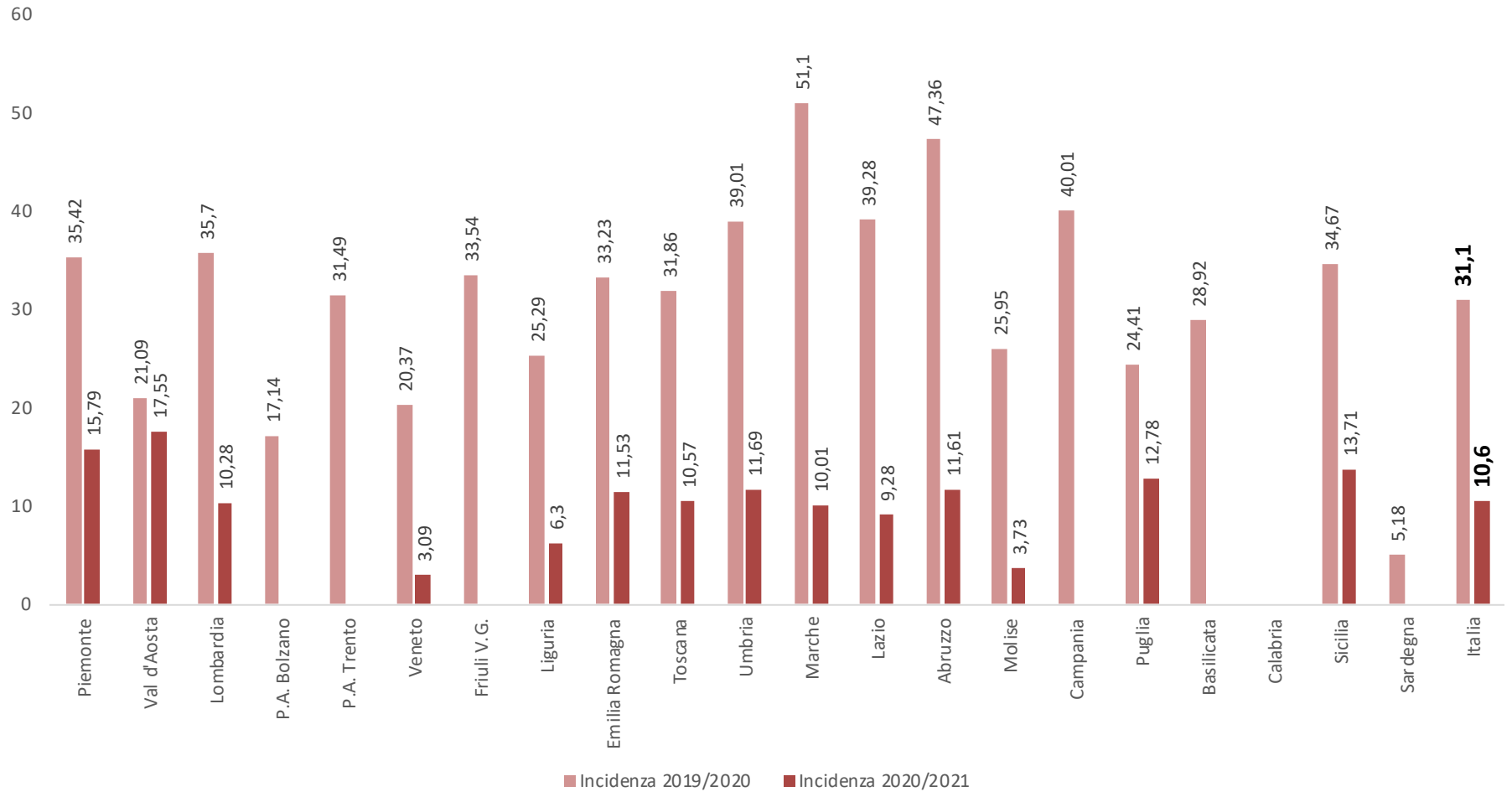
Commento

L'indicatore mostra le dosi di vaccino somministrate rispetto alla popolazione residente con età maggiore di 80 anni in ogni regione italiana (per 10.000 abitanti). Dal grafico risulta che la P.A. di Bolzano, la P.A di Trento ed il Molise sono le regioni in cui si sono somministrati più vaccini rispetto alla popolazione residente. La Sardegna, la Calabria e l'Abruzzo attualmente sono le regioni in cui si sono somministrate meno dosi.

(*) ultima rilevazione dati 2 febbraio 2021

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.31. Casi di influenza x 1.000 assistiti, 2019/2020 vs 2020/2021



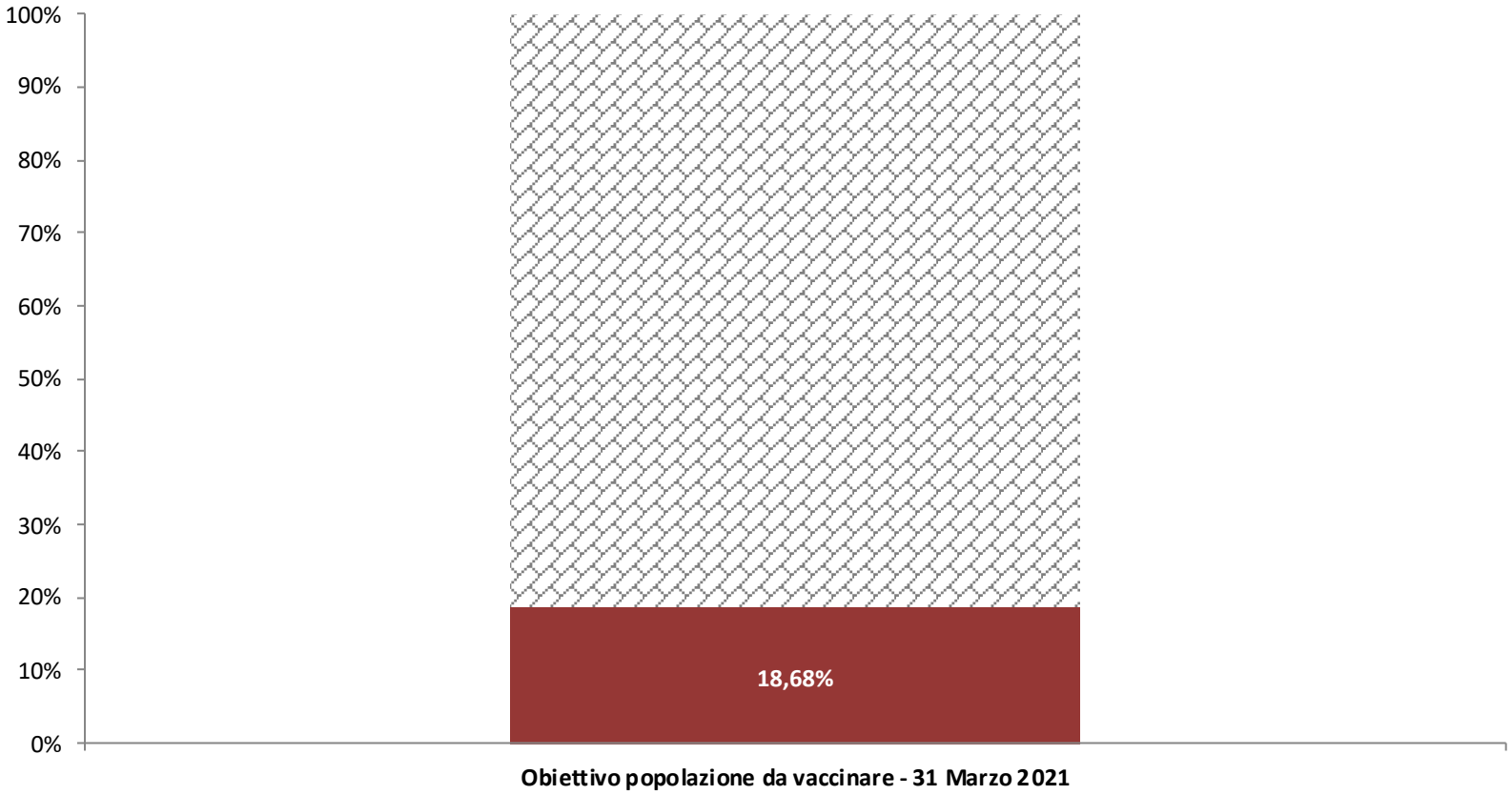
Commento

L'indicatore mostra l'andamento dei casi di influenza x 1.000 assistiti comparando l'andamento tra la stagione influenzale 2020/2021 rispetto alla stagione 2019/2020. L'indicatore mostra un numero di casi di influenza nella stagione in corso nettamente più basso rispetto al periodo 2019/2020 in tutte le regioni italiane. Si fa riferimento ad un periodo di 7 settimane, dalla 49 settimana del 2020 alla 3 settimana del 2021.(Fonte: ISS)

(*) ultima rilevazione dati 19 gennaio 2021

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Indicatore 3.32. Stato dell'arte vaccinazioni al 5 febbraio 2021 in riferimento all'obiettivo del 31 Marzo 2021 dell'UE



Commento

Il grafico rappresenta l'andamento delle vaccinazioni covid-19 e stima il numero di persone vaccinate (*a cui sono state somministrate la prima e la seconda dose di vaccino*) alla data del 31 Marzo 2021, data in cui l'UE chiede ai Paesi membri di raggiungere l'obiettivo dell'80% di persone vaccinate (operatori sanitari e sociosanitari, e persone >80 anni). Ad oggi sono state vaccinate il 18,68% dell'obiettivo di 5,1 milioni da raggiungere al 31 Marzo 2021.

(*) Report aggiornato ai dati del: 05-02-2021 08:30; (**) Nella fase iniziale di disponibilità limitata di vaccini contro COVID-19, tenendo conto delle raccomandazioni internazionali ed europee, sono state definite le seguenti categorie da vaccinare in via prioritaria: Operatori sanitari e sociosanitari; Residenti e personale dei presidi residenziali per anziani; Persone di età; avanzata (oltre gli 80 anni). Le priorità potrebbero cambiare sostanzialmente se i primi vaccini disponibili non fossero considerati efficaci per gli anziani. Tali categorie corrispondono a una stima pari a circa 6,4 milioni di persone.; (***) 5.120.000 è l'80% di 6,4 milioni corrispondente alla stima del target effettuato dal Governo, come indicato da UE; (****) nei 6,4 milioni non è considerato il personale non sanitario.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Analisi a livello aziendale

(Voci dal campo e buone pratiche)

Voci dal campo: *overview delle pratiche aziendali*

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), AUSL Modena (IR#35)

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), AO Alessandria (IR#27), ASST di Lecco (IR#28), ASST Papa Giovanni XXIII (IR#30), Poliambulanza (IR#35)

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

AUSL di Modena (*IR#35*)
Attivazione e organizzazione delle USCA nell'Area Centro

Gruppo 2 - Overview delle pratiche di riorganizzazione intra-organizzativa

AO Alessandria (*IR#27*)
Processi di integrazione nella presa in carico dei pz /soggetti COVID

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

ASST Lecco (*IR#128*) - Separazione dei flussi e riprogrammazione dei flussi per la gestione dell'emergenza COVID

ASST Para Giovanni XXII (*IR#30*) - Telemedicina per seguire i pazienti COVID e per assicurare la continuità di cura ai pazienti non-COVID

Poliambulanza (*IR#35*) - L'introduzione del Bed Management per la gestione emergenziale e per l'efficace recupero post-pandemia delle prestazioni arretrate

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

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Gruppo 3 - Overview delle pratiche di innovazione ed apprendimento nelle funzioni di staff

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

Voci dal campo: overview Connessioni e supporti per la comunicazione digitale

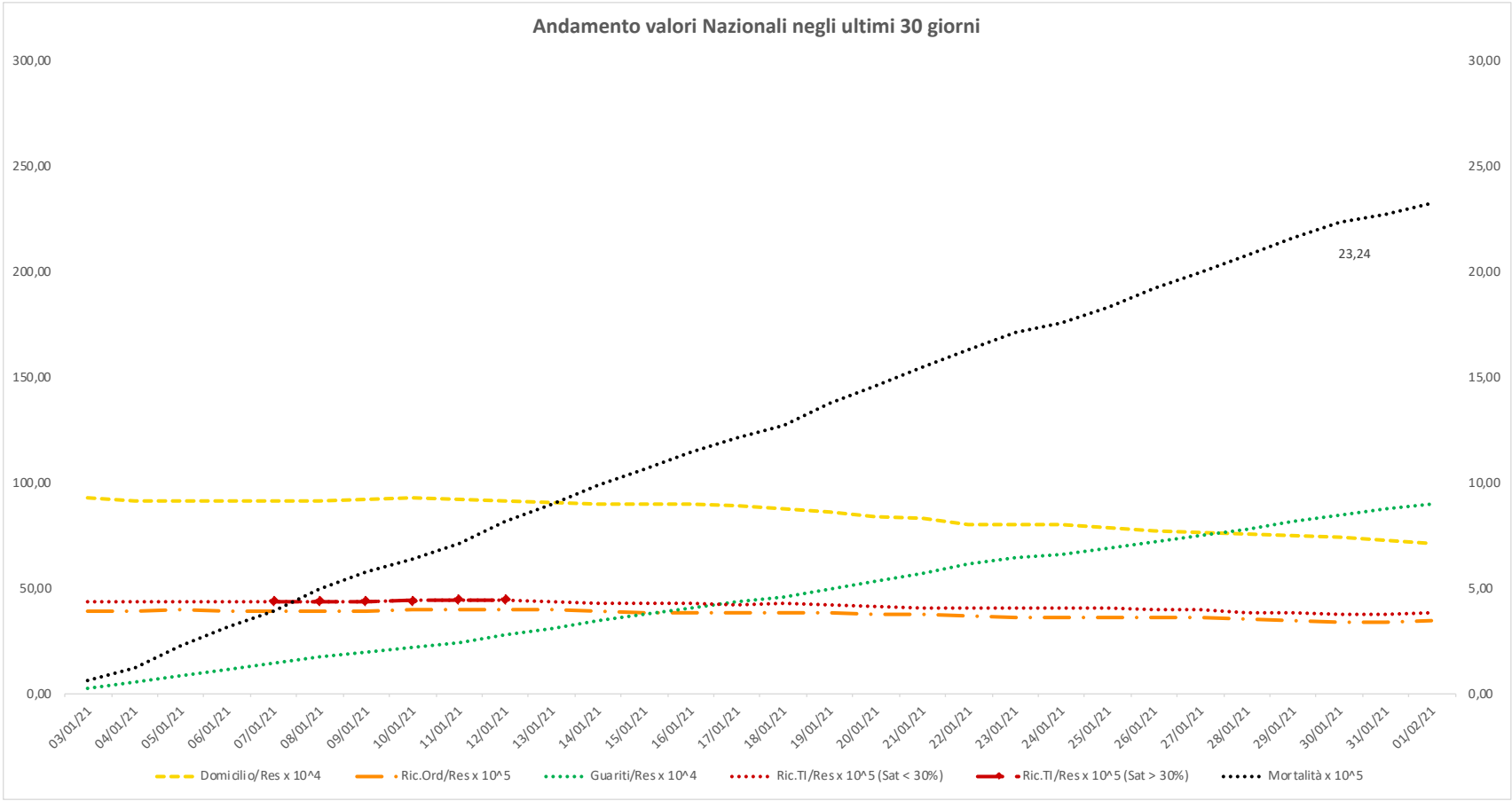
Connessioni e supporti per la comunicazione digitale

- *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)*

Analisi dei profili regionali

Analizzando i dati pubblicati giornalmente dalla Protezione Civile per seguire l'andamento epidemiologico nelle varie Regioni si è deciso di analizzare l'andamento di alcuni valori specifici a livello nazionale e nelle singole regioni. In particolare, si monitora contemporaneamente l'andamento: della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico.

Andamento valori Nazionali negli ultimi 30 giorni

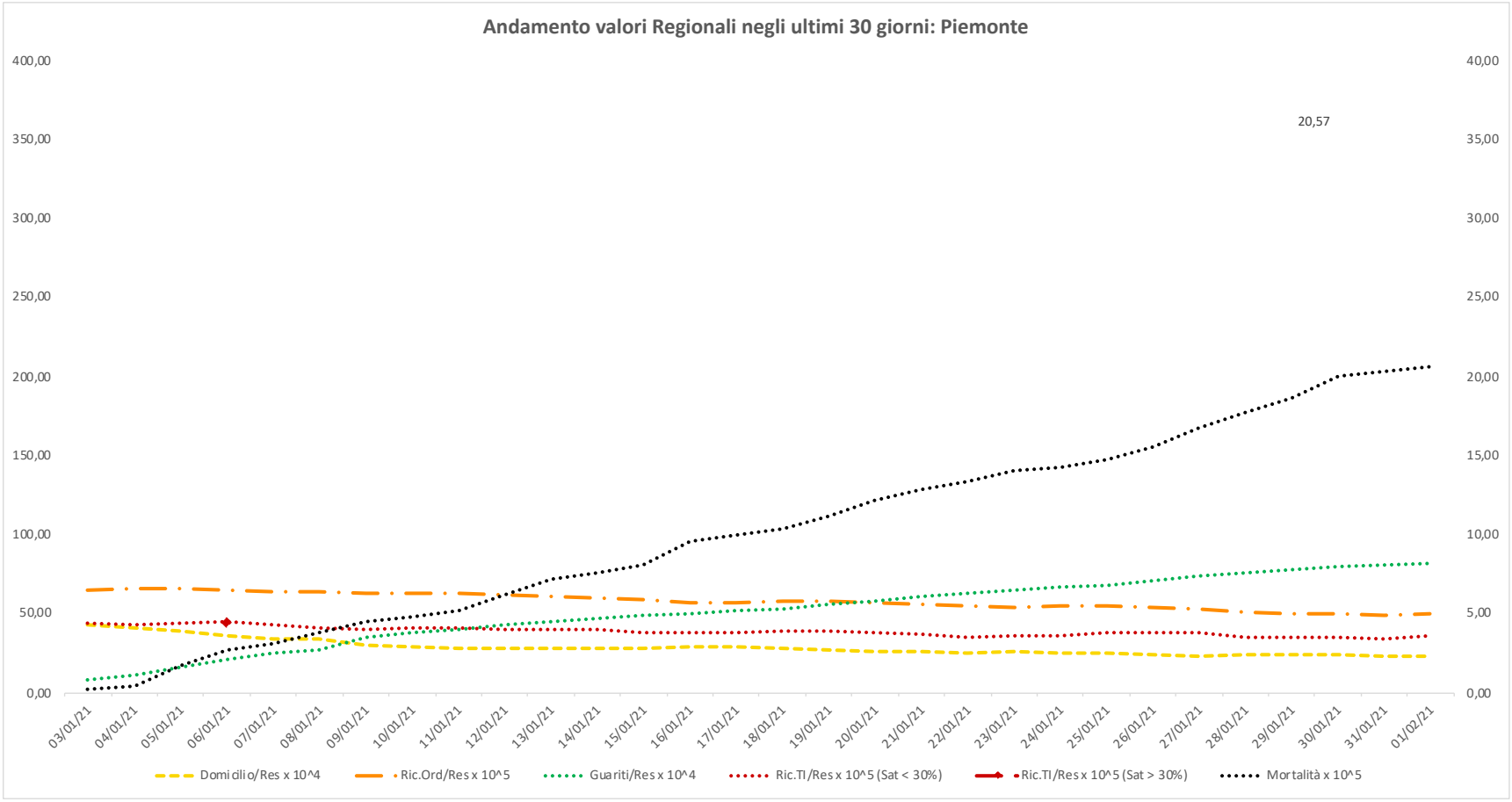


Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. A livello nazionale si osserva un rallentamento della crescita dei casi isolati a domicilio ed ospedalizzati, mentre il numero di deceduti e guariti continua a salire. La curva dei ricoverati in terapia intensiva (rosso scuro) mostra due formati differenti, a seconda se sia stata o meno superata la soglia di allerta indicata dal Ministero della Salute (30% di occupazione dei PL): in Italia il 30% di saturazione delle Terapie Intensive è stato superato l'8 novembre.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

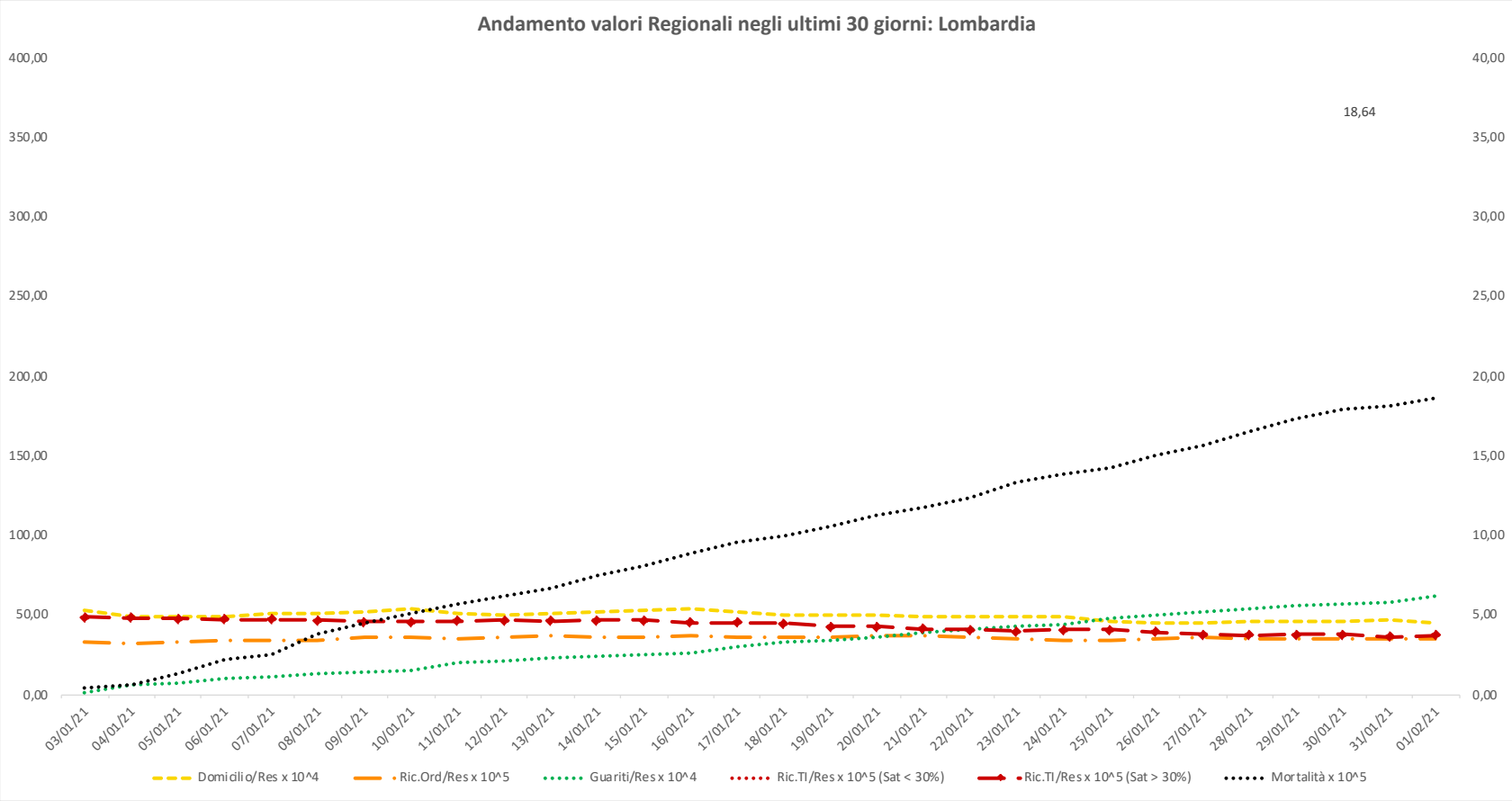
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Piemonte



Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Piemonte continua ad osservarsi un rapporto tra ricoveri ordinari e ricoveri intensivi maggiore rispetto al livello nazionale. Nel periodo considerato, si registra una diminuzione dei valori dei ricoverati, sia per quanto riguarda i valori dei ricoveri ordinari che per quanto concerne i ricoveri in terapia intensiva, che col nuovo anno sono scesi sotto la soglia di allerta del 30% (fatta eccezione per il valore del 6 gennaio). Nell'ultima settimana considerata, rimangono stabili i valori degli isolati a domicilio, che si accompagna ad un continuo e speculare aumento del numero dei guariti in tutto il periodo considerato. Costante crescita nel numero dei deceduti.

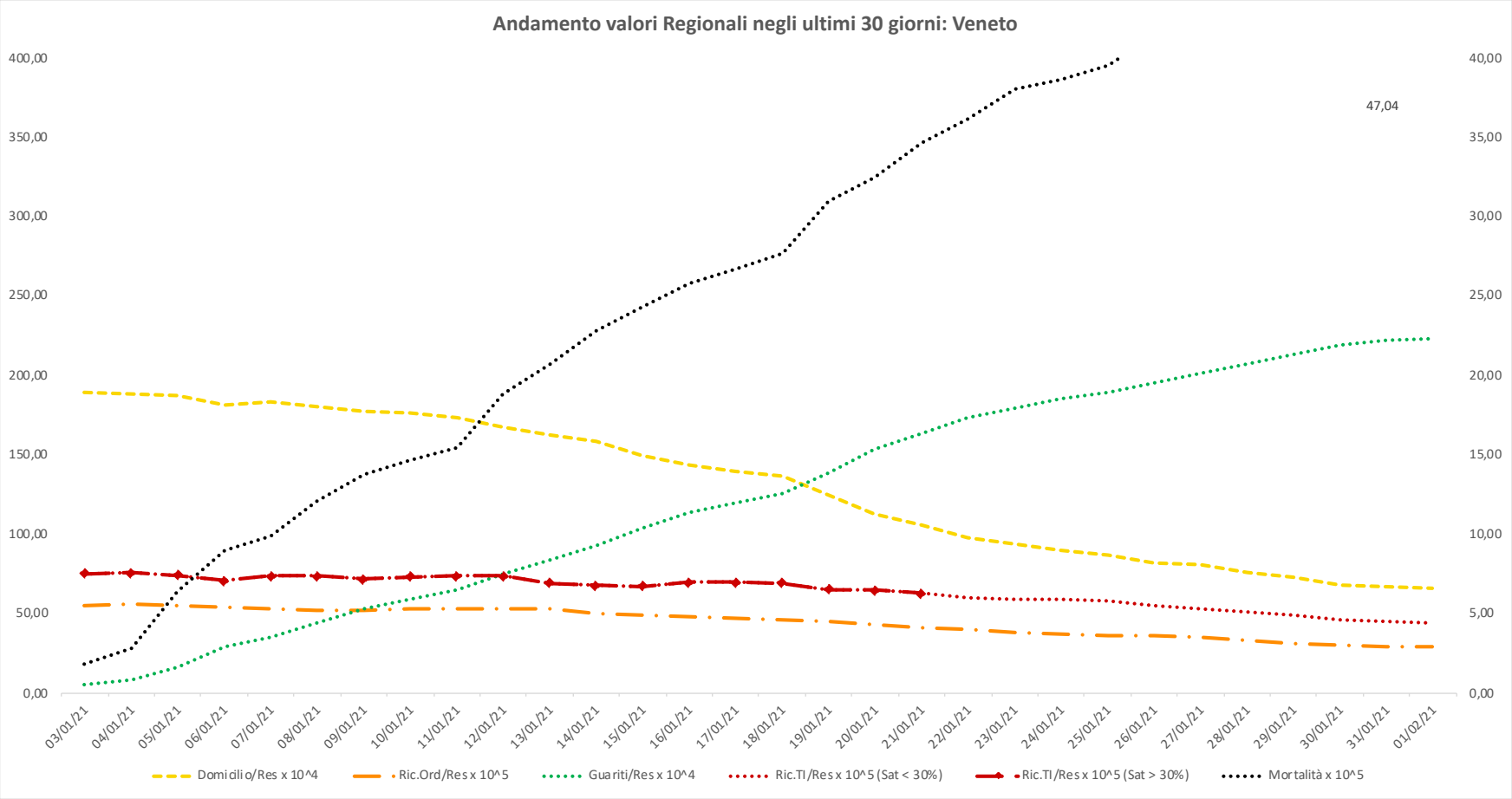
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Lombardia



Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Lombardia il numero di isolati a domicilio si attesta su un valore pressoché costante nell'ultima settimana, leggermente inferiore rispetto al valore della settimana precedente. Continua ad aumentare il numero di guariti, mentre si registra una leggera diminuzione del numero di ricoveri ordinari e in terapia intensiva, con quest'ultimo valore che rimane tuttavia al di sopra della soglia di allerta del 30% di saturazione dei posti letto. Il numero di ricoveri, sia ordinari che intensivi è allineato alla media italiana. Costante crescita nel numero di deceduti.

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Veneto

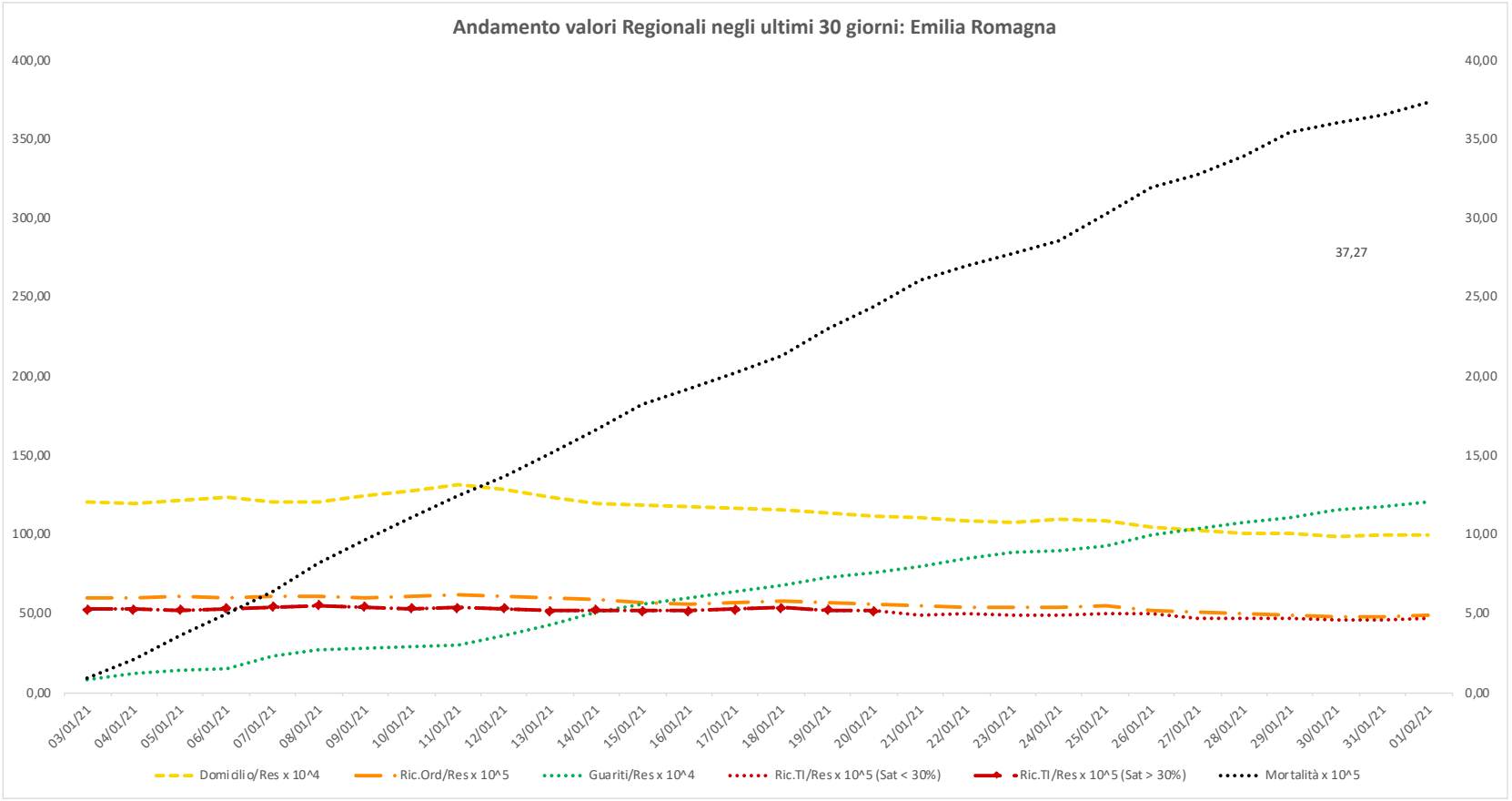


Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Veneto si continua ad osservare una diminuzione costante nel numero di isolati a domicilio, dopo l'aumento che si era verificato nei primi cinque giorni di gennaio. Si confermano in flessione il numero di ricoveri ordinari e quello di ricoveri intensivi, con quest'ultimo valore che si mantiene da ormai dieci giorni stabilmente sotto la soglia di allerta del 30% dei posti letto disponibili. In costante crescita il numero dei guariti e il numero dei deceduti.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Emilia-Romagna

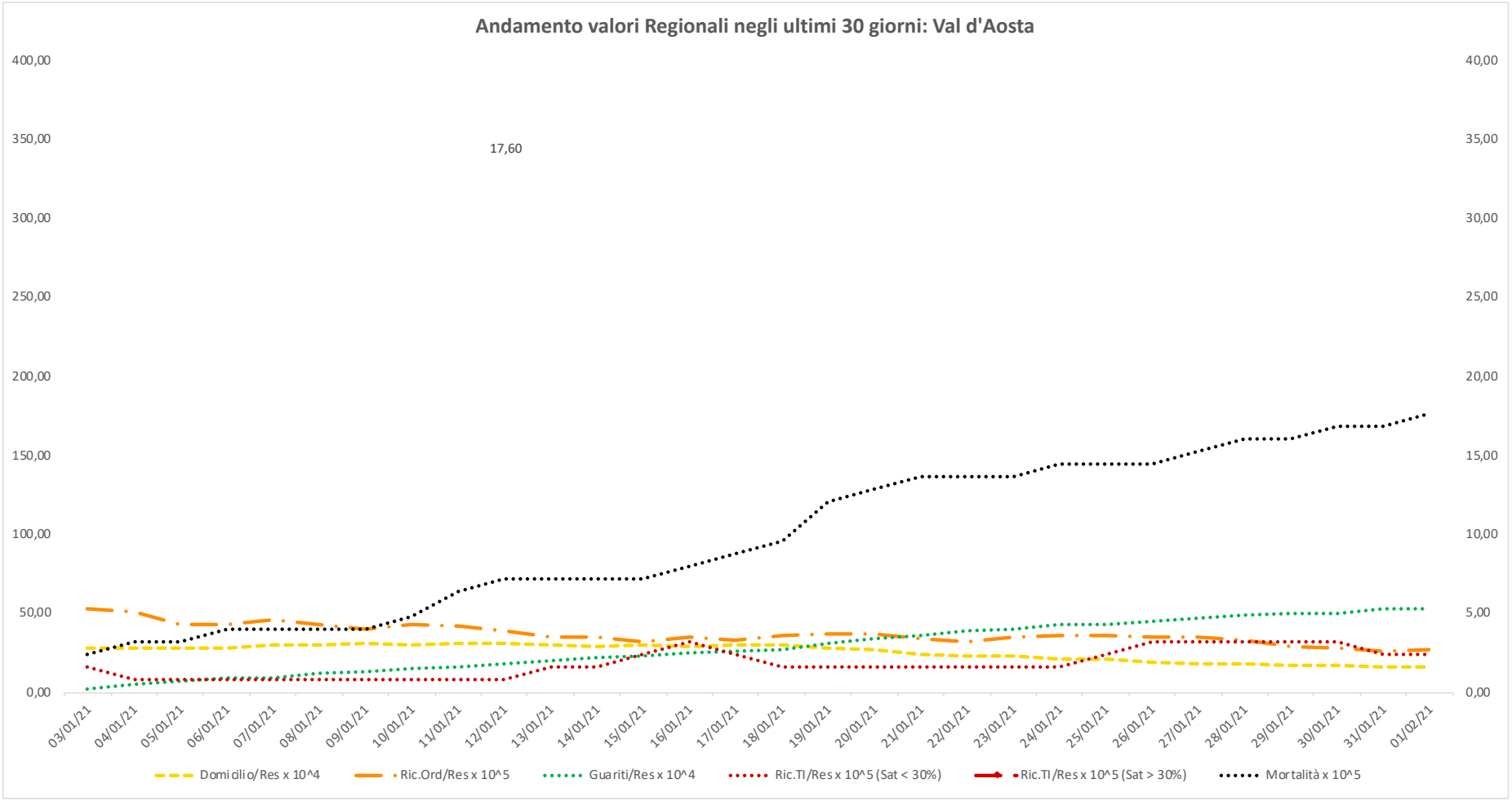


Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Emilia-Romagna nelle ultime tre settimane considerate, si registra un trend in diminuzione per il numero degli isolati a domicilio, in corrispondenza dell'aumento nel numero dei guariti; si osserva un assestamento nei valori dei ricoveri ordinari, con un lieve calo nell'ultima settimana considerata. Dal 21 gennaio, i valori dei ricoverati in Terapia Intensiva, scendono sotto la soglia del 30% di saturazione dei posti letto disponibili. Costante crescita nel numero dei deceduti.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Valle d'Aosta

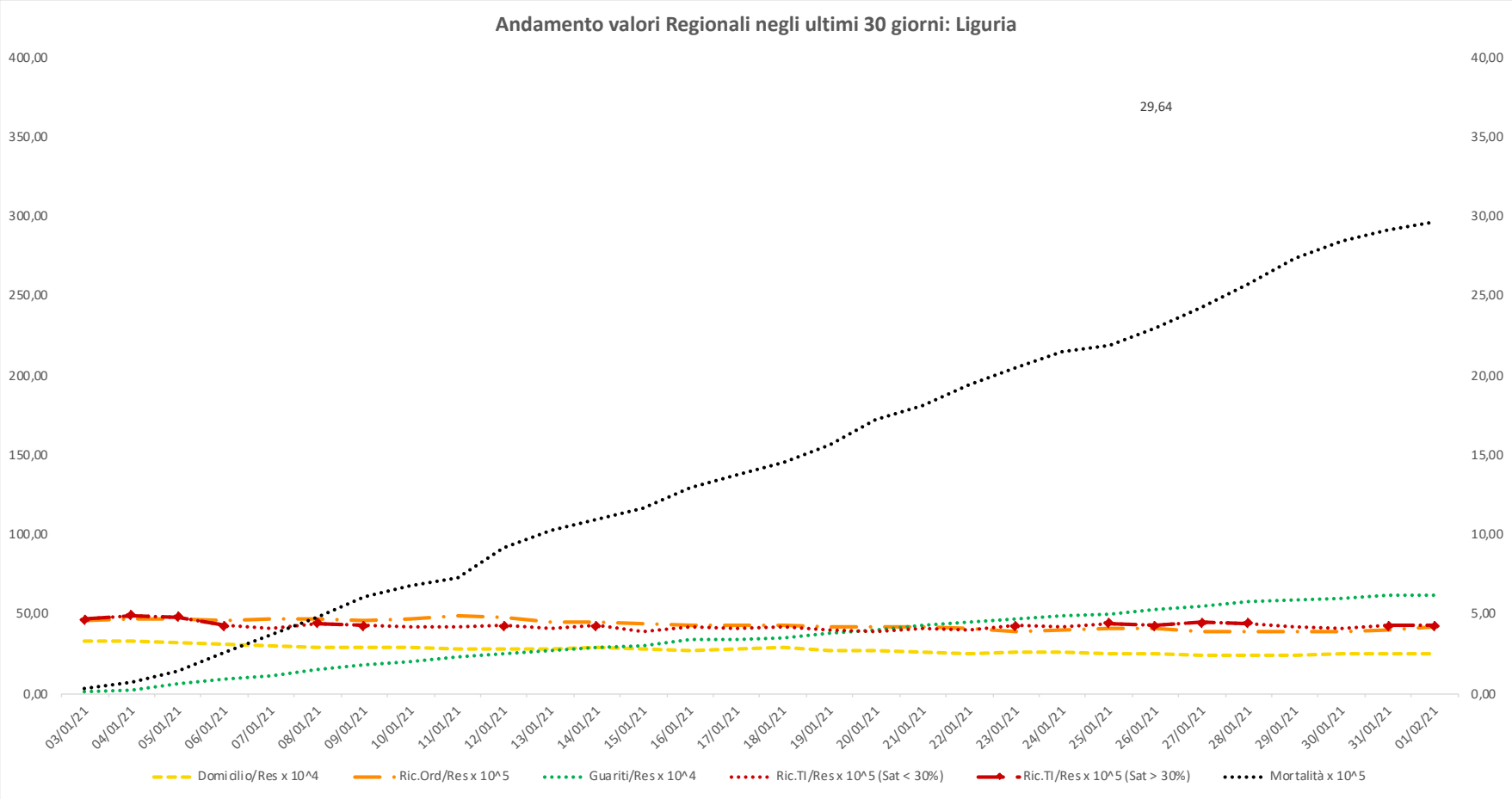


Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella regione Val d'Aosta si riscontra un tasso di ospedalizzazione stabile, con il superamento della emergenza legata alla saturazione dei posti letto in terapia intensiva. Il tasso di isolamento domiciliare è, anch'esso, stabile e decisamente più basso rispetto alla media nazionale. E' in lieve crescita il tasso di guarigione. Tende invece a stabilizzarsi il tasso di mortalità, con valori in linea con la media nazionale.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Liguria

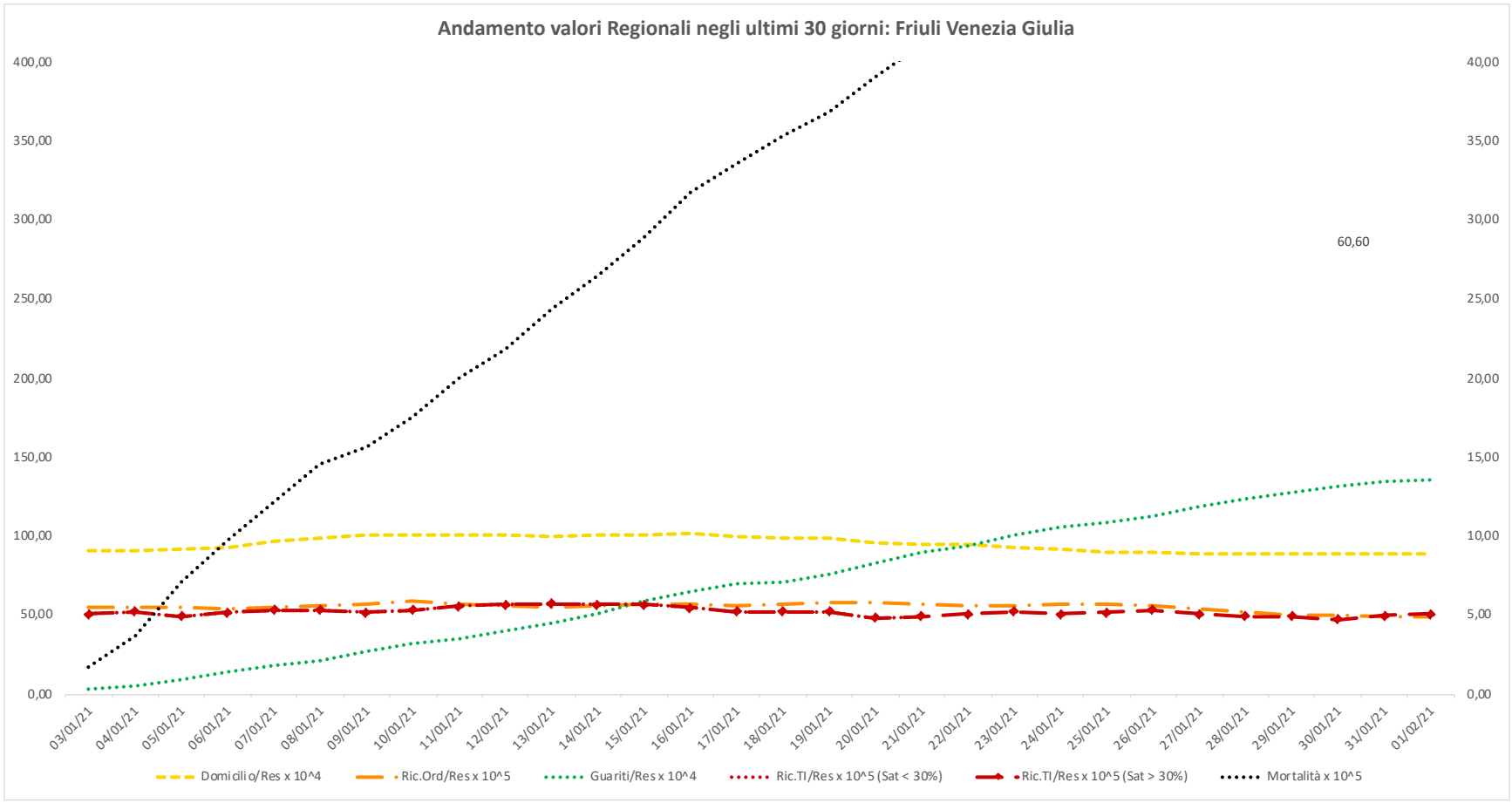


Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Liguria, il tasso di ospedalizzazione è costante ed in linea con i valori medi nazionali. Il tasso di isolamento domiciliare è anch'esso costante, ma decisamente inferiore alla media nazionale. Tende a stabilizzarsi il tasso di guarigione; persiste invece la crescita del tasso di mortalità. Quest'ultimo si attesta su di valori in linea con la media nazionale. La soglia del 30% della saturazione della terapia intensiva è nuovamente superata.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Friuli-Venezia Giulia

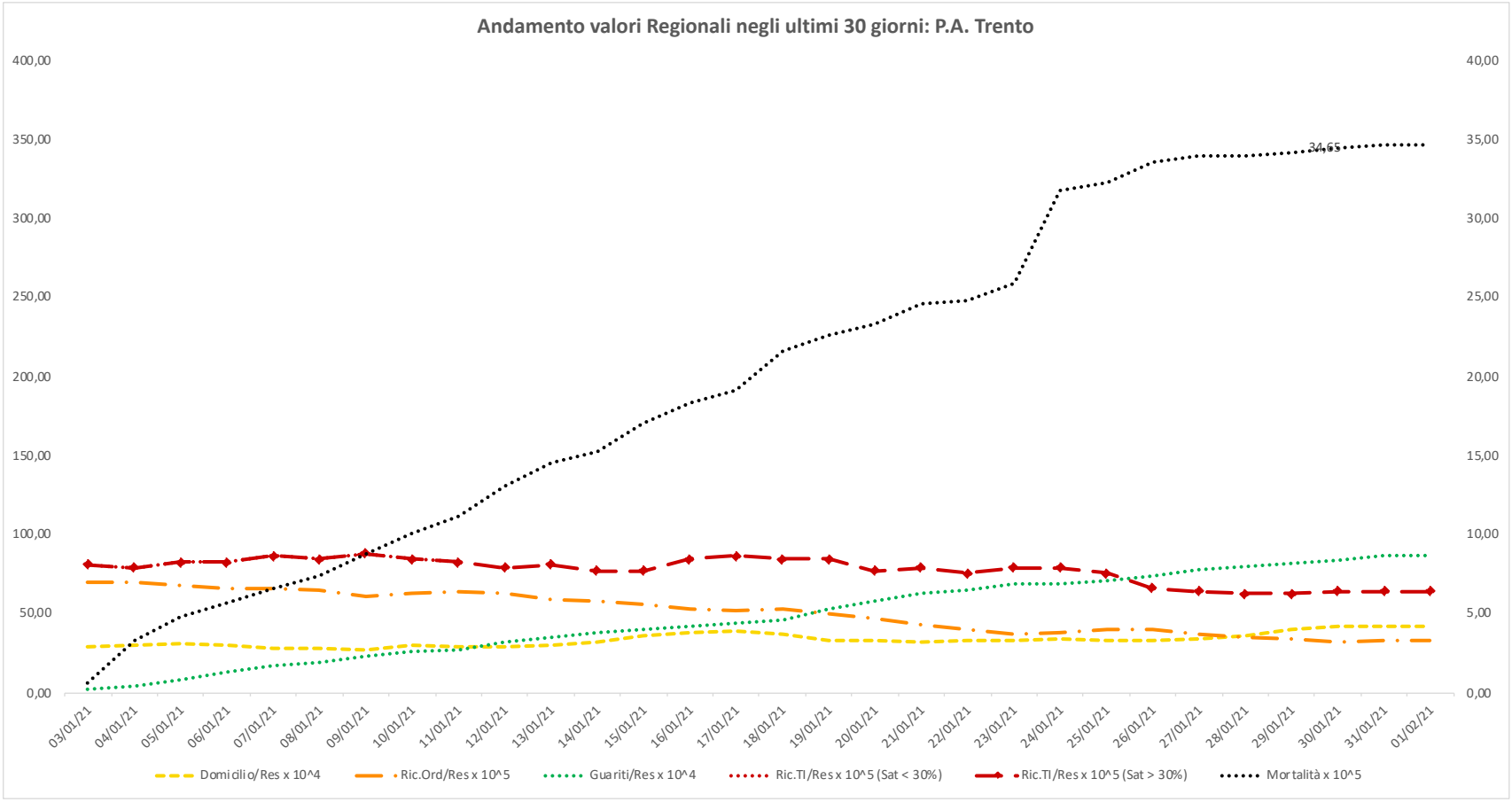


Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella regione si rileva un tasso di ospedalizzazione stabile, sia in riferimento ai reparti intensivi che non. La soglia del 30% della saturazione della terapia intensiva è ormai costantemente superata. Il tasso di isolamento domiciliare è sostanzialmente stabile ed in linea con la media nazionale. Il numero dei guariti è in aumento, superando il valore medio del paese; risulta sostenuta la crescita della mortalità, ben al di sopra della media nazionale.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: PA Trento

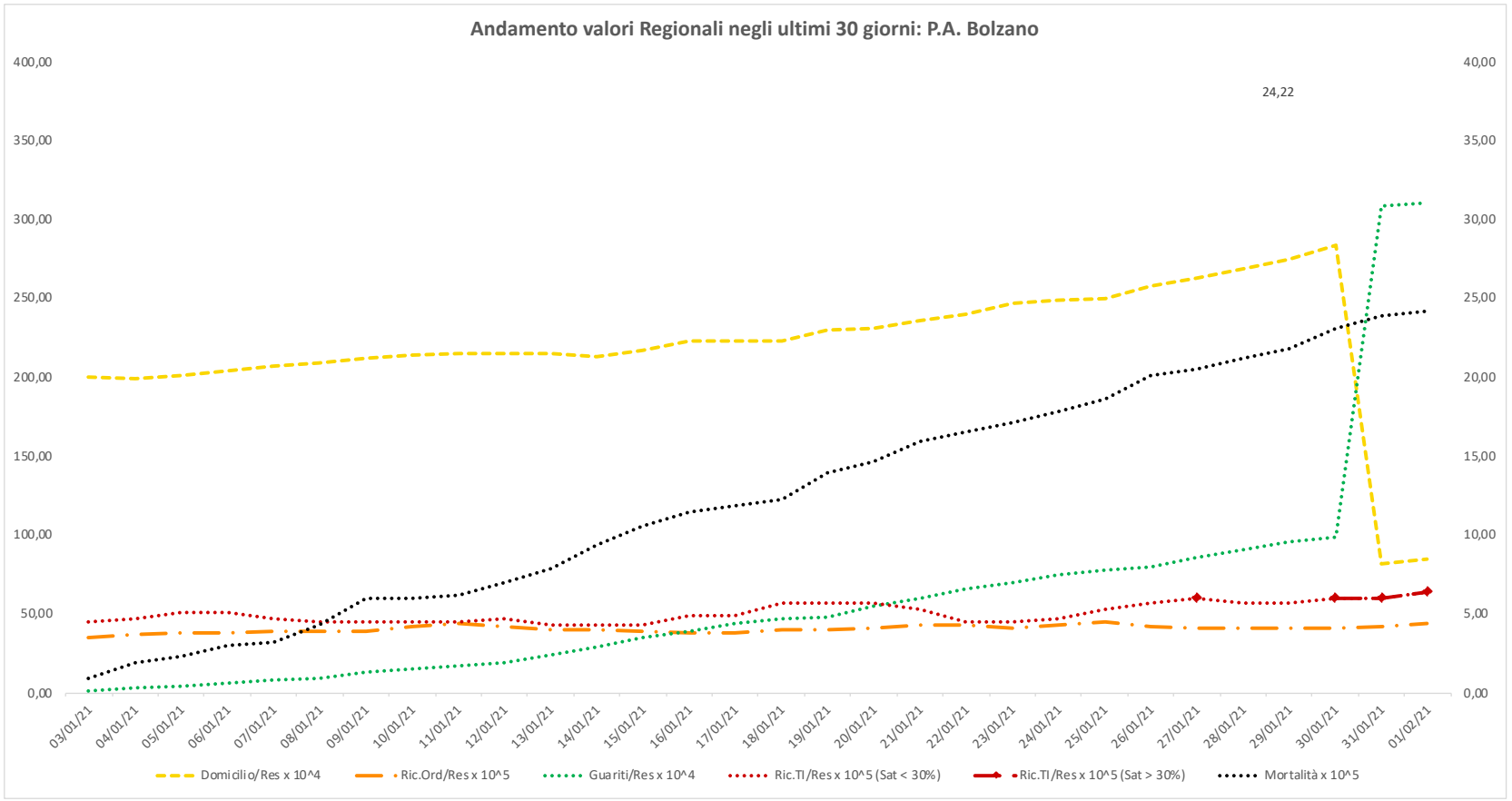


Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella provincia autonoma di Trento si rileva un tasso di ospedalizzazione in terapia intensiva superiore alla media nazionale, che tuttavia è tendenzialmente stabile. Rimane superata la soglia del 30% della saturazione dei posti in TI. Il numero dei guariti è in lieve crescita, e simile all'andamento nazionale. Risulta stabile il tasso di isolamento domiciliare, inferiore alla media nazionale. E' invece molto ripida la curva di crescita della mortalità, con valori di molto superiori alla media del paese.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: PA Bolzano

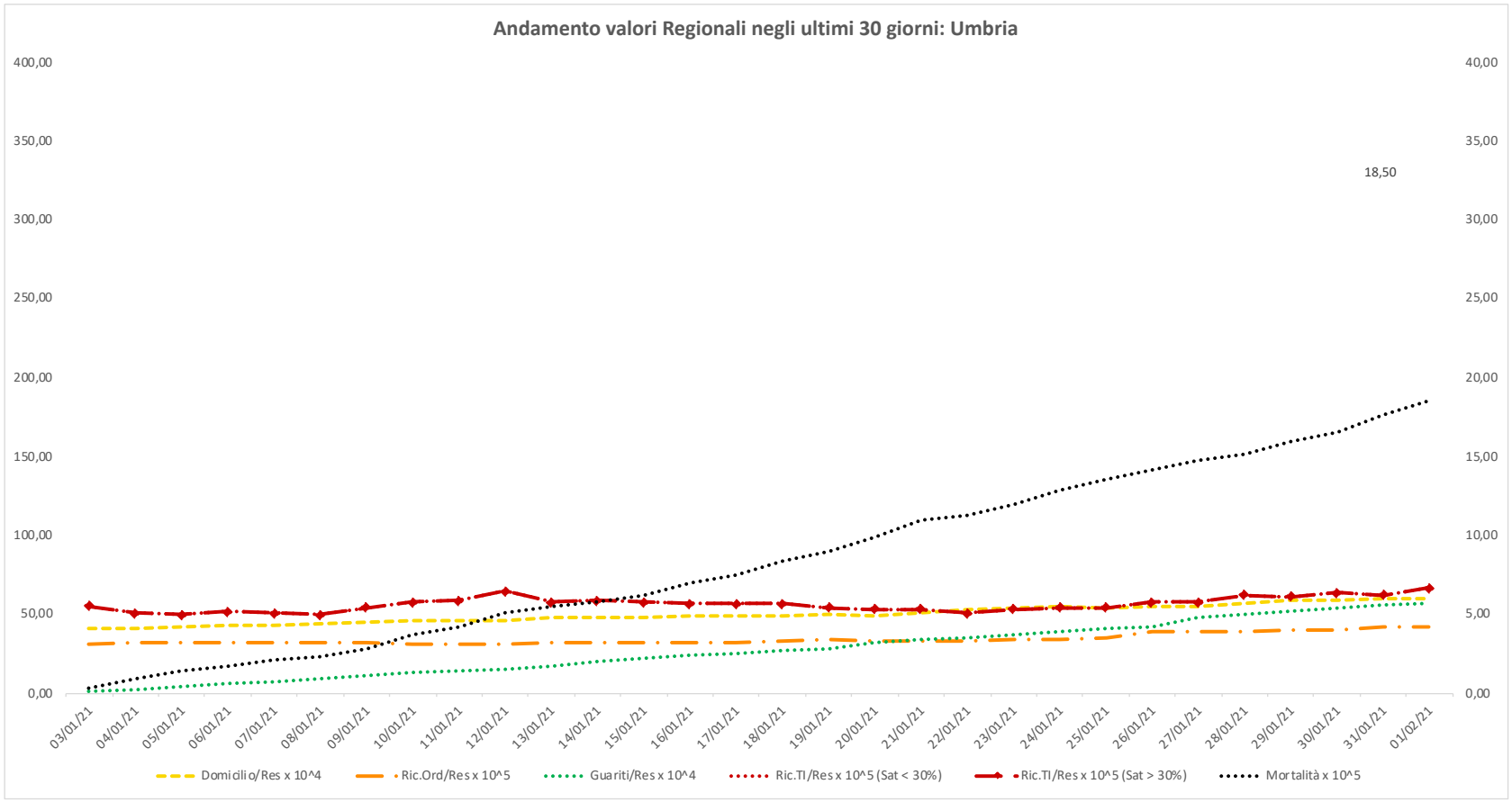


Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella provincia autonoma di Bolzano si rileva una lieve crescita dei ricoveri in terapia intensiva. La soglia del 30% della saturazione della terapia intensiva è nuovamente superata. E' bruscamente calato il tasso di isolamento domiciliare. E' di molto aumentato il tasso di guarigione. E' in lieve ma costante crescita il tasso di mortalità, anche se in linea con i valori medi nazionali.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Umbria

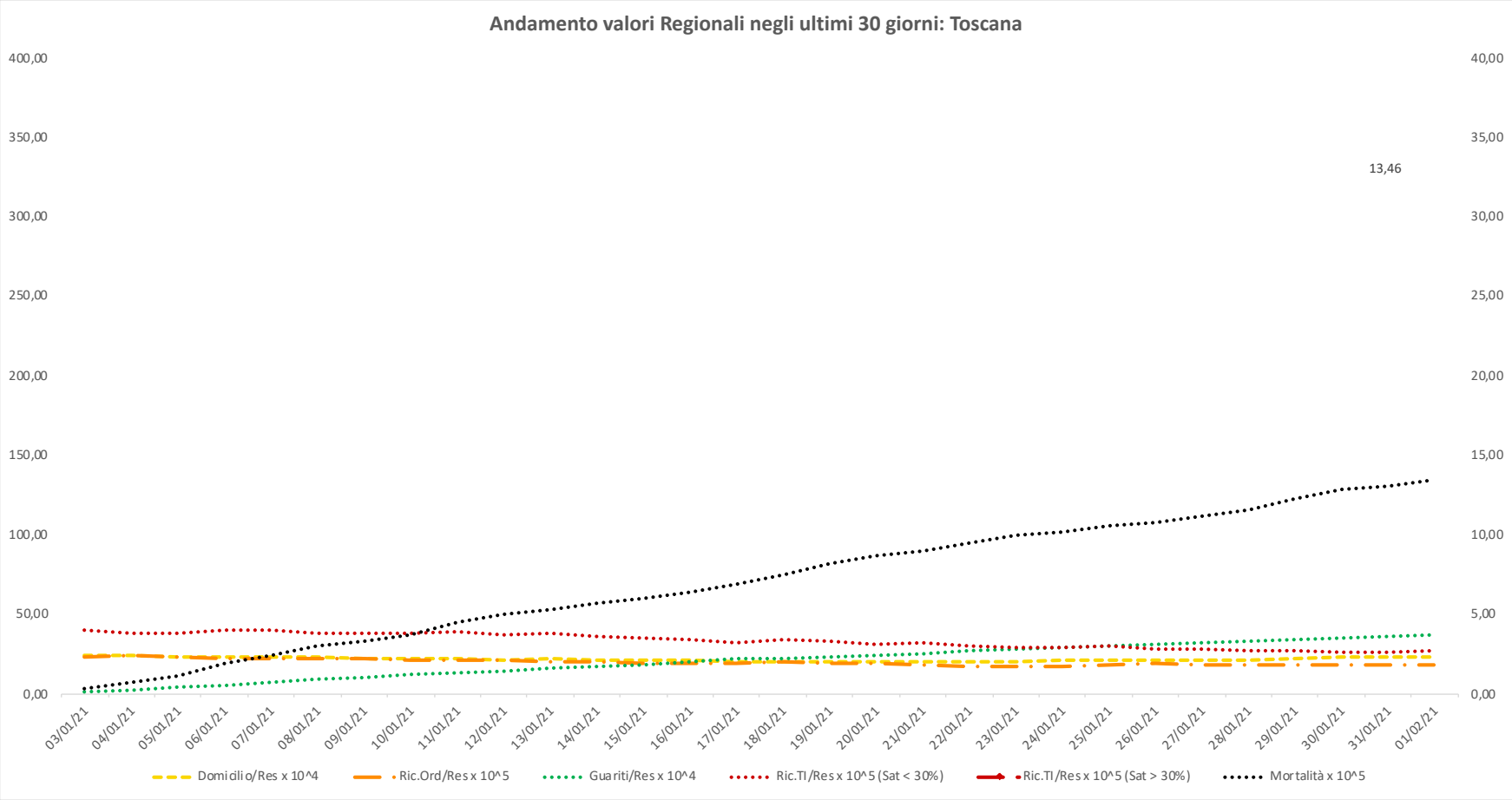


Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Umbria si rileva tasso di ospedalizzazione tendenzialmente stabile, con una costante prevalenza dell'ospedalizzazione in terapia intensiva rispetto a quella ordinaria. La soglia del 30% della saturazione della terapia intensiva è superata ormai da molti giorni. Gli isolamenti a domicilio risultano stabili, così come il tasso di guarigione. Il tasso di mortalità è inferiore rispetto al valore medio nazionale.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Toscana

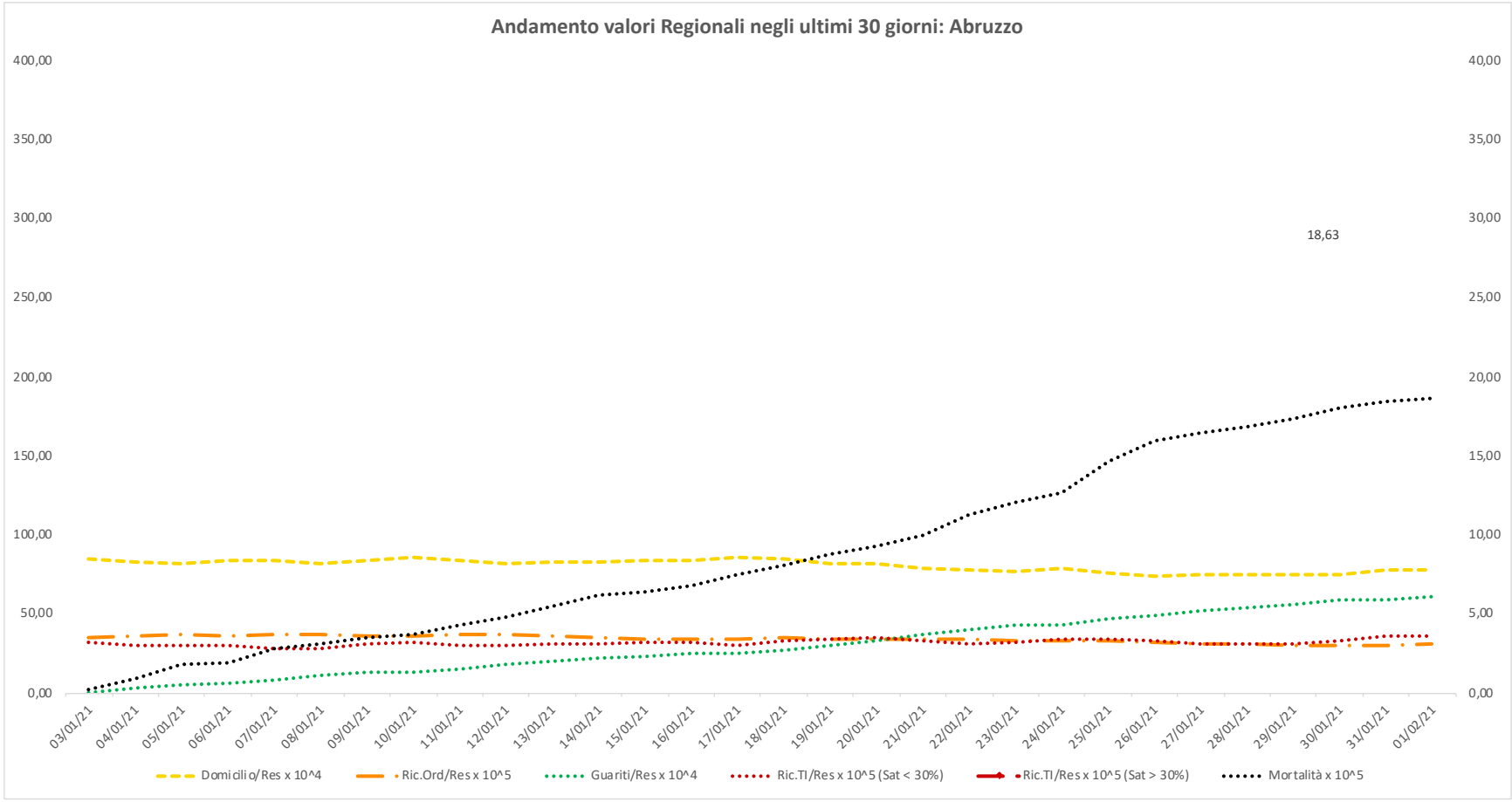


Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Toscana si rileva un tasso di ospedalizzazione stabile, con una costante prevalenza dell'ospedalizzazione in terapia intensiva rispetto a quella in reparti non intensivi. La soglia del 30% della saturazione della terapia intensiva non è più superata da molti giorni. IL tasso di isolamento domiciliare è, anch'esso, stabile ed inferiore alla media nazionale. Costante ma lieve è il tasso di crescita della mortalità, seppur ben al di sotto dei valori medi nazionali.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Abruzzo

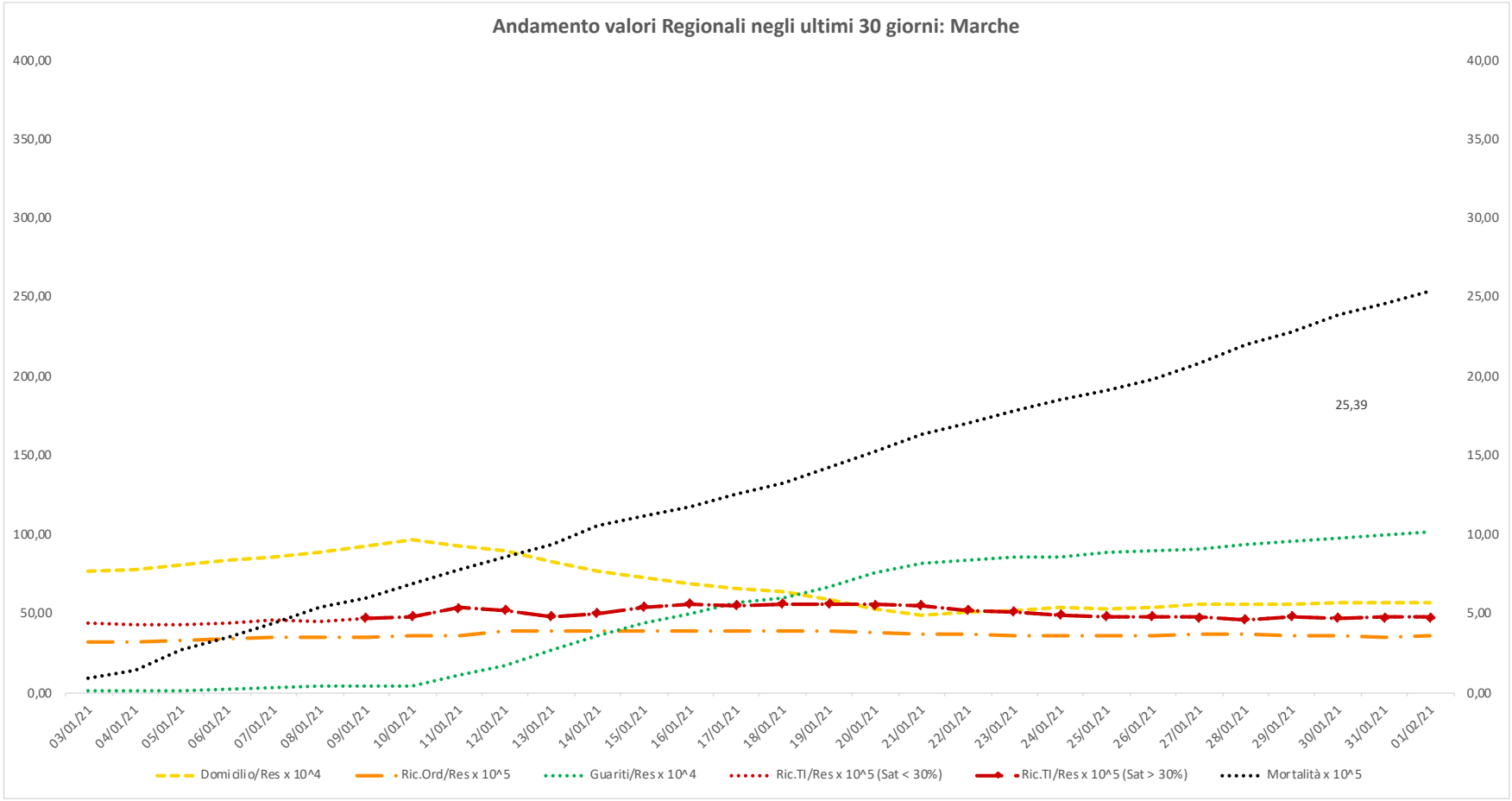


Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Abruzzo si rileva un tasso di ospedalizzazione tendenzialmente stabile, sia nei reparti intensivi che in quelli non intensivi. La soglia del 30% della saturazione della terapia intensiva non è più superata da molti giorni. Si osserva una stabilizzazione degli isolamenti a domicilio, con valori molto vicini a quelli medi nazionali, ed un trend di leggera crescita del numero di guariti. In linea con l'andamento nazionale, è importante la crescita della mortalità, pur attestandosi su valori inferiori alla media del paese.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Marche

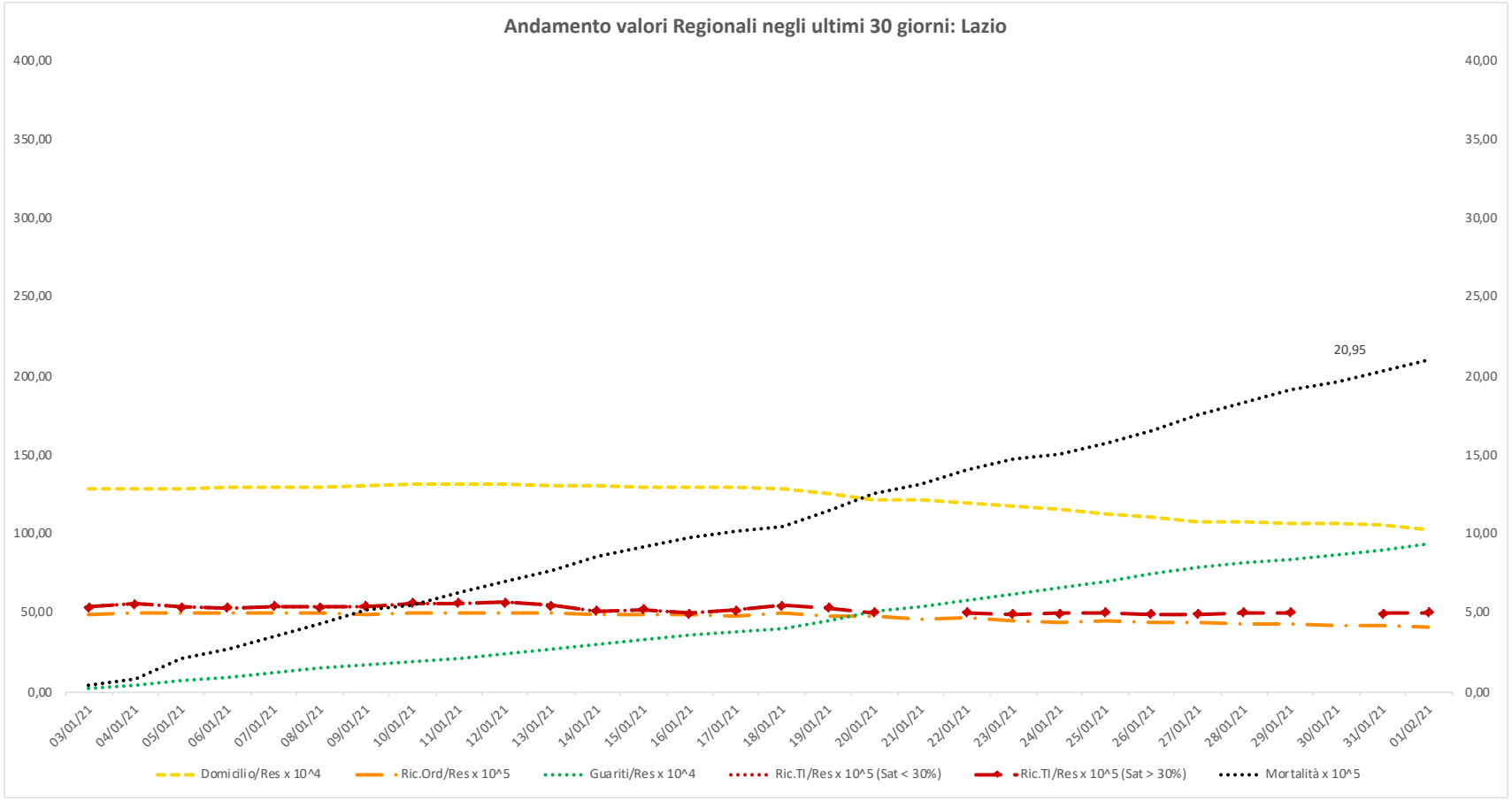


Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Marche si rileva un tasso di ospedalizzazione tendenzialmente stabile, con una costante prevalenza dell'ospedalizzazione in terapia intensiva rispetto a quella ordinaria. La soglia del 30% di saturazione della terapia intensiva è stata superata da diversi giorni, dopo un periodo in cui non lo era stata. Si rileva una stabilizzazione degli isolamenti a domicilio e del tasso di guarigione, entrambi non lontani dai valori medi nazionali. E' in aumento, in linea con l'andamento nazionale, il trend di crescita della mortalità.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Lazio

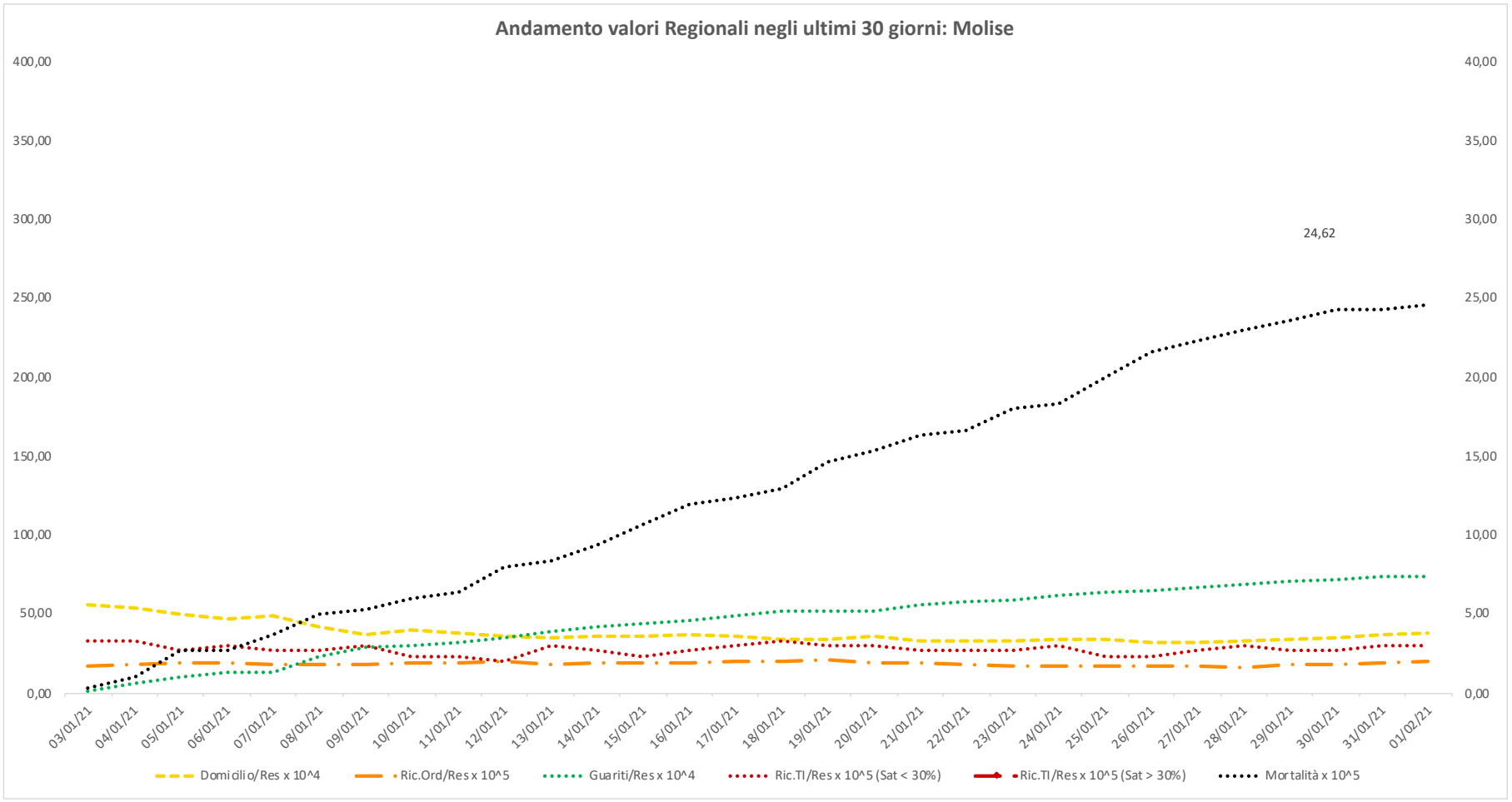


Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Lazio continua a registrarsi un trend in diminuzione per i valori degli isolati a domicilio, che sembra accompagnarsi ad un sensibile e parallelo aumento del numero dei guariti. Lieve calo nei valori dei ricoverati nell'ultima settimana considerata. Rimangono stabili i valori dei ricoveri in terapia intensiva, che superano la soglia di allerta del 30% per tutto il periodo considerato (fatta eccezione per il valore del 21 e 30 gennaio). Costante crescita nel numero dei deceduti.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Molise

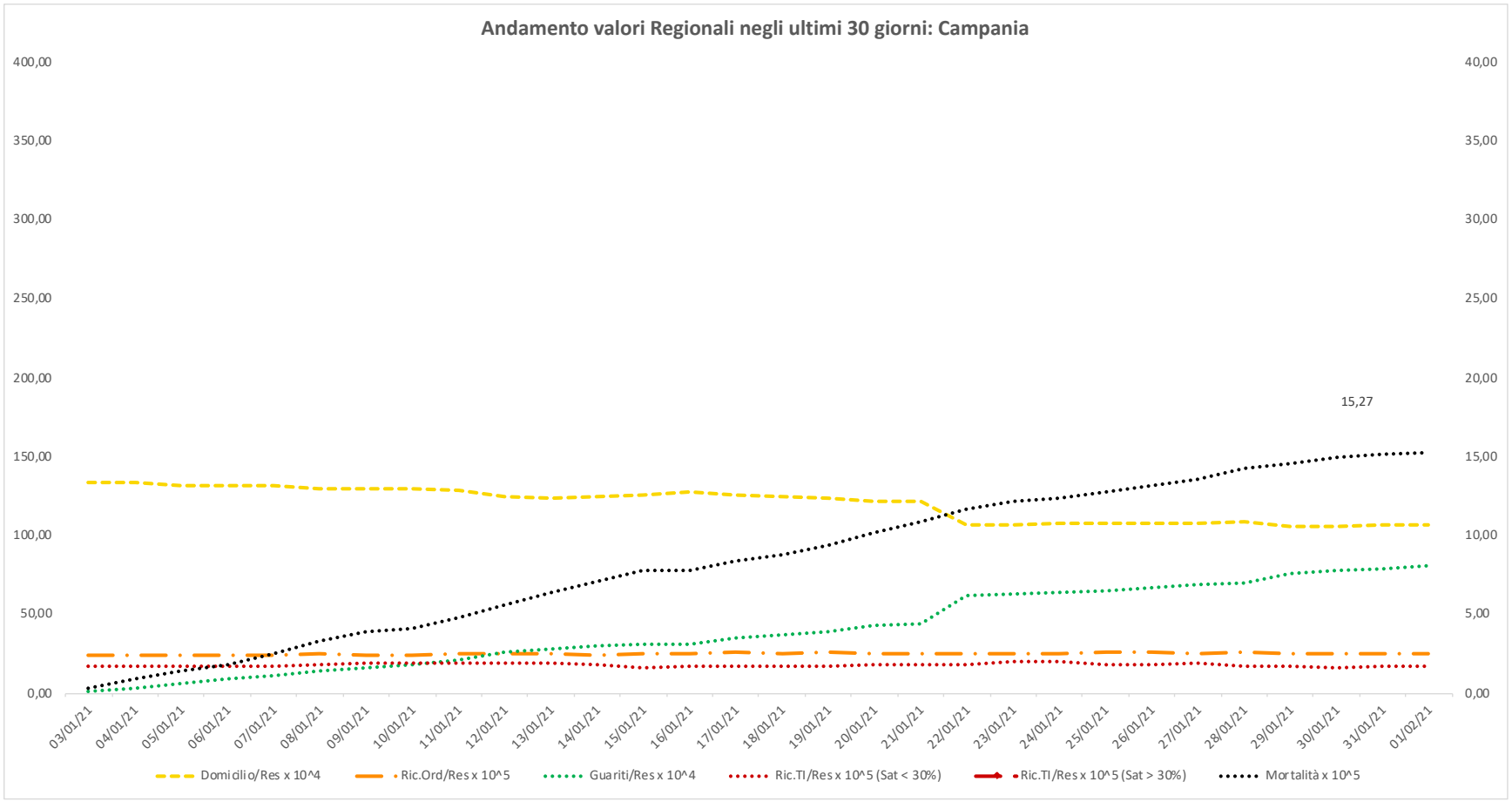


Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Molise si rileva un tasso di ospedalizzazione stabile ed al di sotto della media nazionale con il non superamento della soglia del 30% di saturazione delle terapie intensive. Si riscontra una stabilizzazione del tasso di isolamento domiciliare ed un lieve incremento delle guarigioni, vicine ai valori medi nazionali. E' in fase di stabilizzazione il tasso di mortalità, raggiungendo valori in linea con la media nazionale.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Campania

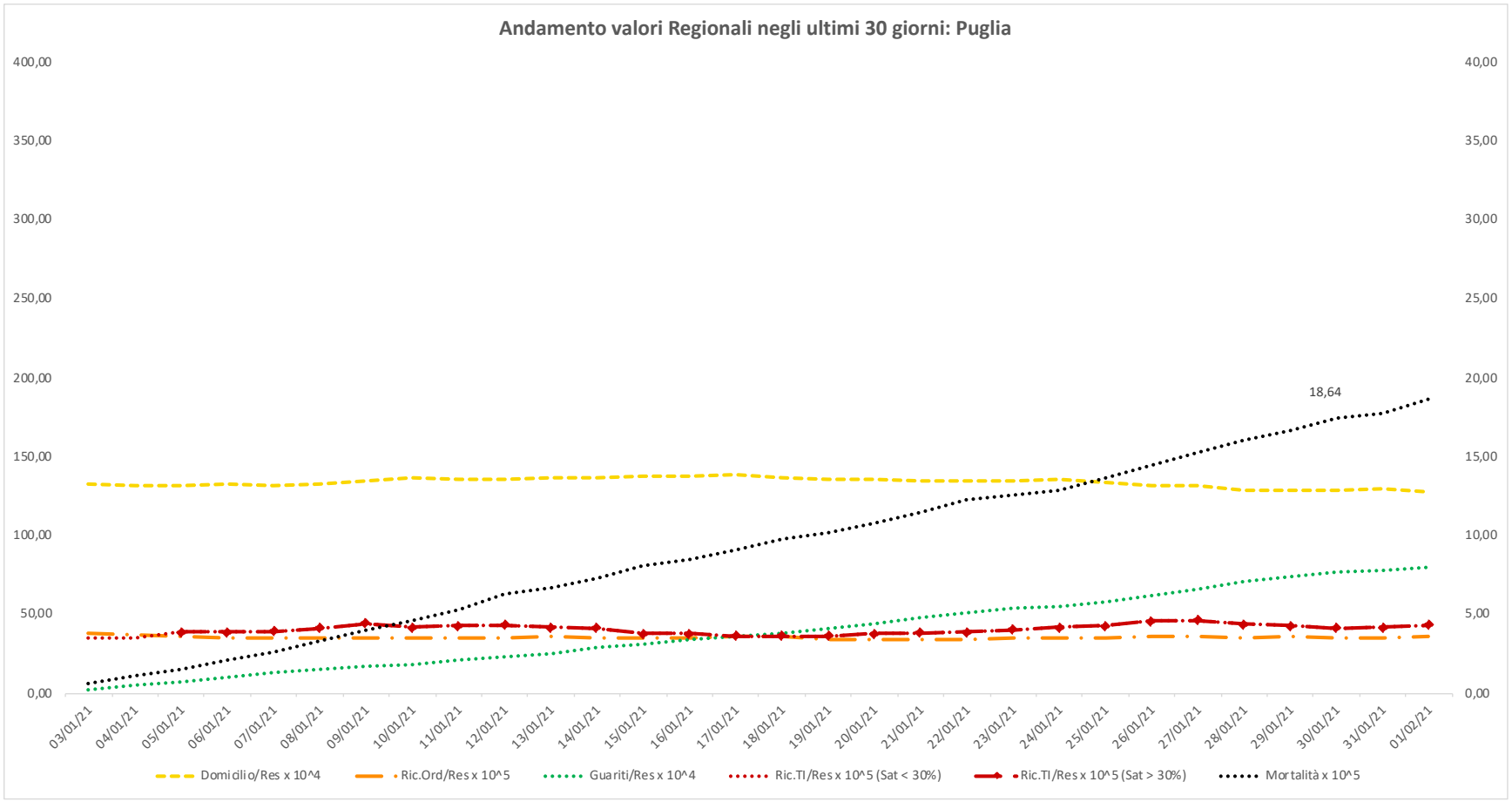


Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Campania il valore degli isolati a domicilio è in forte diminuzione mentre i ricoverati sembrano rimanere costanti. Il trend dei ricoverati in Terapia intensiva è costante. Il numero dei guariti e dei decessi nel periodo risulta in crescita.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Puglia

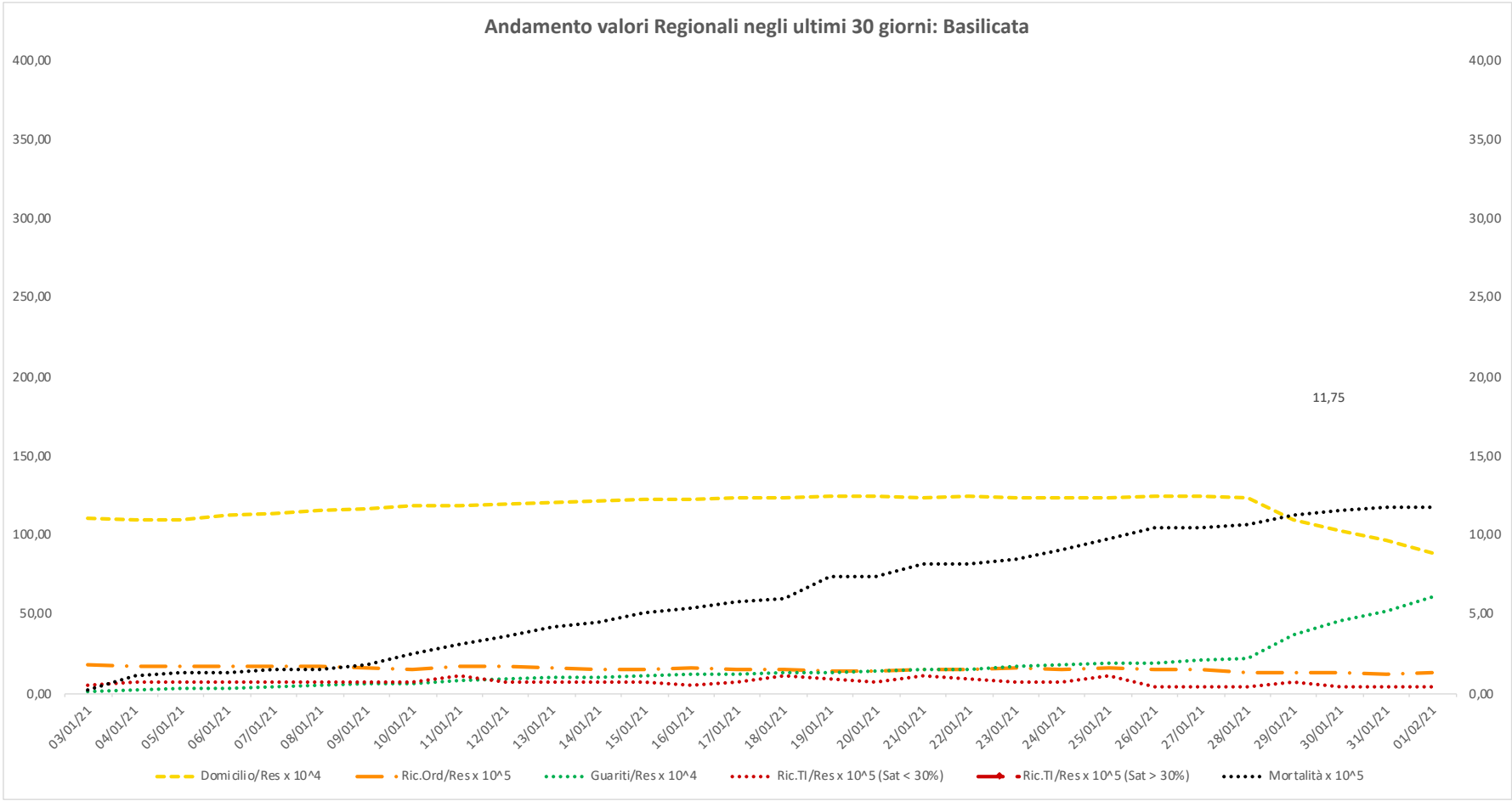


Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Puglia il valore degli isolati a domicilio è in forte diminuzione mentre i ricoverati sembrano rimanere costanti. Il trend dei ricoverati in Terapia intensiva è costante. Il numero dei guariti e dei decessi nel periodo risulta in crescita.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

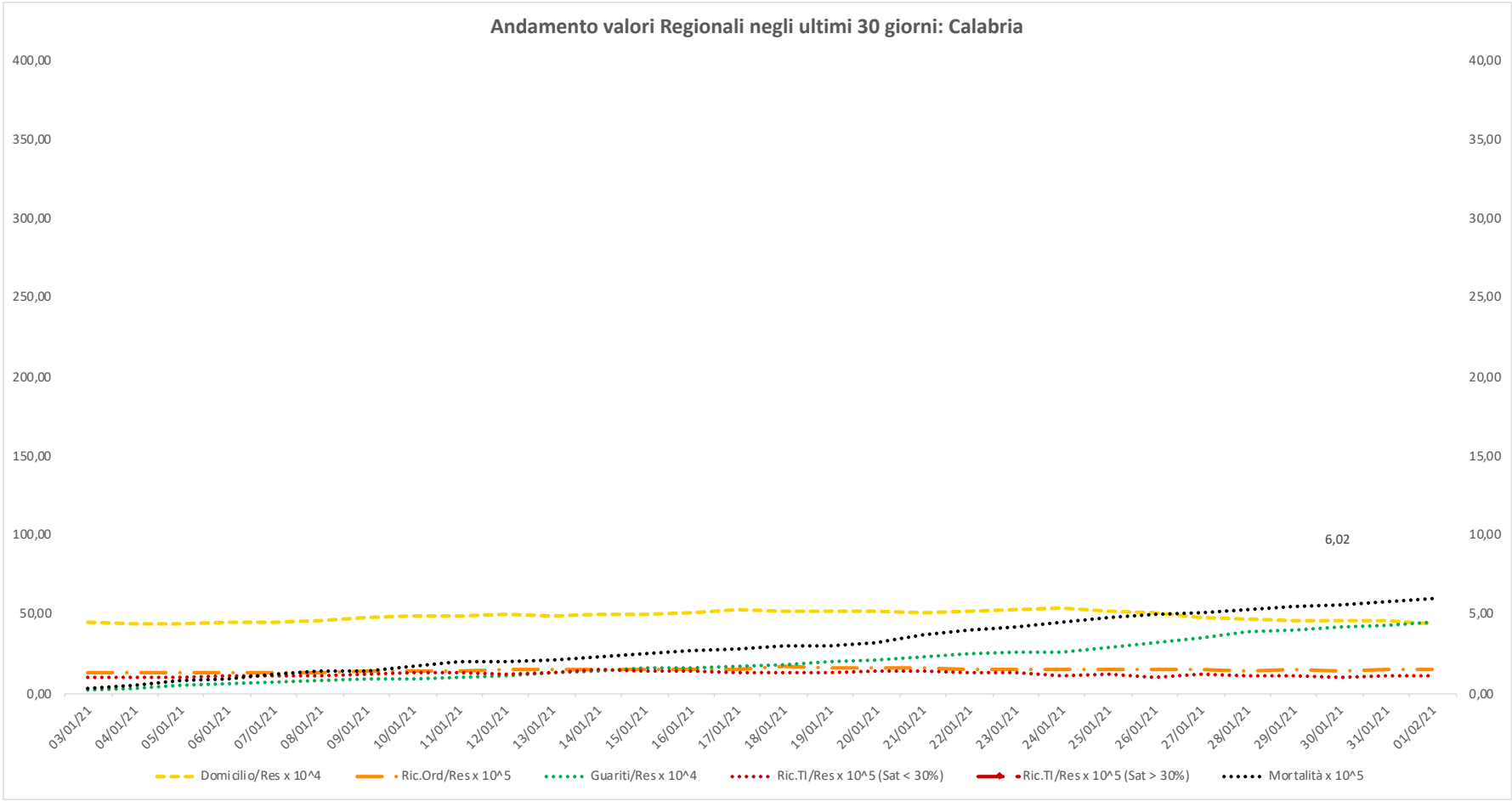
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Basilicata



Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Basilicata il valore degli isolati a domicilio è in forte diminuzione mentre i ricoverati sembrano rimanere costanti. Il trend dei ricoverati in Terapia intensiva è costante. Il numero dei guariti e dei decessi nel periodo risulta in crescita.

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Calabria

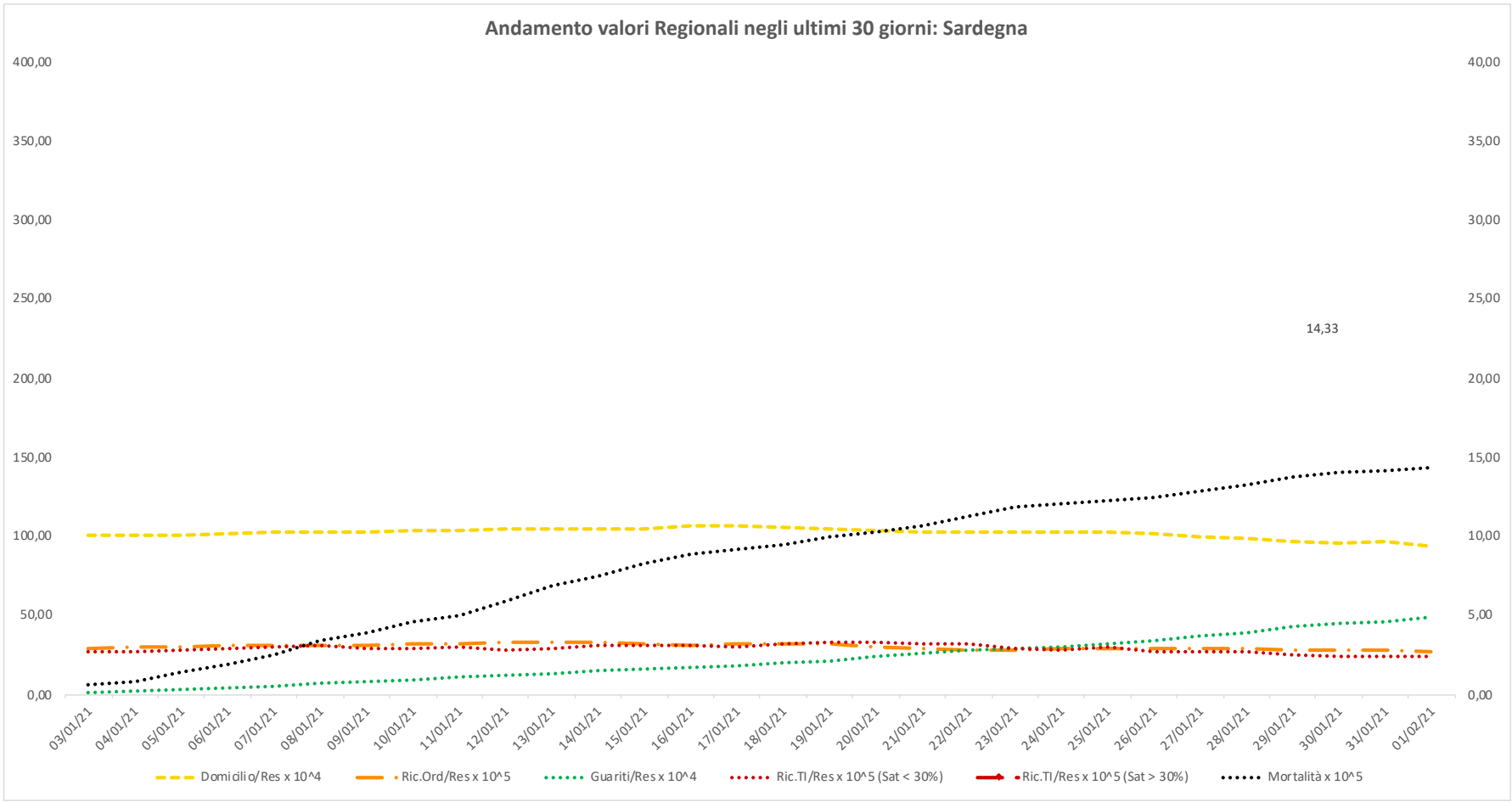


Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Calabria il valore degli isolati a domicilio è in forte diminuzione mentre i ricoverati sembrano rimanere costanti. Il trend dei ricoverati in Terapia intensiva è costante. Il numero dei guariti e dei decessi nel periodo risulta in crescita.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Sardegna

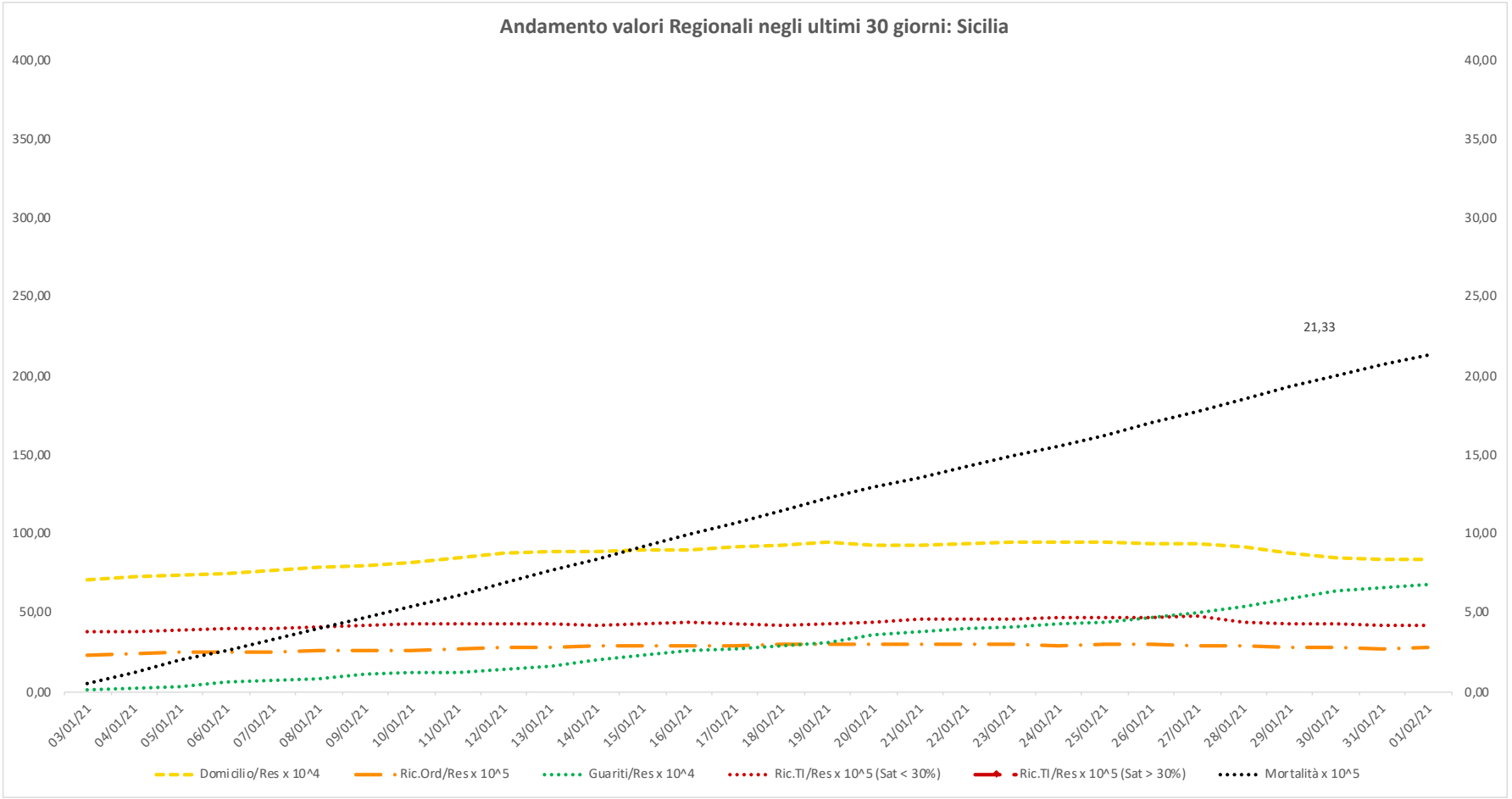


Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Sardegna il valore degli isolati a domicilio è in forte diminuzione mentre i ricoverati sembrano rimanere costanti. Il trend dei ricoverati in Terapia intensiva è costante. Il numero dei guariti e dei decessi nel periodo risulta in crescita.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Sicilia



Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Sicilia il valore degli isolati a domicilio è in forte diminuzione mentre i ricoverati sembrano rimanere costanti. Il trend dei ricoverati in Terapia intensiva è costante. Il numero dei guariti e dei decessi nel periodo risulta in crescita.

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Appendice Metodologica

Approfondimento
Instant Report #14

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Chi Siamo

ALTE SCUOLE
ECCELLENZA IN FORMAZIONE

- ALTEMS – ALTA SCUOLA DI ECONOMIA E MANAGEMENT DEI SISTEMI SANITARI
- ALMED – ALTA SCUOLA IN MEDIA COMUNICAZIONE E SPETTACOLO
- ALTIS – ALTA SCUOLA IMPRESA E SOCIETÀ
- ASA – ALTA SCUOLA PER L'AMBIENTE
- ASAG – ALTA SCUOLA DI PSICOLOGIA AGOSTINO GEMELLI
- ASERI – ALTA SCUOLA DI ECONOMIA E RELAZIONI INTERNAZIONALI
- SMEA – ALTA SCUOLA DI MANAGEMENT ED ECONOMIA AGRO-ALIMENTARE
- ASGP – ALTA SCUOLA FEDERICO STELLA SULLA GIUSTIZIA PENALE

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.

CERISMAS

LEADERSHIP IN MEDICINA

UMG Dubium sapientiae initium

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