

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#18: **03 Settembre 2020**

Gruppo di Lavoro

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



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Indice del Documento



[OBIETTIVI](#)

[NOTA METODOLOGICA E FONTE DEI DATI](#)

[CONTESTO NORMATIVO](#)

[PROVVEDIMENTI NAZIONALI](#)

[PREPAREDNESS](#)

[RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA](#)

[LIBRARY INSTANT REPORT](#)

[INDICATORI DI MONITORAGGIO DEL CONTAGIO](#)

[1.1. INCIDENZA SETTIMANALE X 100.000](#)

[1.2. ANDAMENTO ATTUALMENTE POSITIVI](#)

[1.3. ANDAMENTO OSPEDALIZZATI](#)

[1.4. POSITIVITÀ AL TEST](#)

[INDICATORI EPIDEMIOLOGICI](#)

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

[2.2. PREVALENZA PERIODALE 25/8/2020 – 1/9/2020](#)

[2.3. PREVALENZA PUNTUALE 25/8/2020 – 1/9/2020](#)

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

[INDICATORI CLINICO-ORGANIZZATIVI](#)

[3.1. RICOVERI TI / RICOVERI TOTALI 25/8/2020 E 1/9/2020](#)

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

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

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

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

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

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

[3.8. IMPATTO ECONOMICO](#)

[3.9. SOLUZIONI DIGITALI](#)

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

[3.11. SPERIMENTAZIONI CLINICHE](#)

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

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

[ANALISI A LIVELLO AZIENDALE](#)

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

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

[ANALISI DELLA PROGRAMMAZIONE VACCINALE](#)

[ANALISI DEI PROFILI REGIONALI](#)

[APPENDICE METODOLOGICA](#)

[CHI SIAMO](#)



Obiettivi

- Obiettivo di questo documento è presentare un confronto sistematico dell'andamento della diffusione del Sars-COV-2 a livello nazionale e in 6 Regioni italiane, che rappresentano il 52% della popolazione nazionale e che al 1 Settembre hanno il 66% dei positivi al virus rispetto al totale dei positivi sul territorio nazionale e il 77% dei casi. In queste Regioni sono deceduti l'83% delle 35.073 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 **1 Settembre** [1]. Al fine di determinare lo stato di diffusione del virus e valutare conseguentemente le misure attuate nelle Regioni target considerate nella presente analisi (Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte, Veneto, Lazio e Marche) rispetto alle caratteristiche specifiche di ciascun Servizio Sanitario Regionale è stato implementato un modello di elaborazione dati disponibili per l'individuazione di indicatori di carattere epidemiologico e clinico-organizzativo.
- L'analisi ha inoltre previsto la realizzazione, per ciascun indice individuato, di rappresentazioni grafiche che informassero sull'andamento dei trend in analisi e facilitassero la fruizione dei risultati ottenuti su base regionale dall'inizio del mese di Marzo 2020. Ulteriori indicatori sono stati determinati al fine di individuare lo stato di saturazione dei posti letto in terapia intensiva a disposizione di ciascuna Regione rispetto al fabbisogno causato dal diffondersi della pandemia considerando i nuovi allestimenti dei setting assistenziali volti alla gestione della situazione attuale di crisi. A tal fine, è stato fatto riferimento al database reperito sul sito del Ministero della Salute riportante le principali caratteristiche delle strutture ospedaliere Regionali [2].
- Sono stati esclusi i dati relativi agli ultimi giorni del mese di Febbraio 2020 in quanto caratterizzati da estrema variabilità o, per alcune Regioni, da immaturità del dato, e dunque ritenuti fattori confondenti all'interpretazione delle evidenze.
- Infine, sono stati analizzati i principali provvedimenti nazionali e regionali per correlarli al trend degli indicatori analizzati.

Fonte Dati:

1. Protezione Civile Italiana; disponibile a: <http://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/b0c68bce2cce478eaac82fe38d4138b1>;
2. Ministero della Salute; disponibile a: <http://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglioDataset.jsp?menu=dati&idPag=96>



Contesto normativo (1/5):

Principali provvedimenti nazionali (1/3)



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

Contesto normativo (2/5):

Principali provvedimenti nazionali (2/3)



Data	Provvedimento	Sintesi dei contenuti
17 Marzo 2020	Decreto Legge del 17 marzo n.18 - Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale ➤ Misure a sostegno del lavoro ➤ Misure a sostegno della liquidità attraverso il sistema bancario ➤ Misure fiscali a sostegno della liquidità delle famiglie e delle imprese
22 Marzo 2020	Dpcm 22 marzo 2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Chiusura attività produttive e commerciali ➤ Restrizione alla circolazione di persone tra comuni
25 Marzo 2020	Decreto Legge del 25 marzo 2020 n.19 - Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Misure urgenti per evitare la diffusione del COVID-19 ➤ Restrizione negli assembramenti e per la circolazione ➤ Sanzioni
1 Aprile 2020	Dpcm 1 aprile 2020 - Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ulteriori misure per il contenimento del contagio
10 Aprile 2020	Dpcm 10 aprile 2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ulteriori misure urgenti per il contenimento del contagio; ➤ misure di contenimento del contagio per lo svolgimento in sicurezza delle attività produttive industriali e commerciali
26 Aprile 2020	Dpcm 26 aprile 2020 -Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ulteriori misure urgenti per il contenimento del contagio; ➤ misure di contenimento del contagio per lo svolgimento in sicurezza delle attività produttive industriali e commerciali
10 maggio 2020	Decreto Legge 10 maggio 2020, n. 30. Misure urgenti in materia di studi epidemiologici e statistiche sul SARS-COV-2	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Misure finalizzate alla conduzione di studi epidemiologici e all'elaborazione di statistiche affidabili e complete sullo stato immunitario della popolazione
19 maggio 2020	Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34 - Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-1	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale, compresa l'istituzione dell'infermiere di famiglia o di comunità ➤ Riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 ➤ Incremento delle borse di studio degli specializzandi ➤ Proroga validità delle ricette limitative dei farmaci classificati in fascia A e dei piani terapeutici; ➤ Rilevazioni statistiche dell'ISTAT connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19



Contesto normativo (3/5):

Principali provvedimenti nazionali (2/3)



Data	Provvedimento	Sintesi dei contenuti
29 Luglio 2020	Delibera del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2020 – Proroga dello Stato di Emergenza	<ul style="list-style-type: none">➤ Proroga dello stato di emergenza fino al 15 Ottobre
22 Marzo 2020	DECRETO-LEGGE 14 agosto 2020, n. 104 i	<ul style="list-style-type: none">➤ 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;



Contesto normativo (3/4):

Indirizzi clinico organizzativi - Livello nazionale (1/2)



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



Contesto normativo (4/4):

Indirizzi clinico organizzativi - Livello nazionale (2/2)



Data	Ente	Provvedimento	Sintesi dei contenuti
18 Aprile 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute del 18/04/2020 - Indicazioni ad interim per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali e sociosanitarie	➤ Indicazioni clinico – organizzative per la prevenzione e il controllo dell'infezione da COVID 19 in strutture residenziali e sociosanitarie
30 Aprile 2020	MdS	Decreto del 30 aprile 2020 - Emergenza COVID-19: attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase 1 alla fase 2A di cui all'allegato 10 del DPCM 26/4/202	➤ Defizione dei criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario per l'evoluzione della situazione epidemiologica.
9 maggio 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute del 9 Maggio 2020 - COVID-19: test di screening e diagnostici	➤ Indicazioni in merito all'utilizzo di test sierologici e molecolari
29 maggio 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute del 29 Maggio 2020 Ricerca e gestione dei contatti di casi COVID-19 (Contact tracing) ed App Immuni	➤ Definizione del «contatto stretto» ➤ Definizione delle azioni chiave dopo l'identificazione di un caso ➤ App «Immuni»
1 giugno 2020	MdS	Circolare del 01 giugno 2020 - Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19	➤ Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19.
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



Preparedness

Piano Nazionale di Preparazione e Risposta per una Pandemia Influenzale



Con l'Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome del 9 febbraio 2006 è stato approvato il **Piano nazionale di preparazione e risposta per una pandemia influenzale** (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.77 del 01-04-2006 - Suppl. Ordinario n. 81) stilato secondo le indicazioni dell'OMS del 2005, che aggiorna e sostituisce il precedente Piano italiano multifase per una pandemia influenzale.

«L'**obiettivo** del Piano è rafforzare la preparazione alla pandemia a livello nazionale e locale, in modo da:

1. identificare, confermare e descrivere rapidamente casi di influenza causati da nuovi sottotipi virali, in modo da riconoscere tempestivamente l'inizio della pandemia.
2. Minimizzare il rischio di trasmissione e limitare la morbosità e la mortalità dovute alla pandemia.
3. Ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali e assicurare il mantenimento dei servizi essenziali.
4. Assicurare una adeguata formazione del personale coinvolto nella risposta alla pandemia.
5. Garantire informazioni aggiornate e tempestive per i decisori, gli operatori sanitari, i media e il pubblico.
6. Monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi.»

«Le **azioni chiave** per raggiungere gli obiettivi del Piano sono:

1. migliorare la sorveglianza epidemiologica e virologica.
2. Attuare misure di prevenzione e controllo dell'infezione (misure di sanità pubblica, profilassi con antivirali, vaccinazione).
3. Garantire il trattamento e l'assistenza dei casi.
4. Mettere a punto piani di emergenza per mantenere la funzionalità dei servizi sanitari e altri servizi essenziali.
5. Mettere a punto un piano di formazione.
6. Mettere a punto adeguate strategie di comunicazione.
7. Monitorare l'attuazione delle azioni pianificate per fase di rischio, le capacità/risorse esistenti per la risposta, le risorse aggiuntive necessarie, l'efficacia degli interventi intrapresi; il monitoraggio deve avvenire in maniera continuativa e trasversale, integrando e analizzando i dati provenienti dai diversi sistemi informativi.»

Approfondimento
[Instant Report #12](#)



Appendice 1: fonte delle informazioni



<p>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»</p> <p>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.</p> <p>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</p> <p>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."</p> <p>Liguria DGR 500 del 16.06.2020 "Piano per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19".</p> <p>Lombardia DGR XI/3264 "Piano di riordino della rete ospedaliera: attuazione dell'Art.2 del DL 34/20</p> <p>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)</p> <p>Molise Decreto del Commissario ad Acta «Piano di Riorganizzazione rete ospedaliera per emergenza COVID-19 DL34/2020 – Regione Molise</p> <p>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».</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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".</p> <p>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)</p> <p>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).</p> <p>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.»</p> <p>Valle d'Aosta DGR n. 584 dell' 08/07/2020 «Regione autonoma Valle d'Aosta - Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera</p>
--



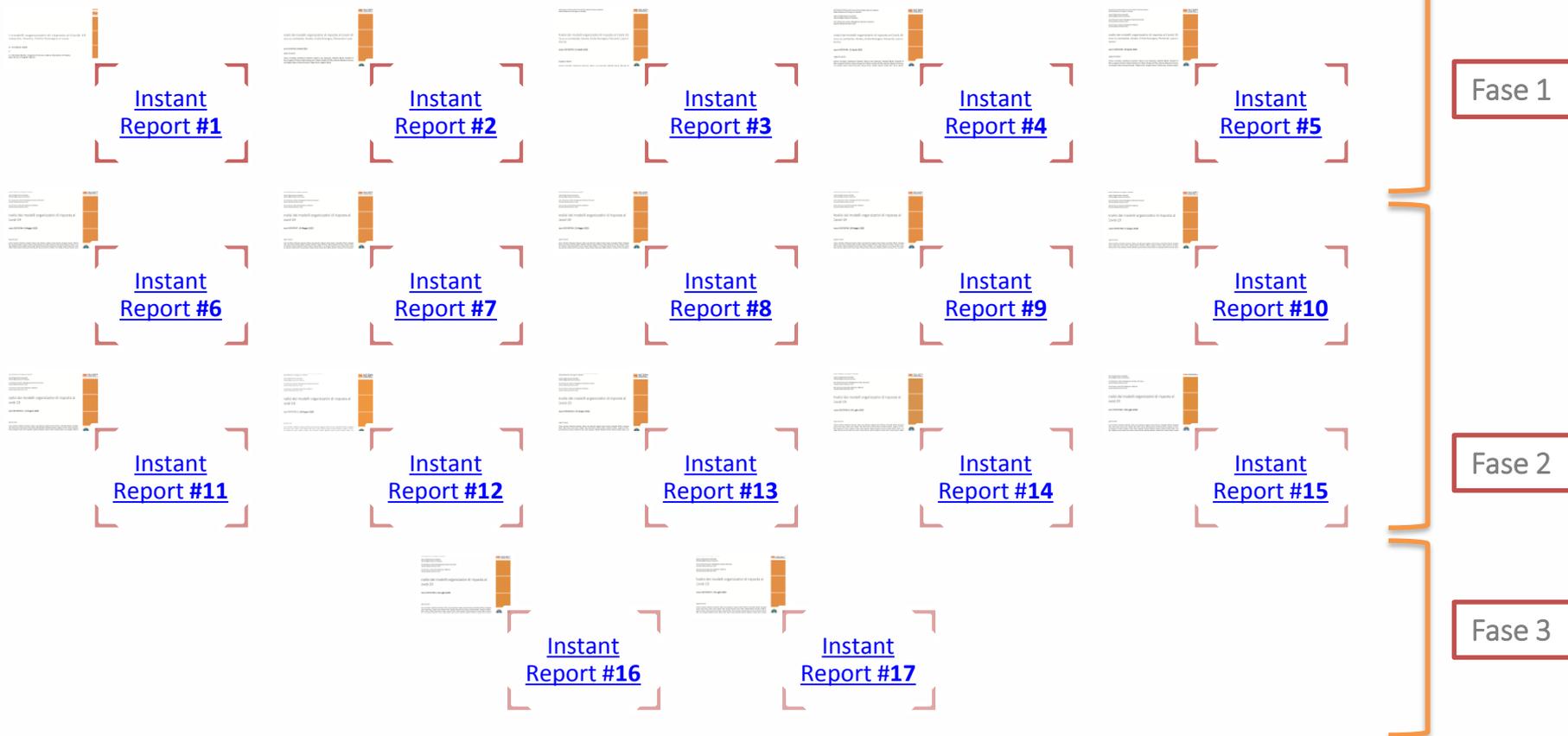


Library Instant Report



ALTEMS Instant Report

dal 31 marzo 2020 ad oggi

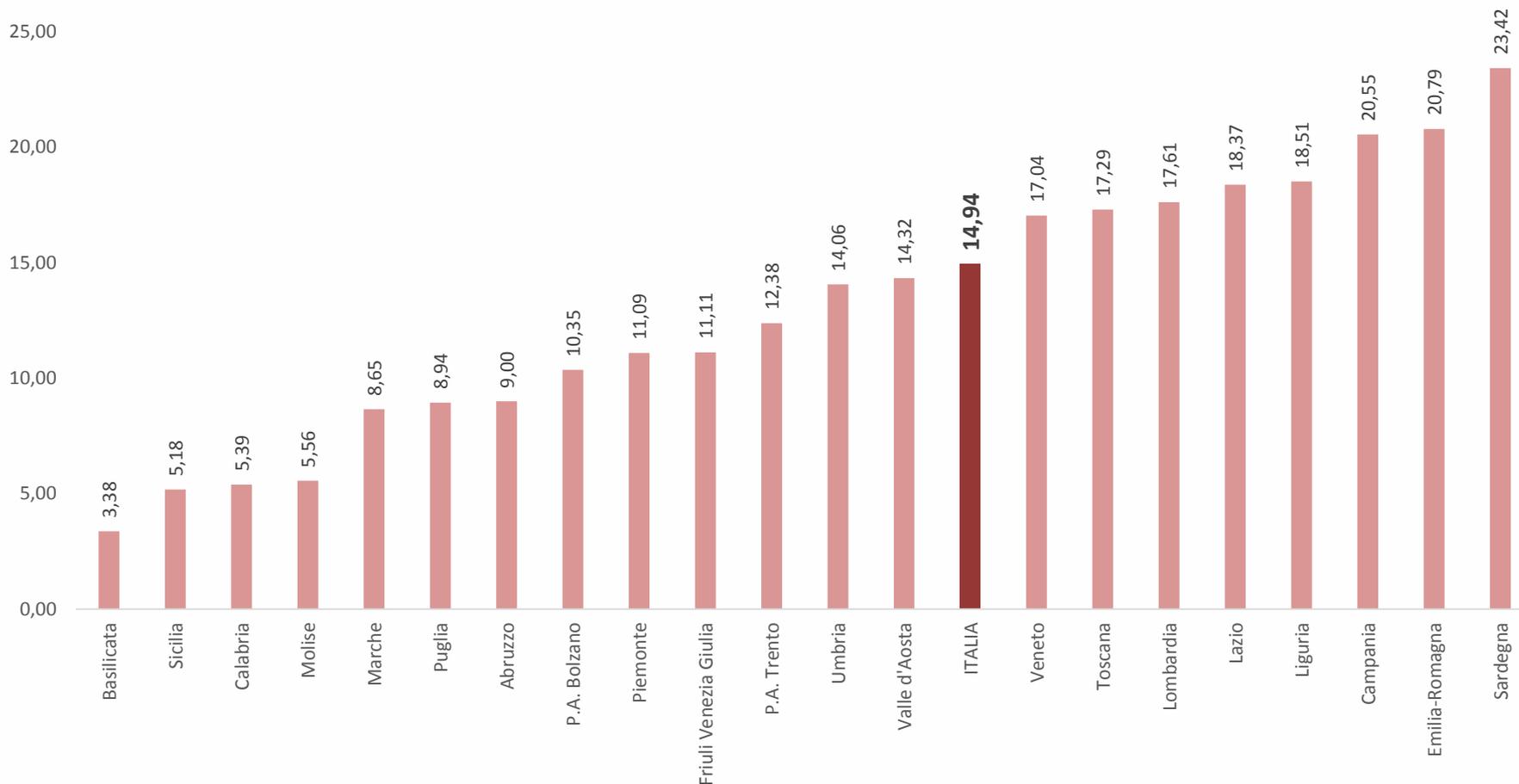




Indicatori di monitoraggio del contagio



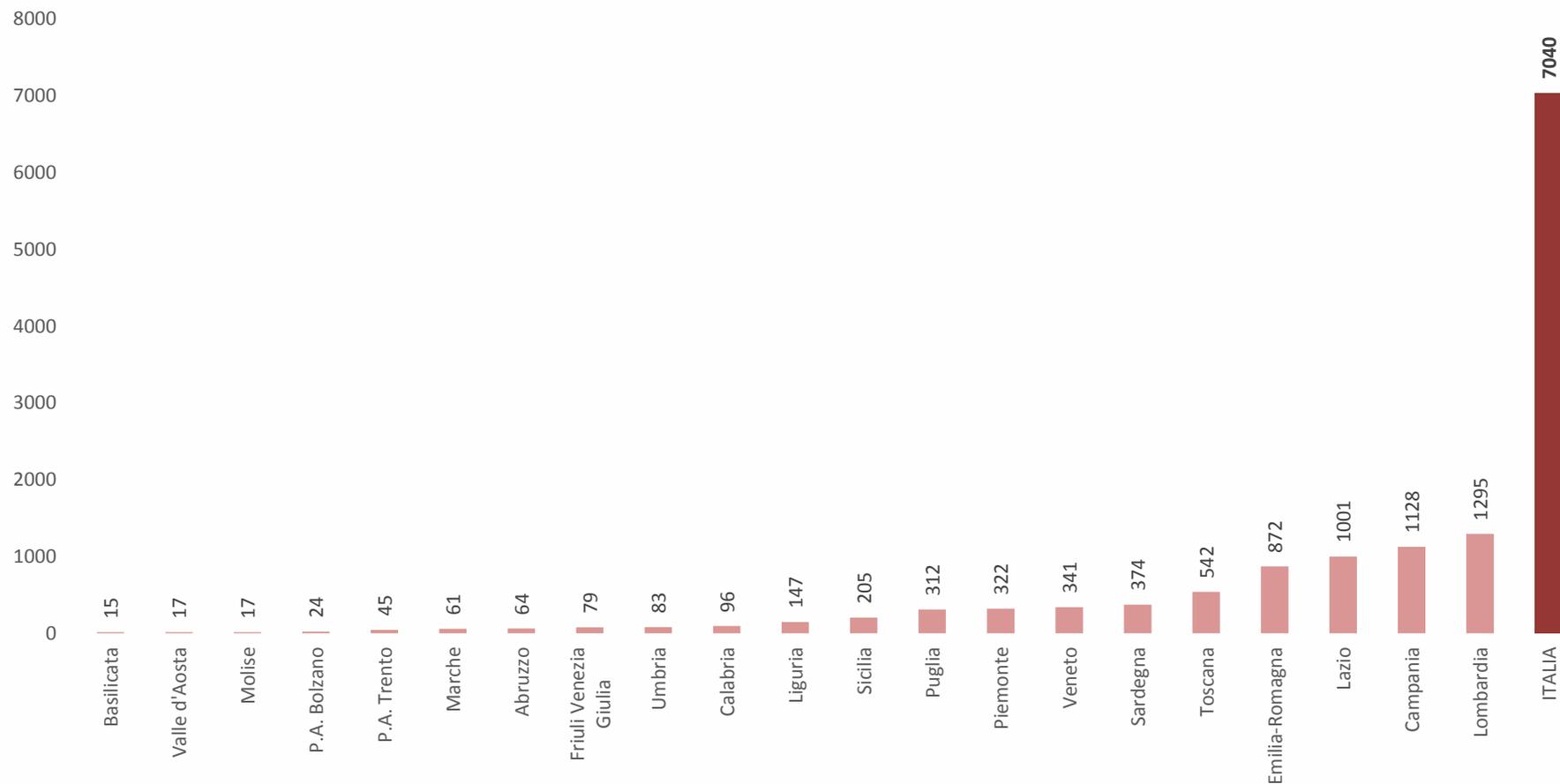
Indicatore 1.1. Incidenza settimanale x 100.000



Commento

Questo indicatore fornisce un'indicazione precoce dell'eventuale sviluppo di nuovi focolai di contagio. Essendoci verosimilmente un numero elevato di casi sommersi, l'indicatore risente delle politiche di monitoraggio attuate dalle varie Regioni sul numero di tamponi effettuati. In termini di incidenza settimanale l'Emilia-Romagna e la Sardegna registrano i valori più elevati.

Indicatore 1.2. Andamento attualmente positivi

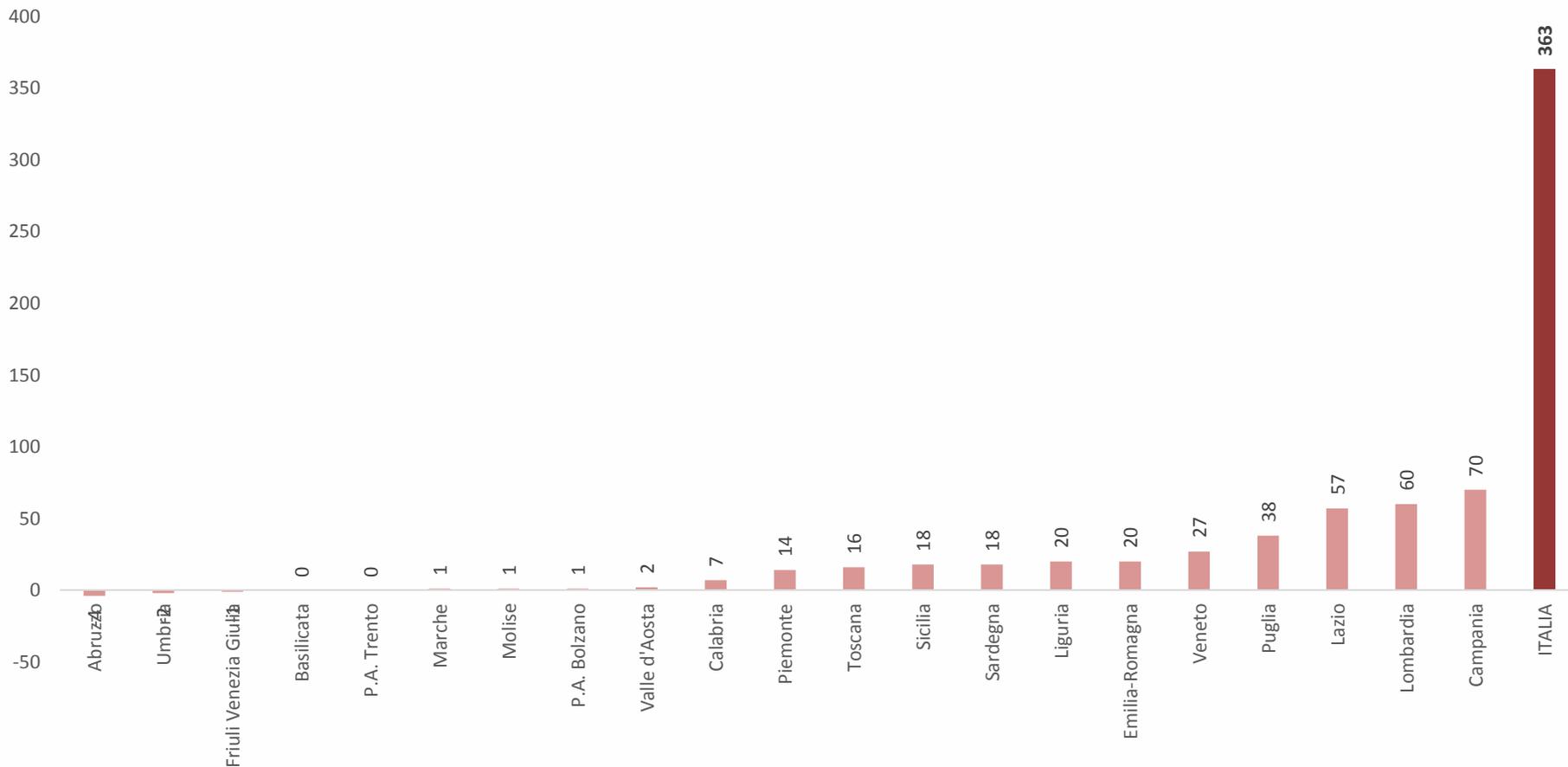


Media	335,24
Min	15,00
Max	1.295,00
Dev-St	399,99
Var	159.993

Commento

Questo indicatore fornisce un'indicazione sull'andamento dei casi positivi nelle varie Regioni. La differenza maggiore viene registrata in Lombardia, con una variazione di 1295. In generale, si sottolinea un andamento crescente con una media di 335 casi.

Indicatore 1.3. Andamento ospedalizzati



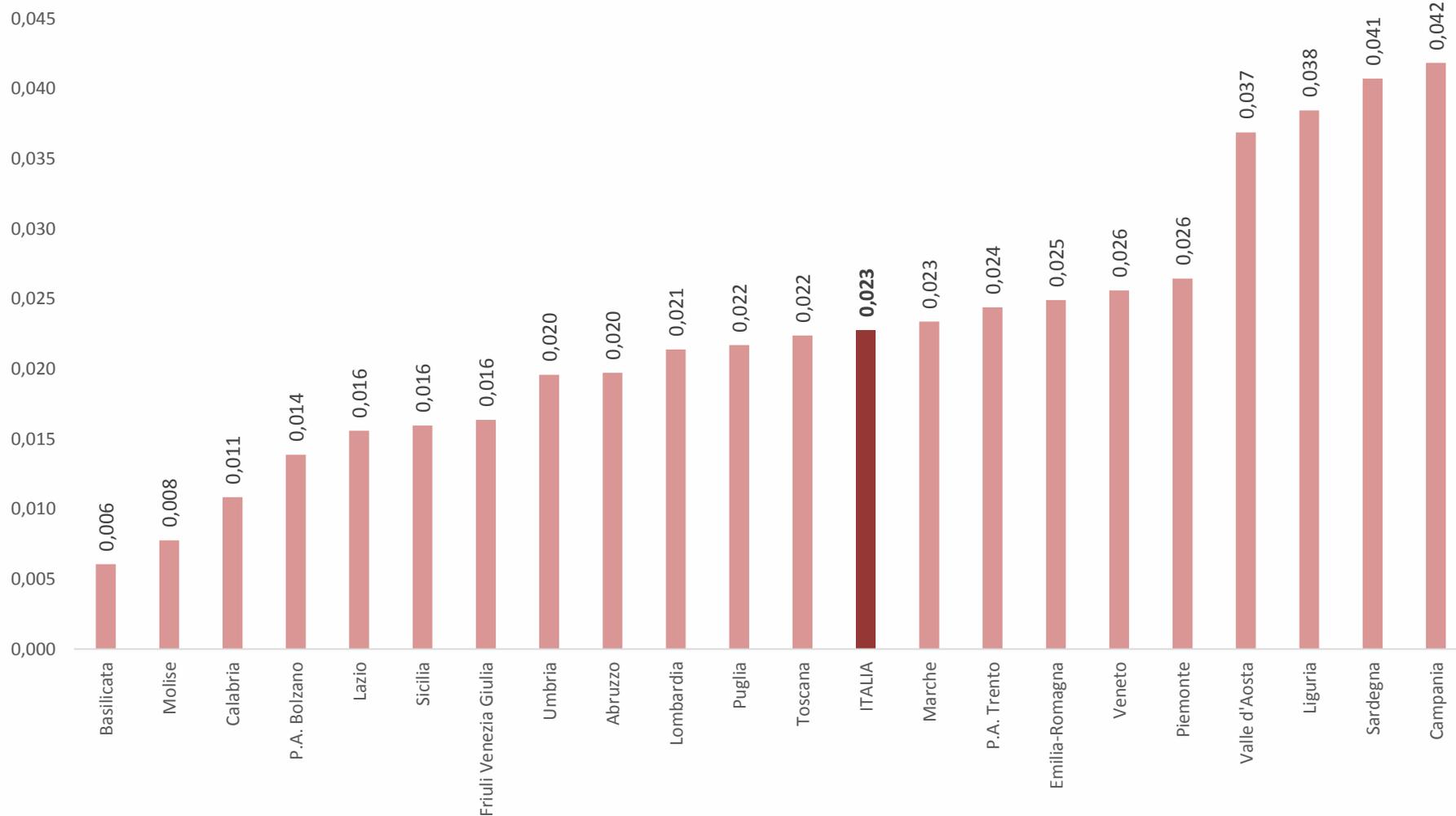
Media	17,29
Min	-4,00
Max	70,00
Dev-St	21,94
Var	481,21

Commento

Questo indicatore fornisce un'indicazione sull'andamento dei casi ospedalizzati in tutte le Regioni. La differenza maggiore viene registrata in Campania con un aumento dei casi ospedalizzati pari a 70. In generale si registra un andamento crescente pari in media a 17,29 casi ospedalizzati.



Indicatore 1.4. Positività al test



Commento

L'indice di positività rispetto ai test effettuati registra un valore massimo di 0,042 in Campania e 0,041 in Sardegna. In Italia è positivo un nuovo soggetto testato ogni 43.

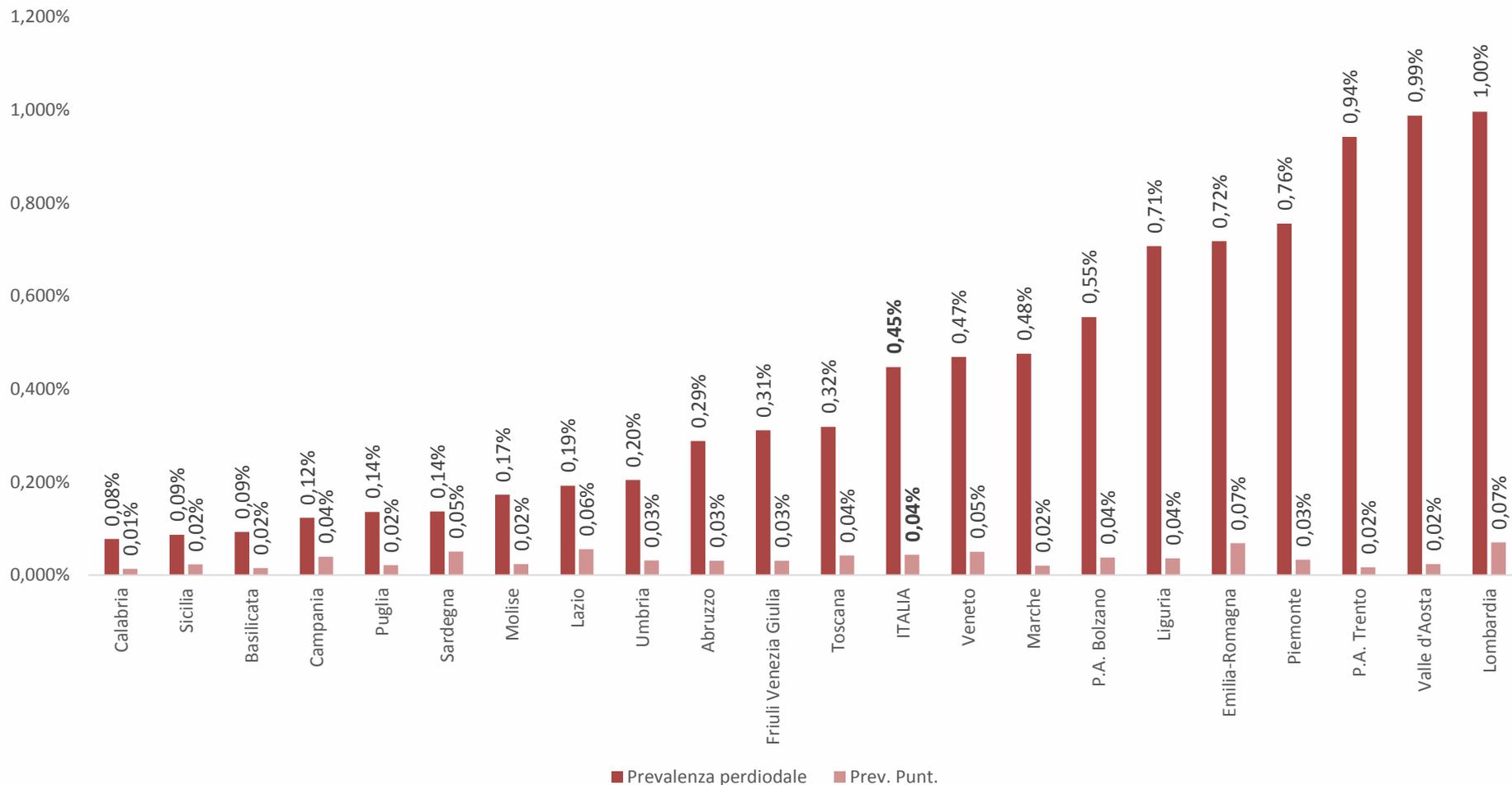




Indicatori epidemiologici



Indicatore 2.1. Prevalenza Periodale* e Prevalenza Puntuale

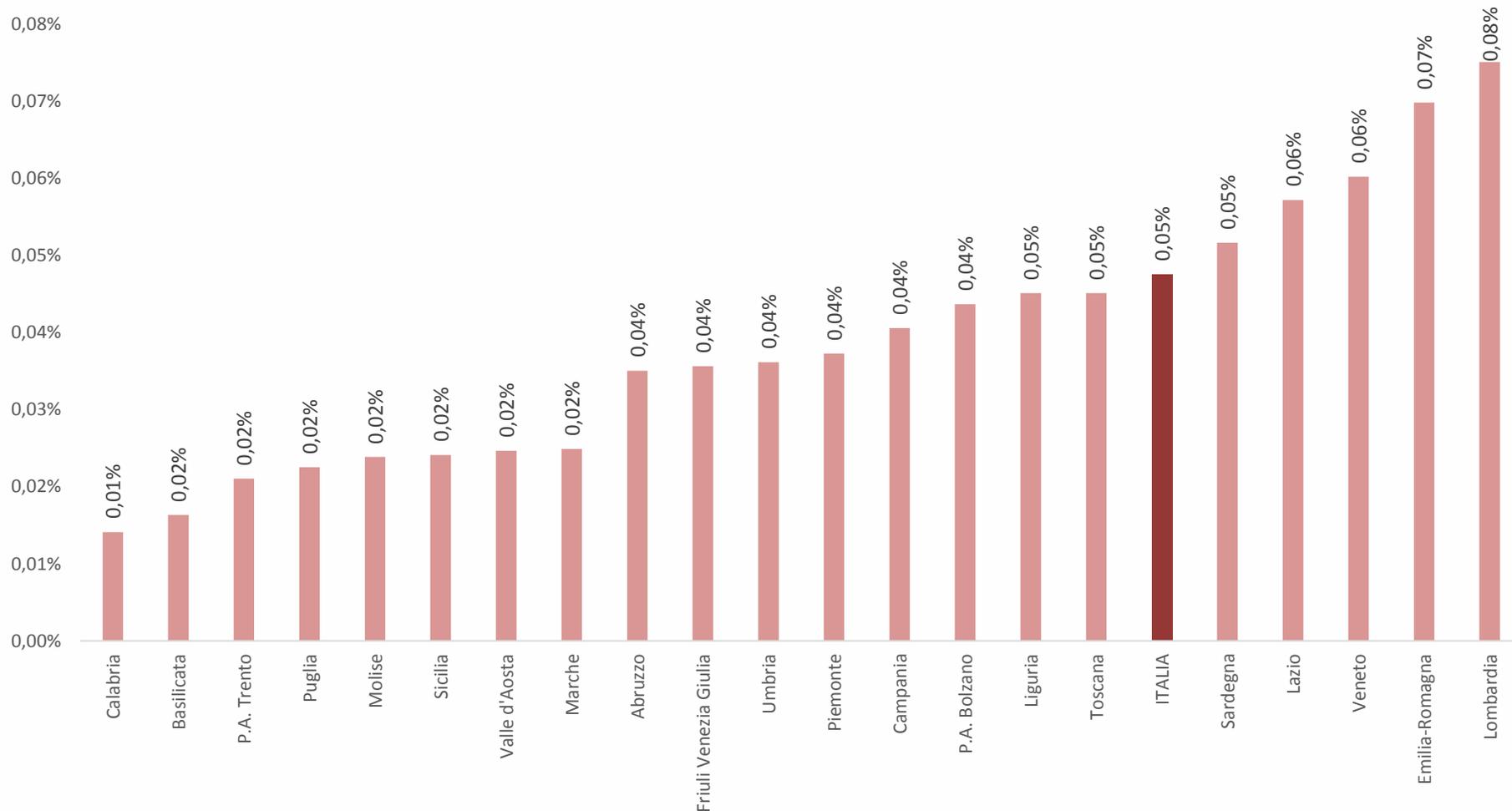


Commento

L'indicatore mostra una maggiore prevalenza di periodo in Lombardia (riferita a tutto il periodo dell'epidemia). La differenza tra prevalenza puntuale e prevalenza di periodo indica un diverso peso dell'emergenza nelle varie regioni, attualmente ancora in evoluzione, e potrebbe indicare una diversa tempestività nelle misure di contenimento adottate.

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

Indicatore 2.2. Prevalenza periodale 25/8/2020 – 1/9/2020



Commento

In termini di monitoraggio della prevalenza settimanale si registra un tasso di prevalenza rispetto alla popolazione residente più elevato rispetto alla media nazionale in Lombardia ed Emilia-Romagna. Tra le Regioni del centro il Lazio registra un valore dello 0.06%. La prevalenza nell'ultima settimana registrata nel contesto nazionale è pari a 0.05%.

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



Analisi epidemiologica

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

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

Aspetti organizzativi

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

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

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

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

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

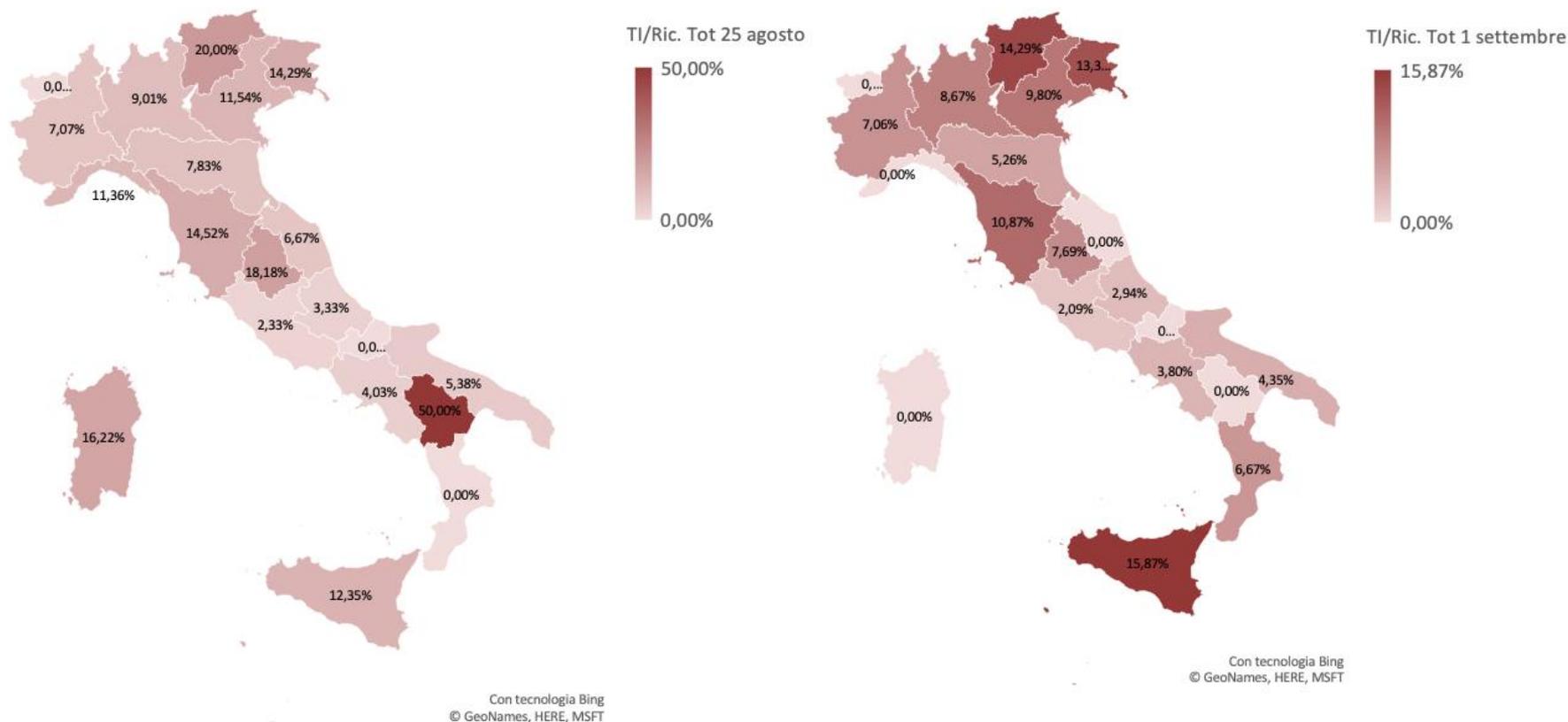
[Rapporto sulla mortalità della popolazione residente a cura di Istat e Ispes](#) - [Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità: cause di morte nei deceduti positivi a SARS-CoV-2](#)



Indicatori clinico-organizzativi



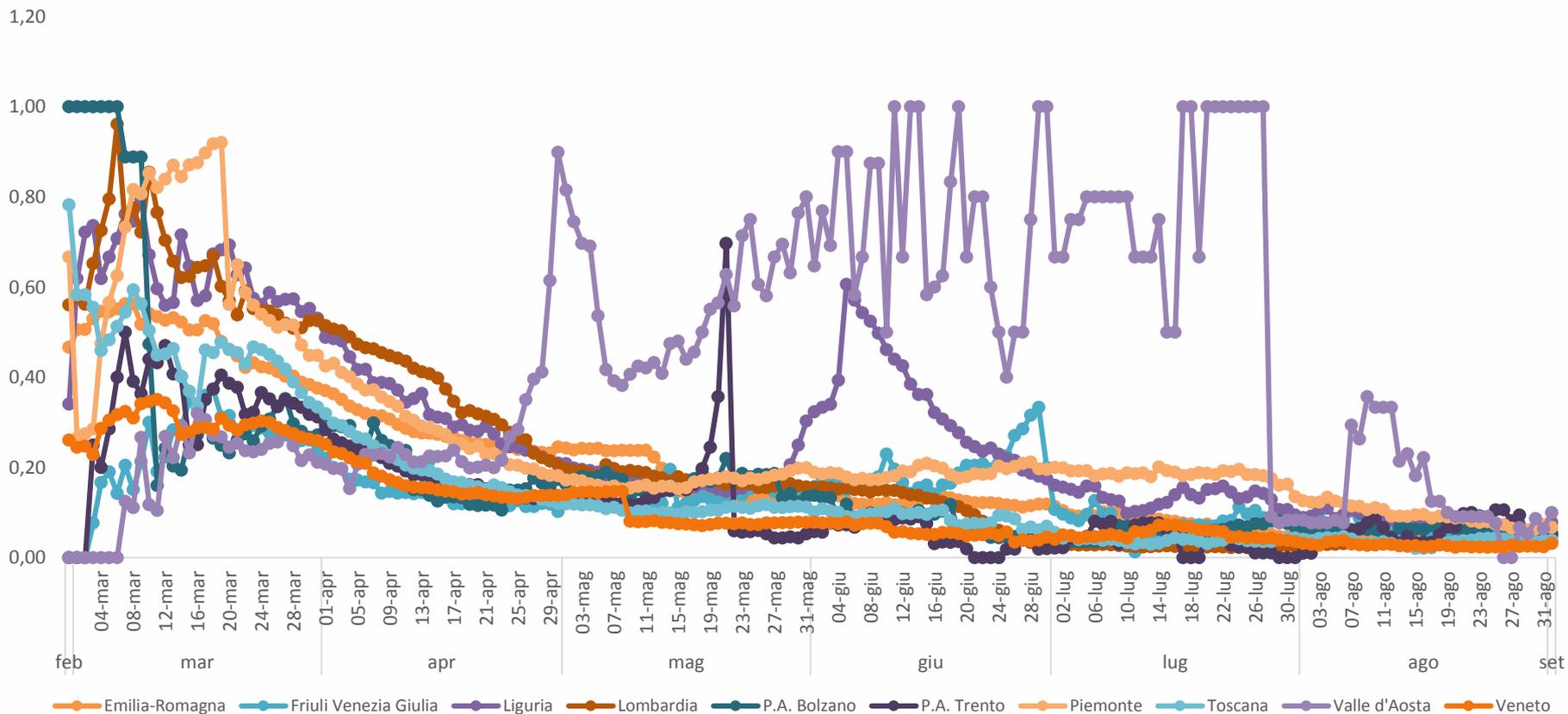
Indicatore 3.1. Ricoveri TI / Ricoveri Totali 25/8/2020 – 1/9/2020



Commento

La Sicilia rappresenta la regione che attualmente registra il rapporto più elevato tra ricoverati in terapia intensiva sui ricoverati totali (15,87%) seguita dal Trentino Alto Adige (14,29%). In media, in Italia, il 7,19% dei ricoverati per COVID-19 ricorre al setting assistenziale della terapia intensiva.

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

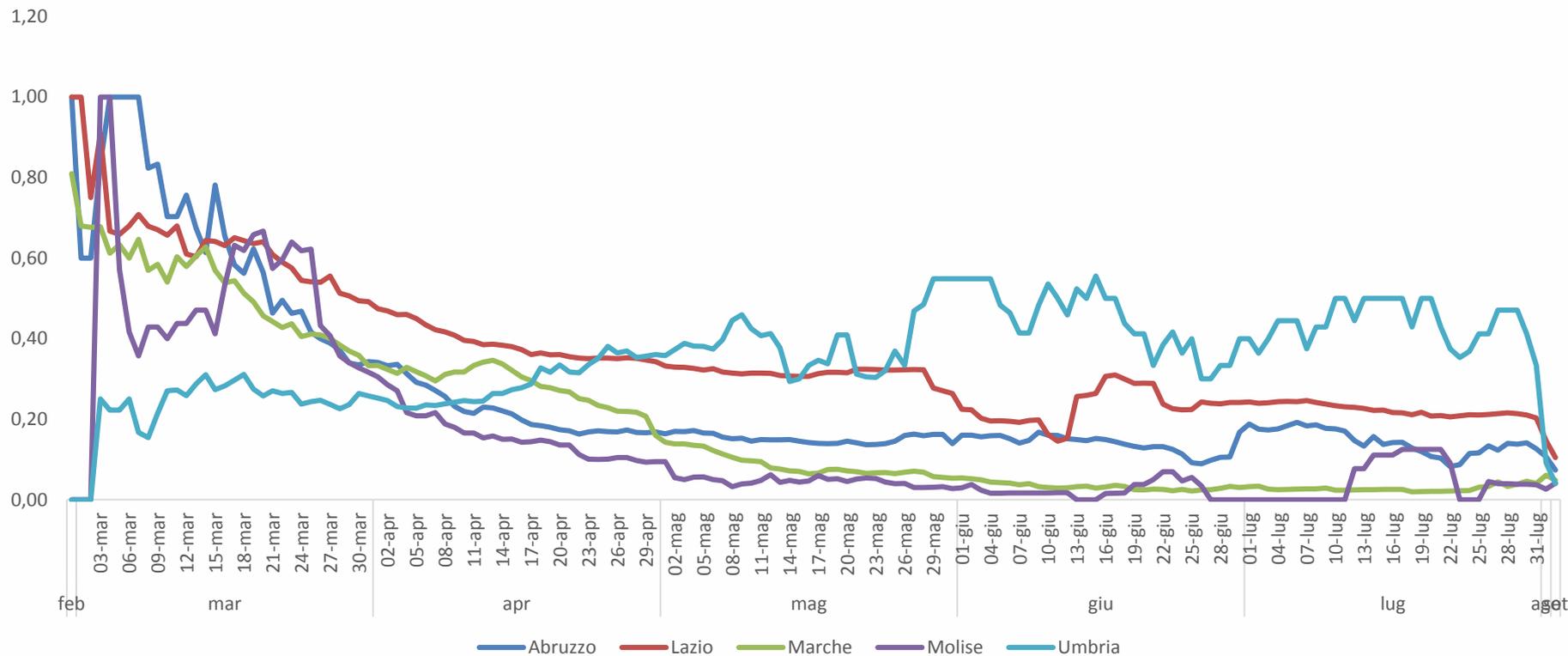


Data	Emilia-Romagna	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Lombardia	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Piemonte	Toscana	Valle d'Aosta	Veneto	Totale
Media	0,20	0,14	0,28	0,23	0,18	0,13	0,26	0,16	0,43	0,12	0,20
Max	0,56	0,37	0,79	0,96	1,00	0,70	0,92	0,78	1,00	0,35	0,75
Min	0,04	0,00	0,05	0,02	0,04	0,00	0,06	0,02	0,00	0,02	0,04
Deviazione standard	0,15	0,08	0,20	0,23	0,20	0,13	0,20	0,15	0,30	0,09	0,18
Varianza	0,02	0,01	0,04	0,05	0,04	0,02	0,04	0,02	0,09	0,01	0,03

Commento

L'andamento generale registra una decrescita nella totalità delle Regioni considerate. Si segnala un andamento anomalo in Val D'Aosta a partire dal 23 aprile dovuto presumibilmente ad una significativa riduzione dei casi positivi, nella P.A. di Trento a partire dal 18 Maggio e nella Liguria a partire dal 29 maggio.

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

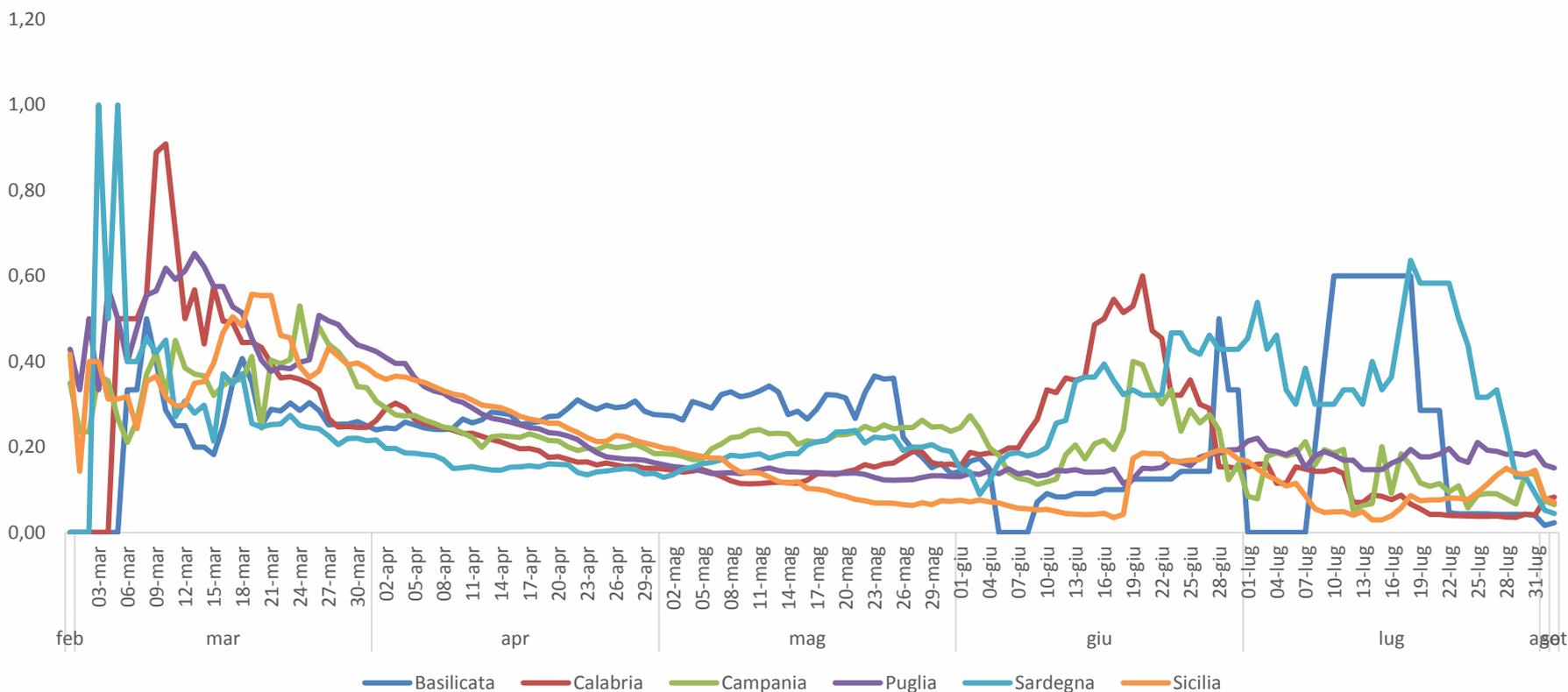


Data	Abruzzo	Lazio	Marche	Molise	Umbria	Totale
Media	0,26	0,36	0,19	0,15	0,35	0,28
Max	1,00	1,00	0,81	1,00	0,56	0,88
Min	0,07	0,10	0,02	0,00	0,00	0,09
Deviazione standard	0,22	0,17	0,20	0,20	0,11	0,15
Varianza	0,05	0,03	0,04	0,04	0,01	0,02

Commento

Si conferma in generale un trend decrescente eccezion fatta per la Regione Umbria dove viene registrato un andamento incrementale a partire dal 28 marzo. Tale trend altalenante caratterizza la Regione Umbria sino al 30 Giugno.

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

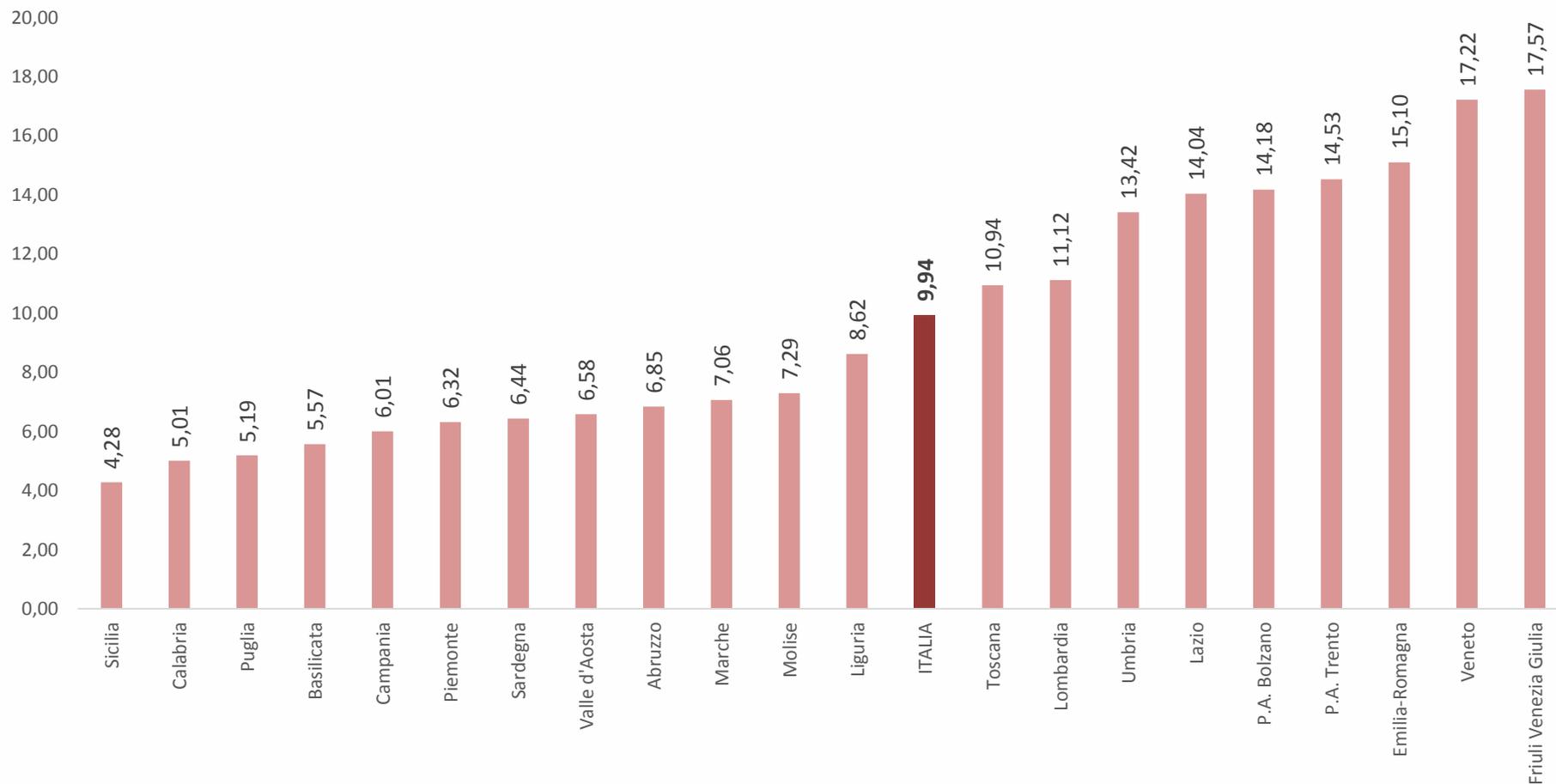


Data	Basilicata	Calabria	Campania	Puglia	Sardegna	Sicilia	Totale
Media	0,23	0,23	0,23	0,25	0,27	0,20	0,21
Max	0,60	0,91	0,53	0,65	1,00	0,56	0,45
Min	0,00	0,00	0,05	0,11	0,00	0,03	0,08
Deviazione standard	0,15	0,17	0,10	0,14	0,15	0,13	0,10
Varianza	0,02	0,03	0,01	0,02	0,02	0,02	0,01

Commento

L'andamento generale è in diminuzione nella totalità delle regioni del Sud e delle isole. La Basilicata registra un andamento stazionario a partire dal 21 aprile con un lieve incremento a partire dal 7 maggio. La Sardegna registra la decrescita maggiore nel periodo dal 1 marzo anche se a partire dal 4 giugno il trend risulta caratterizzato da un lieve aumento. Si registra un trend in leggero aumento a partire dal 8 giugno in alcune regioni del Sud Italia.

Indicatore 3.3. Tasso settimanale nuovi tamp. x 1.000 ab

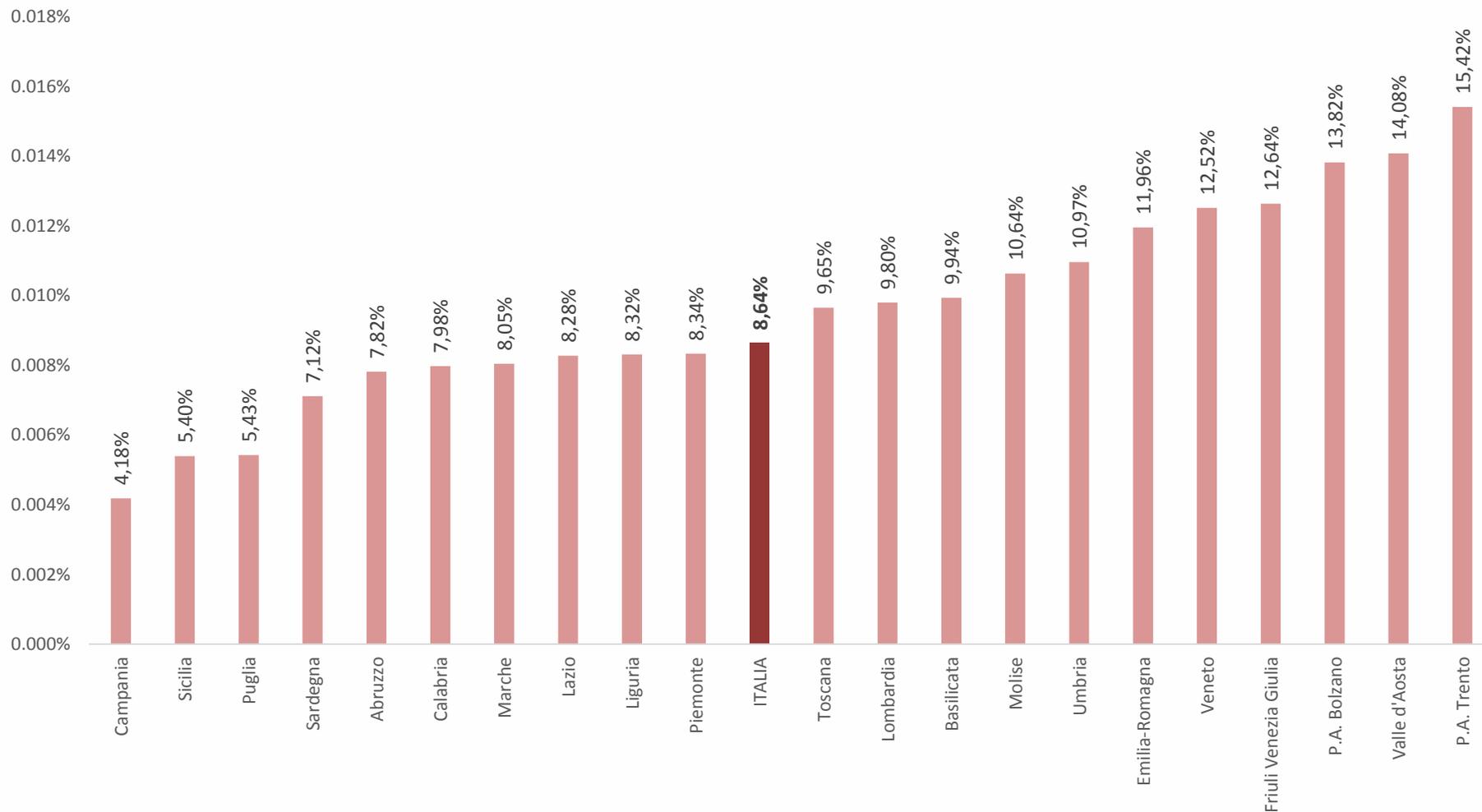


Commento

Relativamente al tasso settimanale di nuovi tamponi, i valori più alti vengono registrati nelle regioni del nord (Friuli Venezia Giulia, Veneto ed Emilia Romagna). Il valore più basso viene registrato nella Regione Sicilia (4,28). In media in Italia viene registrato un valore di 9,94 (la scorsa settimana era di 8,02) tamponi effettuati su 1.000 abitanti nella settimana dal 25/08/2020 al 01/09/2020.



Indicatore 3.4. Popolazione sottoposta al test su residenti

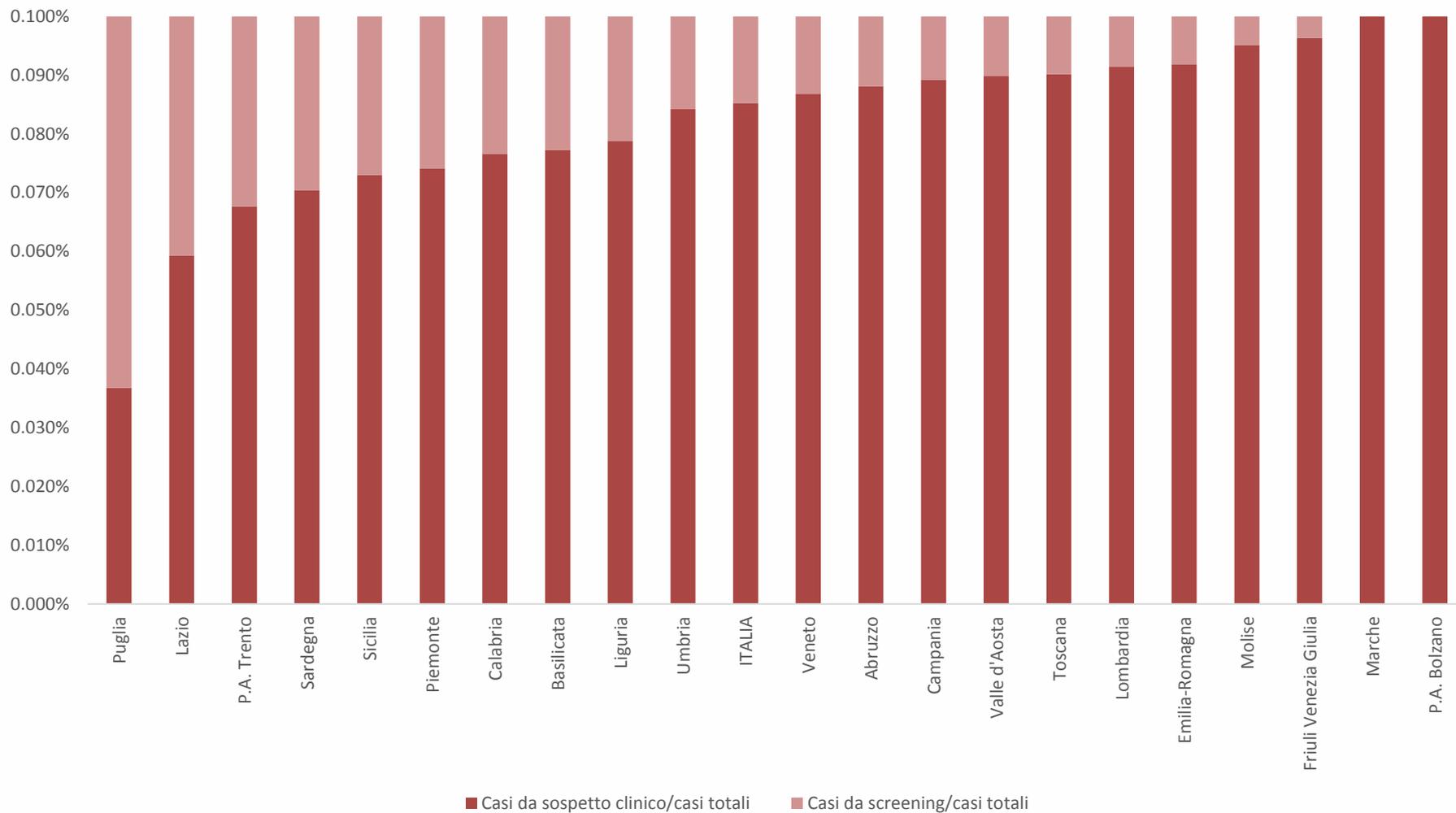


Commento

In termini di testati su residenti totali Trento, la Valle d'Aosta e Bolzano registrano i valori più elevati, rispettivamente 15,42%, 14,08% e 13,92%. In Italia i testati su residenti in media rappresentano il 8,64%.



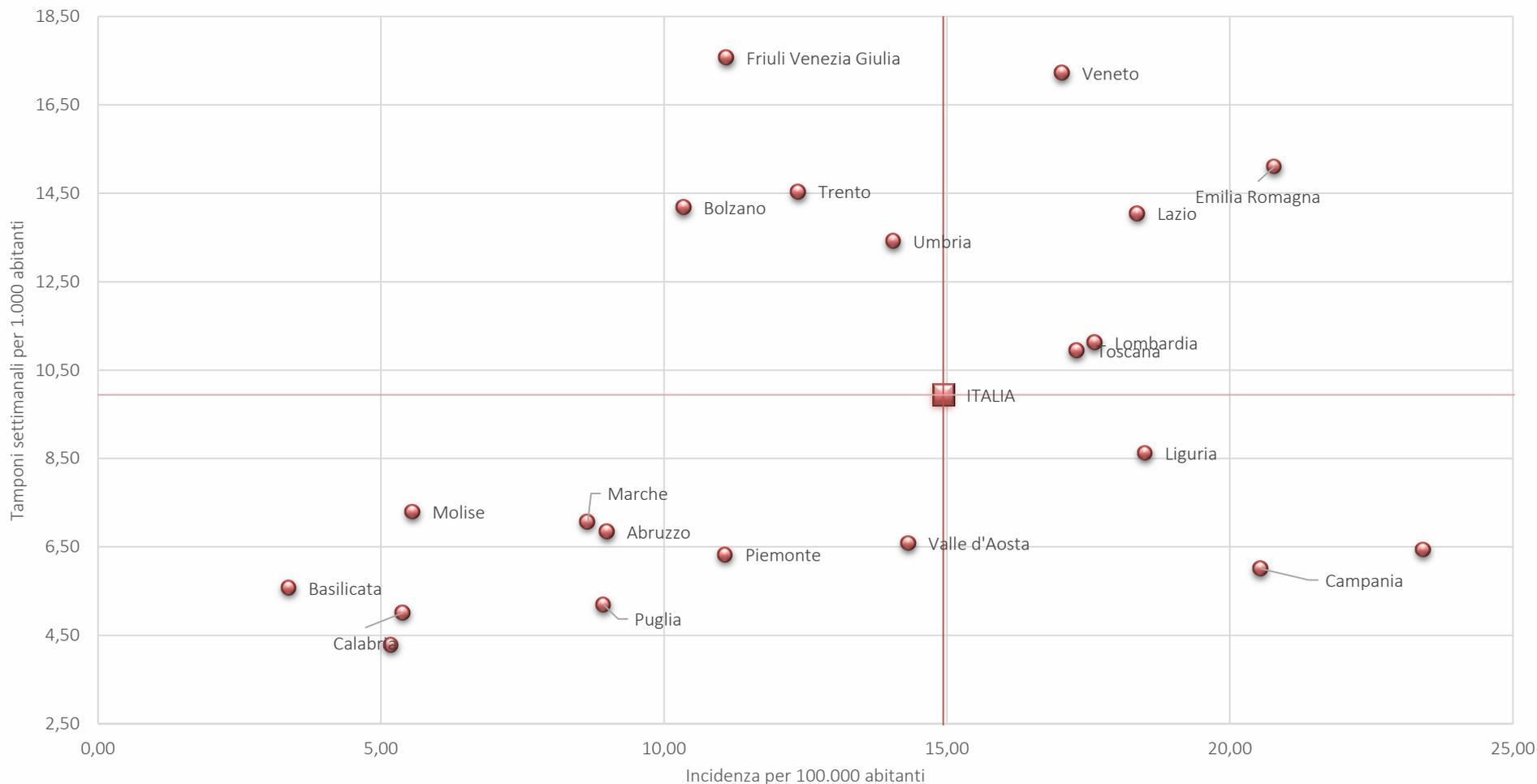
Indicatore 3.5. Casi da sospetto clinico/casi totali & Casi da screening/casi totali



Commento

Nella maggior parte delle Regioni solo una minoranza dei casi accertati di COVID-19 risulta diagnosticata a partire dai test di screening. La Puglia registra il valore più basso nella percentuale di casi totali diagnosticati a partire dal sospetto clinico (36,77%). Nella maggior parte delle Regioni la quasi totalità dei casi accertati di COVID-19 risulta diagnosticata a partire dal sospetto clinico.

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

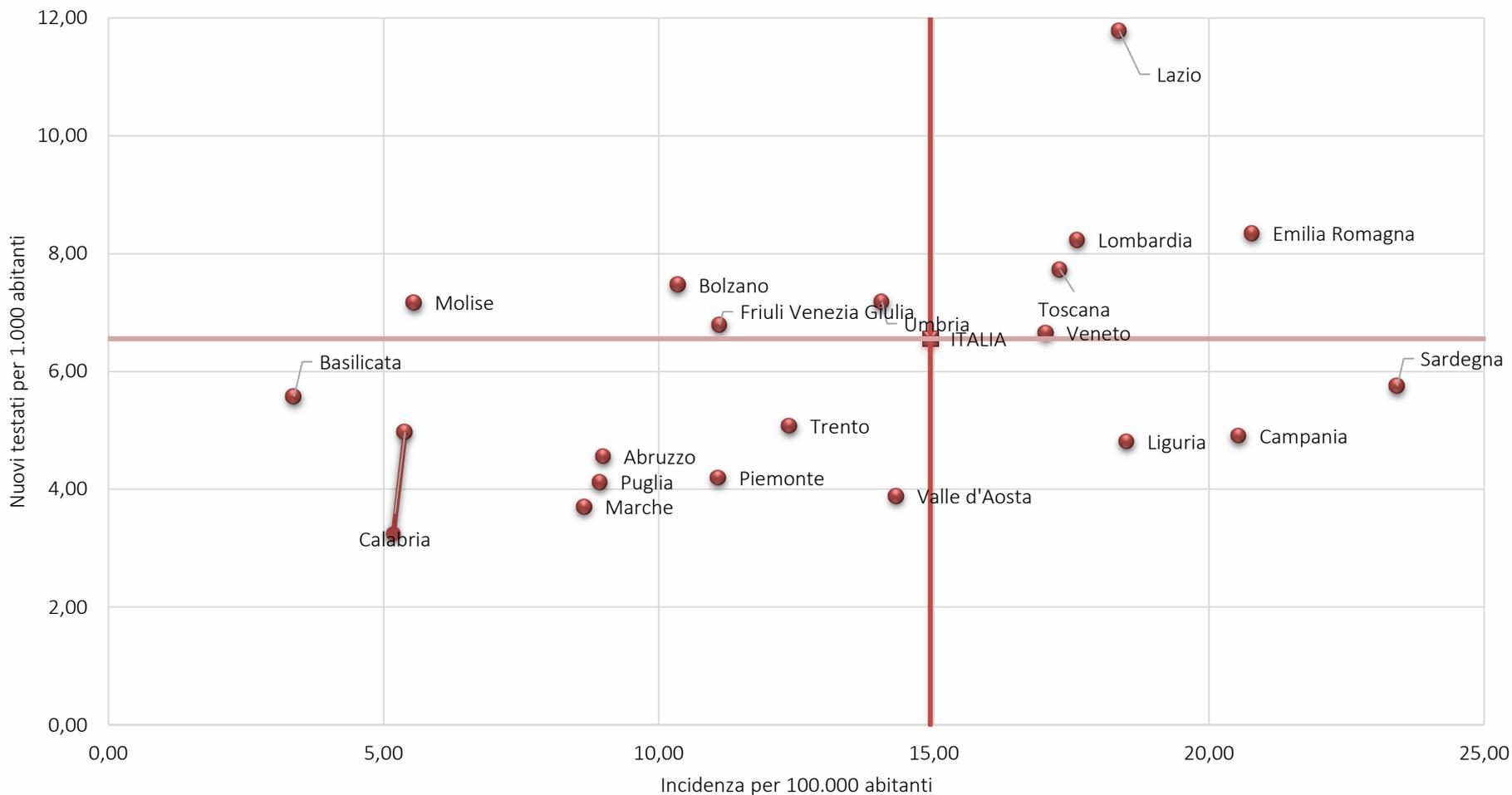


Commento

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



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



Commento

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



Indicatore 3.8. Impatto economico



Sintesi

Per fornire un quadro completo sull'impatto economico per il SSN dell'emergenza COVID-19 si rende necessario procedere per step successivi, per tener conto sia dell'evoluzione dell'assistenza fornita ai casi positivi nelle diverse fasi della pandemia, sia dei dati ufficiali a disposizione.

Il concetto di impatto economico viene indagato tanto con riferimento ai volume di ricoveri e alle giornate di terapia intensiva per COVID-19, quanto in termini di «ricoveri persi».

E' stata aggiornata l'**analisi di scenario** relativa ai costi per il trattamento dei casi positivi guariti e/o deceduti. Il primo scenario (scenario attuale o a regime, aggiornato con i dati del Bollettino del 21 luglio 2020) considera l'attuale distribuzione per gravità applicata ai casi guariti (dato del 17 luglio 2020). Il secondo scenario (scenario iniziale o estremo) tiene conto della distribuzione per gravità dei casi al 9 marzo 2020. Per i costi sono state considerate le tariffe DRG. Il «costo» stimato per il SSN dei casi (guariti o deceduti) nello scenario a regime raggiunge i € 657 milioni.

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

E' stata anche aggiornata la **stima dei costi per giornate in terapia intensiva**. Date le 186.077 giornate di degenza (al 21 luglio, dati Ministero della Salute) in terapia intensiva, ed assunto un costo giornaliero medio di € 1.425, il costo totale a livello nazionale si stima superi i € 265 milioni.

Si conferma l'analisi esplorativa già pubblicata relativa al **quadro pre-COVID 19** che evidenziava una «**perdita**» di ricoveri non-COVID oltre i € 3,3 miliardi. Partendo dai dati del Ministero della Salute 2018 relativi al totale dei ricoveri programmati annui, è stato calcolato il numero medio di ricoveri mensile. Per valorizzare i ricoveri non-COVID «persi» durante i primi **4 mesi** dall'inizio dell'emergenza.

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



Indicatore 3.8.1. Stima dell'onere per il SSN: dati ufficiali e stime



Ancora non sono stati diffusi i dati ufficiali di dettaglio in merito ai setting assistenziali coinvolti, all'intensità di cura e alla degenza ospedaliera sia per i soggetti guariti, sia per quelli deceduti. Quindi, per stimare l'impatto economico per il SSN si parte dal dato ISS relativo al totale guariti e deceduti e si tenta di affinare la stima utilizzando il dato, presente nel Bollettino settimanale dell'ISS «Epidemia COVID-19 - Aggiornamento nazionale», relativo alla distribuzione dei casi attualmente positivi» per livello di gravità clinica. Il dato riportato è riferito ad un campione nazionale, che all'aggiornamento del 14 luglio 2020 è pari a 13.621 (62,5% dei casi attualmente positivi). Di tale dato continua a non essere indagata, nel report, la distribuzione regionale.

Ci si limita a replicare l'analisi di scenario con i dati aggiornati. Il primo scenario (scenario attuale o a regime, aggiornato con i dati del Bollettino del 14 luglio 2020) considera l'attuale distribuzione per gravità applicata ai casi guariti (dato del 21 luglio 2020). Il secondo scenario (scenario iniziale o estremo) tiene conto della distribuzione per gravità dei casi al 9 marzo 2020. I risultati aggiornati mostrano:

- L'onore per il SSN risente notevolmente della gravità dei casi e dei setting assistenziali coinvolti;
- Bisogna porre attenzione all'evoluzione della distribuzione per gravità. L'**evoluzione dei livelli di gravità dal 30 giugno al 14 luglio** evidenzia un aumento della quota sia di casi severi da richiedere TI (dal 1.94% al 2.66%) sia di casi severi da richiedere ricovero (da 17.47% a 26.50%). Si osserva, inoltre, che allo scorso aggiornamento (30 giugno), la quota di casi la cui gravità non era stata specificata era il 3.29%. Quota parte di questi potrebbero essere guariti e/o essersi aggravati.
- L'aumento nel valore stimato nello scenario a regime è dovuto sia all'aumento dei guariti (+ 2.39%), sia all'aumento di onere stimato per il trattamento di casi severi da richiedere ricovero e/o TI.

Nota metodologica. Per la nota metodologica si rimanda [all'Instant Report 15](#). Per il calcolo dei costi per il SSN sono state effettuate assunzioni considerando i soli codici DRG riportate nella nota metodologica presente negli Instant Report 11-12. Le assunzioni fatte rimangono invariate. Inoltre, nell'[Instant Report 11](#) e [12](#) è stata maggiormente indagata l'evoluzione nel tempo della distribuzione per gravità dei pazienti.

	Scenario a regime %	Casi	Totale
Gravità			
Asintomatici	31.70%	62588	31,293,850 €
Paucisintomatici	10.18%	20104	20,104,016 €
Sintomi			
non specificato	0.00%	0	0 €
lievi	28.96%	57167	84,835,409 €
severi da richiedere ricovero	26.50%	52326	340,115,881 €
severi da richiedere TI	2.66%	5247	181,264,473 €
Totale Guariti	100.00%	197431	657,613,628 €
Decessi			
In ospedale	70.00%	24551	247,941,559 €
In RSA	25.00%	8768	na
A domicilio	5.00%	1754	1,753,650 €
Totale Decessi		35073	249,695,209 €
Totale complessivo			907,308,837 €

	Scenario estremo %	Casi	Totale
Gravità			
Asintomatici	9.80%	19351	9,675,426 €
Paucisintomatici	5.11%	10086	10,086,352 €
Sintomi			
non specificato	30.69%	60593	89,919,753 €
lievi	30.14%	59509	88,312,063 €
severi da richiedere ricovero	5.62%	11095	72,117,416 €
severi da richiedere TI	18.64%	36797	1,271,172,101 €
Totale Guariti	100.00%	197431	1,541,283,112 €
Decessi			
In ospedale	70.00%	24551	257,786,550 €
In RSA	25.00%	8768	na
A domicilio	5.00%	1754	1,753,650 €
Totale Decessi		35073	259,540,200 €
Totale complessivo			1,800,823,312 €

Indicatore 3.8.2. Costi per TI per i ricoveri COVID-19



	Giornate TI	Costo COVID-TI	% costo			
			21/07	07/07	02/06	25/05
Abruzzo	2678	3,816,150 €	1.44%	1.45%	1.45%	1.46%
Basilicata	570	812,250 €	0.31%	0.31%	0.31%	0.32%
Calabria	677	964,725 €	0.36%	0.37%	0.37%	0.38%
Campania	4473	6,374,025 €	2.40%	2.41%	2.45%	2.47%
Emilia-Romagna	19657	28,011,225 €	10.56%	10.54%	10.56%	10.49%
Friuli Venezia Giulia	1757	2,503,725 €	0.94%	0.95%	0.97%	0.98%
Lazio	10800	15,390,000 €	5.80%	5.75%	5.36%	5.22%
Liguria	7332	10,448,100 €	3.94%	3.96%	4.03%	4.06%
Lombardia	68192	97,173,600 €	36.65%	36.61%	36.48%	36.46%
Marche	6887	9,813,975 €	3.70%	3.71%	3.82%	3.85%
Molise	312	444,600 €	0.17%	0.17%	0.16%	0.16%
P.A. Bolzano	1964	2,798,700 €	1.06%	1.06%	1.07%	1.07%
P.A. Trento	2674	3,810,450 €	1.44%	1.44%	1.48%	1.50%
Piemonte	20993	29,915,025 €	11.28%	11.27%	11.21%	11.18%
Puglia	4102	5,845,350 €	2.20%	2.21%	2.25%	2.24%
Sardegna	1202	1,712,850 €	0.65%	0.65%	0.67%	0.67%
Sicilia	3090	4,403,250 €	1.66%	1.67%	1.64%	1.64%
Toscana	12983	18,500,775 €	6.98%	6.99%	7.01%	7.02%
Umbria	1778	2,533,650 €	0.96%	0.96%	0.97%	0.98%
Valle d'Aosta	728	1,037,400 €	0.39%	0.39%	0.41%	0.41%
Veneto	13228	18,849,900 €	7.11%	7.12%	7.34%	7.44%
Italia	186077	265,159,725 €	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Commento

Considerando 186.077 giornate di degenza (al 21 luglio, +0.44% rispetto al 07 giugno) in terapia intensiva, ad un costo giornaliero medio di € 1425 il costo totale a livello nazionale ammonterebbe a poco più di 265 milioni di €, di cui il 36,65% sostenuto in strutture ospedaliere della Lombardia.

E' confermato anche che:

- Il peso del Veneto in termini di giornate e costo di TI è diminuito rispetto ad inizio giugno (dal 7.44% al 7.11%) sul totale nazionale;
- Il peso del Lazio è, invece, aumentato passando dal 5.22% al 5.80%.

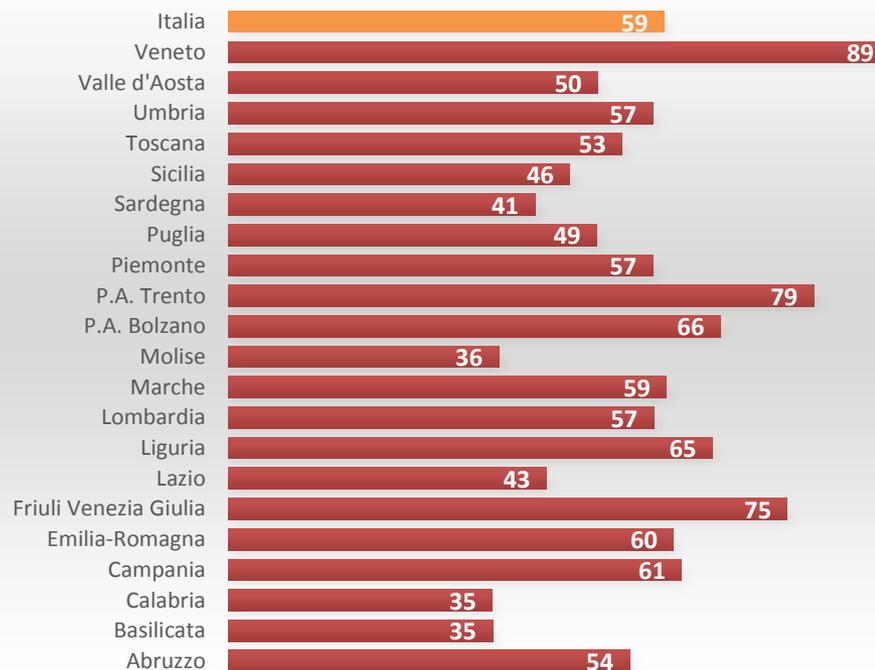


Indicatore 3.8.3. Costi dei tamponi



Regioni	Tamponi	Costo	Casi testati	Costo per caso testato
Abruzzo	159.429	5.580.015	103.603	54
Basilicata	57.324	2.006.340	56.534	35
Calabria	159.174	5.571.090	157.068	35
Campania	430.232	15.058.120	247.341	61
Emilia-Romagna	922.192	32.276.720	540.012	60
Friuli Venezia Giulia	332.115	11.624.025	154.882	75
Lazio	605.096	21.178.360	495.791	43
Liguria	241.801	8.463.035	130.214	65
Lombardia	1.630.115	57.054.025	998.868	57
Marche	207.827	7.273.945	123.648	59
Molise	34.047	1.191.645	32.812	36
P.A. Bolzano	139.688	4.889.080	74.019	66
P.A. Trento	188.091	6.583.185	83.762	79
Piemonte	597.168	20.900.880	366.797	57
Puglia	312.954	10.953.390	221.391	49
Sardegna	139.273	4.874.555	118.433	41
Sicilia	357.499	12.512.465	272.775	46
Toscana	552.076	19.322.660	365.415	53
Umbria	158.956	5.563.460	97.623	57
Valle d'Aosta	25.209	882.315	17.785	50
Veneto	1.578.602	55.251.070	622.175	89
Italia	8.828.868	309.010.380	5.280.948	59

Costo per caso testato



Commento

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

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



Indicatori 3.9. Soluzioni digitali



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

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



Indicatore 3.10. Livelli di assistenza per area terapeutica

Sintesi – risposta durante la Fase 1



	Cardiologia	Oncologia	Gastroenterologia	Trapianti e Donazioni	Malattie Rare
Approfondimento in:	Instant Report 9	Instant Report 10	Instant Report 13	Instant Report 11 Instant Report 16	Instant Report 12
Livelli	Nazionale, Regionale, Ospedale	Nazionale, Regionale, Ospedale	Nazionale, Regionale, Ospedale	Nazionale	Nazionale, EU
Volumi di attività	Contrazione significativa nel numero dei ricoveri per sindrome coronarica acuta con ripercussioni sul numero di PCI. La riduzione dei ricoveri per AMI è stata del 48.4% (CI 95% 44.6-52.5%).	Il 52% dei reparti ha avuto una contrazione dell'attività ambulatoriale . Il 30.4% dei dipartimenti ha riscontrato una contrazione complessiva dell'attività del 10-30%.	Solo il 2.5% delle divisioni di gastroenterologia ha proseguito l'attività senza cambiamenti. I centri che effettuano attività endoscopica nel 3.8% dei casi hanno sospeso le attività. Mentre il 66.7% registra una riduzione dei volumi di attività > 60%.	Dopo l'iniziale calo drastico nelle donazioni d'organi (-23.5%), lentamente ci si assiste ad un ritorno alla normalità (- 19.3% al 17 maggio). Si conferma più contenuto il calo nei trapianti (-16.9%) e la riduzione nel tasso di opposizione al prelievo (-4.5%). Analogo trend nei trapianti di cellule staminali (-5.41%), ma con un recupero da marzo ad aprile 2020 del + 22.38% .	Il 60% dei pazienti europei con malattie rare dichiara di non aver avuto accesso alle terapie mediche né a casa, né in ospedale. In Italia, il 37% dei pazienti riporta una sospensione delle terapie .
Tempi di attesa	Solo uno studio (nazionale) fornisce dei dati in merito alle tempistiche, per i pazienti STEMI, sia come giorni tra l'insorgenza dei sintomi e l'angiografia (+39.2%), sia tra il primo contatto con un operatore sanitario e l'intervento (+31.5%).	Il numero mediano di pazienti in lista di attesa è 20 (IQR 10-34). Per l'8% si prevede un allungamento dei tempi tra l'incontro pre operatorio col team multidisciplinare e l'intervento in mediana di 4 settimane. L'incontro dovrà essere ripetuto nel 2/3 dei casi.	Mancano indicazioni sui tempi di attività. Viene, però, riportato che l'impatto sulle liste di attesa per gli interventi chirurgici è notevole nel 40.7% dei casi e grave nel 29.6% dei casi.		Interruzioni, rinvii e cancellazioni di attività emergono lungo tutto il percorso dell'assistenza e hanno riguardato diversi livelli del SSN (MMG, specialisti, ospedali, assistenza psicologica etc) e dell'assistenza sociale.
Organizzazione	Nuove procedure operative; Diversa organizzazione dell'ospedale				
Risorse umane		Ridotte per nuove mansioni ed esposizione al rischio COVID-19			
Telemedicina		Esperienze che dimostrano il contributo per la continuità di cura	Menzionata		L'indagine EURORDIS conferma il ruolo della telemedicina nel supportare la continuità di cura.
Esiti	E' stato registrato un aumento nei decessi sia in valore assoluto (31 vs. 17) sia considerando il case fatality rate (13.7% vs. 4.1%).	NA	NA	NA	Il 30% dei pazienti ritiene che l'interruzione dell'assistenza possa aver messo a rischio la loro vita in maniera rilevante/definitiva (10% dei pazienti) o quantomeno probabile (20%).
Implicazioni per la Fase 2-3	Necessità di: <ul style="list-style-type: none"> • Continuare a garantire la costante sicurezza degli operatori, dei pazienti e dei carers • Iniziative per contenere l'impatto sugli esiti di salute • Strategie per recuperare le attività <i>sospese/rinviate</i> i cui volumi vengono evidenziati come problematici • Ridefinire le priorità per un ritorno graduale a regime garantendo percorsi clinici in sicurezza per i pazienti non-COVID • Definire chiaramente e in maniera condivisa il ruolo della telemedicina a regime • Prevedere l'adattamento delle strategie ed iniziative all'evoluzione della diffusione del COVID-19 				

Approfondimento
[Instant Report #17](#)



Indicatore 3.10. Livelli di assistenza per area terapeutica

Sintesi – proposte per la Fase 2



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



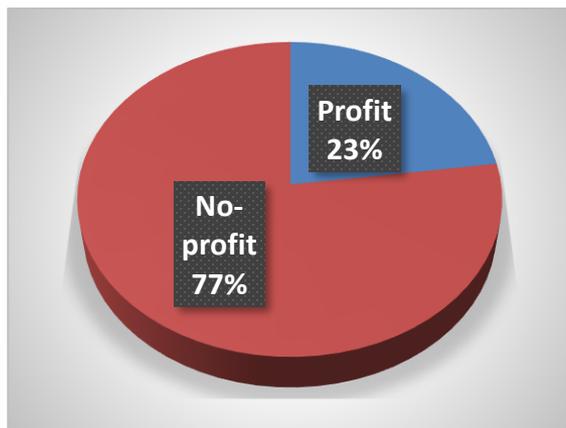
Indicatore 3.11. Sperimentazioni cliniche (1/2)



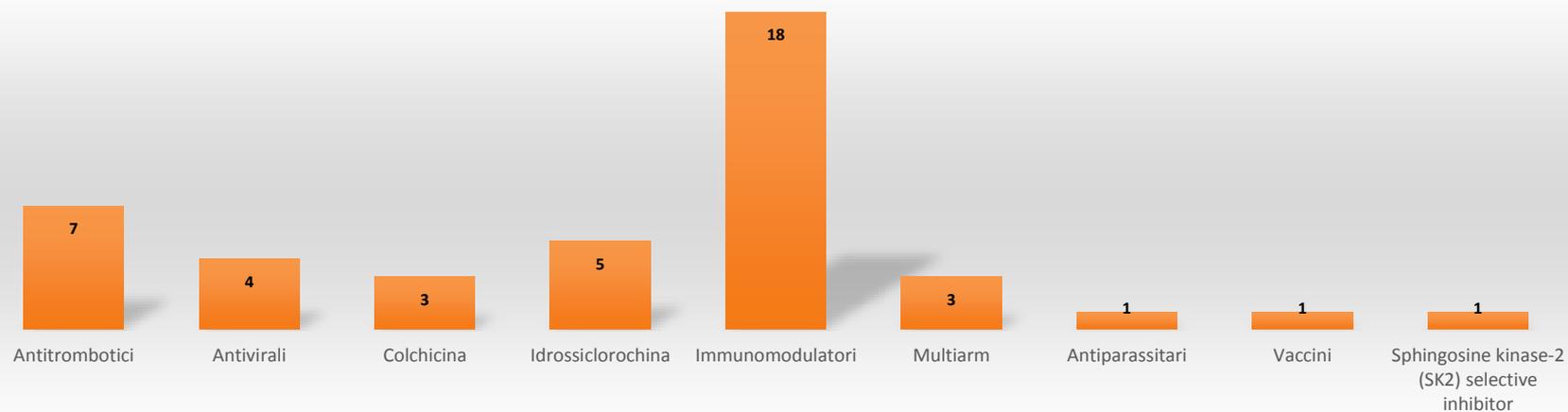
Studio clinico	Promotore (Profit, No-profit)	Data Parere Unico CE
FASE 1		
GS-US-540-5774 Study	Gilead Sciences, Inc	11/03/2020
GS-US-540-5773 Study	Gilead Sciences, Inc	11/03/2020
TOCID-19 (con RISULTATI)	Istituto Nazionale Tumori, IRCCS, Fondazione G. Pascale Napoli	18/03/2020
Sobi.IMMUNO-101	Sobi	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
BARICVID-19 STUDY	Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana	22/04/2020
INHIXACOV19	Università di Bologna	22/04/2020
COVID-SARI	ASST Fatebenefratelli Sacco	24/04/2020
REPAVID-19	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

Studio clinico	Promotore (Profit, No-profit)	Data Parere Unico CE
FASE 2		
AZI-RCT-COVID19	Università del Piemonte Orientale (UPO)	04/05/2020
HS216C17	ASST FATEBENEFRAPELLI SACCO	05/05/2020
FivroCov	Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma	05/05/2020
CAN-COVID	Novartis Research and Development	06/05/2020
COMBAT-19	IRCCS Ospedale San Raffaele – Milano	07/05/2020
PRECOV	IRCCS Ospedale San Raffaele – Milano	07/05/2020
ARCO-Home study	INMI "L. Spallanzani" - Roma	07/05/2020
DEF-IVID19	IRCCS Ospedale San Raffaele – Milano	08/05/2020
EMOS-COVID	ASST-FBF-SACCO	08/05/2020
STAUNCH-19	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	15/05/2020
TOFACOV-2	Ospedali Riuniti di Ancona	15/05/2020
CHOICE-19	Società Italiana di Reumatologia	19/05/2020
COVID-19 HD	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	22/05/2020
IVIG-H-Covid-19	AUO Policlinico Umberto I Roma	22/05/2020
ACE-ID-201-Acalabrutinib	Acerta Pharma BV	25/05/2020
COVER (COVid iVERmectin)	IRCCS Sacro Cuore Don Calabria. Negrar di Valpolicella (Verona)	01/06/2020
INTERCOP - Interferone-beta	IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano	25/06/2020
MiR-AGE - ABX464	ABIVAX	25/06/2020
RT-CoV-2: Vaccino ReiThera	REITHERA SRL	29/07/2020
GS-US-540-5823 - Remdesivir (12-18 anni)	Gilead Sciences, Inc	04/08/2020
ABC-110 - Opaganib	RedHill Biopharma Ltd	07/08/2020
COV-BARRIER - Baricitinib	Eli Lilly	17/08/2020

Indicatore 3.11. Sperimentazioni cliniche (2/2)



STUDI CLINICI AUTORIZZATI COVID-19 PER CATEGORIA



Indicatore 3.11.1. Programmi di uso compassionevole e altri aggiornamenti



Expanded Access Programme	Promotore	Data del Parere Unico dell'CE
Ruxolitinib	Novartis	26/03/2020
Canakinumab	Novartis	02/04/2020
Remdesivir	Gilead	07/04/2020
Solnatide	APEPTICO Forschung und Entwicklung GmbH	15/04/2020
Ribavirina per soluzione inalatoria	Bausch Health	24/04/2020

Azioni regolatorie nazionali

- [Gestione degli studi clinici](#) in Italia in corso di emergenza COVID-19
- [Studi clinici di Fase I](#) COVID-19: deroghe AIFA ai requisiti per l'attivazione dei centri
- [Comunicazione](#) della CTS AIFA relativa alla presentazione di nuove sperimentazioni cliniche in ambito COVID
- [Considerazione sulla definizione](#) di "standard of care" (SoC) negli studi clinici in pazienti COVID-19
- [Schede informative](#) sui farmaci utilizzati per emergenza COVID-19 e relative modalità di prescrizione
- [Raccomandazioni](#) sull'uso dei farmaci nella popolazione esposta al virus
- [Circolare](#) AIFA relativa alle procedure per la presentazione e l'approvazione per gli studi e i programmi di uso terapeutico compassionevole per l'emergenza da COVID-19
- [Rapporto sull'uso dei farmaci](#) durante l'epidemia COVID-19, realizzato grazie ai dati elaborati dall'OsMed dell'AIFA
- [Procedura](#) di richiesta per il farmaco [Veklury®](#) (remdesivir) - esclusivamente nell'ambito dell'[Emergency Support Instrument](#) (ESI)
- [Estensione di validità dei piani terapeutici](#) AIFA in tema di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19
- [Ristabilite le ordinarie modalità operative](#) dei Registri di monitoraggio AIFA dopo la fase di sospensione per emergenza epidemiologica da COVID-19

Indicatore 3.11.2. DRAFT landscape of COVID-19 candidate vaccines (phase 2 e 3)



COVID-19 Vaccine developer/ manufacturer	Vaccine platform	N° of doses	Timing of doses	Route of administration	Clinical Stage Phase 1	Clinical Stage Phase 1/2	Clinical Stage Phase 2	Clinical Stage Phase 3
University of Oxford/AstraZeneca	Non - Replicating Viral Vector	1		IM		PACTR202006922165132 2020-001072-15 Interim Report	2020-001228-32	ISRCTN89951424 NCT04516746
CanSino Biological Inc./Beijing Institute of Biotechnology	Non - Replicating Viral Vector	1		IM	ChiCTR2000030906 Study Report		ChiCTR2000031781 Study report	NCT04526990
Gamaleya Research Institute	Non - Replicating Viral Vector	2	0, 21 days	IM	NCT04436471 NCT04437875			NCT04530396
Sinovac	Inactivated	2	0, 14 days	IM	NCT04383574 NCT04352608			NCT04456595 669/UN6.KEP/EC/2020
Wuhan Institute of Biological Products/Sinopharm	Inactivated	2	0, 14 days or 0, 21 days	IM		ChiCTR2000031809 Interim Report		ChiCTR2000034780
Beijing Institute of Biological Products/Sinopharm	Inactivated	2	0, 14 days or 0, 21 days	IM		ChiCTR2000032459		ChiCTR2000034780
Moderna/NIAID	RNA	2	0, 28 days	IM	NCT04283461 Interim Report		NCT04405076	NCT04470427
BioNTech/Fosun Pharma/Pfizer	RNA	2	0, 28 days	IM		2020-001038-36 ChiCTR2000034825 Study Report		NCT04368728
Anhui Zhifei Longcom Biopharmaceutical/Institute of Microbiology, Chinese Academy of Sciences	Protein subunit	2 or 3	0, 28 days or 0, 28, 56 days	IM	NCT04445194		NCT04466085	
Curevac	RNA	2	0, 21 days	IM	NCT04449276		NCT04515147	

[Per i candidati vaccino COVID-19 in fase 1 e 1/2 consultare la pagina WHO](#)

Indicatore 3.12. Approfondimento sui test COVID-19



L'esecuzione di test per accertare la presenza del virus SARS-CoV-2, o la passata esposizione al virus, è un aspetto essenziale della lotta contro la pandemia di Covid-19 e la relativa crisi sanitaria pubblica.

È necessario eseguire con urgenza un maggior numero di test per controllare efficacemente la pandemia.

Per gestire efficacemente le diverse fasi della pandemia è fondamentale capire, in primo luogo, quali informazioni possano fornire i diversi test, vale a dire *qual è la destinazione d'uso di un dato test*, e, in secondo luogo, *il livello di prestazioni di un test*, vale a dire in che misura è in grado di prestarsi a detta destinazione d'uso [4].

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

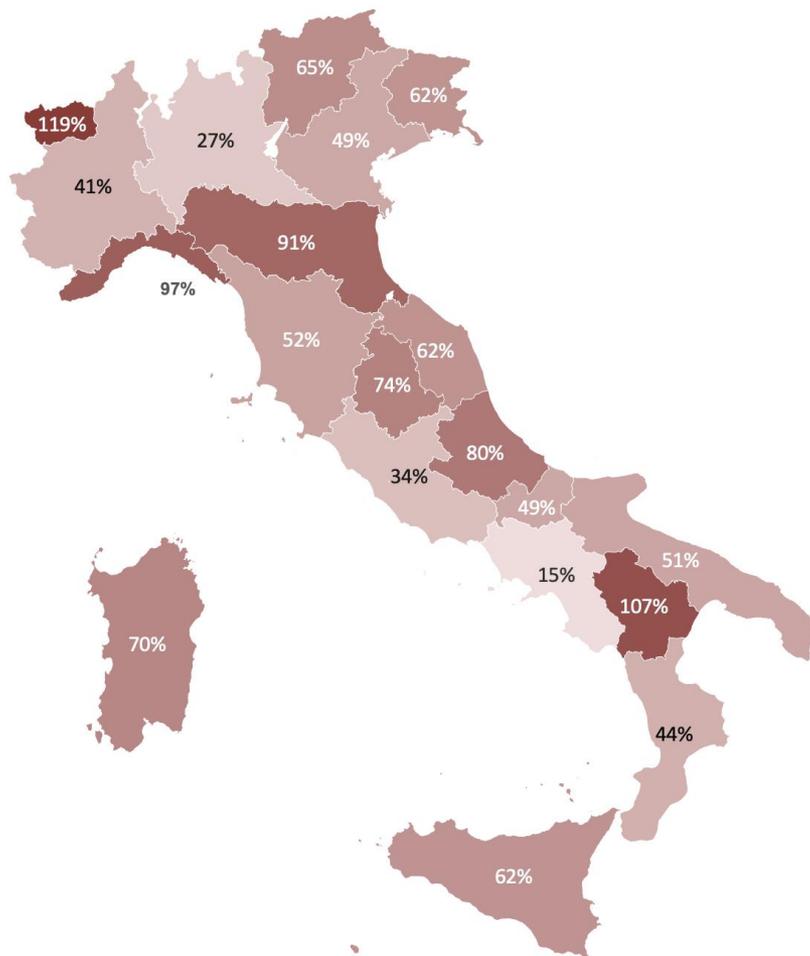
- a. *quelli che rilevano il virus SARS-CoV-2*: rilevano il materiale genetico virale (mediante reazione a catena della polimerasi-trascrittasi inversa, o RT-PCR) e, dall'altro, quelli che rilevano componenti del virus quali le proteine sulla sua superficie (test dell'antigene). ***I RT-PCR attualmente sono raccomandati dall'OMS e dal Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) per la diagnosi della Covid-19***
- b. *quelli che rilevano la passata esposizione al virus* (più in particolare la risposta immunitaria del corpo umano all'infezione): test sierologici

Fonti di approfondimento per la costruzione dell'indicatore 'Test COVID-19'

1. FDA (USA) [Emergency Use Authorisation](#) (**CONSULTARE IL LINK sui test autorizzati**)
2. [ECDC](#), European Centre for Disease Prevention and Control
3. [EC](#) - Current performance of COVID-19 test methods and devices and proposed performance criteria - Working document of Commission services
4. [EC](#) - COMUNICAZIONE DELLA COMMISSIONE Orientamenti riguardanti i test diagnostici in vitro per la Covid-19 e le relative prestazioni
5. WHO [FIND](#) Independent test evaluation che traccia i test nei vari status (**CONSULTARE IL LINK su quelli autorizzati e in fase di sviluppo**)
 - o **EUA**: Emergency Use Authorization - **HSA**: Health & Safety/Sciences Authority - **MFDS**: Ministry of Food & Drug Safety - **MHRA**: Medicines & Health Care Products Regulatory Agency - **NRA**: National Regulatory Authority - **RUO**: Research Use Only - **TGA**: Therapeutic Goods Administration - **WHO EUL**: World Health Organization Emergency Use Listing Procedure
6. [Circolare del Ministero della Salute](#)
7. [Gara](#) Acquisizione di kit, reagenti e consumabili per l'effettuazione di 150.000 test sierologici
8. [Indagine sierologica COVID-19 al livello nazionale](#) in collaborazione con la Croce Rossa Italiana



Indicatore 3.13. Tasso di Copertura delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale x 50.000 ab.



Commento

Il Decreto Legge 9 marzo 2020 art 14, prevede l'attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale – USCA nella misura di una ogni 50.000 abitanti e con il mandato di gestire in assistenza domiciliare i pazienti che non necessitano di ricovero. Il cartogramma mostra i dati al 21 luglio 2020, e conferma il trend di crescita del tasso di copertura che si attesta al **49%** della popolazione, rimasto invariato rispetto l'ultimo aggiornamento del 14 luglio 2020.

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

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

Tasso di copertura Italia = 49%

Approfondimento
[Instant Report #17](#)



Analisi a livello aziendale

(Voci dal campo e buone pratiche)





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

I processi decisionali al tempo del Covid-19

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

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

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

Hub per le reti tempo-dipendenti e di alta specialità

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

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

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

La Centrale Coordinamento Emergenza Covid-19

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

Pratiche di gestione strategica nello spegnimento del focolaio di Medicina



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

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

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

Vivere e lavorare post Covid-19

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'esperienza dell'ospedale Covid Gemelli



Voci dal campo: overview



Conessioni e supporti per la comunicazione digitale

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



Indicatore 4.2. Conessioni e supporti per la comunicazione digitale



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

Approfondimento
[Instant Report #13](#)

Commento

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





Analisi della programmazione vaccinale

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

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

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

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

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

Approfondimento
[Instant Report #17](#)





Analisi dei profili regionali

A seguito del DPCM del 26 aprile e con il superamento della Fase I dell'epidemia, si continuano ad adoperare i dati pubblicati giornalmente dalla Protezione Civile per seguire l'andamento epidemiologico nelle varie Regioni; i modelli di risposta all'emergenza nelle varie Regioni vengono caratterizzate secondo le dimensioni di *preparedness* e *responsiveness*, valutando rispettivamente la predisposizione di Piani Pandemici o Piani Emergenziali da parte delle Regioni e la programmazione sanitaria regionale Covid-correlata (compresa la programmazione in ambito vaccinale), con un focus specifico sulla produzione di linee di indirizzo relative al processo assistenziale del paziente Covid.

L'indagine di sieroprevalenza nazionale è iniziata in data 25 maggio. I dati rilevati dalle indagini delle singole regioni non sono ad oggi pubblici, per cui i dati sulla prevalenza territoriale di malattia sono da riferirsi solo ai tamponi risultati positivi secondo quanto comunicato dalla Protezione Civile.

Approfondimento
[Instant Report #17](#)





Appendice Metodologica

Approfondimento
[Instant Report #14](#)



Chi Siamo



ALTEMS è una delle 8 Alte Scuole dell'Università Cattolica del S. Cuore dedicate al perseguimento della «terza missione» dell'istituzione fondata a Milano da Padre Agostino Gemelli nel 1921.

Istituita nel 2009 presso la sede di Roma, per iniziativa della Facoltà di Economia, collabora strettamente con la Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli». ALTEMS raccoglie l'esperienza maturata dall'Ateneo che già nei primi anni '90 ha avviato programmi di ricerca e formazione sull'economia e il management in sanità.

Questo lavoro nasce dalla collaborazione tra i docenti e i ricercatori di ALTEMS, *Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (Facoltà di Economia)* e docenti, ricercatori e medici in specializzazione della *Sezione di Igiene - Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica della Facoltà di Medicina e Chirurgia «A. Gemelli»* presso la Sede di Roma dell'Università Cattolica del Sacro Cuore.

A partire dal Report#4, il gruppo di lavoro si è arricchito della collaborazione dei colleghi dell'Università della Magna Graecia, del Centro di Ricerca e Studi in Management Sanitario (CERISMAS) e del Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina dell'Università Cattolica.



Gruppo di Lavoro Covid19

Americo Cicchetti, Professore di Organizzazione Aziendale, Facoltà di Economia (*Coordinatore*)

Gianfranco Damiani, Professore di Igiene, Facoltà di Medicina e Chirurgia (*Scientific Advisor*)

Maria Lucia Specchia, Ricercatore di Igiene, Facoltà di Medicina e Chirurgia (*Scientific Advisor*)

Eugenio Anessi Pessina, Professore di Economia Aziendale, Facoltà di Economia Direttore CERISMAS (*Scientific Advisor*)

Rocco Reina, Professore di Organizzazione Aziendale, Università Magna Graecia

Michele Basile, Ricercatore ALTEMS

Rossella Di Bidino, Docente ALTEMS, Fondazione Policlinico «A. Gemelli», Irccs

Eugenio Di Brino, Ricercatore ALTEMS

Maria Giovanna Di Paolo, Ricercatore ALTEMS

Andrea di Pilla, Medico di Sanità Pubblica in Formazione

Fabrizio M. Ferrara, Ricercatore ALTEMS

Luca Giorgio, Ricercatore ALTEMS e Università di Bologna

Maria Teresa Riccardi, Medico di Sanità Pubblica in Formazione

Filippo Rumi, Ricercatore ALTEMS

Martina Sapienza, Medico di Sanità Pubblica in Formazione

Andrea Silenzi, Medico di Sanità Pubblica

Angelo Tattoli, Ricercatore ALTEMS

Entela Xoxi, Ricercatore ALTEMS



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Contatti:

americo.cicchetti@unicatt.it

Special Credits



Il presente lavoro ha beneficiato di un progressivo allargamento della base delle competenze. Un contributo per l'analisi del contesto delle regioni del sud del paese proviene dal Gruppo di Organizzazione Aziendale del Dipartimento di Giurisprudenza Economia e Sociologia dell'Università Magna Græcia di Catanzaro. La collaborazione sul piano metodologico e di prospettiva ha permesso ai gruppi di ricerca di ritrovare le sinergie idonee a mettere a sistema il set di competenze di area organizzativa e medico-scientifica per approfondire le dinamiche presenti nell'ipotesi epidemiologica in atto e analizzare i meccanismi di risposta attivati a livello territoriale per affrontare la situazione contingente. Lo studio è stata peraltro corroborato dai confronti attivati con i gruppi di lavoro presenti nelle Regioni oggetto di report, delle Università della Basilicata, di Foggia, di Palermo, Bari, Salerno e Cagliari. Il presente lavoro rappresenta pertanto un primo step operativo, rispetto ad un processo di analisi che seguirà l'evolversi delle dinamiche del fenomeno in atto.

Gruppo di Organizzazione Aziendale

Rocco Reina, Marzia Ventura, Concetta Lucia Cristofaro, Walter Vesperi, Anna Maria Melina, Teresa Gentile, ricercatori della Cattedra di Organizzazione Aziendale e Gestione Risorse Umane, Università Magna Græcia di Catanzaro.

In collaborazione con i gruppi di lavoro di:

Giovanni Schiuma, Ingegneria Gestionale, Università della Basilicata;

Primiano Di Nauta, Organizzazione Aziendale, Università di Foggia;

Raimondo Ingrassia, Organizzazione Aziendale, Università di Palermo

Paola Adinolfi, Organizzazione Aziendale, Università di Salerno

Chiara di Guardo, Organizzazione Aziendale, Università di Cagliari

