

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#35: **14 Gennaio 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



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

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: 9 – 15 DICEMBRE 2020

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: 05 – 11 GENNAIO 2021

2.3. PREVALENZA PUNTUALE 04/01/2021 E 11/01/2021

2.4. PREVALENZA PERIODALE 17 OTTOBRE – 15 NOVEMBRE E DEL 16 NOVEMBRE – 15 DICEMBRE (PER 100.000 ABITANTI)

2.5. LETALITÀ GREZZA APPARENTE (‰) DEL COVID-19 NELLE REGIONI ITALIANE: 5 - 11 GENNAIO 2021

2.6. MORTALITÀ COVID-19 NELLE REGIONI ITALIANE (PER 100.000 AB): SETTIMANA 05 – 11 GENNAIO 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): 5 – 11 GENNAIO 2021

2.10. ANDAMENTO DELL'ETÀ DEI CASI

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

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 4/01/2021 E 11/01/2021

3.4. PAZIENTI RICOVERATI IN TI/POSITIVI

3.5. RELAZIONE TRA INCIDENZA PER 100.000 ABITANTI E N°TAMPONI EFFETTUATI 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 ALL' 11 GENNAIO

3.16. CONFRONTO TRA PL TI E NUMERO DI ANESTESISTI

3.17. TASSO DI SATURAZIONE DEI PL DI TERAPIA INTENSIVA AL 11 GENNAIO 2021

3.18. TASSO DI SATURAZIONE DELLA CAPACITÀ AGGIUNTIVA DI PL DI TERAPIA INTENSIVA AL 11 GENNAIO 2021

3.19. TASSO DI SATURAZIONE DEI POSTI LETTO IN AREA NON CRITICA AL 11 GENNAIO 2021

3.20. TASSI DI SATURAZIONE DEI POSTI LETTO IN TERAPIA INTENSIVA E DI AREA NON CRITICA AL 11 GENNAIO 2021

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

3.22. ACQUISIZIONE DI NUOVO PERSONALE MEDICO

3.23. DISPONIBILITÀ DI POSTI IN STRUTTURE INTERMEDIE

3.24. NUMERO MEDIO DI VACCINAZIONI PER PUNTO DI SOMMINISTRAZIONE AL 11 GENNAIO 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 5-12 GENNAIO 2021

3.29. DOSI CONSEGNATE/POPOLAZIONE RESIDENTE (PER 10.000 ABITANTI)* 12 GENNAIO 2021

3.30. DOSI SOMMINISTRATE/POPOLAZIONE RESIDENTE > 80 ANNI (PER 1.000 ABITANTI)* - 12 GENNAIO 2021

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

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 che al 11 Gennaio 2021 registra lo 0,97% dei positivi sul territorio nazionale e il 3,84% dei casi rispetto alla popolazione generale. La percentuale di popolazione nazionale deceduta è pari allo 0,13%: sono 79.203 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 **11 Gennaio** [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	<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	Dpcm 1 marzo 2020 «Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19» Dpcm 4 marzo 2020 «Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale.	<ul style="list-style-type: none">➤ Attivazione modello di cooperazione interregionale➤ Incremento della disponibilità dei posti letto, + 50% in terapia intensiva➤ Coordinamento trasporti regionali ed interregionali (CROSS)➤ Incremento del 100% dei posti letto in unità di pneumologia e malattie infettive, isolati e dotati di strumenti per il supporto alla respirazione (compresa ventilazione assistita)➤ Identificazione COVID Hospital➤ Sospensione delle attività didattiche di scuole di ogni grado e università
9 marzo 2020	Decreto legge 9 marzo 2020, n. 14 «Disposizioni urgenti per potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19	<ul style="list-style-type: none">➤ Potenziamento delle risorse umane SSN;➤ Potenziamento delle reti assistenziali (attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale - USCA)
11 Marzo 2020	Dpcm 11 marzo 2020 «Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale»	<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 2020
14 Agosto 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;
13 Ottobre 2020	DPCM del 13 ottobre 2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19».	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19».	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inserimento delle regioni in tre livelli soglia definiti "giallo", "arancione" e "rosso» (ordinati in base alla gravità e alle relative restrizioni).

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

Fonte: Garante per la protezione dei dati personali



Contesto normativo (4/5):

Indirizzi clinico organizzativi - Livello nazionale (1/2)



Data	Ente	Provvedimento	Sintesi dei contenuti
29 Febbraio 2020	MdS	Circolare del Ministero della Salute del 29/02/2020 - Linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da Covid-19	<ul style="list-style-type: none">➤ 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 (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	<u>Circolare</u> del 01 giugno 2020 - Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19	➤ Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19.
11 agosto 2020	MdS	Circolare dell'11 agosto 2020 - Elementi di preparazione e risposta a COVID-19 nella stagione autunno-invernale	➤ Supporto alla verifica dello stato di preparazione dei sistemi sanitari nelle Regioni/PPAA al fine di poter fronteggiare in modo ottimale un eventuale aumento nel numero di nuove infezioni da SARS-CoV-2 nella stagione autunno-inverno 2020-2021



Appendice 1: fonte delle informazioni



<p>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 al 30 dicembre 2020*



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



Instant Report
#34



Instant Report
comparazione
2 ondate



Instant Report
#35

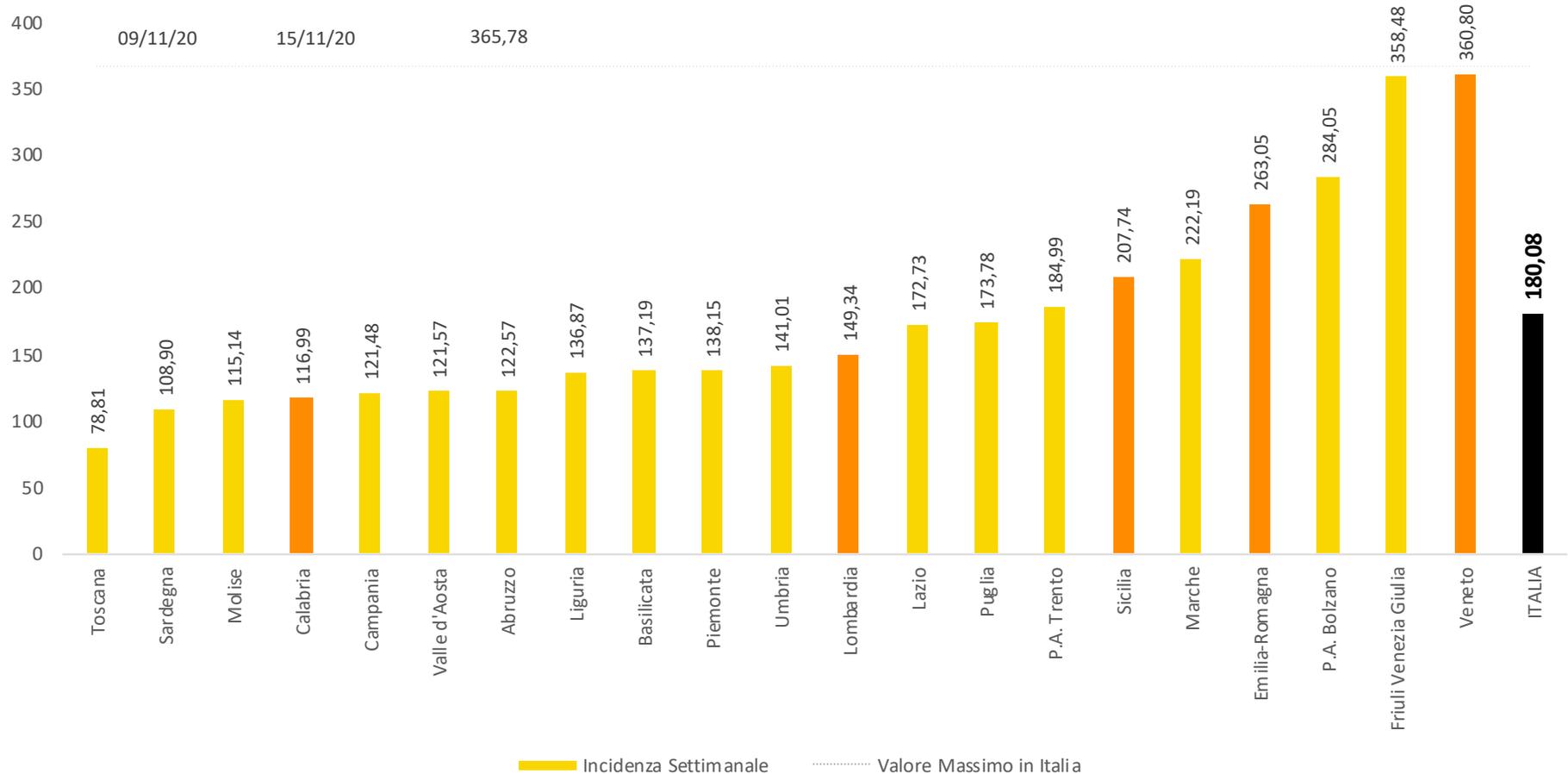




Indicatori di monitoraggio del contagio



Indicatore 1.1. Incidenza settimanale x 100.000 abitanti: 4 gennaio – 11 gennaio 2021



Commento

Il grafico mostra tutte le Regioni italiane in ordine crescente di incidenza settimanale nei 7 giorni tra il 4 e l'11 gennaio 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 nuovamente un aumento dell'incidenza settimanale, registrando un valore nazionale pari a 180 ogni 100.000 residenti.**



Indicatore 1.2. Andamento attualmente positivi: 4 gennaio – 11 gennaio 2021



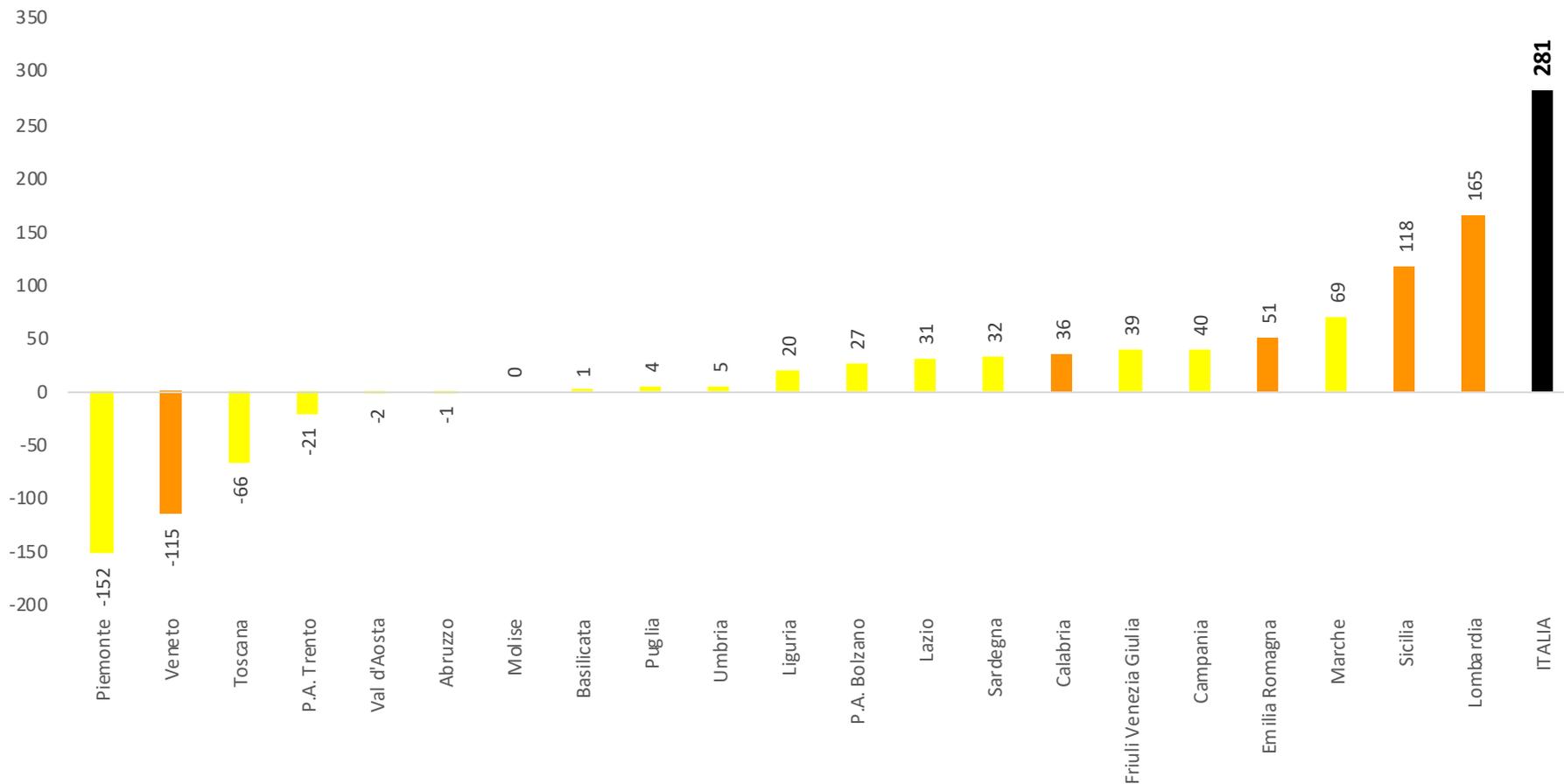
Media	325
Min	-6.688
Max	5.393
Dev-St	2.564

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 nella Regione Sicilia (5.393).



Indicatore 1.3. Andamento ospedalizzati: 4 gennaio – 11 gennaio 2021



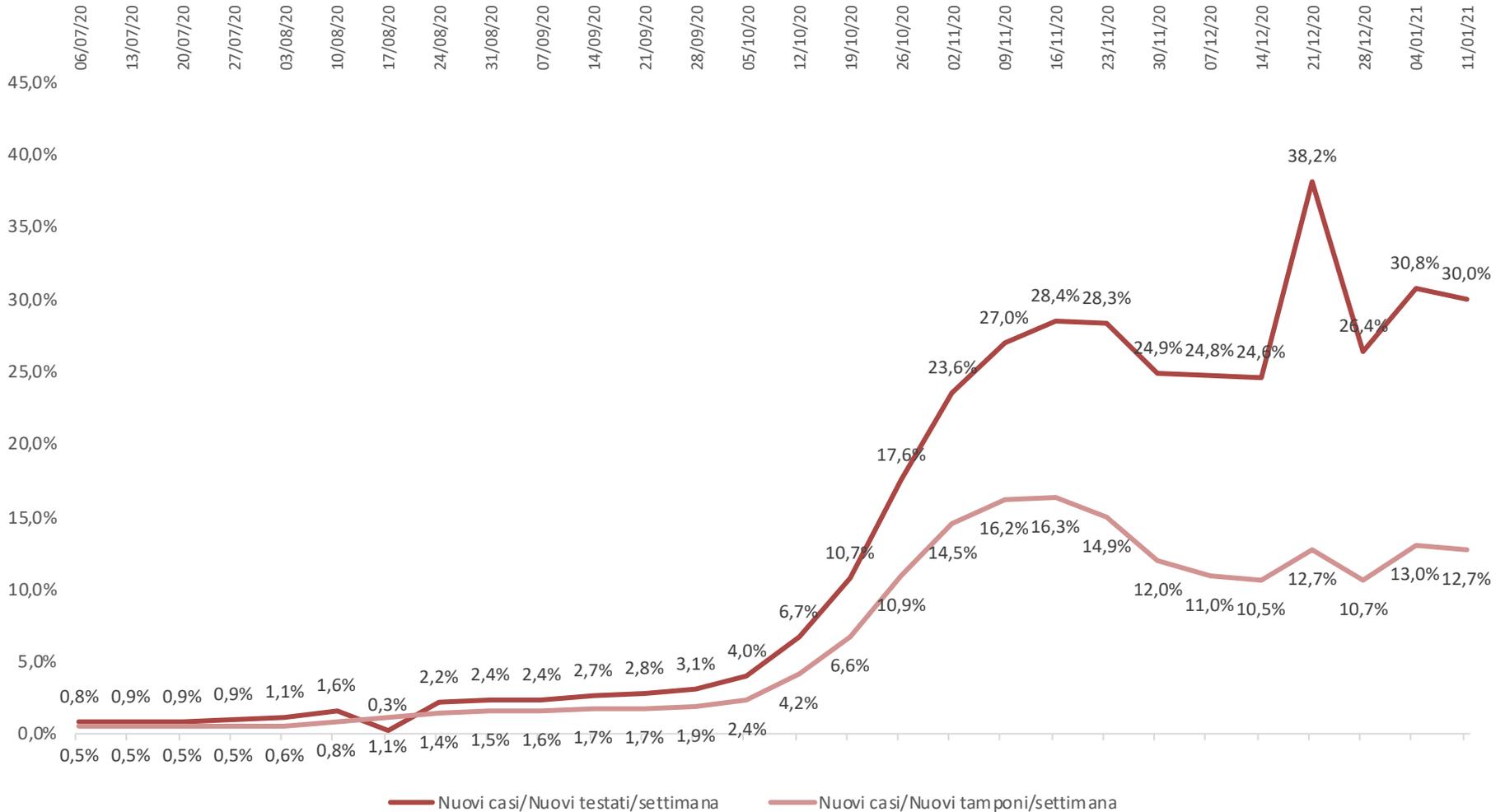
Media	13
Min	-152
Max	165
Dev-St	68,36

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 Lombardia (+165). La media nazionale registra un numero di casi ospedalizzati in aumento (281). Dall'analisi di questo indicatore e di quello degli attualmente positivi risulta un numero di casi ospedalizzati in aumento.



Indicatore 1.4. Positività al test: 4 gennaio – 11 gennaio 2021



Commento

L'indice di positività rispetto ai soggetti sani registra un valore massimo del 65,54% in Veneto e del 48,39% nella P.A. di Trento. In Italia l'indice di positività al test è pari al 29,99%: **risulta positivo, dunque, circa 1 paziente su 3 nuovi soggetti testati. In discesa il valore nazionale rispetto all'ultima settimana analizzata, passando dal 30,79% a 29,99%.**

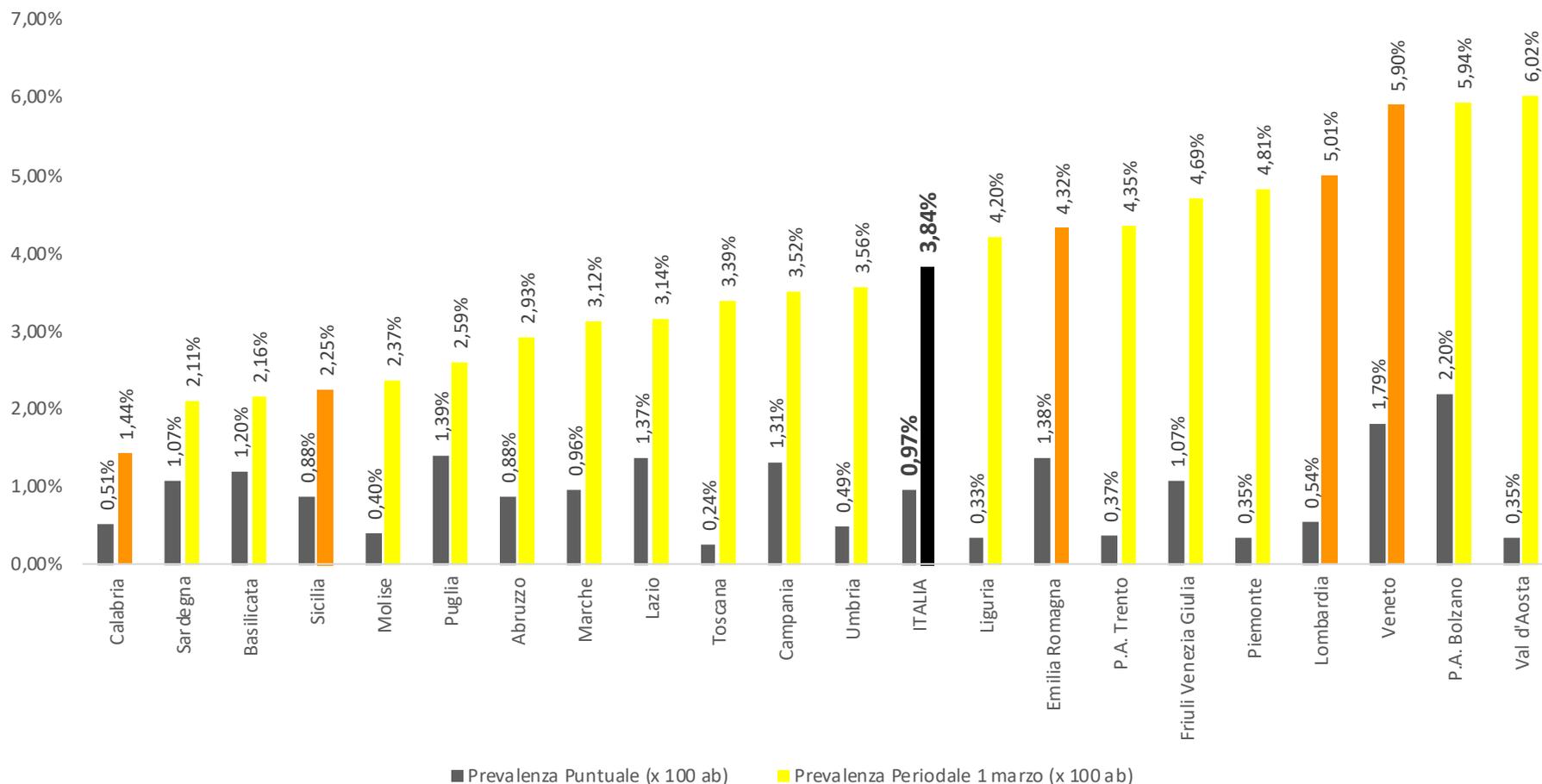




Indicatori epidemiologici



Indicatore 2.1. Prevalenza Periodale* e Prevalenza Puntuale

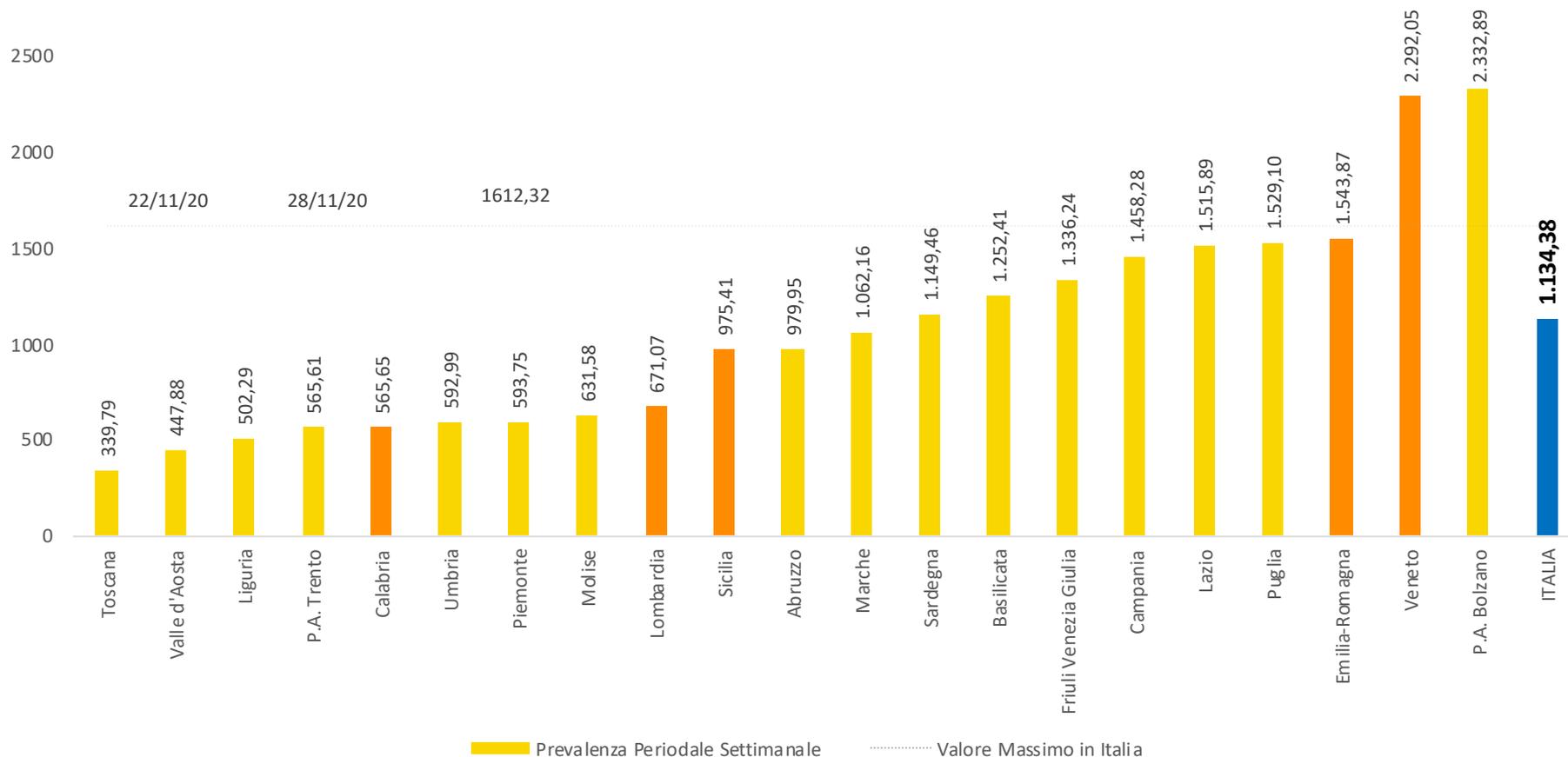


Commento

L'indicatore mostra una maggiore prevalenza di periodo in Valle d'Aosta (riferita a tutto il periodo dell'epidemia). La differenza tra prevalenza puntuale e prevalenza di periodo indica un diverso peso dell'emergenza nelle varie regioni, attualmente ancora in evoluzione, e potrebbe indicare una diversa tempestività nelle misure di contenimento adottate. Da sottolineare che il Veneto risulta essere ad oggi la terza Regione per prevalenza di periodo.

(*) Il dato considera il periodo dal 1 Marzo 2020 al 11 Gennaio 2021

Indicatore 2.2. Prevalenza periodale settimanale x 100.000 abitanti: 4 gennaio – 11 gennaio 2021

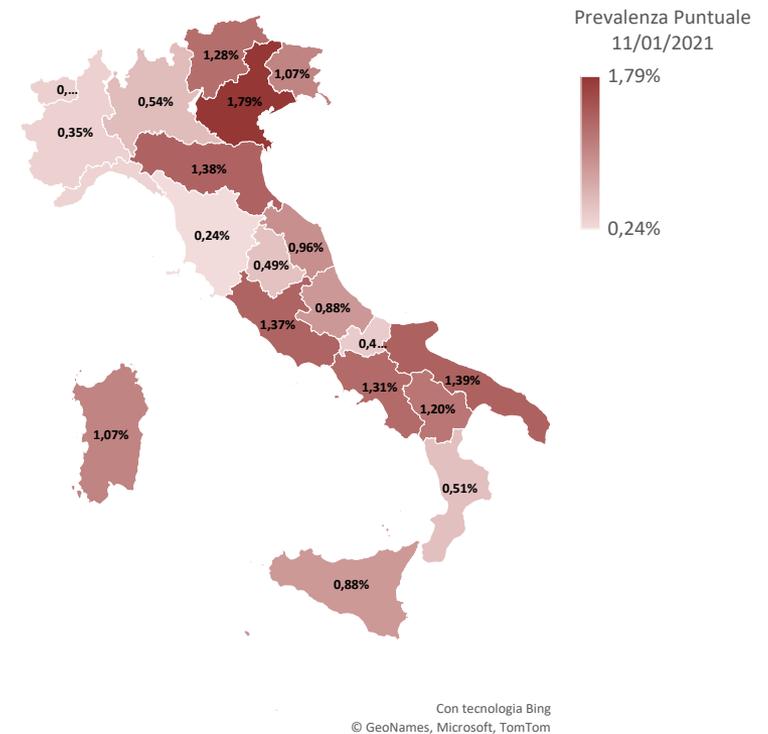
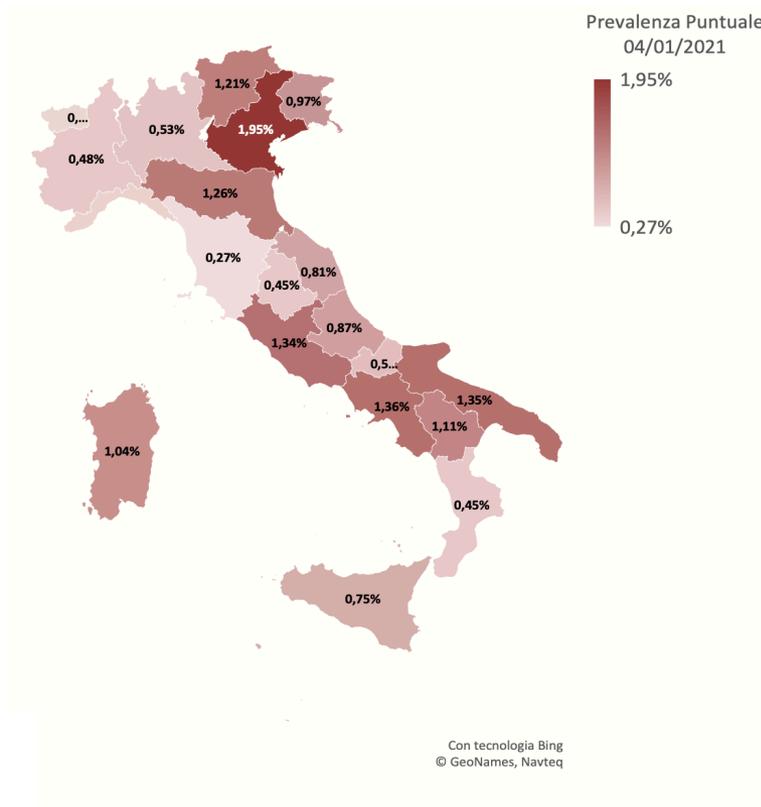


Commento

Il grafico mostra tutte le Regioni italiane in ordine crescente di prevalenza periodale nei 7 giorni tra il 4 e l'11 gennaio 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 1.134 casi ogni 100.000 residenti, nuovamente in aumento.**



Indicatore 2.3. Prevalenza puntuale 04/01/2021 e 11/01/2021

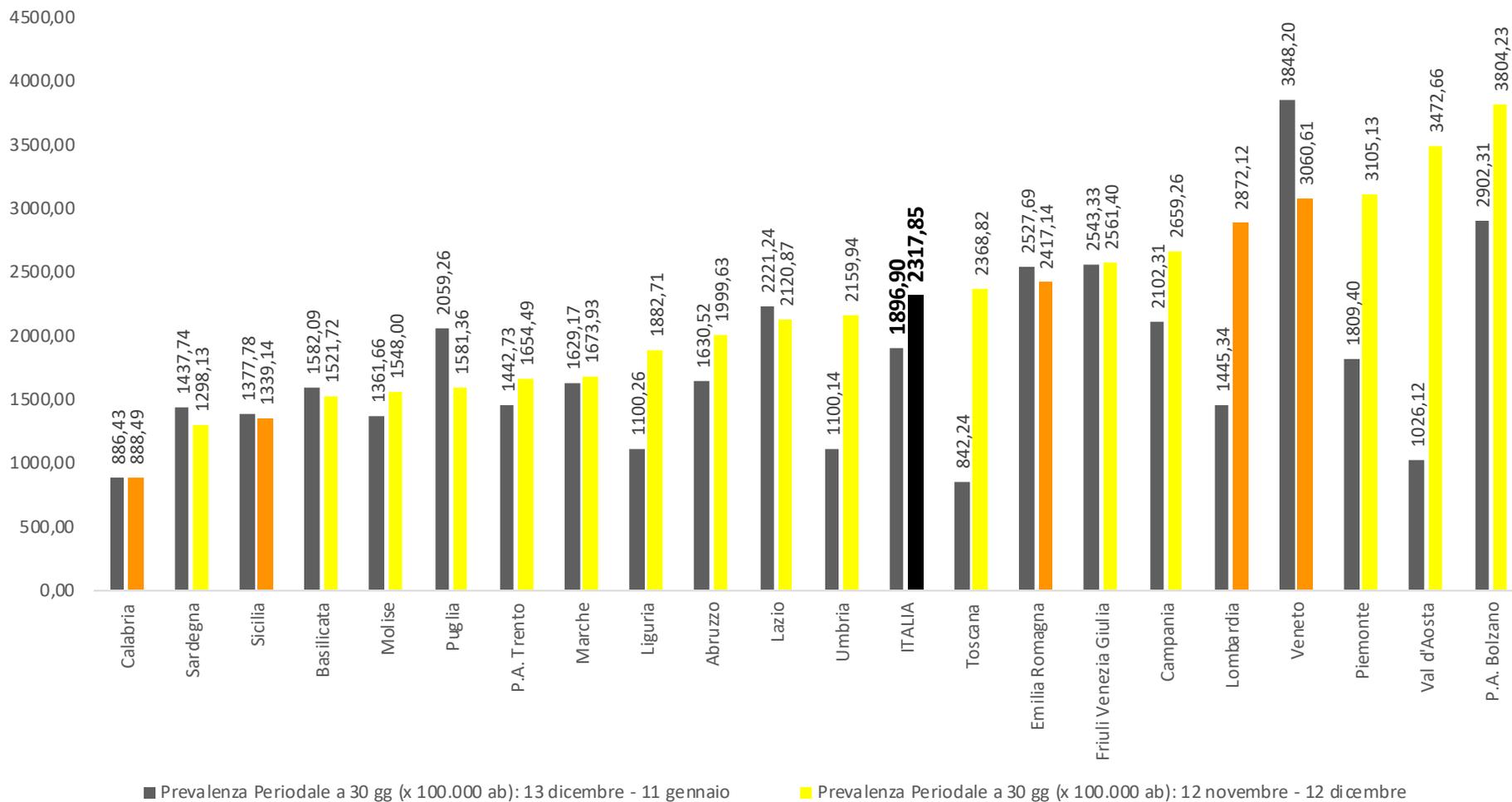


Commento

Nel periodo 04/01/2021 – 11/01/2021 si registra una diminuzione o un valore stabile della prevalenza nella maggior parte delle regioni italiane, incluso il Veneto che si riafferma la regione con l'indice più alto seppur in lieve calo. Nelle P.A di Bolzano e Trento la prevalenza puntuale è pari rispettivamente a 2,20% e 0,37%.



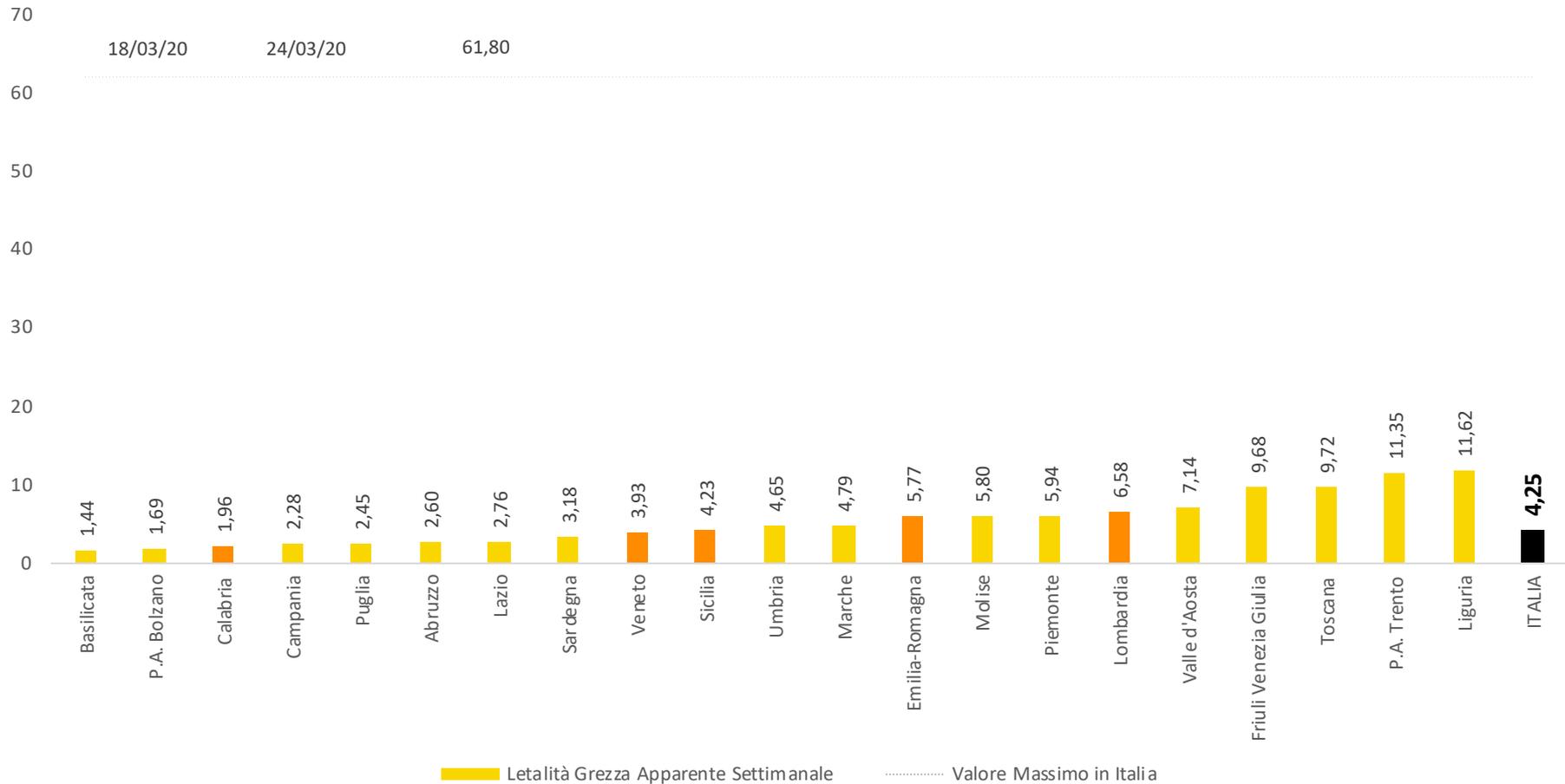
Indicatore 2.4. Prevalenza periodale del 12 novembre – 12 dicembre e del 13 dicembre – 11 gennaio (per 100.000 abitanti)



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 la Valle d'Aosta.

Indicatore 2.5. Letalità grezza apparente (‰) del COVID-19 nelle Regioni italiane: settimana 4 gennaio – 11 gennaio 2021

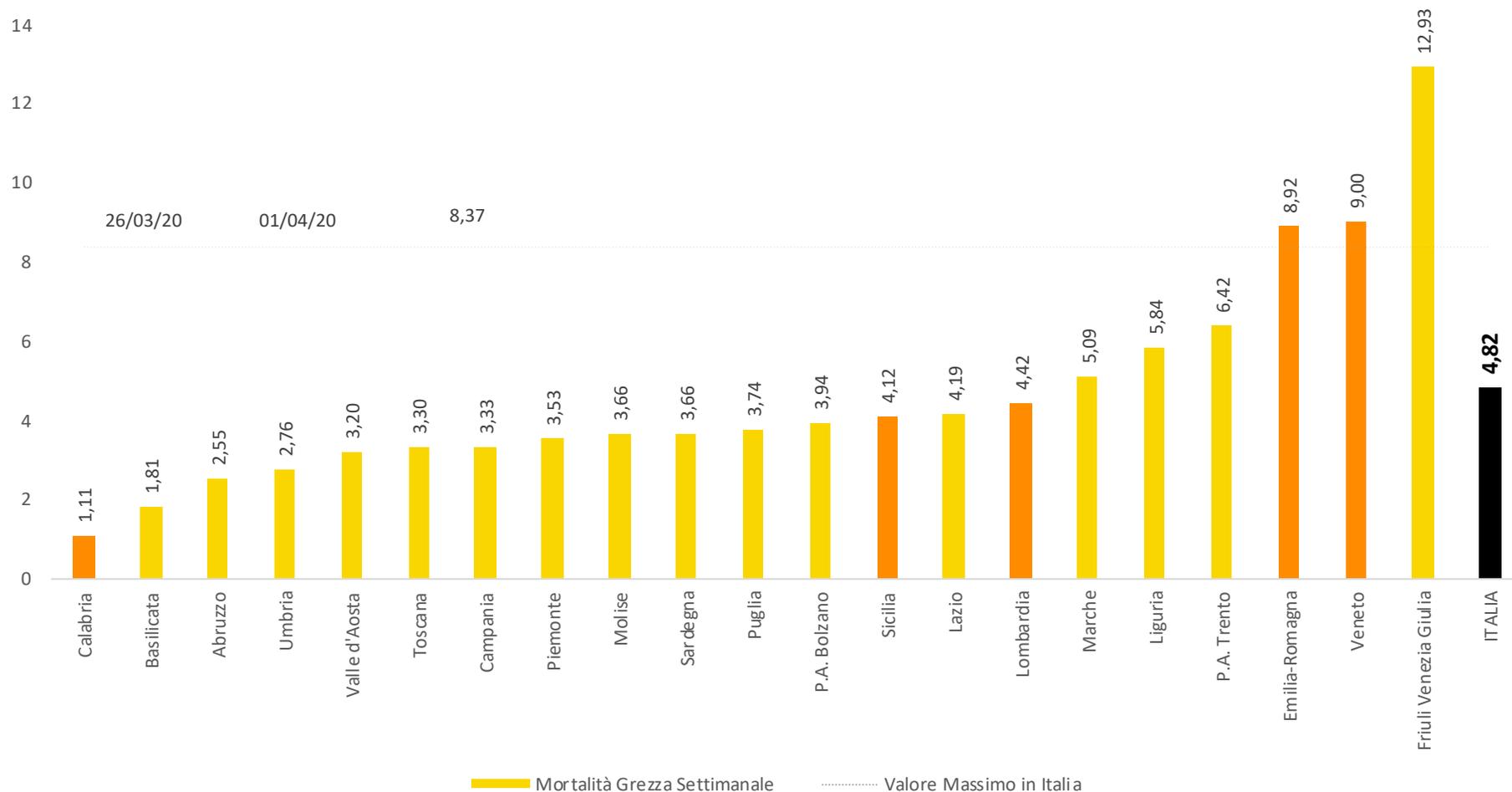


Commento

Il grafico mostra tutte le Regioni italiane in ordine crescente di letalità grezza apparente nei 7 giorni tra il 4 e l'11 gennaio 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 4,25 x 1.000.**



Indicatore 2.6. Mortalità COVID-19 nelle Regioni italiane (per 100.000 ab): settimana 4 gennaio – 11 gennaio 2021

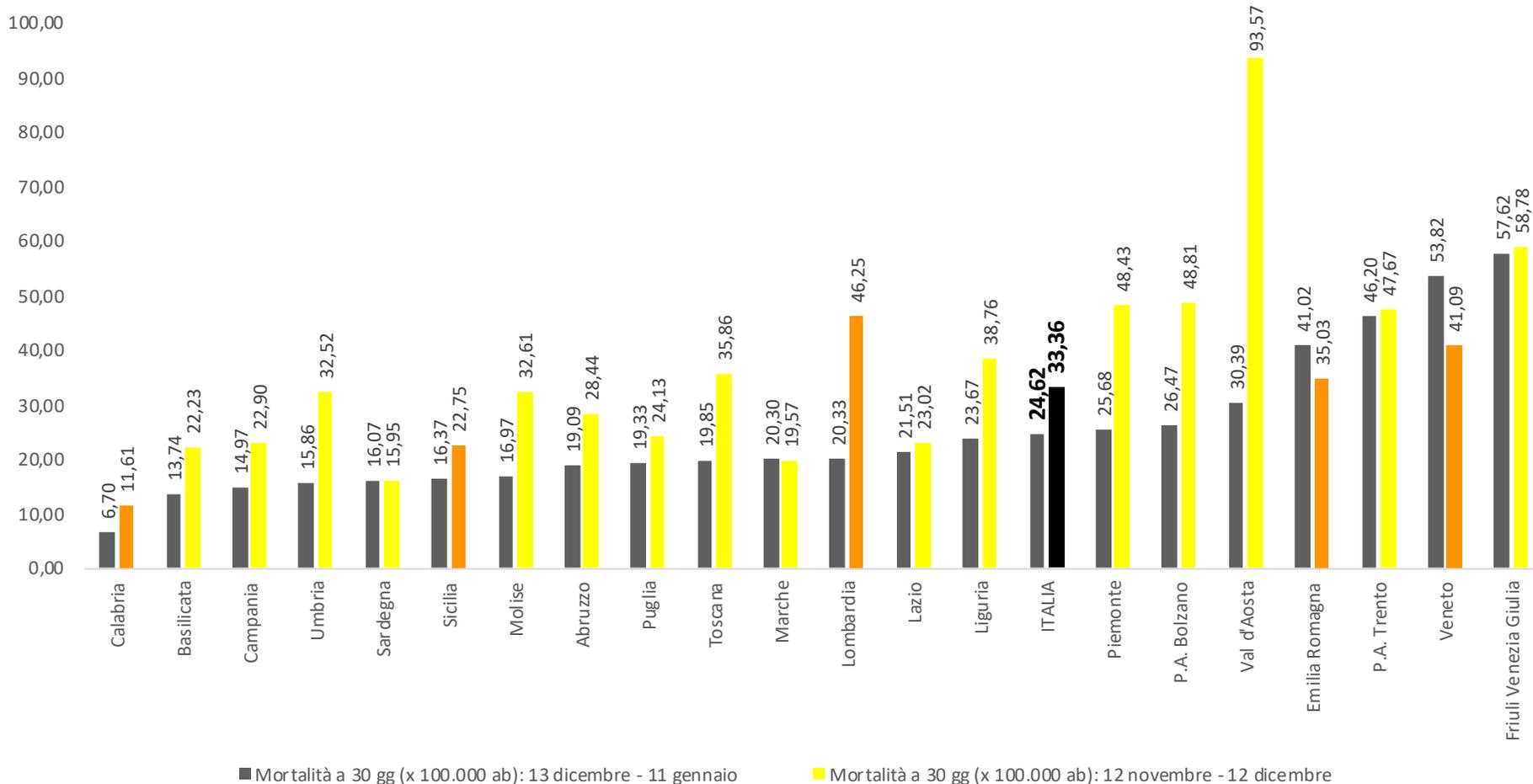


Commento

Il grafico mostra tutte le Regioni italiane in ordine crescente di mortalità grezza nei 7 giorni tra il 4 e l'11 gennaio 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 4,82%.**



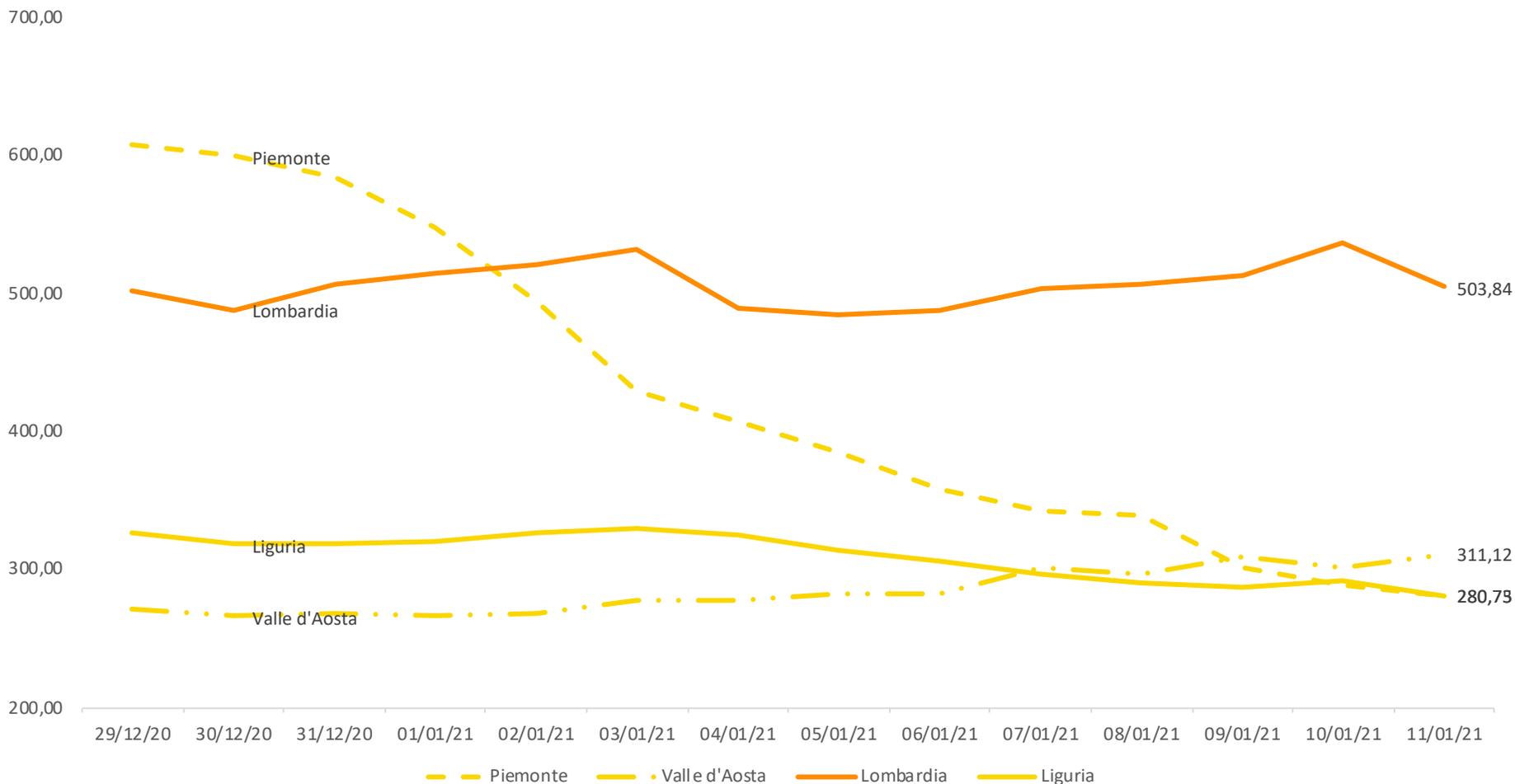
Indicatore 2.7. Confronto tra mortalità (per 100.000 ab.) negli ultimi 30 giorni



Commento

Il grafico mostra un confronto per tutte le Regioni italiane in ordine crescente circa la mortalità grezza negli ultimi 30 giorni (13 dicembre – 11 gennaio) e nei 30 giorni precedenti (12 novembre – 12 dicembre); 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.**

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

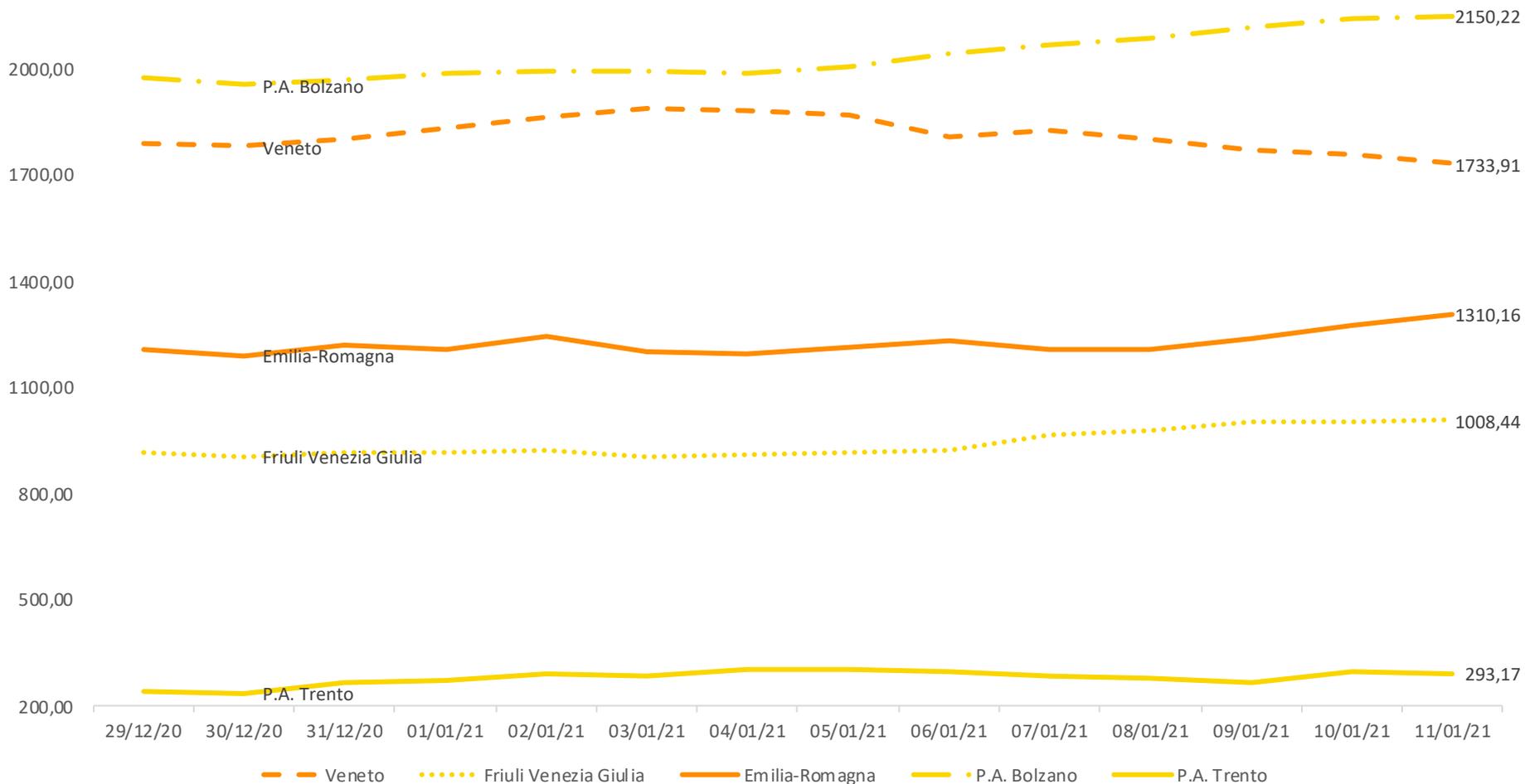


Commento

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.



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

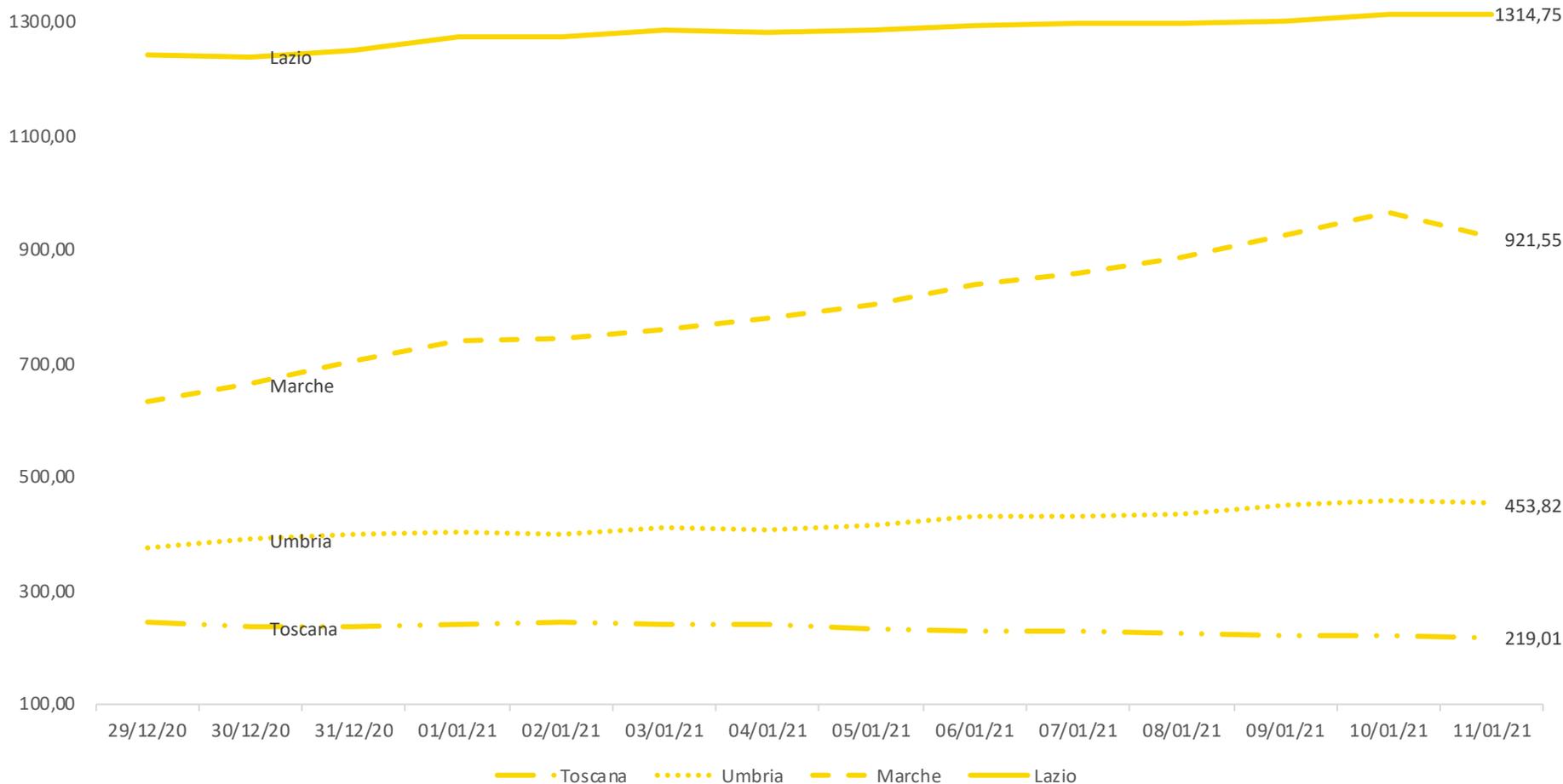


Commento

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.



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

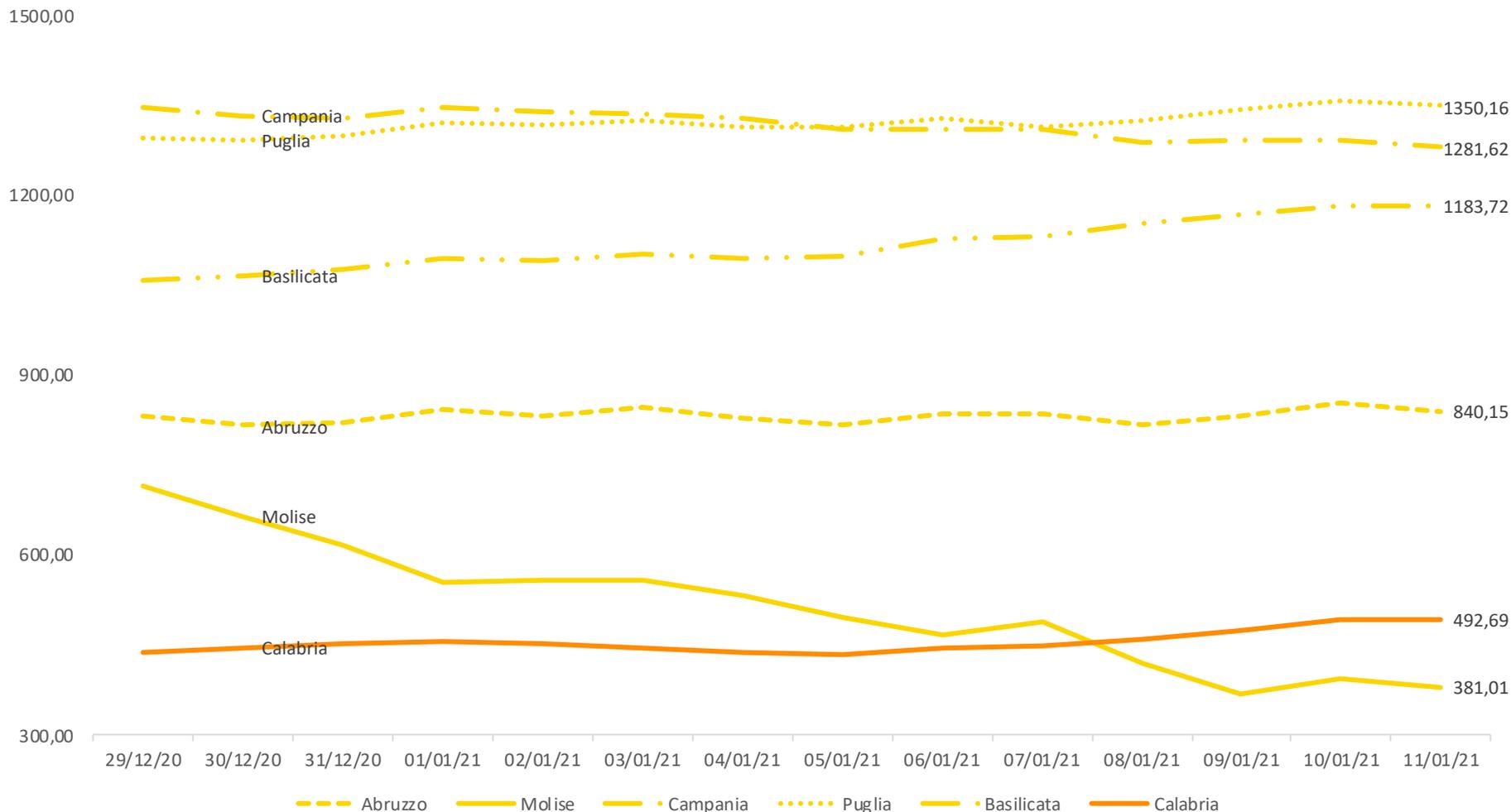


Commento

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.



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

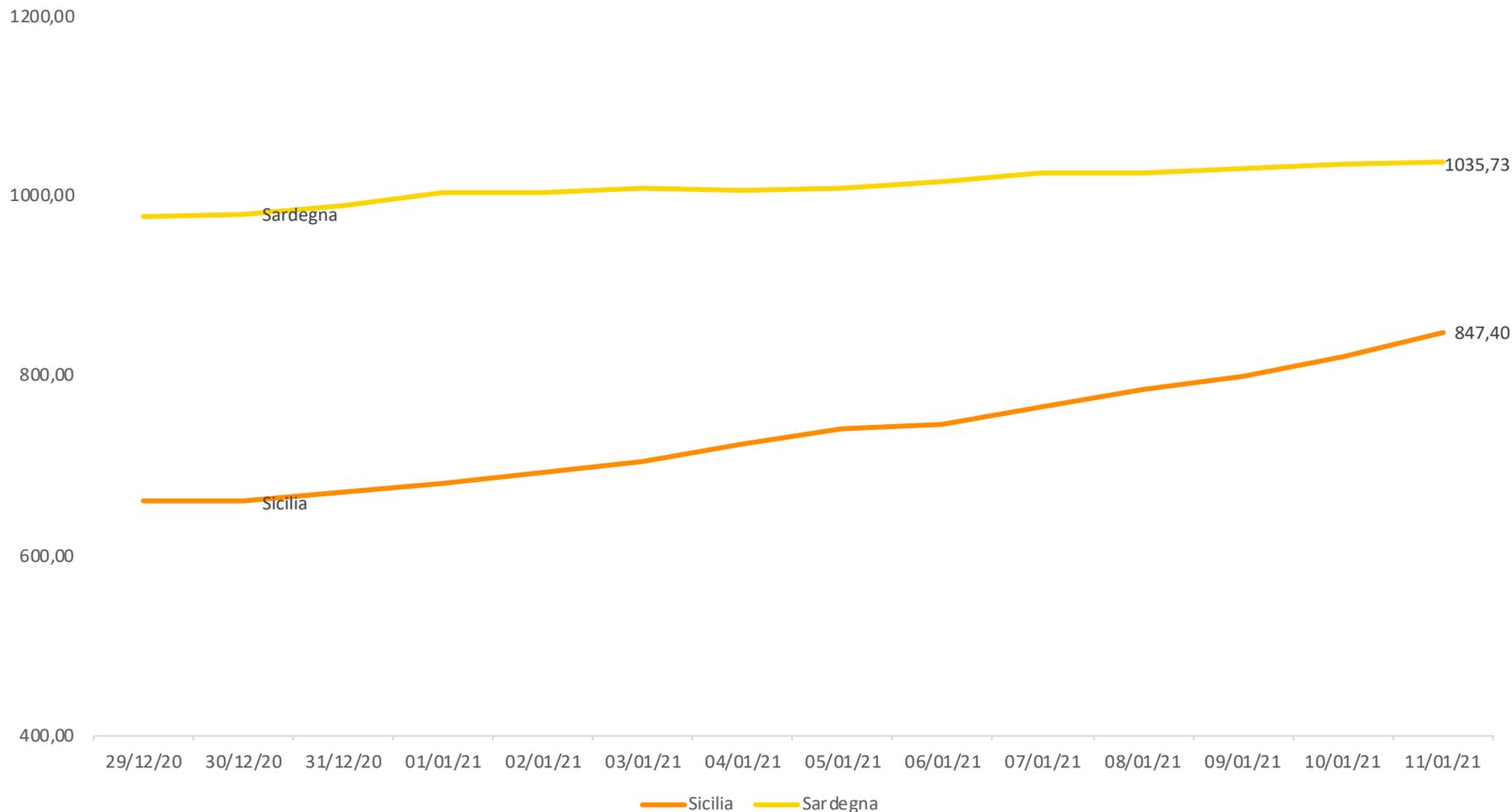


Commento

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.



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

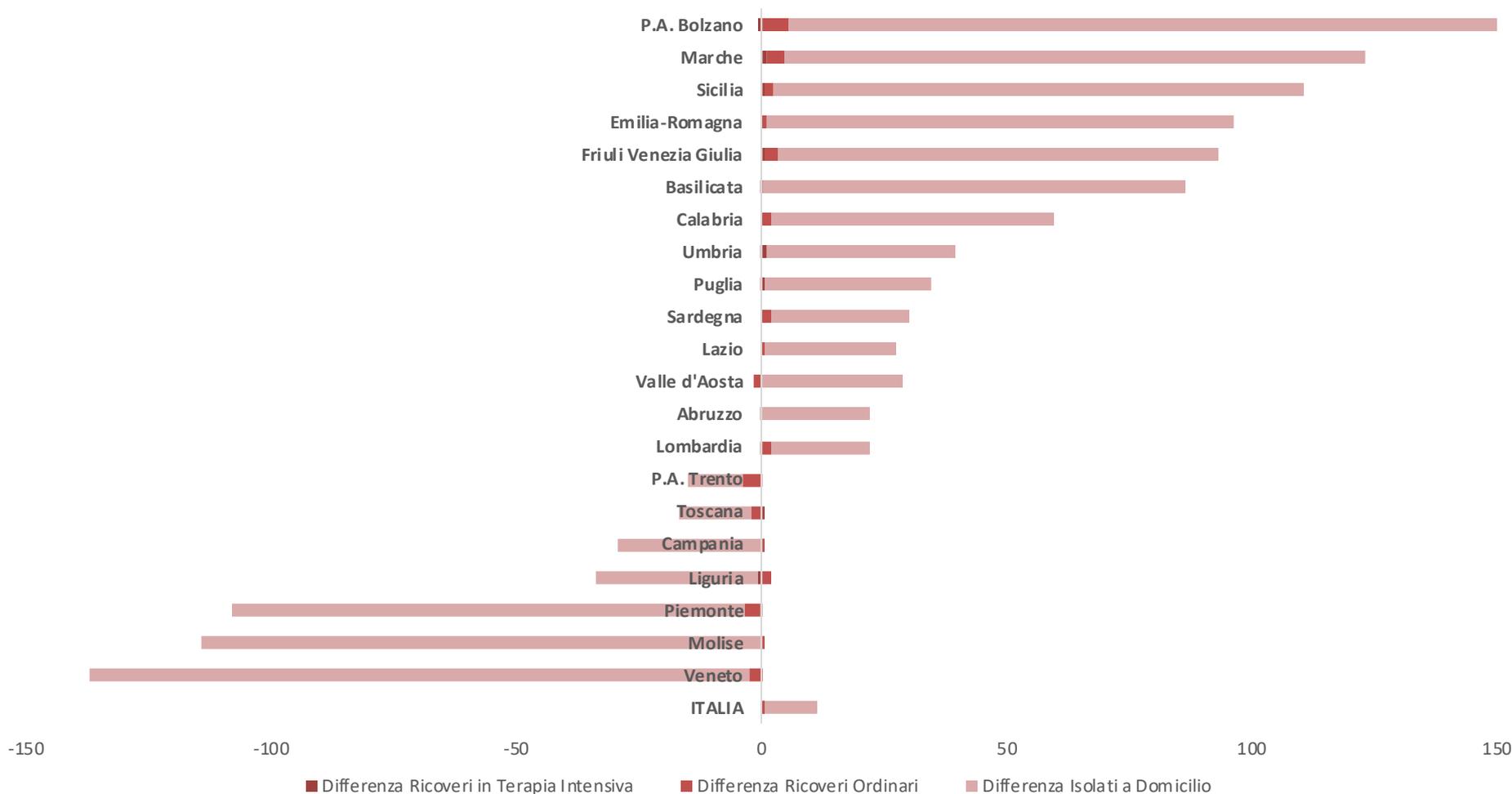


Commento

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.



Indicatore 2.9. Nuova pressione per setting assistenziale (Domicilio, terapia medica, terapia intensiva, x 100.000 ab): 4 gennaio – 11 gennaio 2021

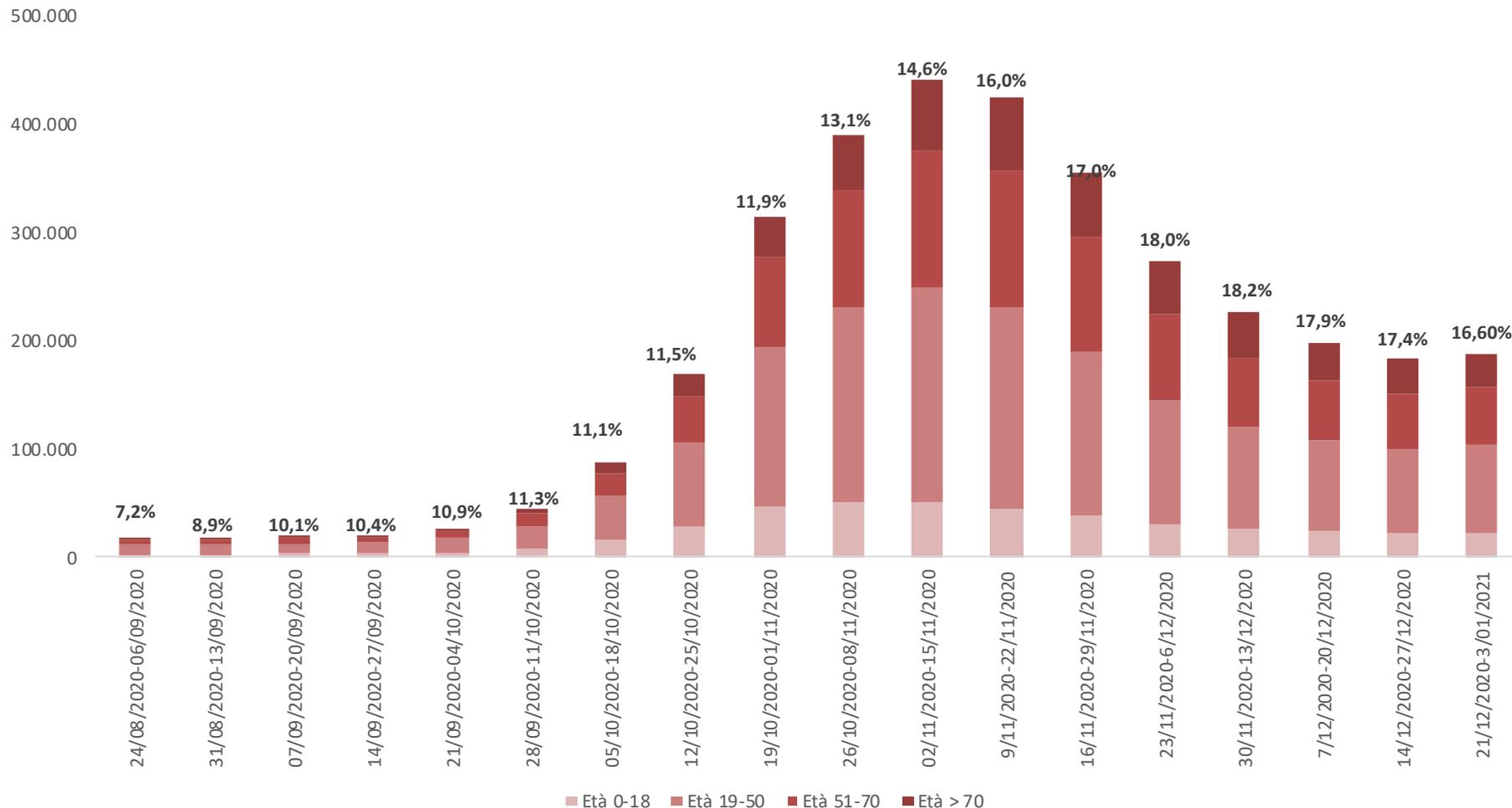


Commento

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 +10,96 isolati a domicilio ogni 100.000 abitanti, +0,35 ricoveri ordinari ogni 100.000 abitanti e +0,12 ricoveri intensivi ogni 100.000 abitanti.**



Indicatore 2.10. Andamento dell'età dei casi

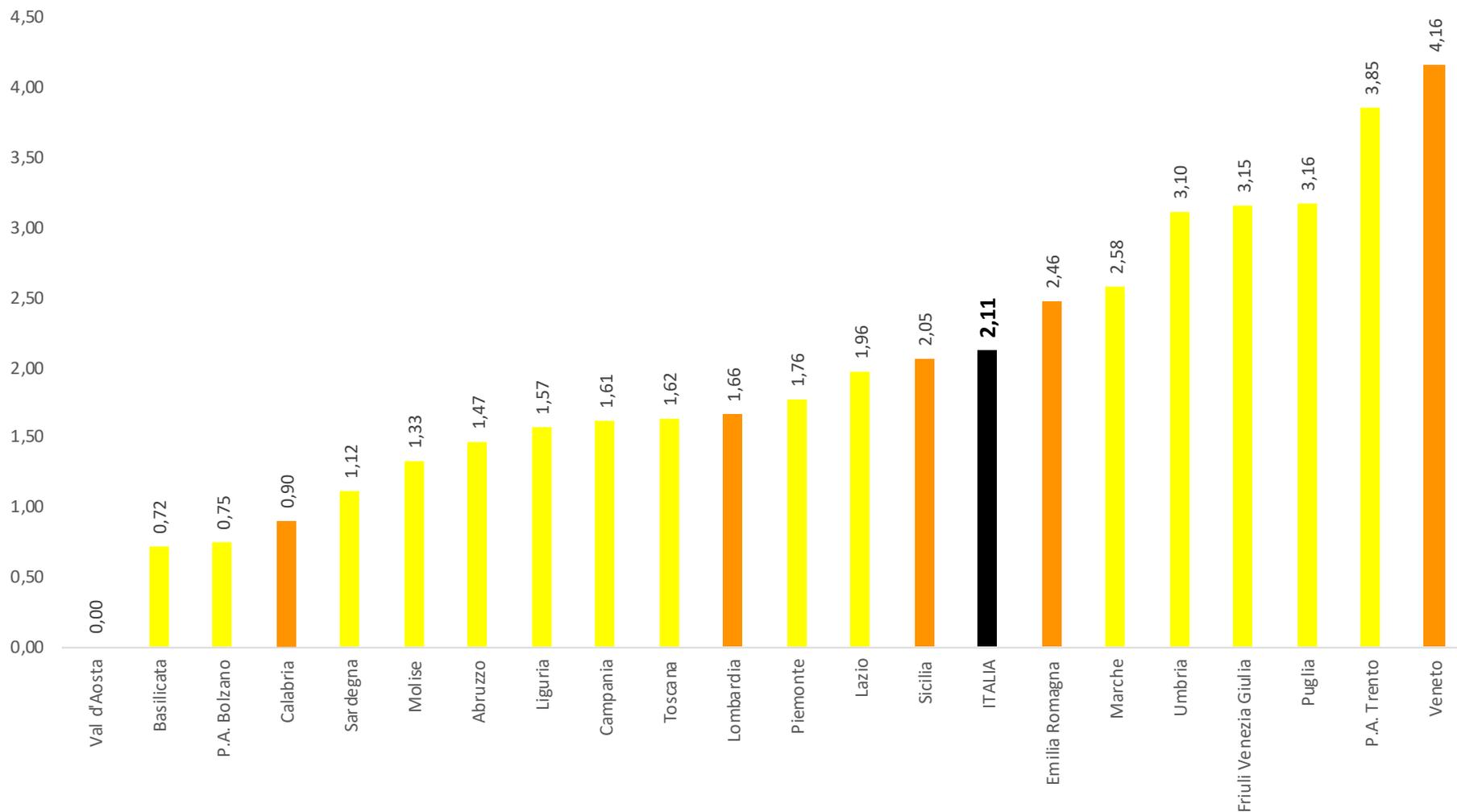


Commento

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 17,4% nel periodo 14 dicembre - 27 dicembre e al 16,6% nel periodo 21 dicembre - 3 gennaio.

Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Indicatore 2.11. Nuovi Ingressi Settimanali in Terapia Intensiva (x 100.000 ab): settimana 4 gennaio – 11 gennaio 2021



Commento

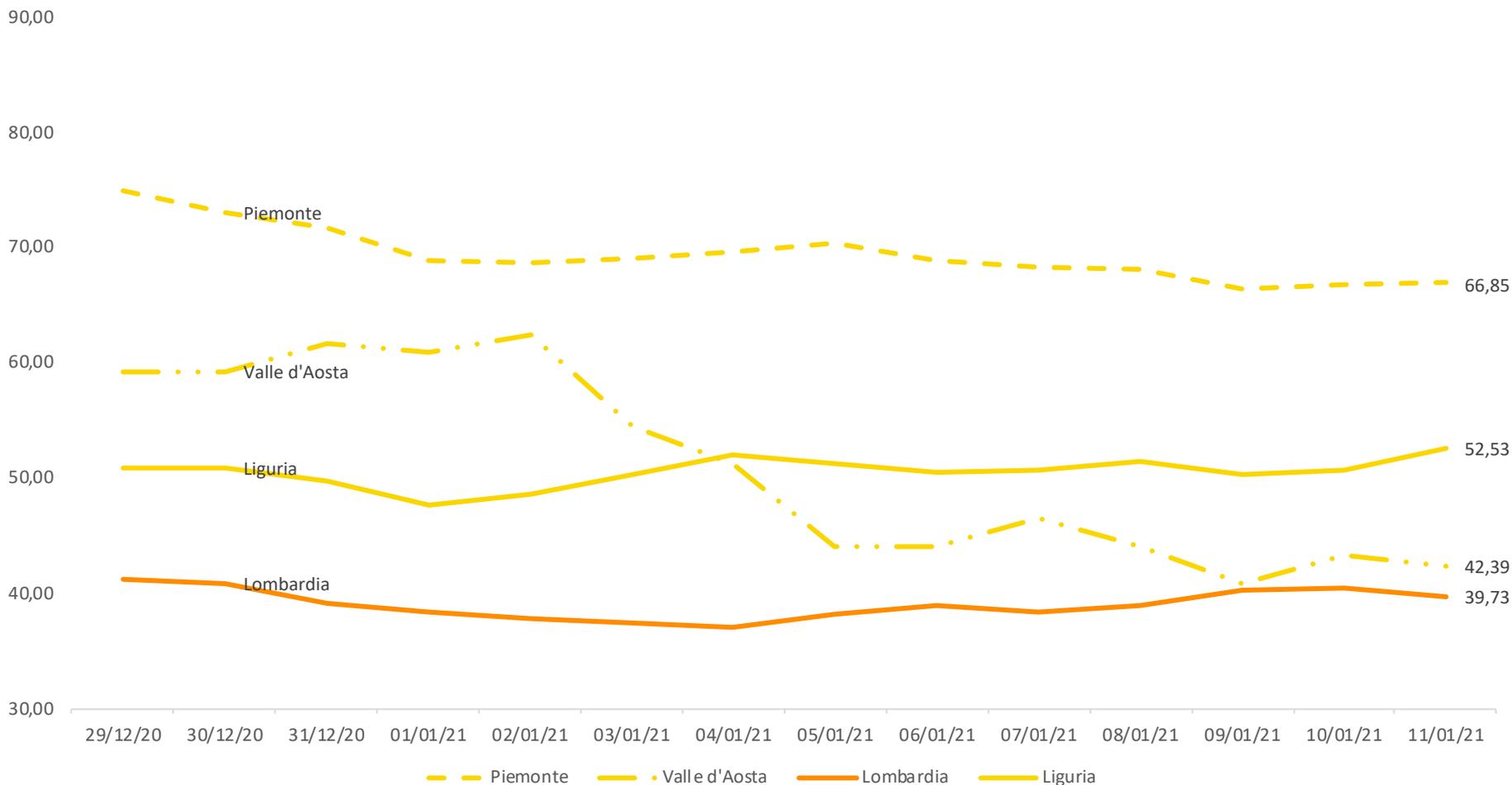
L'indicatore mostra i nuovi ingressi settimanali in terapia intensiva su 100.000 abitanti. Il valore medio registrato nel contesto italiano è pari a 2,11. Le regioni che hanno evidenziato più ingressi nel setting assistenziale della terapia intensiva durante l'ultima settimana sono il Veneto, la P.A di Trento e la Puglia.



Indicatori clinico-organizzativi



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

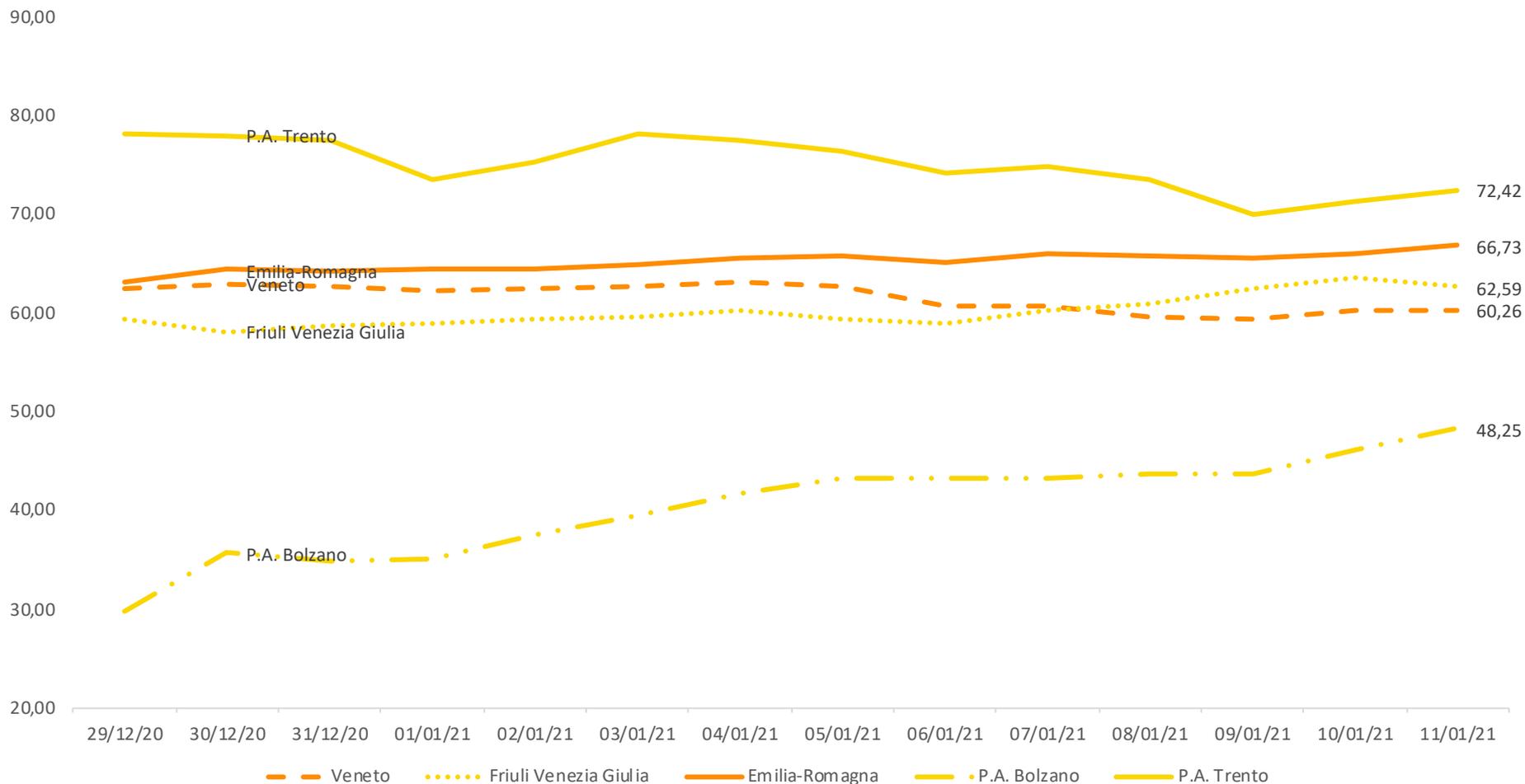


Commento

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.



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

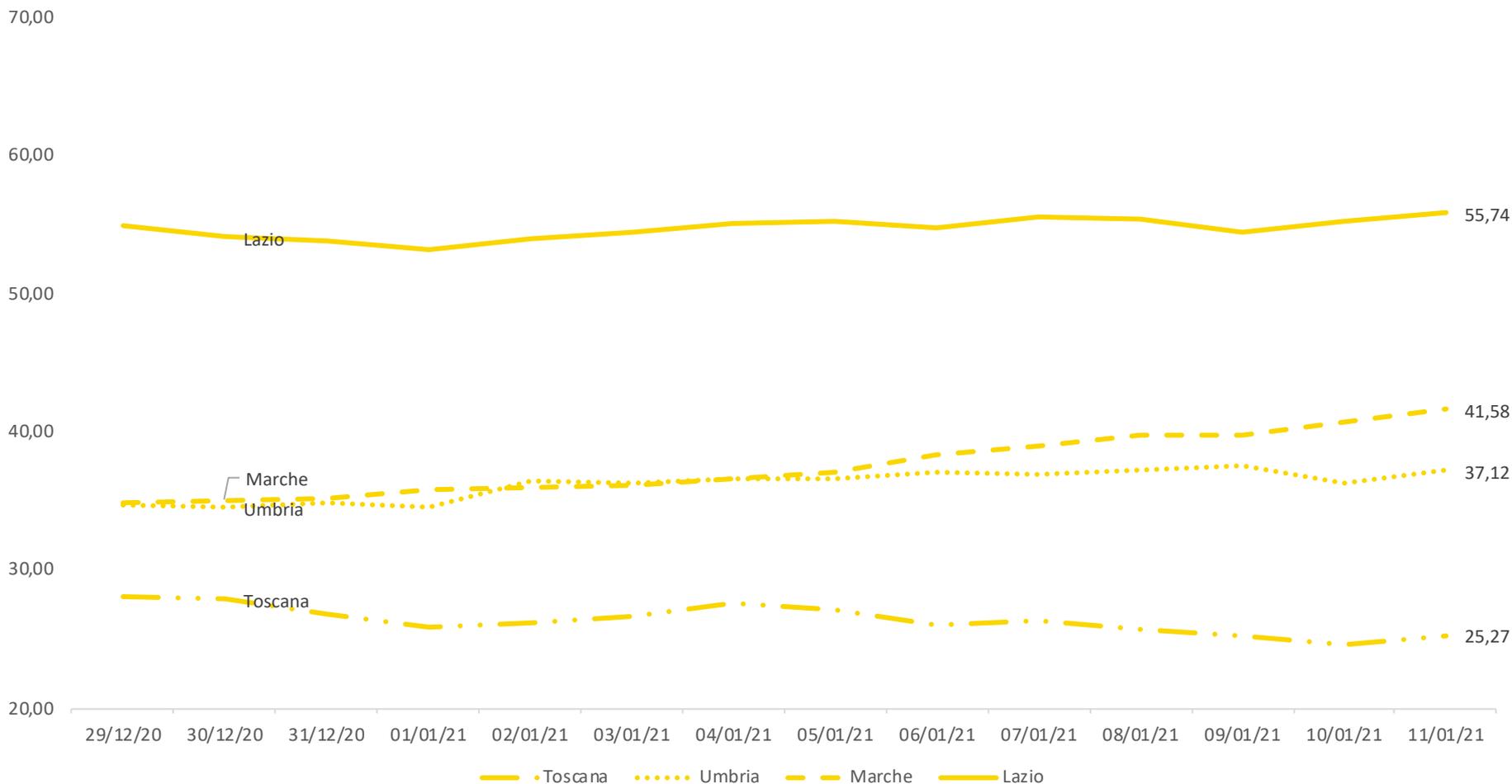


Commento

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.



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

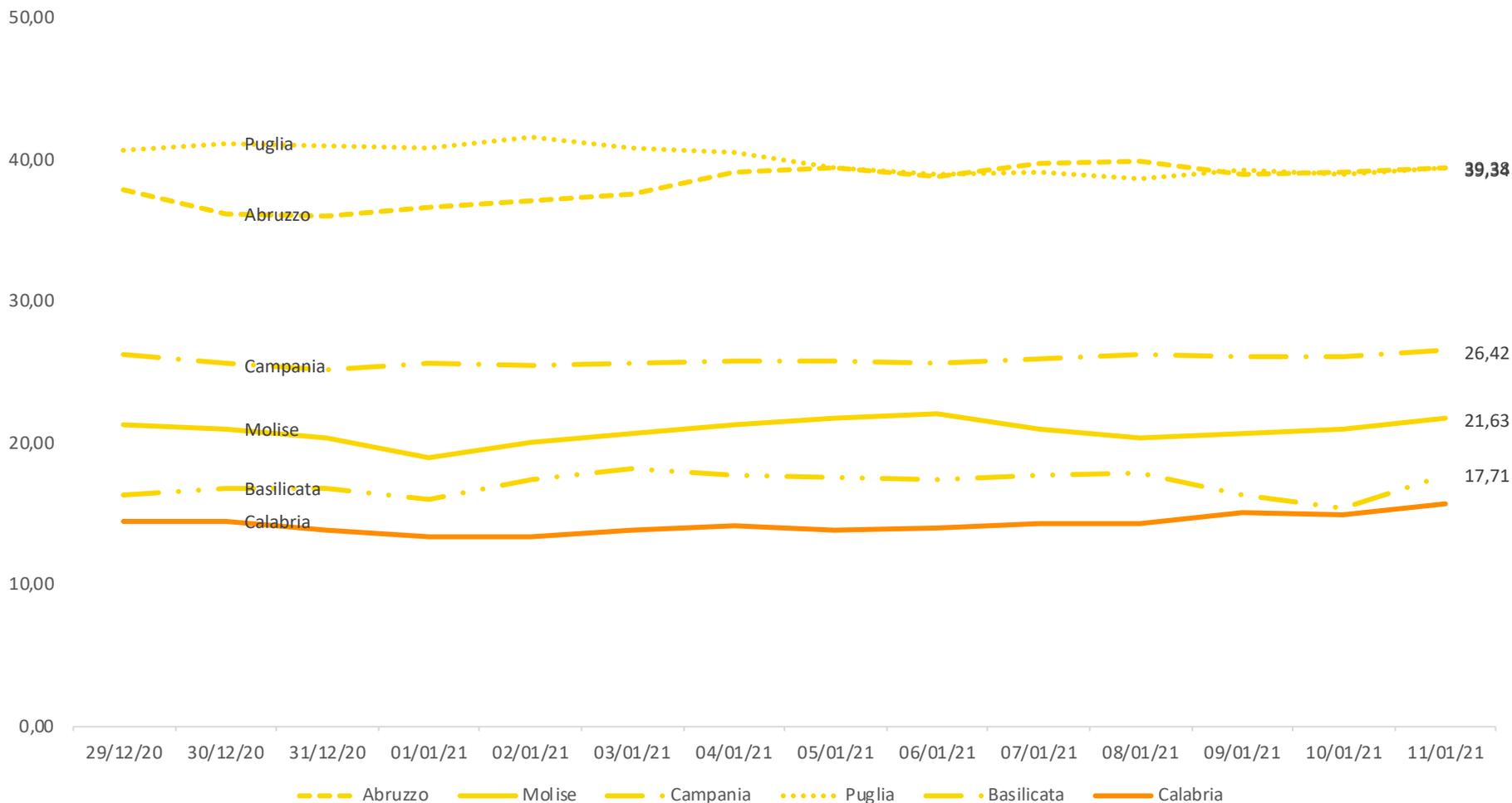


Commento

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.



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

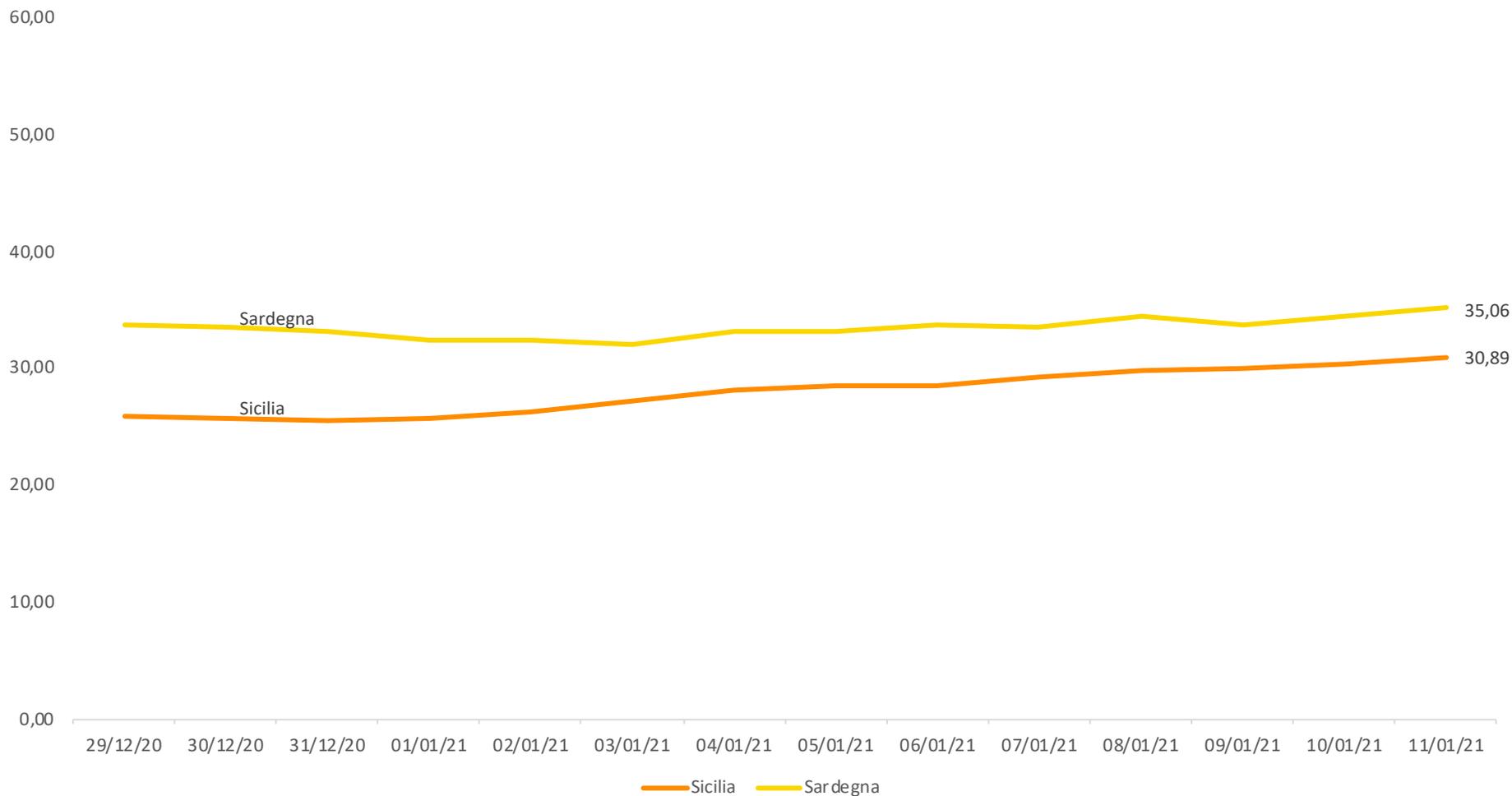


Commento

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.



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

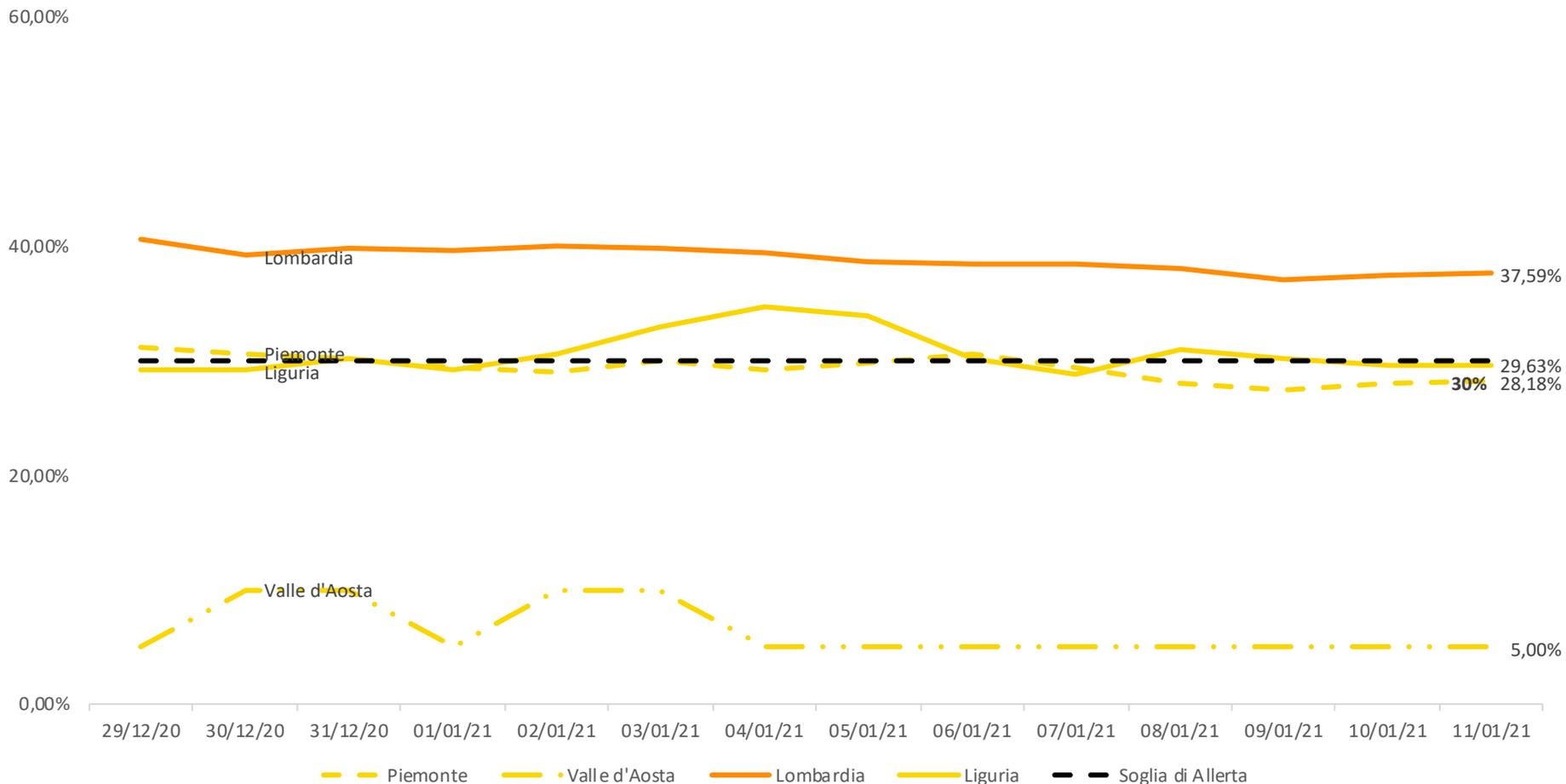


Commento

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.



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

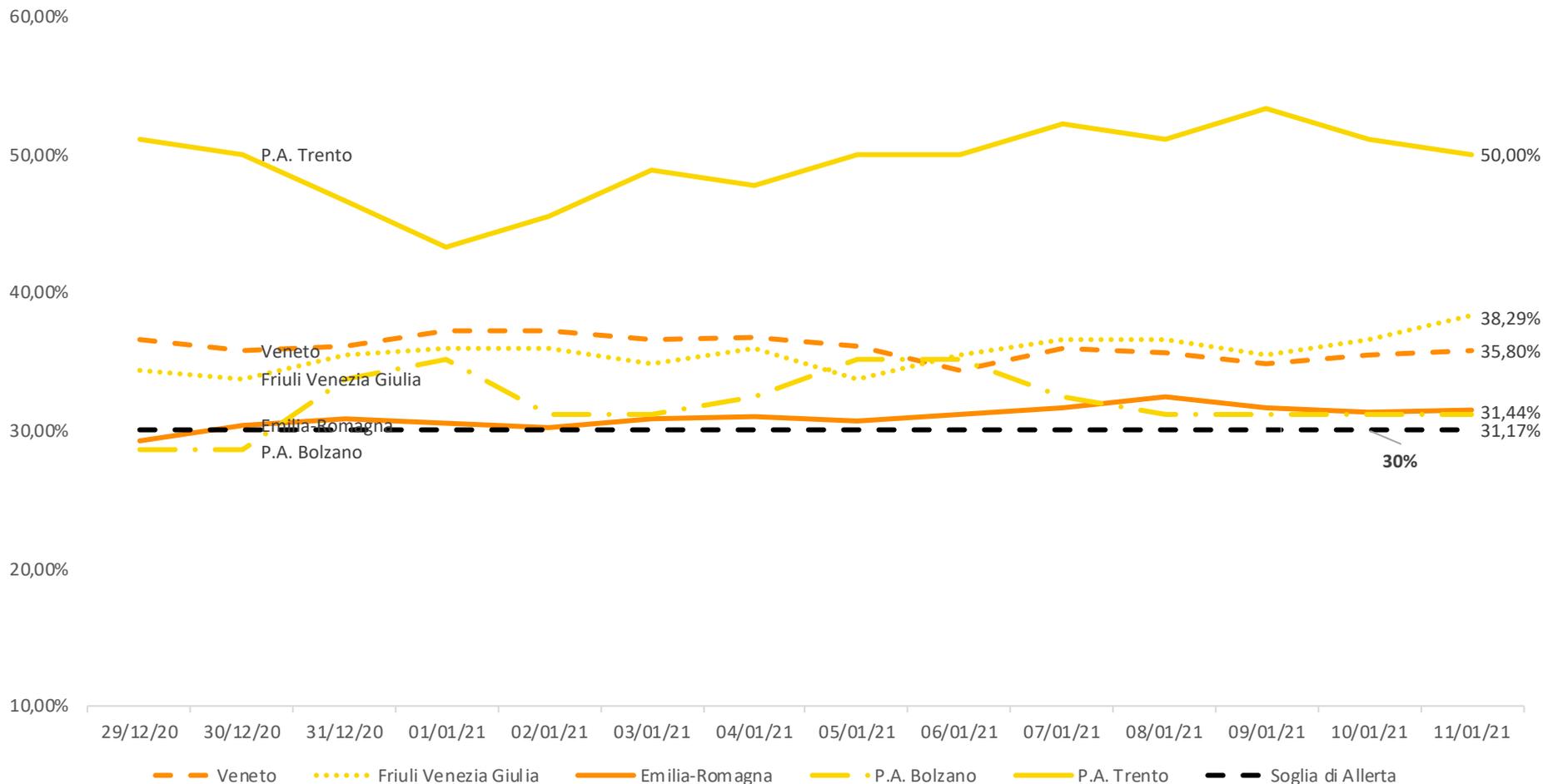


Commento

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).



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

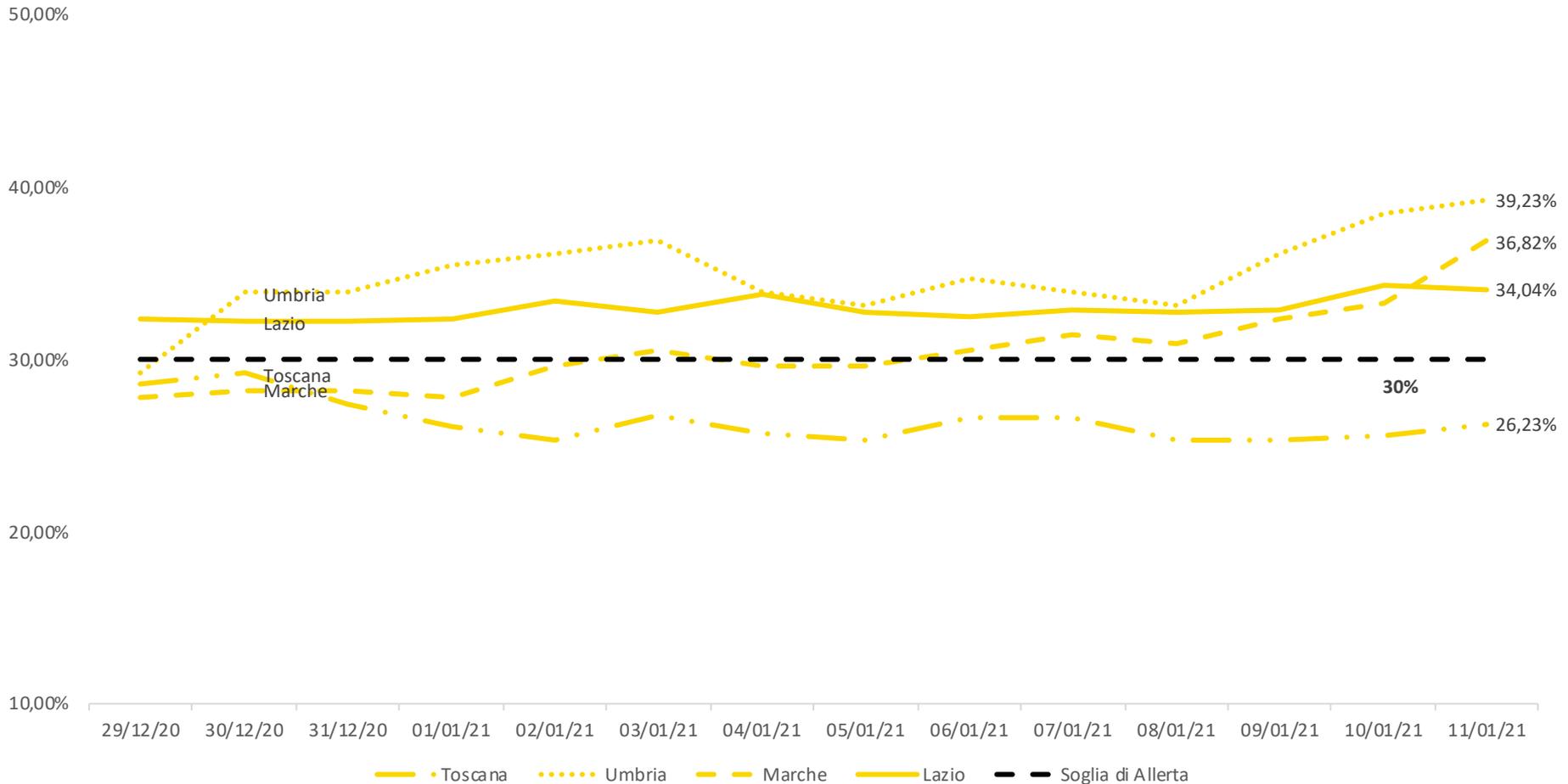


Commento

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).



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

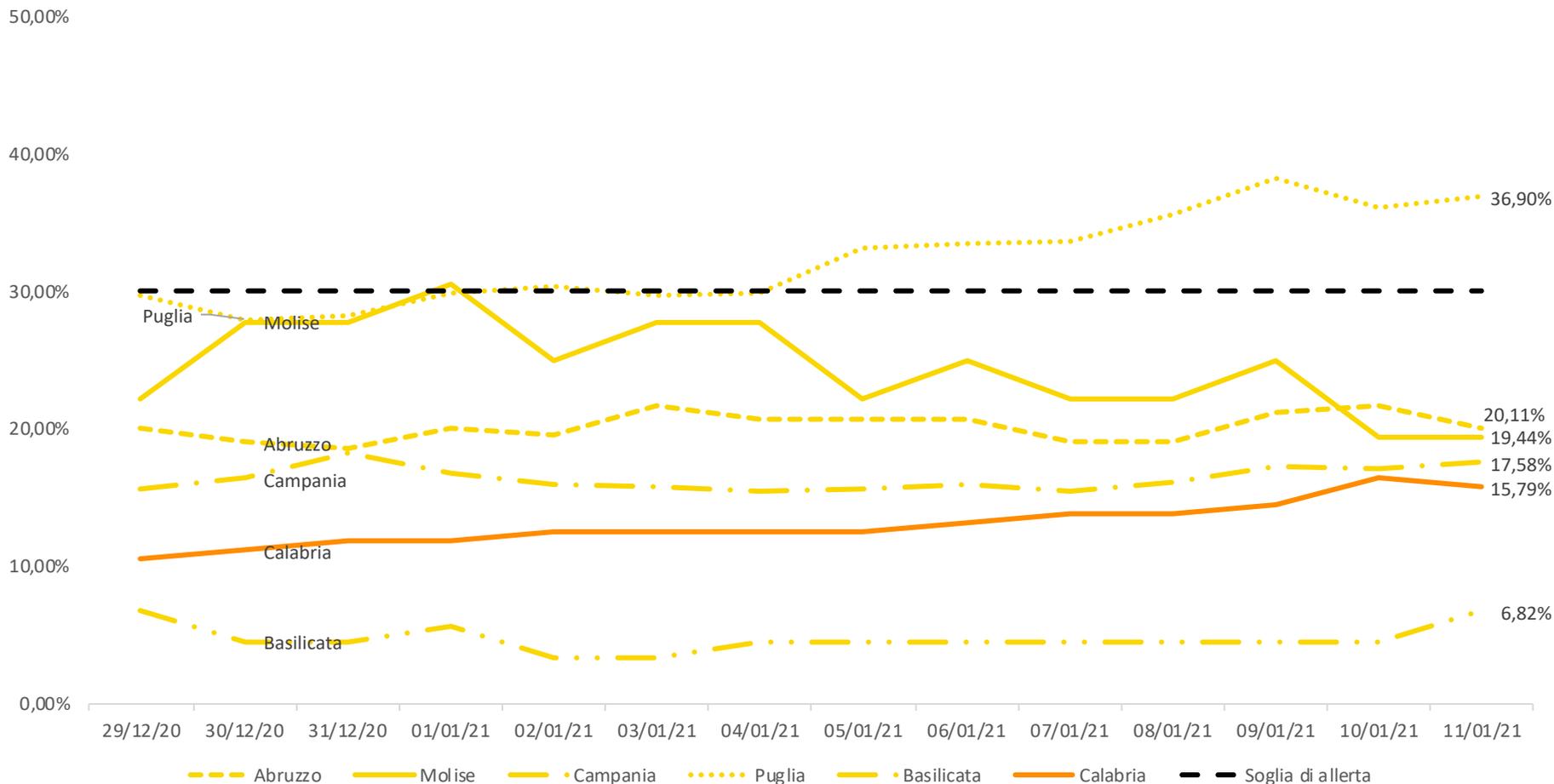


Commento

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).



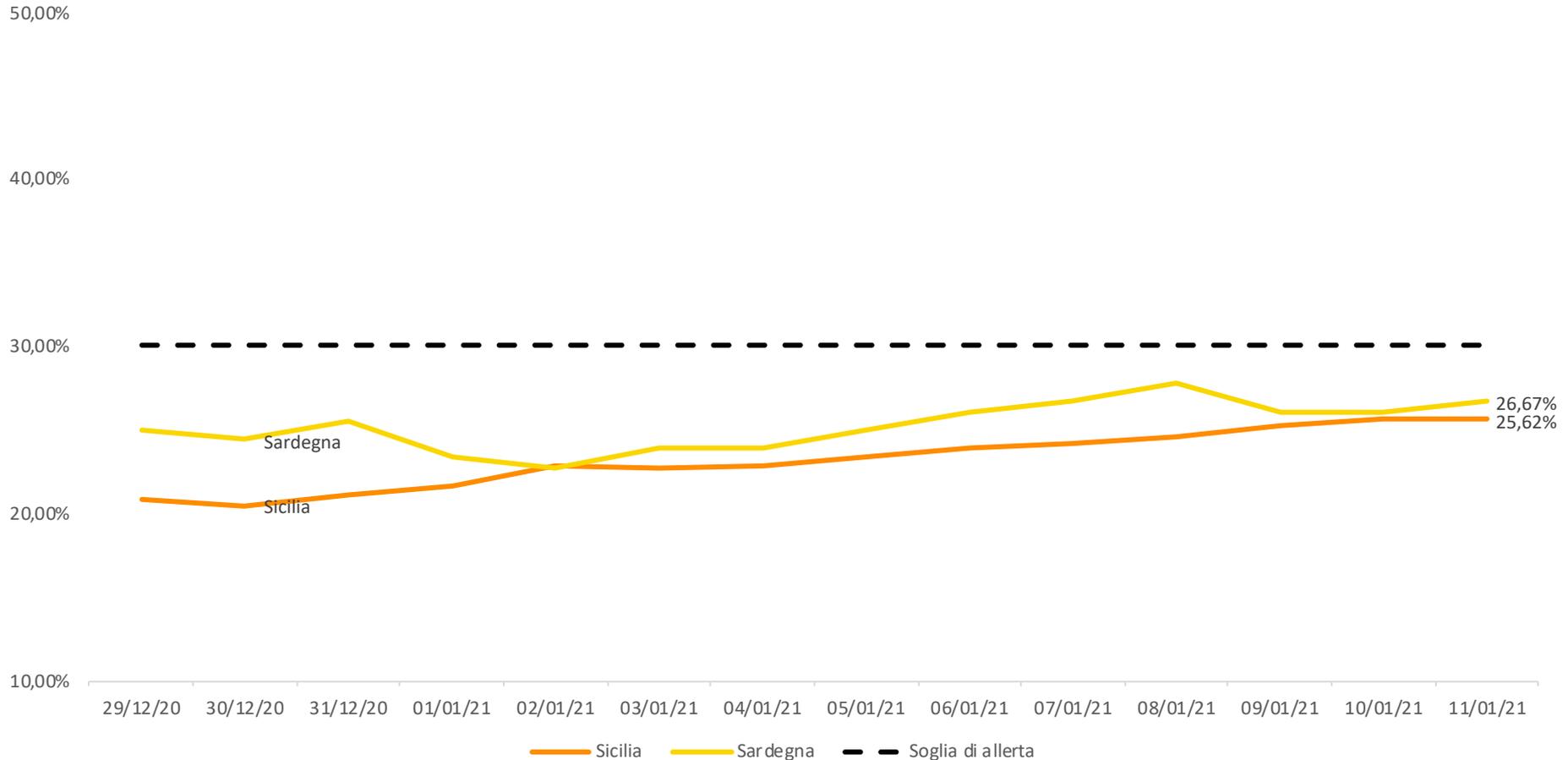
Indicatore 3.2.4. Saturazione Covid Terapia Intensiva (Posti letto reali): Sud



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).

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

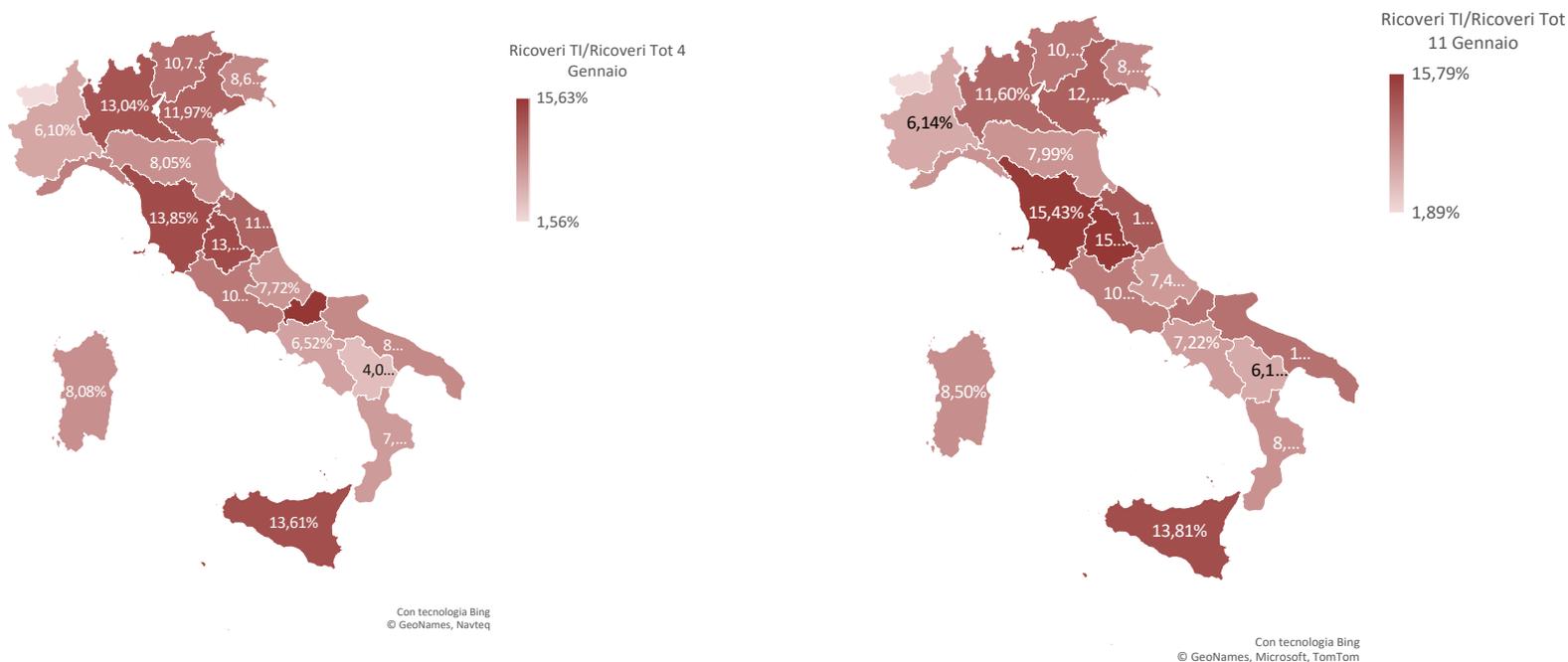


Commento

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 04/01/2021 e 11/01/2021

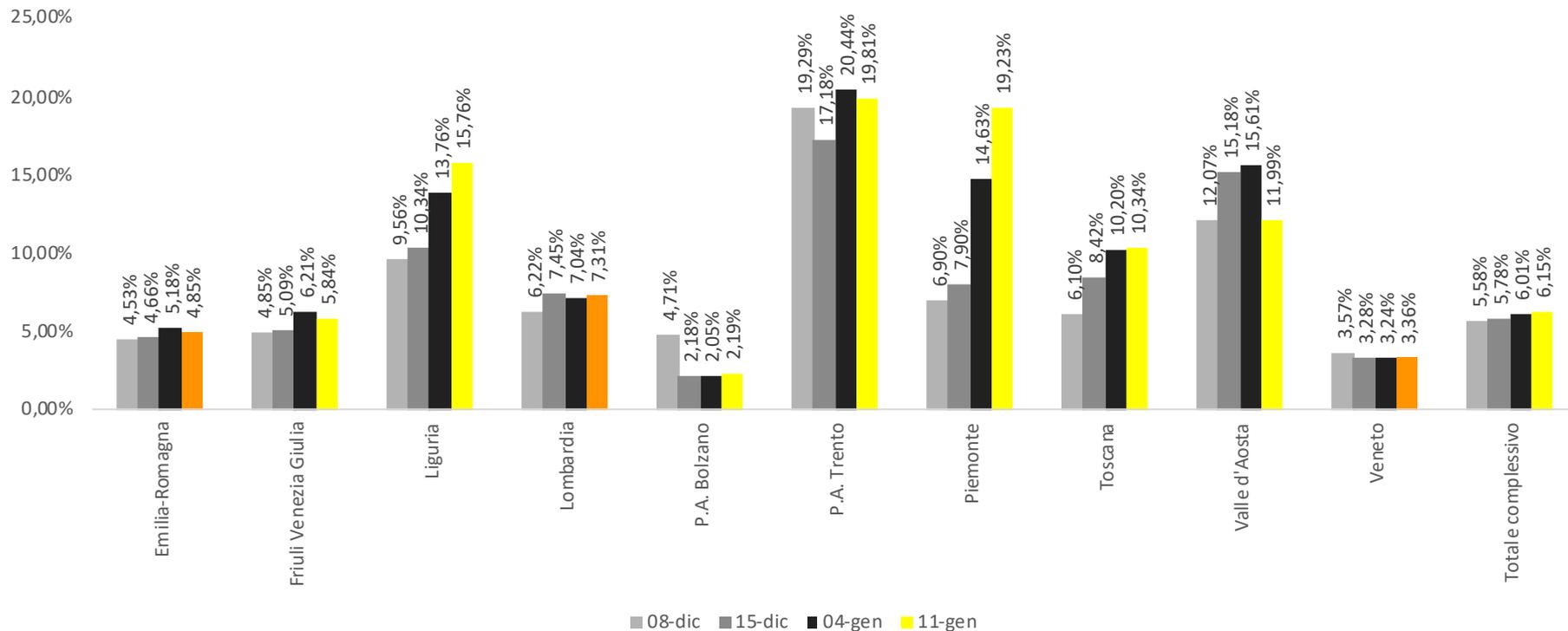


Commento

L'Umbria rappresenta la regione che attualmente registra il rapporto più elevato tra ricoverati in terapia intensiva sui ricoverati totali (15,79%). In media, in Italia, il 10,07% 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 11,39% e 9,34%.



Indicatore 3.4. Pazienti ricoverati / Positivi (Nord)



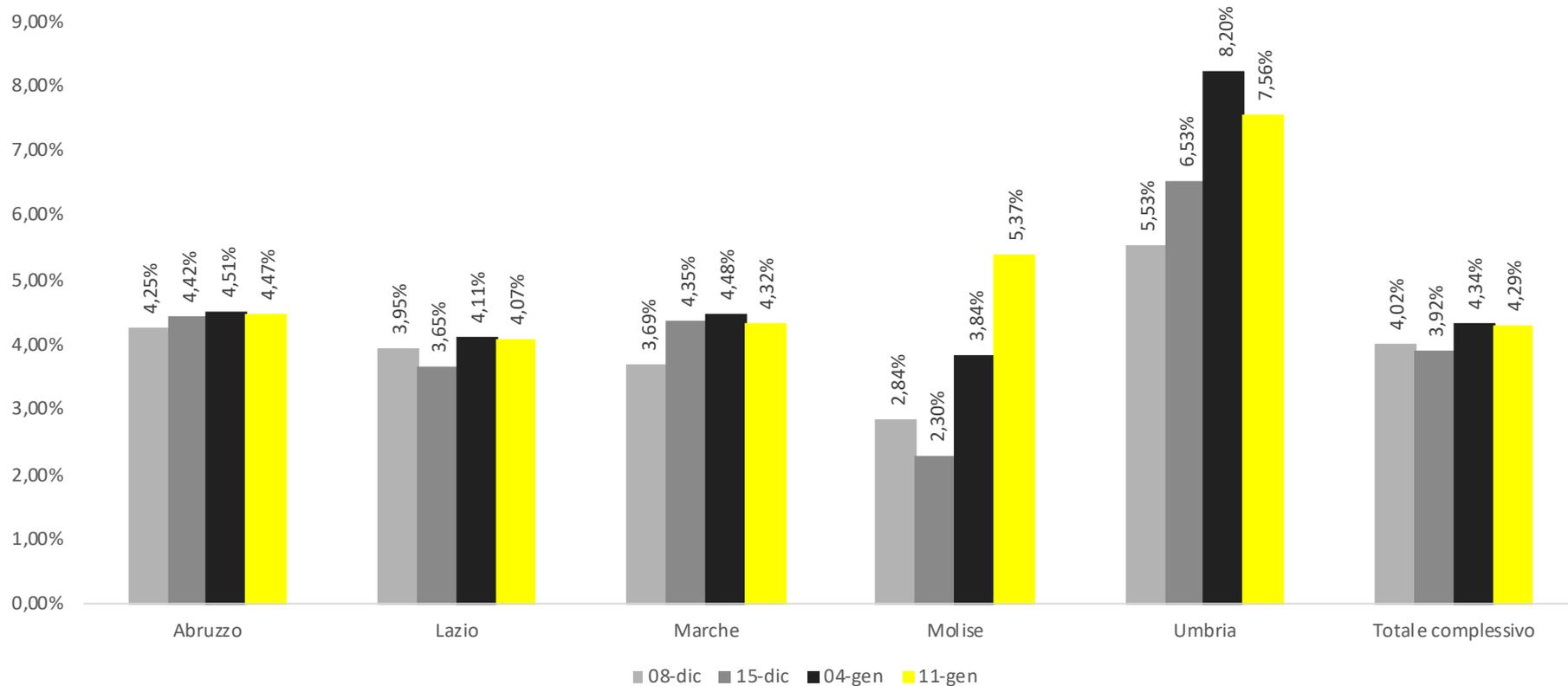
	Emilia-Romagna	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Lombardia	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Piemonte	Toscana	Valle d'Aosta	Veneto	Totale complessivo
08-dic	4,53%	4,85%	9,56%	6,22%	4,71%	19,29%	6,90%	6,10%	12,07%	3,57%	5,58%
15-dic	4,66%	5,09%	10,34%	7,45%	2,18%	17,18%	7,90%	8,42%	15,18%	3,28%	5,58%
04-gen	5,18%	6,21%	13,76%	7,04%	2,05%	20,44%	14,63%	10,20%	15,61%	3,24%	6,00%
11-gen	4,85%	5,84%	15,76%	7,31%	2,19%	19,81%	19,23%	10,34%	11,99%	3,36%	6,15%

Commento

L'andamento dal 5 all'11 gennaio registra pattern diversi nelle Regioni del Nord. Si segnala un trend in significativo aumento in Liguria e Piemonte. L'indicatore rimane stabile in Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia ed in Veneto mentre è in diminuzione in Valle d'Aosta.



Indicatore 3.4. Pazienti ricoverati / Positivi (Centro)



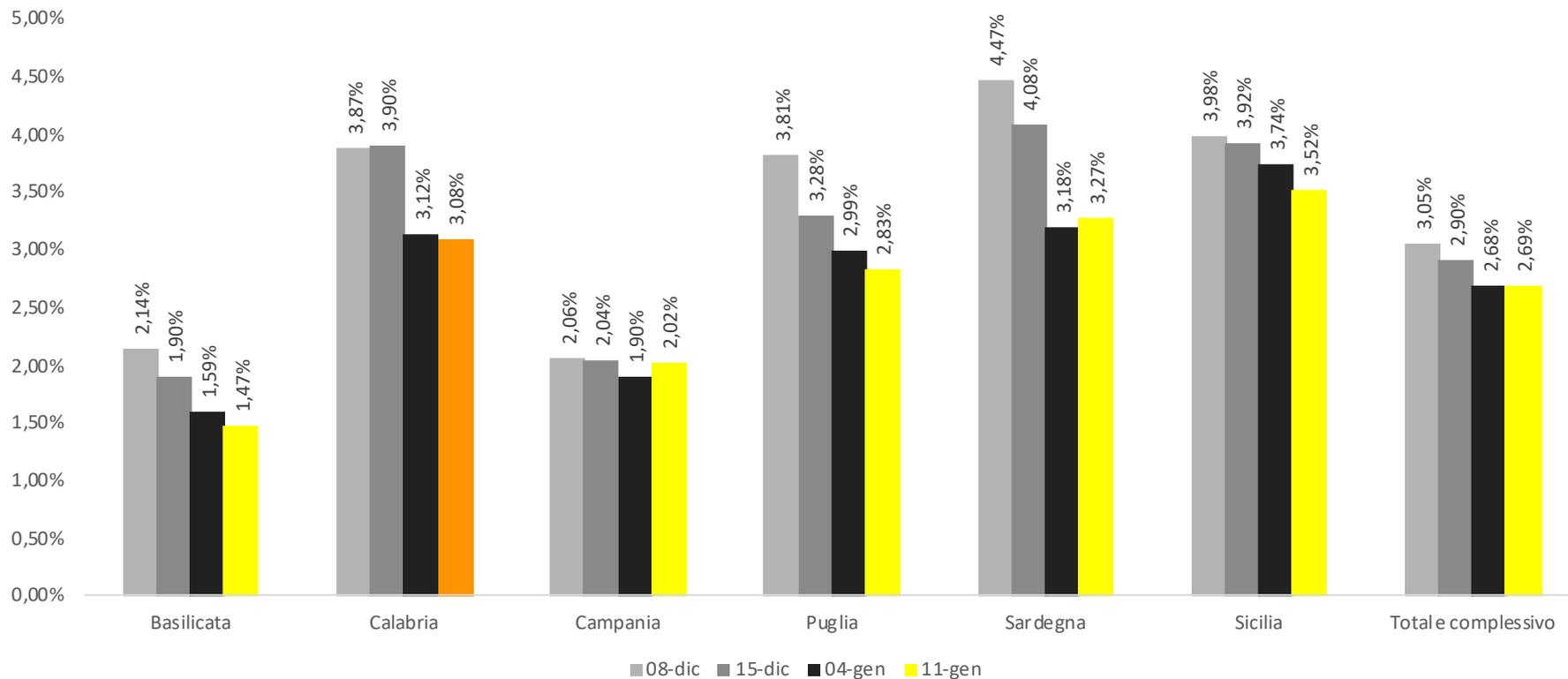
	Abruzzo	Lazio	Marche	Molise	Umbria	Totale complessivo
08-dic	4,42%	3,65%	4,35%	2,30%	6,53%	3,92%
15-dic	4,56%	3,85%	4,58%	2,52%	7,32%	4,12%
04-gen	4,51%	4,11%	4,48%	3,84%	8,20%	4,34%
11-gen	4,47%	4,07%	4,32%	5,37%	7,56%	4,29%

Commento

Nelle Regioni del Centro si registra un andamento stabile in Abruzzo, Lazio e Marche mentre si registra una riduzione in Umbria. La percentuale di ricoverati su positivi nell'ultima settimana risulta pari al 4,29% in sensibile diminuzione rispetto ai dati relativi alla settimana del 5 gennaio.



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



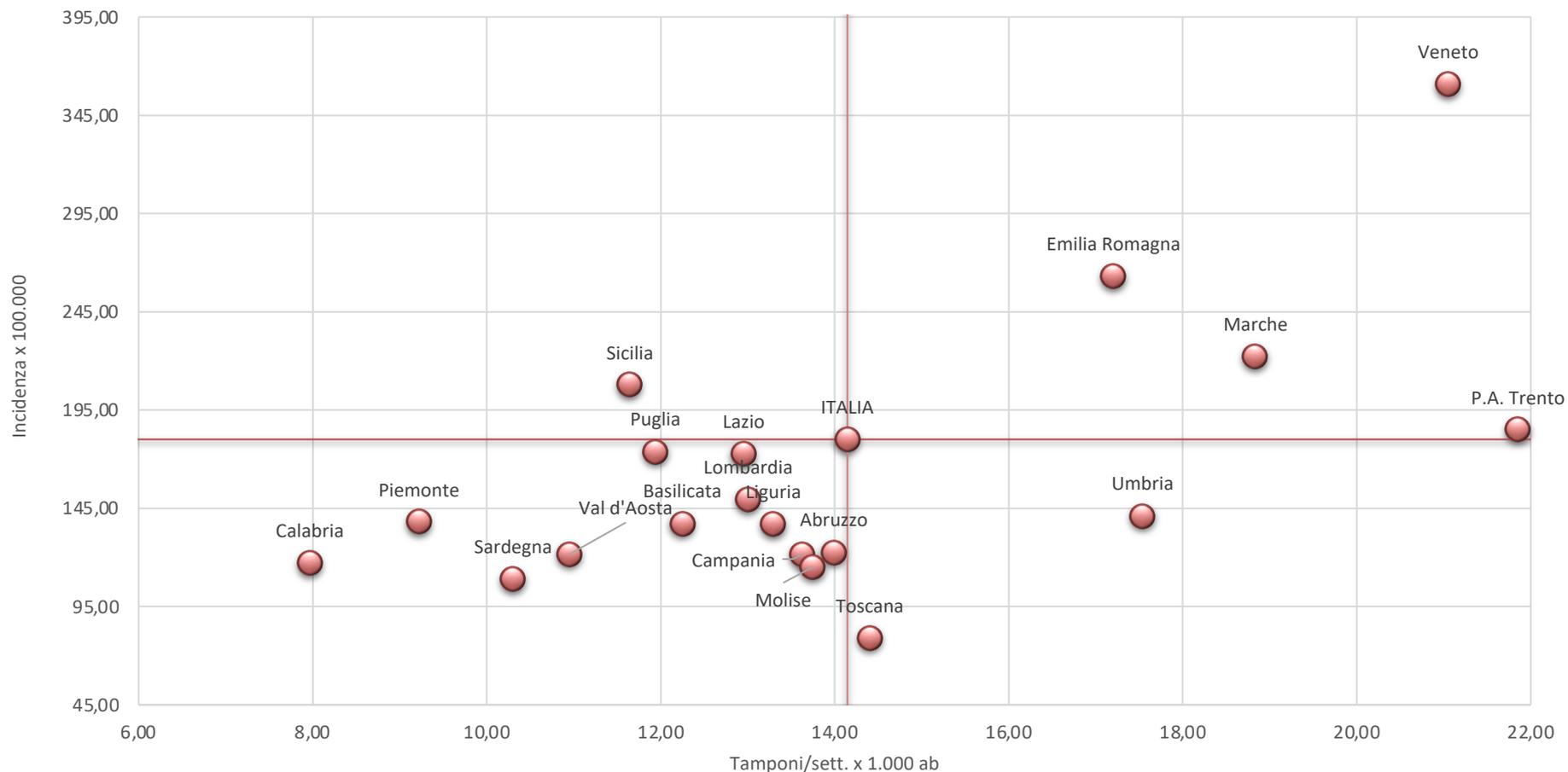
	Basilicata	Calabria	Campania	Puglia	Sardegna	Sicilia	Totale complessivo
08-dic	2,14%	3,87%	2,06%	3,81%	4,47%	3,98%	3,05%
15-dic	1,90%	3,90%	2,04%	3,28%	4,08%	3,92%	2,90%
04-gen	1,59%	3,12%	1,90%	2,99%	3,18%	3,74%	2,68%
11-gen	1,47%	3,08%	2,02%	2,83%	3,27%	3,52%	2,69%

Commento

Si registra un trend in diminuzione nella quasi totalità delle regioni del Sud, ad eccezione della Campania e della Calabria in cui l'indicatore è caratterizzato da un andamento stabile in particolare nelle ultime due settimane. Il rapporto tra i ricoverati e i positivi al virus risulta essere in media pari al 2,69% nell'ultima settimana (sostanzialmente inalterato rispetto alla settimana del 5 gennaio).



Indicatore 3.5. Relazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N° tamponi effettuati per 1.000 abitanti

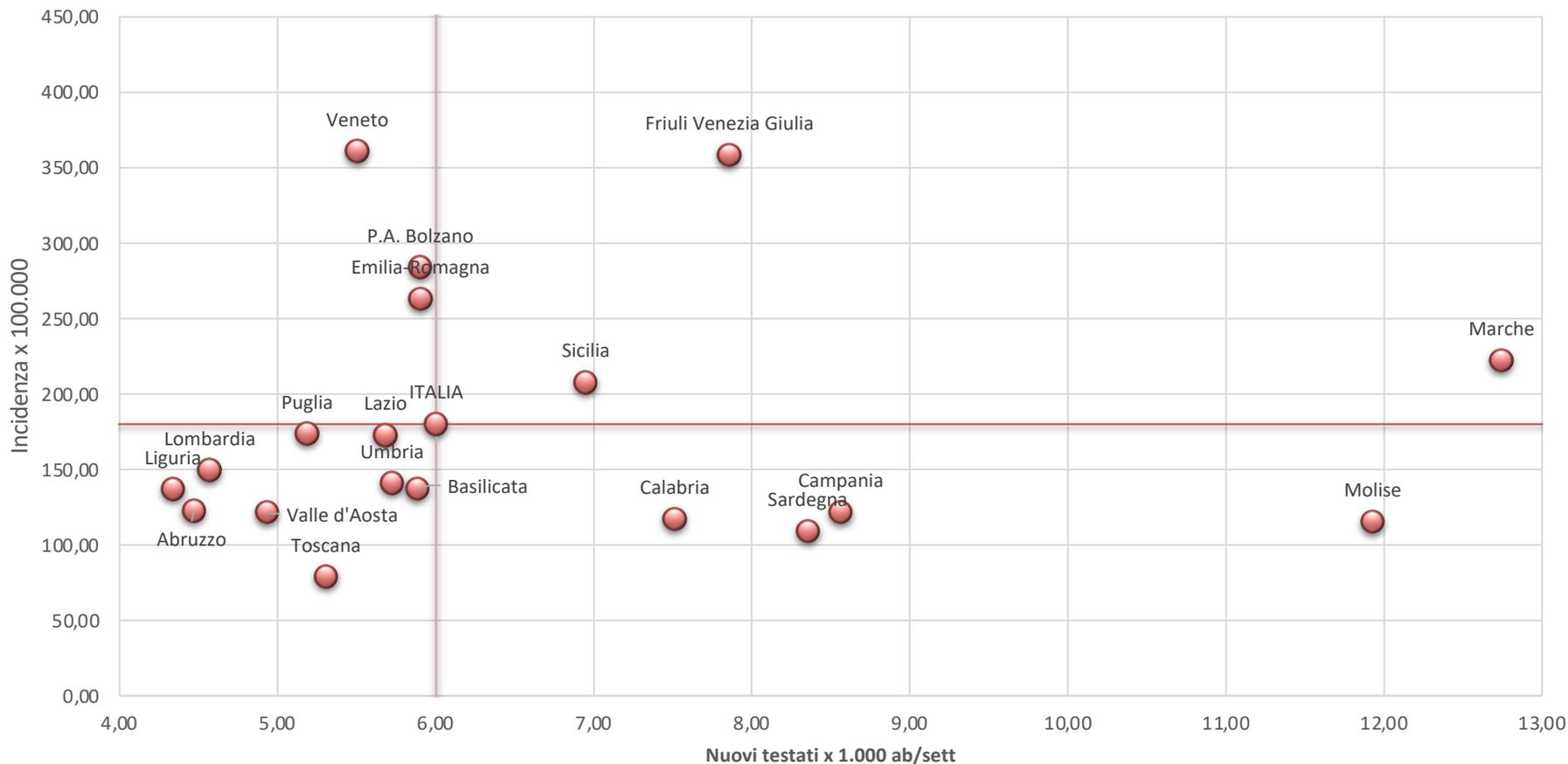


Commento

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 l'Emilia-Romagna, il Veneto la P.A di Trento e le Marche.



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 numero di nuovi casi testati. Dal grafico sembrerebbe emergere che il Friuli Venezia Giulia ha registrato incidenze contenute, ma hanno testato un ampio numero di soggetti.



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 miliardi 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](#)



Indicatori 3.8. Soluzioni digitali



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

Istituzione	Delibera e data	Sintesi
Ministero della salute	1 giugno 2020	Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili .. "privilegiare le modalità di erogazione e distanza.."
Abruzzo	n. 34 - 10 aprile 2020	definisce indirizzi operativi per l'erogazione di visite di controllo in telemedicina relativamente al diabete
	n. 33 - 10 aprile 2020	definisce indirizzi operativi per l'erogazione di visite di controllo in telemedicina relativamente allo spettro autistico
	n. 481 - 5 agosto 2020	formalizza l'utilizzo di televisite per pazienti già in carico e le relative tariffe, uguali a quelle delle visite in presenza
Emilia Romagna	n. 404 - 27 aprile 2020	prevede la successiva formalizzazione di un piano complessivo per la telemedicina
Lazio	n. U00081 - 25 giugno 2020	prevede la formalizzazione di un piano complessivo per la telemedicina entro l'anno
	n. G06983 - 18 giugno 2020	definisce la procedura per la tele sorveglianza ed il telemonitoraggio domiciliare pediatrico
	n. U00103 - 23 luglio 2020	stabilisce che le aziende devono attivare servizi di telemedicina e definisce le relative tariffe
Lombardia	n. 3155 - 7 maggio 2020	indica la telemedicina come strumento privilegiato per visite di controllo e follow-up
	n. XI-3528 - 5 agosto 2020	stabilisce che sono erogabili in telemedicina tutte le visite che non richiedano esame obiettivo, alle stesse tariffe di quelle in presenza
Toscana	n. 464 - 6 aprile 2020	definisce indirizzi operativi, codifiche e tariffe per la gestione di prestazioni ambulatoriali in telemedicina
Piemonte	n. 6-1613 - 3 luglio 2020	definisce che le aziende possono implementare soluzioni di telemedicina per tutte le prestazioni ambulatoriali che non richiedono esame fisico e ne stabilisce le procedure di erogazione, registrazione e tariffazione
Provincia di Bolzano	n. 433 - 16 giugno 2020	formalizza la possibilità di erogare prestazioni in telemedicina da parte delle aziende e le relative tariffe
Provincia di Trento	n. 456 - 9 aprile 2020	definisce codifiche e tariffe per le prestazioni erogabili in telemedicina
Puglia	n 333 - 10 marzo 2020	evidenzia la telemedicina come strumento utilizzabile e prevede un piano normativo
	n 1111 - 3 agosto 2020	definisce la struttura per il coordinamento regionale dei servizi di telemedicina
Sardegna	n. 40/4 - 4 agosto 2020	stabilisce che le visite di controllo e follow-up devono essere prioritariamente eseguite in telemedicina con la stessa tariffazione di quelle in presenza
Umbria	n. 467 - 10/6/2020	promuove l'uso di strumenti e modalità di gestione delle prestazioni in telemedicina, laddove non è richiesto un contatto fisico tra il paziente ed il medico
Valle d'Aosta	31/07/2020	Formalizzata l'autorizzazione alle aziende pubbliche e private accreditate di erogare servizi di telemedicina e teleassistenza, secondo quanto definito nelle Linee Guida Nazionali
Veneto	n. 568 - 5 maggio 2020	definisce codifiche e tariffe per le prestazioni in telemedicina
	n. 782 - 16 giugno 2020	riconosce agli enti del servizio sanitario regionale la possibilità di erogare servizi di assistenza sanitaria in modalità di telemedicina, secondo le Linee Guida Nazionali





Usò compassionevole: Instant REPORT#18: 03 Settembre 2020

Aggiornamenti nazionali

- Farmaci utilizzabili per il trattamento della malattia COVID-19 (schede informative)
 - *AIFA fornisce in questa sezione informazioni aggiornate sui farmaci utilizzati al di fuori delle sperimentazioni cliniche, come quelli commercializzati per altre indicazioni che vengono resi disponibili ai pazienti, pur in assenza di indicazione terapeutica specifica per il COVID-19, sulla base di evidenze scientifiche spesso piuttosto limitate. Proprio in considerazione dell'alto livello di incertezza con cui queste terapie sono messe a disposizione e del particolare stato di emergenza rispetto ad una pandemia che stiamo imparando a conoscere giorno per giorno, si ritiene importante aggiornare continuamente le informazioni relative alle prove di efficacia e sicurezza che si renderanno a mano a mano disponibili.*
- AIFA limita l'uso di remdesivir in casi selezionati
- Attivazione Registro VEKLURY (remdesivir)
- Procedura per la presentazione delle richieste di commercializzazione dei vaccini (Controllo di Stato per ciascun singolo lotto) per il COVID-19



Indicatore 3.9. Sperimentazioni cliniche 2/2



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
TOCIDVID-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
CoCOVID	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
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 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
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



Indicatore 3.9.1. Trattamenti Covid-19: aggiornamenti



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

Treatment	Treatment developer	Start of evaluation
<u>Dexamethasone Taw</u>	Taw Pharma	31/08/2020

Trattamenti COVID-19 approvati

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

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
<u>Ad26.COVS.S</u>	Janssen-Cilag International N.V.	01/12/2020	Rolling review ongoing		
<u>COVID-19 Vaccine Moderna</u>	Moderna Biotech Spain, S.L.	16/11/2020	<p><u>Start of CMA application under evaluation 01/12/2020</u></p> <p><u>Medicine overview, product information and risk management plan summary</u></p> <p><u>Paediatric investigation plan</u></p>	<p><u>Conditional marketing authorisation 06/01/2020</u></p>	<p><u>COVID-19: il 7 gennaio riunione della CTS AIFA per vaccino Moderna</u></p>
<u>Comirnaty</u>	BioNTech, in collaboration with Pfizer	06/10/2020	<p><u>Start of evaluation of CMA application: 01/12/2020</u></p> <p><u>Comirnaty: European public assessment report</u></p> <p><u>Paediatric investigation plan</u></p>	<p><u>Conditional marketing authorisation 21/12/2020</u></p>	<p><u>Autorizzato il vaccino BioNTech/ Pfizer 22/12/2020</u></p> <p><u>Comirnaty - BioNTech/Pfizer</u></p> <p><u>FAQ AIFA su Comirnaty - BioNTech/Pfizer</u></p> <p><u>AIFA, possibile ottenere almeno 6 dosi da ogni flaconcino del vaccino BioNTech/Pfizer</u></p>
<u>ChAdOx1-SARS-CoV-2</u>	AstraZeneca, in collaboration with the University of Oxford	01/10/2020	<p>Rolling review ongoing</p> <p><u>Paediatric investigation plan</u></p>		<p><u>Aggiornamento sulla revisione ciclica</u></p>

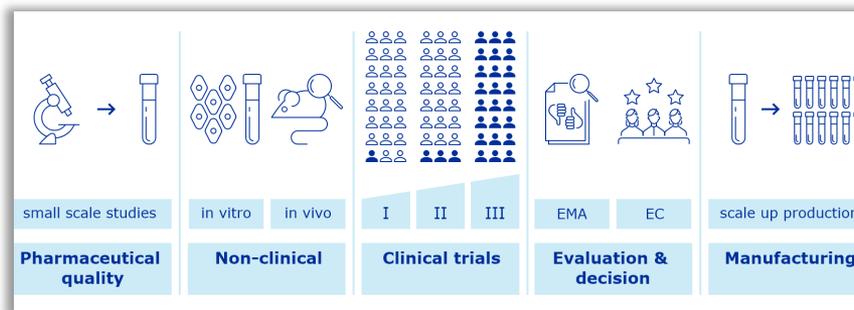
Link WHO Vaccine COVID-19 candidates:

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

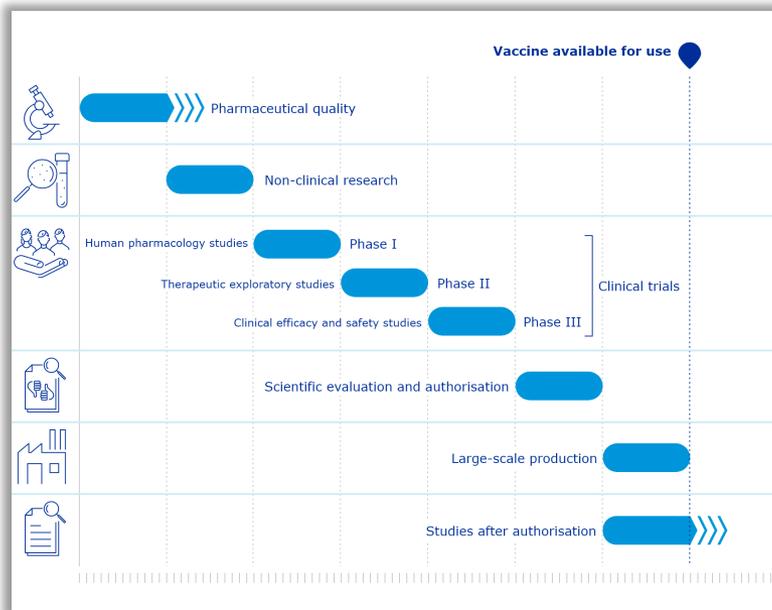




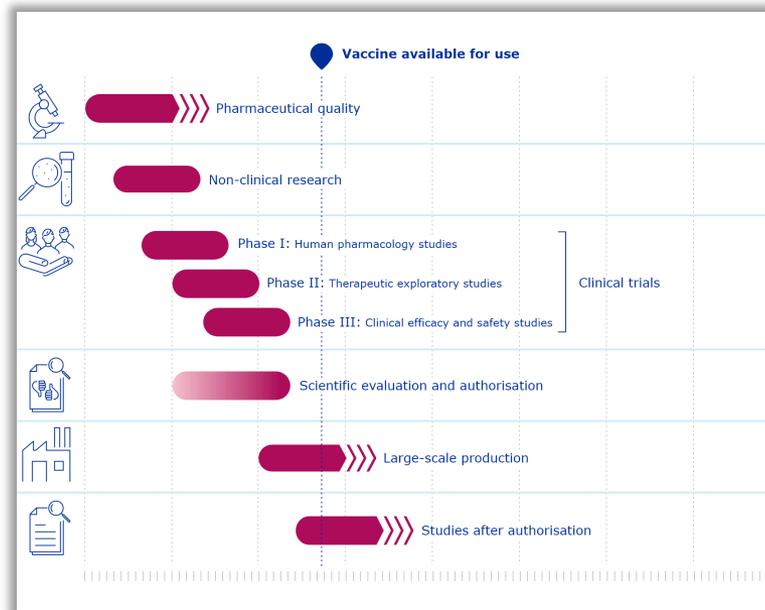
Indicative timelines for COVID-19 vaccines compared with standard vaccines



Timeline for standard vaccines



Timeline for Covid-19 vaccines



Indicatore 3.11. 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 3.11.1. Approfondimento sui test rapidi

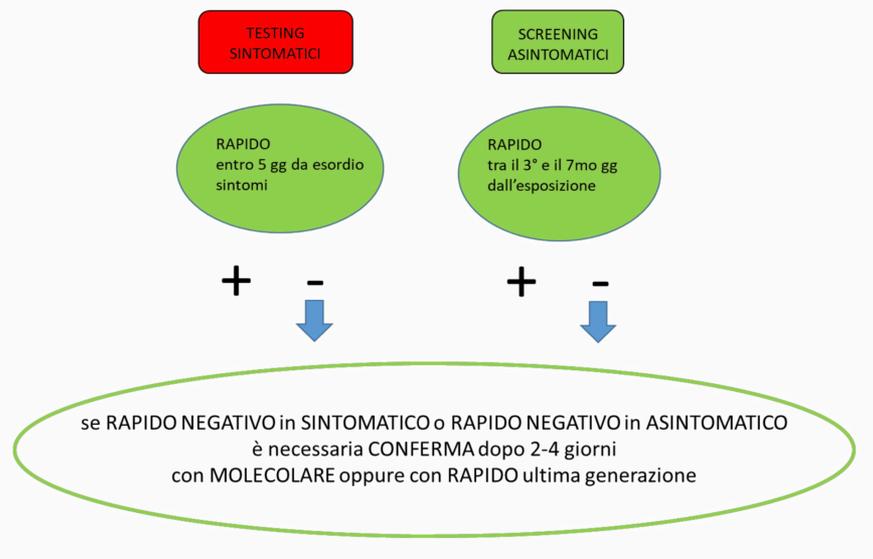


La Circolare del Ministero della Salute dell'08/01/2021, con oggetto "Aggiornamento della definizione di caso COVID-19 e strategie di testing", definisce le tempistiche di esecuzione dei TDAR, in base all'insorgenza o meno dei sintomi:

- ❖ Nei soggetti sintomatici, il TDAR va eseguito il più presto possibile e comunque entro cinque giorni dall'insorgenza dei sintomi;
- ❖ In caso di risultato negativo, il soggetto deve essere nuovamente testato a distanza di 2-4 giorni con TDAR o RT-PCR
- ❖ In caso di soggetto asintomatico, l'esecuzione del test fa riferimento alla data di esposizione:
- ❖ Laddove la data di esposizione non sia nota o ci siano state esposizioni multiple da almeno tre giorni, il TDAR deve essere eseguito il prima possibile e comunque entro 7 giorni dall'ultima esposizione;
- ❖ In caso di una sola esposizione, il TDAR va eseguito tra il terzo ed il settimo giorno dall'esposizione.

Nei programmi di screening periodico, la frequenza di ripetizione del test deve essere commisurata al rischio infettivo, alla circolazione del virus e al possibile impatto di un focolaio.

Diagramma: Tempi d'uso e di conferma del test antigenico rapido in contesti ad alta prevalenza.



Indicatore 3.11.2. Procedure screening Regioni e PA con test antigenici



Regione	Screening della popolazione
Abruzzo	Popolazione residente e domiciliata > 6 anni di età Alcuni Comuni alla volta, arco temporale prolungato
Basilicata	Comunità accademica
Campania	Popolazione scolastica, personale docente e non docente
Emilia Romagna (Lavoro sicuro)	Lavoratori delle aziende produttive, economiche e sociali regionali Priorità : trasporti e logistica, lavorazione carni, grande e media distribuzione organizzata, metalmeccanica, alimentare e ortofrutta, mobile imbottito, assistenza domiciliare comprensiva delle assistenti famigliari, aziende con attività in appalto in genere
Friuli Venezia Giulia	Popolazione di Comuni ad alta densità di contagio Nota: utilizzo di tamponi nasofaringei e salivari
Lazio (Scuola sicura)	Studenti dei licei di Roma e provincia
Liguria	Studenti e personale scolastico docente e non docente
Marche (Marche sicure)	Popolazione residente e domiciliata Alcuni Comuni alla volta, 18 Dicembre – in corso
Molise	Iniziative di alcuni Comuni; target: popolazione residente o domiciliata sopra i 6 anni di età / personale scolastico
P.A. di Bolzano	Popolazione residente e domiciliata - v. Instant Report ALTEMS #33
Piemonte (Scuola sicura)	Test rapido/molecolare a scadenza quindicinale sul personale scolastico docente e non docente e sugli studenti di seconde e terze medie
Puglia	Screening della popolazione delle RSA
Sardegna (Sardi e sicuri)	Tutta la popolazione residente e domiciliata
Sicilia	Tutta la popolazione residente e domiciliata
Toscana (Scuole sicure, Territori sicuri)	Popolazione scolastica, Comuni ad alta diffusione del virus, persone vulnerabili
Valle d'Aosta	Personale scolastico docente e non docente, studenti
Veneto	Personale sanitario, RSA Test salivari molecolari sui dipendenti dell'Università di Padova
Calabria, Lombardia, P.A. di Trento, Umbria	In queste Regioni/P.A., non sono in atto screening di popolazione con utilizzo di tamponi antigenici.

Commento

Già prima della circolare del Ministero della Salute con oggetto «Aggiornamento della definizione di caso COVID-19 e strategie di testing», diverse Regioni hanno intrapreso strategie di screening di popolazione, senza applicare un filtro.

Le indicazioni riportate sulla circolare del Ministero della Salute, presentate nell'Instant Report ALTEMS #34, prevedono di testare le persone asintomatiche in un contesto dove ci si attenda una percentuale di positività elevata ($\geq 10\%$), come in attività di contact tracing, screening di comunità scolastiche e lavorative o contesti sanitari e socioassistenziali/sociosanitari.

In un contesto a bassa prevalenza come la popolazione generale, i test antigenici hanno una sensibilità non soddisfacente ed un elevato rischio di falsi negativi: una strategia che preveda la ripetizione a breve distanza del test può, in parte, ovviare a questo problema.



Indicatore 3.11.3. Procedure screening Regioni e PA con test antigenici: *Regione Sardegna: programma «Sardi e sicuri»*



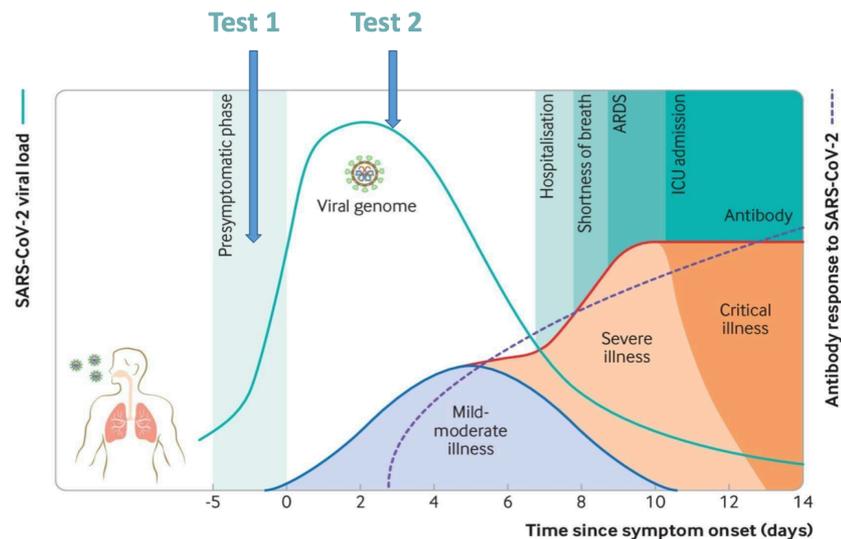
Con il programma «Sardi e sicuri», la Regione si propone di effettuare una stratificazione del territorio regionale in base alle caratteristiche demografiche ed attuare due o tre screening sequenziali, volti a testare gratuitamente la popolazione residente. Viene ipotizzata un'adesione alla campagna del 65%. Per ridurre l'incidenza di falsi negativi dovuti alla bassa sensibilità dei test antigenici, vengono organizzate due sessioni di screening da ripetere a 7 giorni di distanza: laddove la prima sessione di test potrebbe non individuare tutti i veri positivi, c'è una significativa probabilità che questi vengano individuati nella seconda sessione di test.

La prima sessione di test prevede:

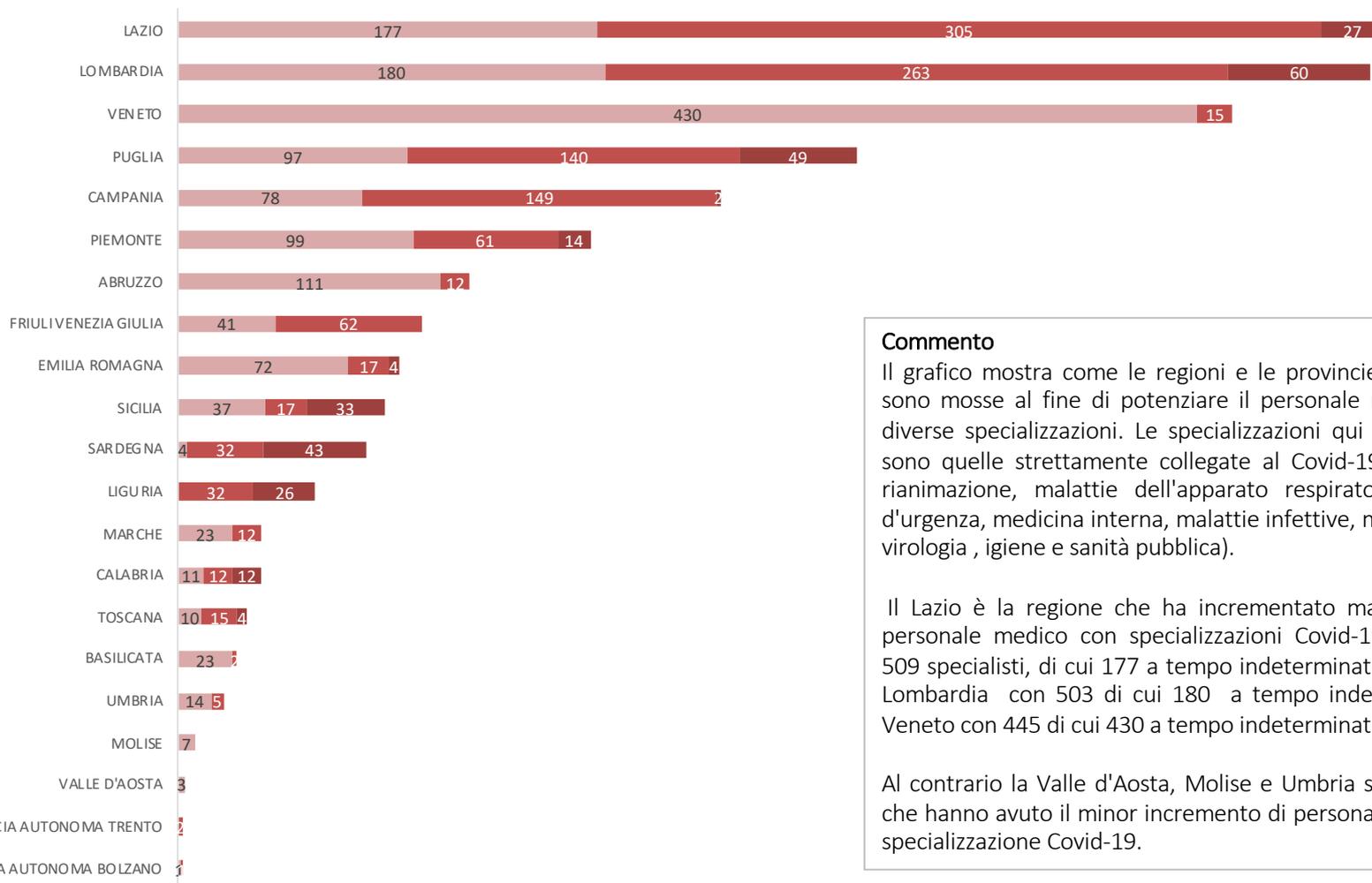
- ❖ Test antigenico effettuato su tampone, con esito in 15 minuti;
- ❖ Test molecolare per tutti i cittadini risultati positivi;
- ❖ Isolamento dei cittadini positivi.

La seconda sessione di test prevede:

- ❖ Ripetizione del test antigenico per tutti i cittadini risultati negativi durante la prima sessione;
- ❖ Tampone molecolare per tutti i cittadini risultati positivi;
- ❖ Isolamento dei cittadini positivi.



Indicatore 3.12. Nuovo Personale con specializzazione mediche legate all'emergenza COVID-19



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).

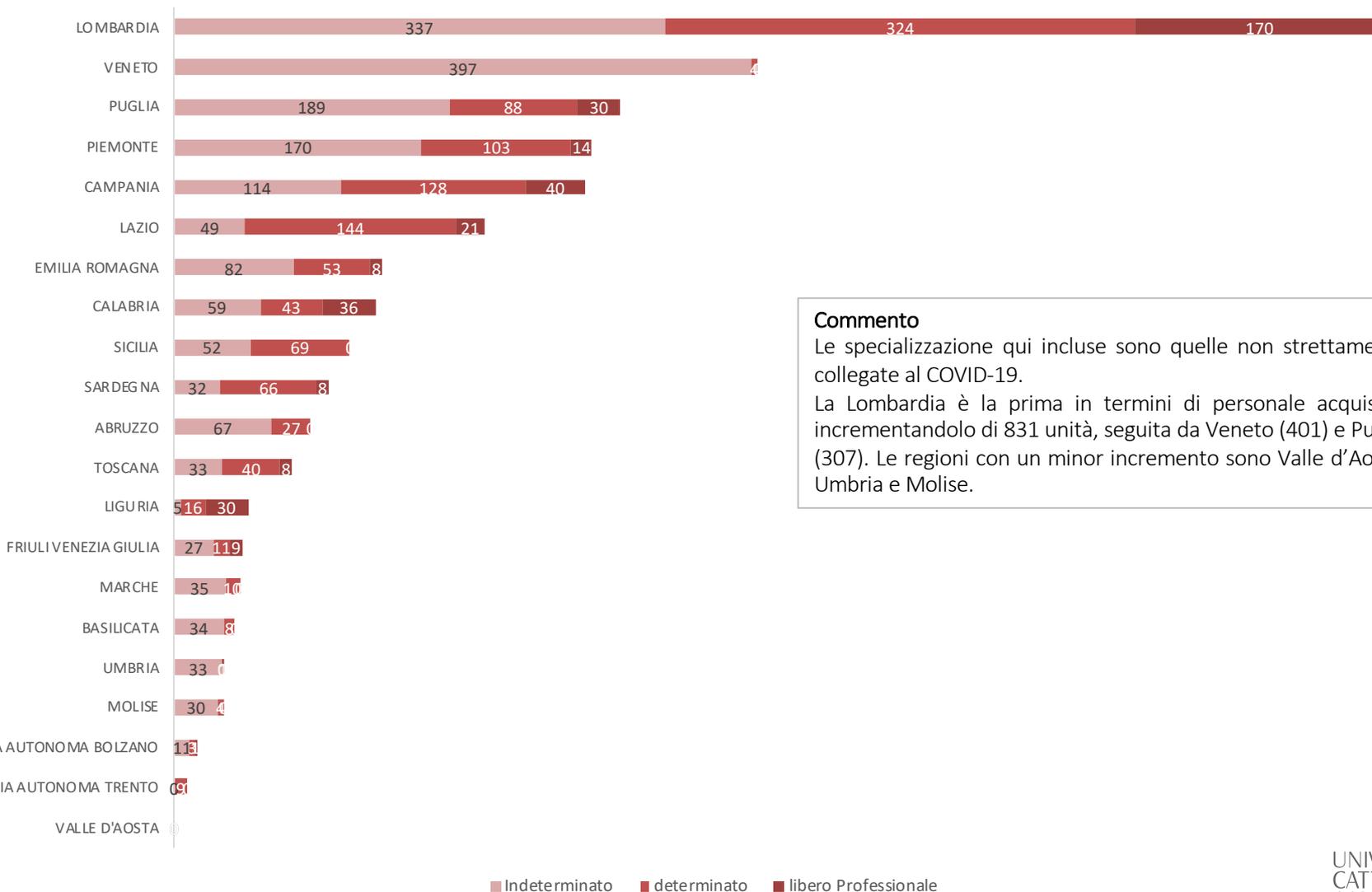
Il Lazio è la regione che ha incrementato maggiormente il personale medico con specializzazioni Covid-19, assumendo 509 specialisti, di cui 177 a tempo indeterminato. Seguono la Lombardia con 503 di cui 180 a tempo indeterminato e il Veneto con 445 di cui 430 a tempo indeterminato.

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

■ Indeterminato ■ determinato ■ libero Professionale



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



Commento
 Le specializzazioni qui incluse sono quelle non strettamente collegate al COVID-19.
 La Lombardia è la prima in termini di personale acquisito, incrementandolo di 831 unità, seguita da Veneto (401) e Puglia (307). Le regioni con un minor incremento sono Valle d'Aosta, Umbria e Molise.



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	51%	41%
Assunzioni strutturali specialità mediche non connesse con l'emergenza Covid-19	49%	59%

Commento

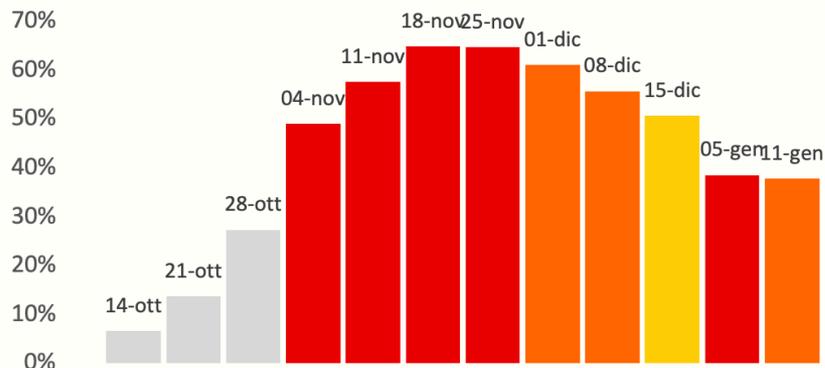
La matrice mostra i diversi approcci all'acquisizione di personale strutturale a tempo determinato o indeterminato da parte delle regioni all' 11 gennaio 2021. L'analisi del personale assunto o in via di assunzione rileva approcci leggermente diversi. Le regioni non in piano di rientro hanno dedicato il 41% dei nuovi posti a specializzazioni mediche legate all'emergenza COVID-19 (Anestesia e rianimazione; malattie apparato respiratorio; malattie infettive; medicina d'urgenza; medicina interna; microbiologia e virologia; sanità pubblica) ed il restante 59% ad altre specialità. Le regioni in piano di rientro hanno incrementato la propria forza lavoro per il 51% con specialisti legati all'emergenza COVID-19, ed il restante 49% con altri specialisti.



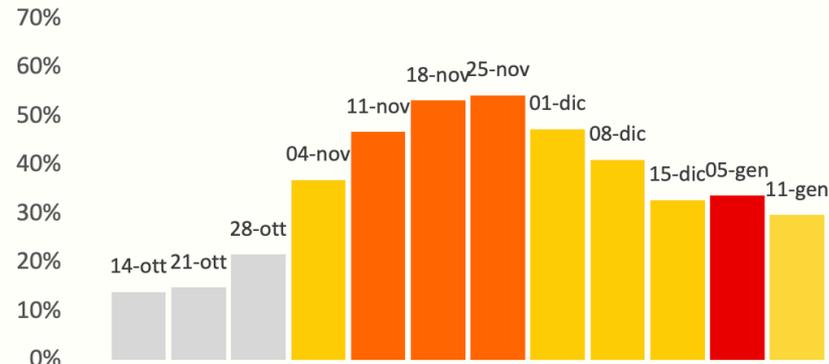
Indicatore 3.15.1. Trend tassi di saturazione dei Posti Letto in Terapia Intensiva dal 14 ottobre al 11 gennaio 2021 – Nord Ovest



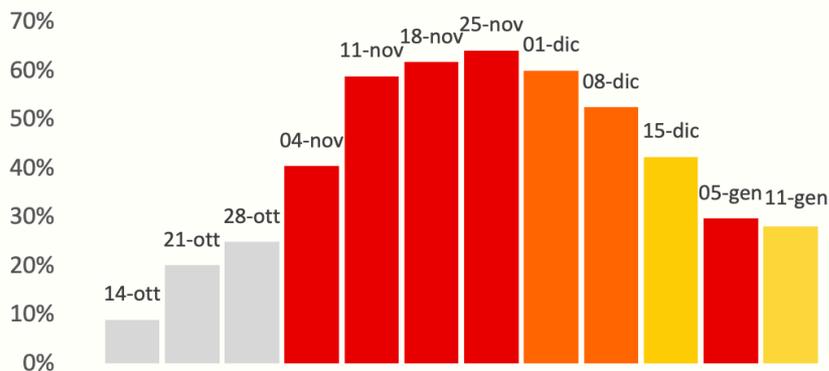
Lombardia



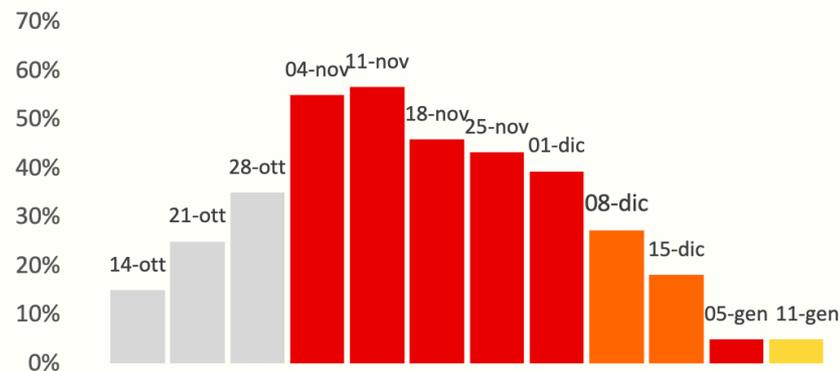
Liguria



Piemonte



Valle d'Aosta



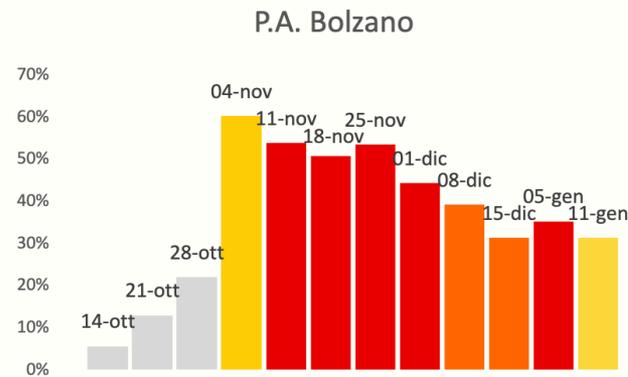
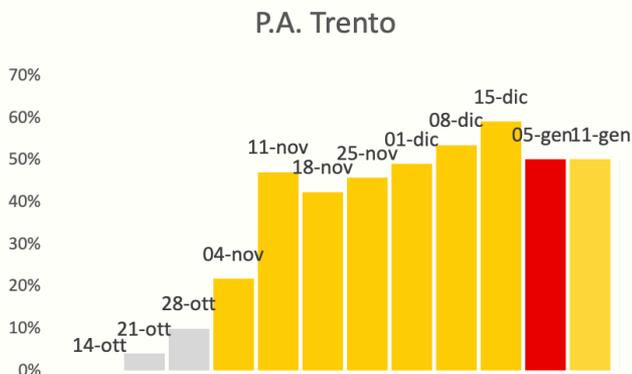
Commento

I grafici mostrano l'andamento, dal 14 ottobre 2020 al 11 gennaio 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).

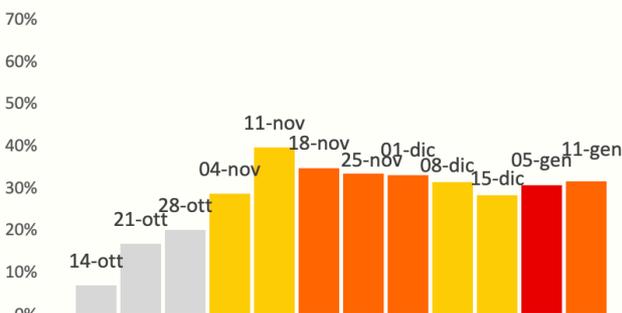
Fonte dei dati: Rapporto Covid-19 Agenas dell'11 gennaio 2021-Ministero della Salute - Protezione Civile



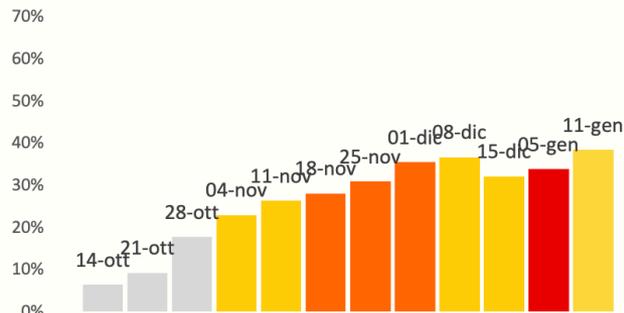
Indicatore 3.15.2. Trend tassi di saturazione dei Posti Letto in Terapia Intensiva dal 14 ottobre al 11 gennaio 2021 – Nord Est



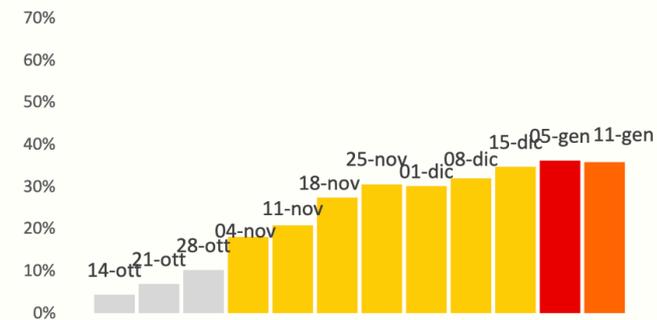
Emilia Romagna



Friuli Venezia Giulia



Veneto



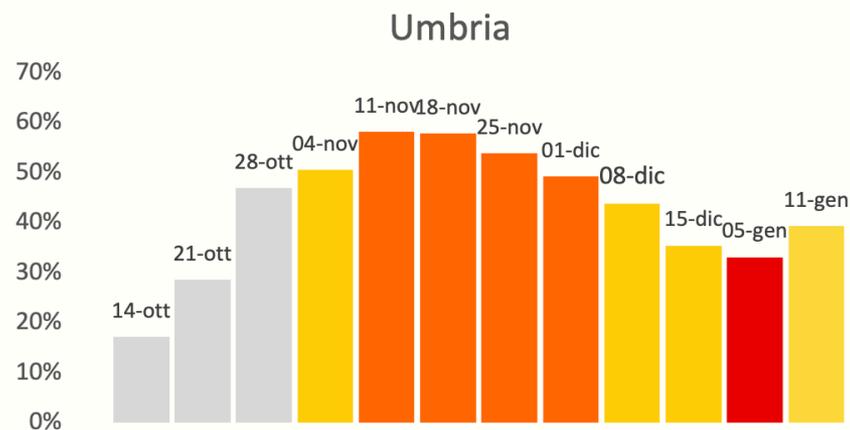
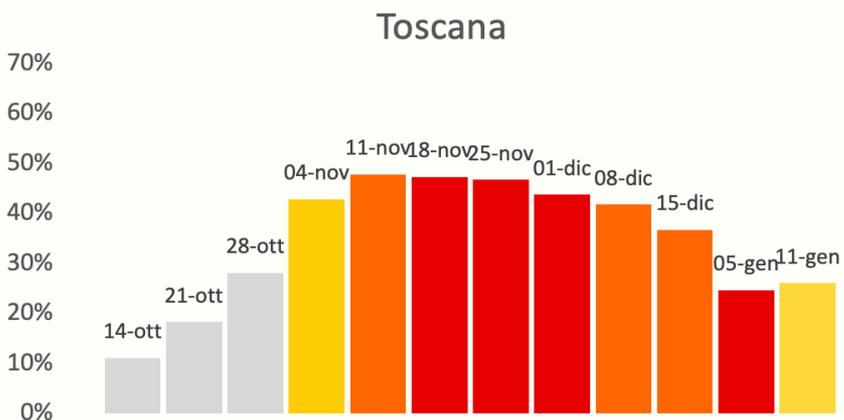
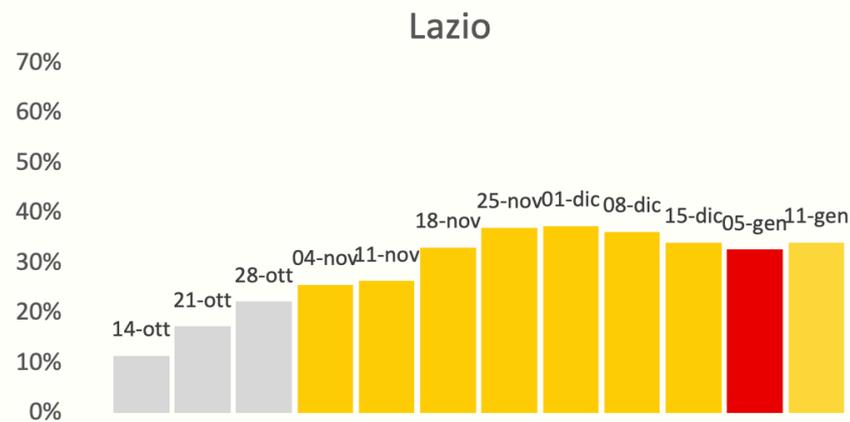
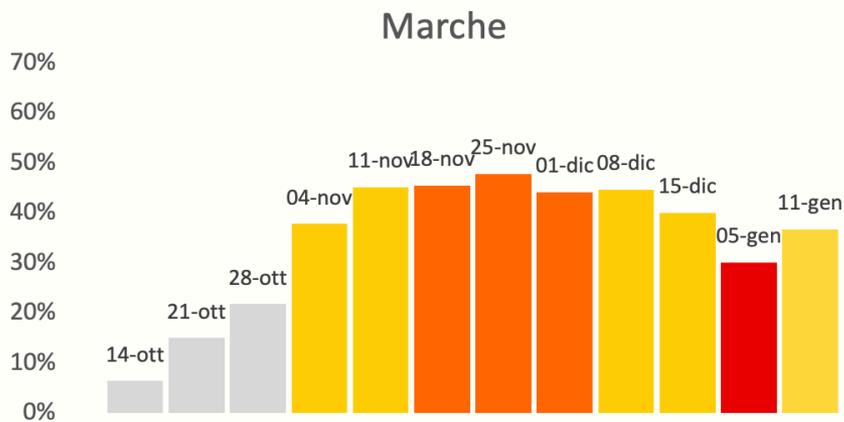
Commento

I grafici mostrano l'andamento, dal 14 ottobre 2020 al 11 gennaio 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).

Fonte dei dati: Rapporto Covid-19 Agenas dell'11 gennaio 2021-Ministero della Salute - Protezione Civile



Indicatore 3.15.3. Trend tassi di saturazione dei Posti Letto in Terapia Intensiva dal 14 ottobre al 11 gennaio 2021 – Centro



Commento

I grafici mostrano l'andamento, dal 14 ottobre 2020 al 11 gennaio 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).

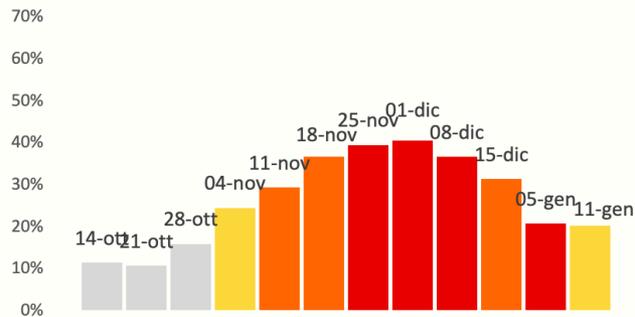
Fonte dei dati: Rapporto Covid-19 Agenas dell'11 gennaio 2021-Ministero della Salute - Protezione Civile



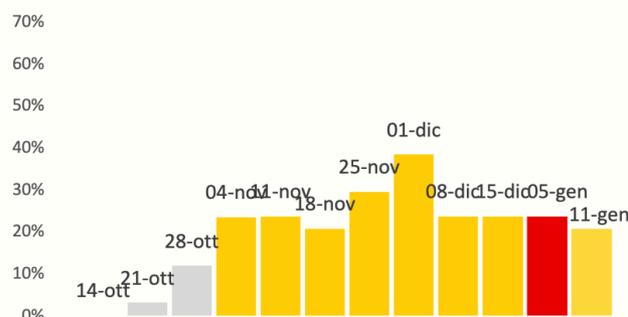
Indicatore 3.15.4. Trend tassi di saturazione dei Posti Letto in Terapia Intensiva dal 14 ottobre al 11 gennaio 2021 – Sud



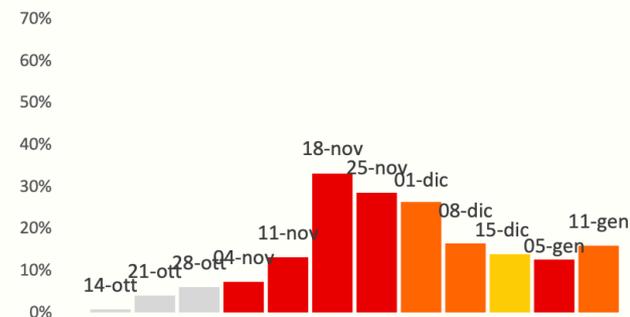
Abruzzo



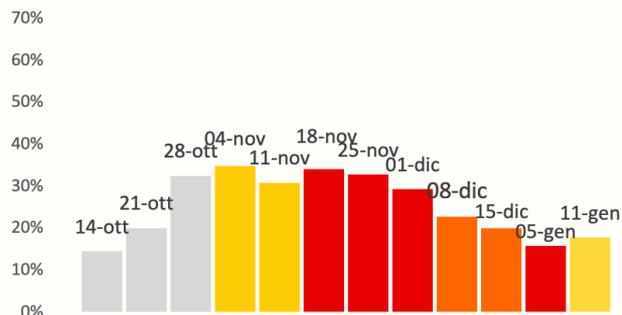
Molise



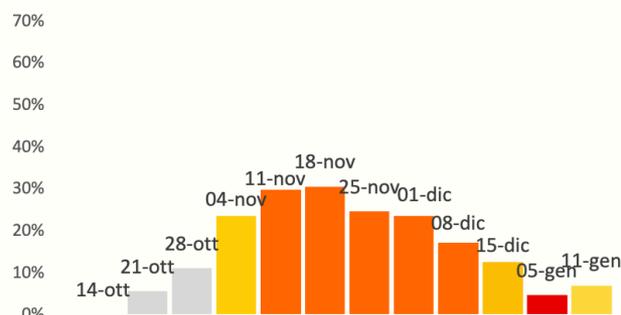
Calabria



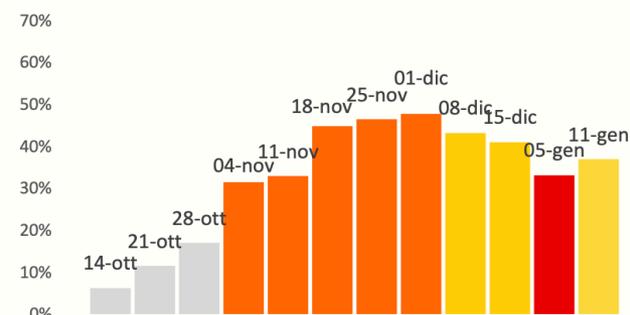
Campania



Basilicata



Puglia



Commento

I grafici mostrano l'andamento, dal 14 ottobre 2020 al 11 gennaio 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).

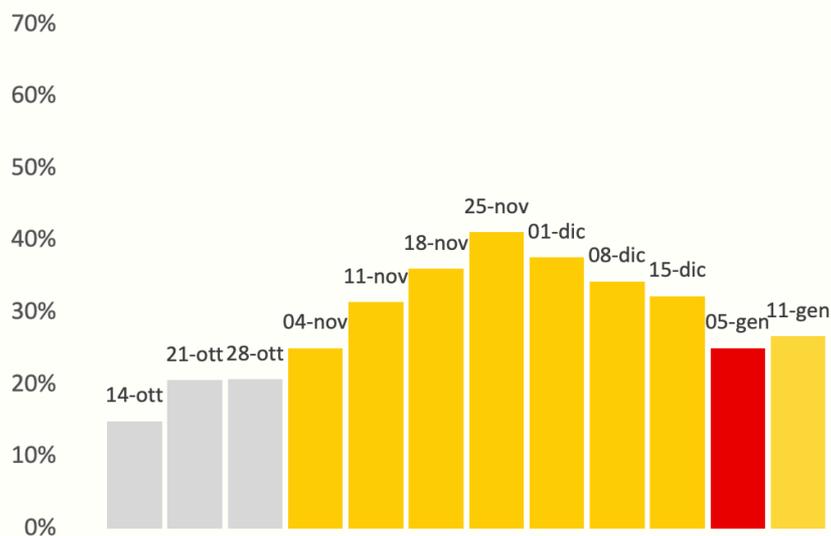
Fonte dei dati: Rapporto Covid-19 Agenas dell'11 gennaio 2021-Ministero della Salute - Protezione Civile



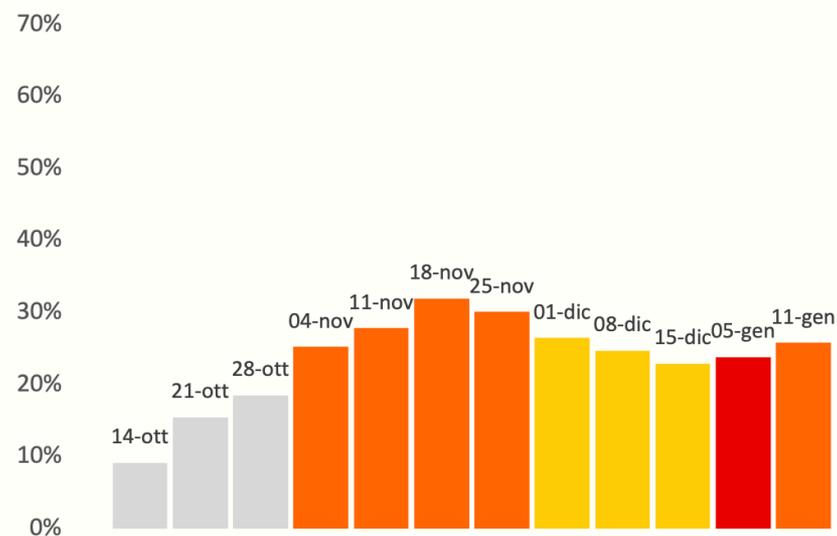
Indicatore 3.15.5. Trend tassi di saturazione dei Posti Letto in Terapia Intensiva dal 14 ottobre al 11 gennaio 2021 – Isole



Sardegna



Sicilia



Commento

I grafici mostrano l'andamento, dal 14 ottobre 2020 al 11 gennaio 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).

Fonte dei dati: Rapporto Covid-19 Agenas dell'11 gennaio 2021-Ministero della Salute - Protezione Civile



Indicatore 3.16. Confronto tra PL TI e numero di Anestesisti al 11 gennaio 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 11 gennaio)	Differenza dati al 4 gennaio e pre DL 34/2021	Differenza dati al 11 gennaio 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	-1,1	-1,2
Molise	2	2,4	2,0	0,1	0,0
P.A. Bolzano	3	1,8	1,7	-1,3	-1,3
P.A. Trento	3,3	2,8	1,7	-1,6	-1,6
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	2,3	-0,7	-0,7
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	-1,9	-1,8
Veneto	1,9	1,4	1,1	-0,8	-0,8
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 all' 11 gennaio 2021.

All' 11 gennaio 2021, il valore più basso dell'indicatore è registrato in Veneto, con 1,1; ovvero un anestesista rianimatore per posto letto di terapia intensiva. Al contrario Calabria, Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Molise e Liguria sono le regioni che presentano un valore più elevato superando le 2 unità di personale per posto letto.

La differenza tra i dati all' 11 gennaio 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 11 gennaio 2021



Regione	Ricoverati in TI al 11.01.2021	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	38	30,9%	20,1%	-0,8%	-0,5%
Basilicata	6	12,2%	7,4%	4,1%	2,5%
Calabria	24	16,4%	8,6%	3,4%	1,8%
Campania	109	32,5%	19,9%	3,6%	2,2%
Emilia Romagna	238	53,0%	37,1%	1,3%	0,9%
Friuli Venezia Giulia	67	55,8%	38,3%	6,7%	4,6%
Lazio	321	56,2%	38,0%	2,3%	1,5%
Liguria	64	42,7%	27,0%	-6,0%	-3,8%
Lombardia	462	53,7%	32,0%	-1,5%	-0,9%
Marche	81	70,4%	36,8%	13,9%	7,3%
Molise	7	23,3%	15,9%	-3,3%	-2,3%
P.A. Bolzano	24	64,9%	31,2%	-8,1%	-3,9%
P.A. Trento	45	118,4%	57,7%	0,0%	0,0%
Piemonte	177	54,1%	28,3%	-3,1%	-1,6%
Puglia	169	55,6%	29,2%	5,6%	2,9%
Sardegna	48	35,8%	21,1%	2,2%	1,3%
Sicilia	208	49,8%	28,9%	4,3%	2,5%
Toscana	144	41,9%	26,8%	1,5%	0,9%
Umbria	51	73,9%	40,2%	11,6%	6,3%
Valle d'Aosta	1	10,0%	5,6%	0,0%	0,0%
Veneto	358	72,5%	50,8%	-0,6%	-0,4%
Italia	2642	51,6%	31,5%	1,4%	0,9%

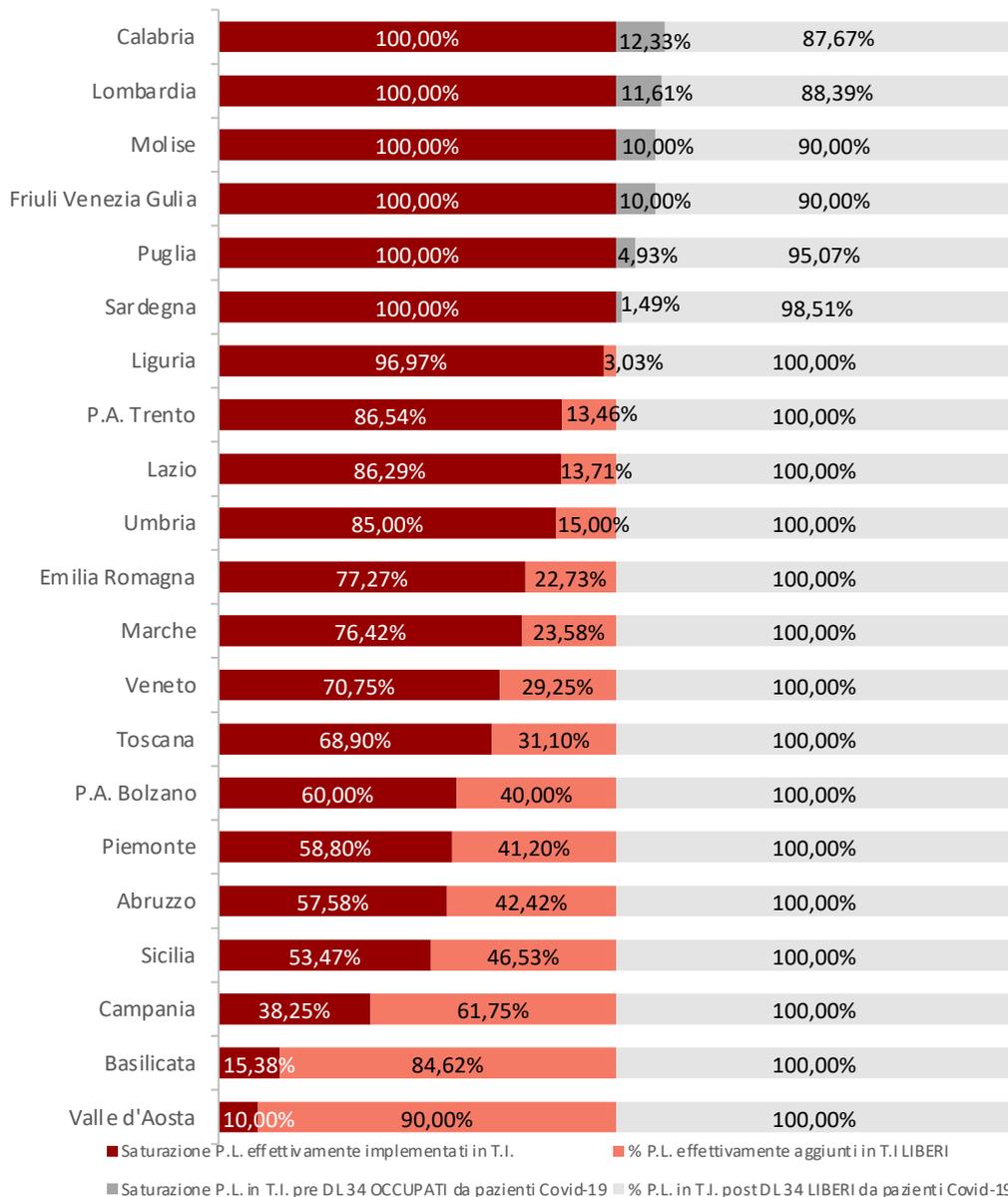
Commento

La tabella mostra il tasso di saturazione delle terapie intensive all' 11 gennaio 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 118,4% nella P.A. di Trento, 73,9 in Umbria, 72,5% in Veneto, 70,4% nelle Marche, 64,9% nella P.A. di Bolzano, e 56,2 nel Lazio. Le suddette percentuali scendono rispettivamente al 57,7%, 40,2%, 50,8%, 36,8%, 31,2% e 38% se prendiamo in considerazione la dotazione prevista in risposta ai dettami del DL 34/2020. A differenza dell'ultimo aggiornamento, si assiste ad un lieve aumento del tasso di saturazione a livello nazionale. Il tasso medio calcolato sull'intera penisola è del 51,6% se consideriamo la dotazione pre DL 34 e del 31,5% se, invece, teniamo in considerazione i nuovi posti letto di TI, in aumento rispetto al precedente aggiornamento di 1,4 (situazione PRE DL 34) o 0,9 (situazione POST DL 34) punti percentuali. Per quanto riguarda l'aumento del tasso di saturazione rispetto all'aggiornamento precedente, considerando la dotazione post DL 34, il differenziale maggior si registra nelle Marche (+13,9%), in Umbria (+11,6%), in Friuli Venezia Giulia (+6,7) ed in Puglia (+5,6%). Le uniche regioni che continuano a registrare tassi in diminuzione sono la P. A. di Bolzano (-8,1%), la Liguria (-6%), il Molise (-3,3%), il Piemonte (-3,1%), l'Abruzzo (-0,8%) ed il Veneto (-0,6%). La P.A. di Trento non registra alcuna variazione.



Indicatore 3.18. Tasso di saturazione della capacità aggiuntiva di PL di Terapia Intensiva al 11 gennaio 2021

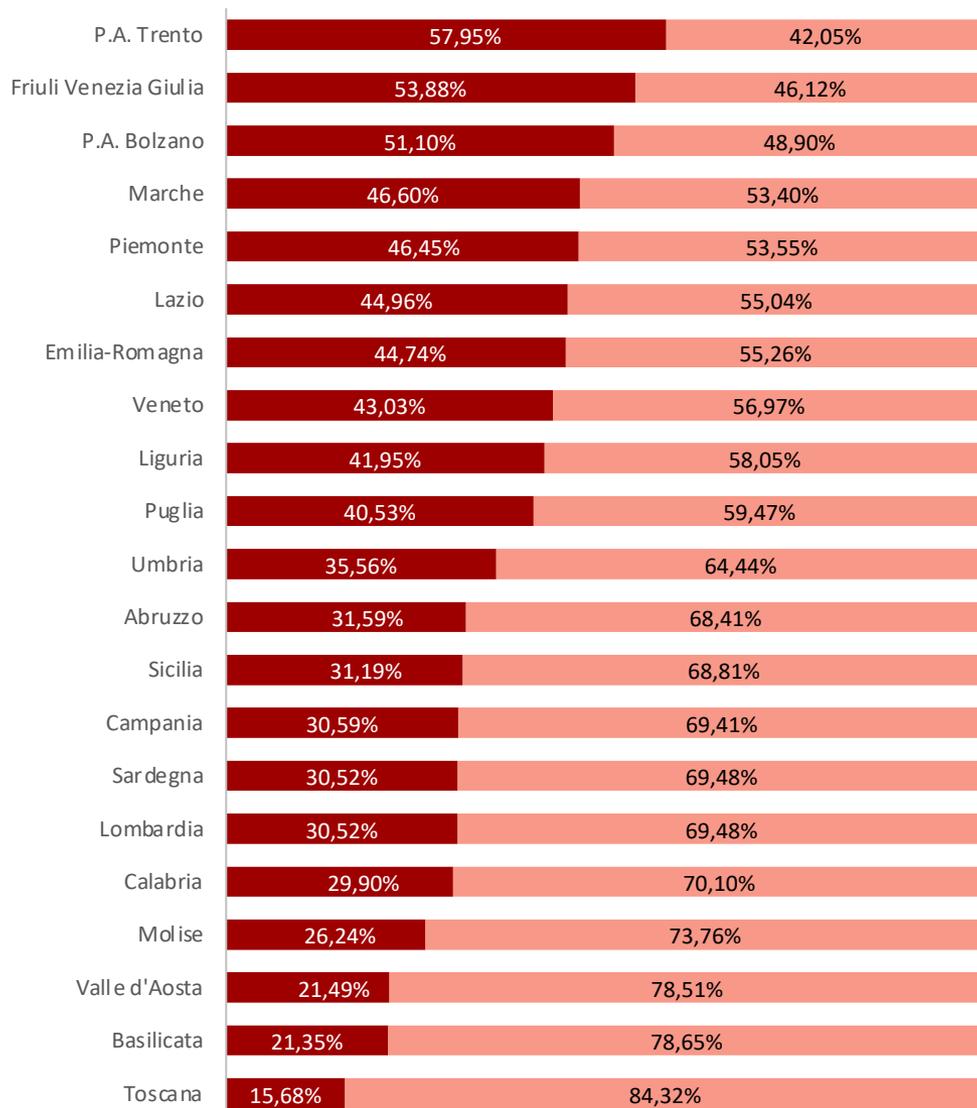


Commento

L'indicatore misura il tasso di saturazione della capacità extra in termini di posti letto di terapia intensiva all'11 gennaio. In altre parole, indica quanti posti letto di terapia intensiva, previsti dal DL34 ed effettivamente implementati, sono occupati da pazienti COVID-19. Sei regioni hanno esaurito la suddetta capacità. Si tratta della Calabria, della Lombardia, del Molise, del Friuli Venezia Giulia, della Puglia e della Sardegna. In particolare, la Calabria sta utilizzando il 12,33% della propria dotazione strutturale di posti letto di terapia intensiva, la Lombardia l'11,61%, il Molise ed il Friuli Venezia Giulia il 10%, la Puglia il 4,93% e la Sardegna l'1,49%. 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. Sono prossime alla totale saturazione della capacità aggiuntiva la Liguria (96,97%), la P.A. di Trento (86,54%), il Lazio (86,29%) e l'Umbria (85%). Viaggiano, invece, su un'occupazione inferiore ai 2/3 della capacità aggiuntiva la P.A. di Bolzano (60%), il Piemonte (58,8%), l'Abruzzo (57,58%), la Sicilia (53,47%), la Campania (38,25%), la Basilicata (15,38%) e la Valle d'Aosta (10%).

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

Indicatore 3.19. Tasso di saturazione dei posti letto in Area Non Critica al 11 gennaio 2021



Commento

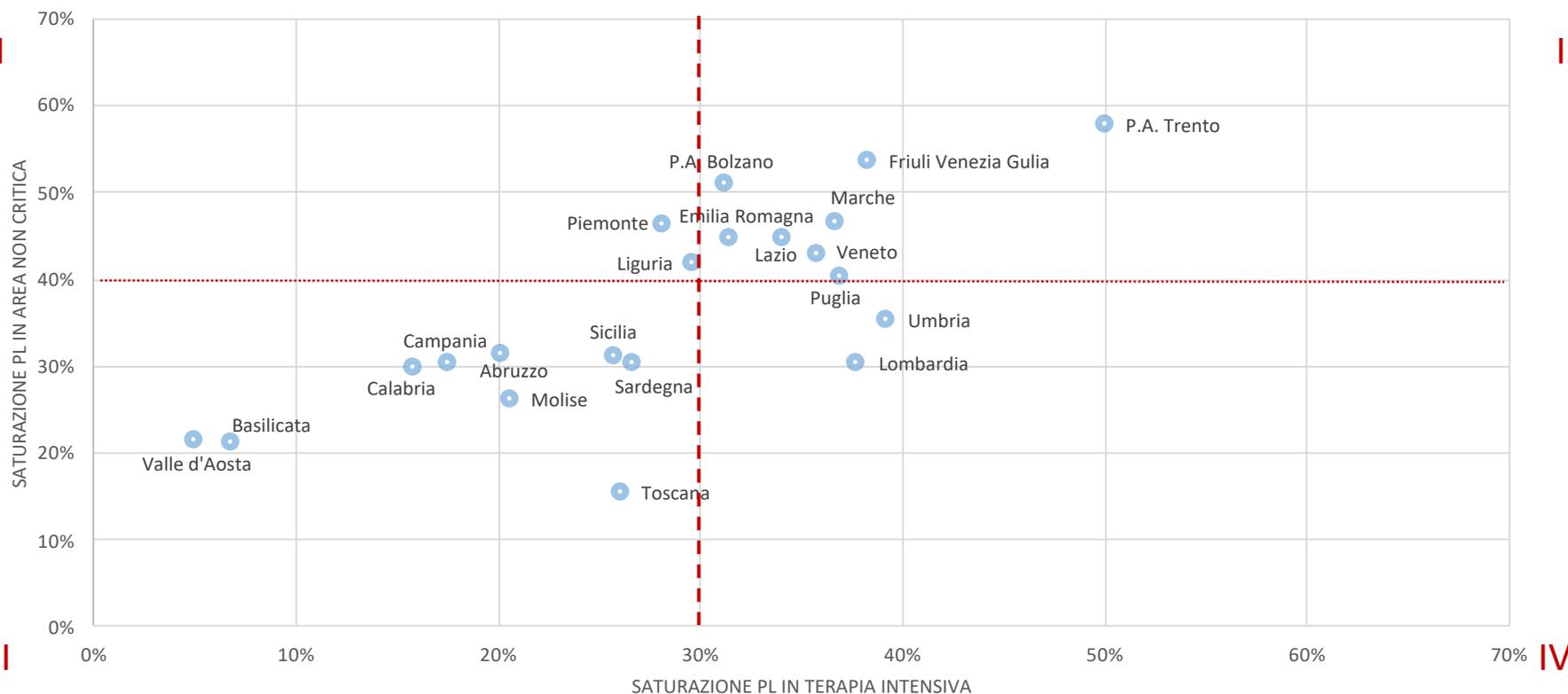
L'indicatore misura il tasso di saturazione dei posti letto in Area Non Critica, ovvero dei posti letto di area medica afferenti alle specialità di malattie infettive, medicina generale e pneumologia. All'11 gennaio 2021 dieci regioni superano la soglia di sovraccarico del 40% individuata dal decreto del Ministro della Salute del 30/4/2020 ed in particolare la P.A. di Trento (57,95%), il Friuli Venezia Giulia (53,88%), le Marche (46,60%), il Piemonte (46,45%), il Lazio (44,96%), l'Emilia Romagna (44,74%), il Veneto (43,03%), la Liguria (41,95%) e, per 0,53 punti percentuali, la Puglia (40,53%). Le regioni sotto la soglia di sovraccarico sono l'Umbria (35,56%), l'Abruzzo (31,59%) la Sicilia (31,19%), la Campania (30,59%), la Sardegna e la Lombardia (30,52%), la Calabria (29,90%), il Molise (26,24%), la Valle d'Aosta (21,49%), la Basilicata (21,35%) e la Toscana (15,68%).

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

■ Saturazione PL in Area Non Critica ■ PL in Area Non Critica liberi da pazienti COVID-19



Indicatore 3.20. Tassi di saturazione dei posti letto in Terapia Intensiva e di Area Non Critica al 11 gennaio 2021

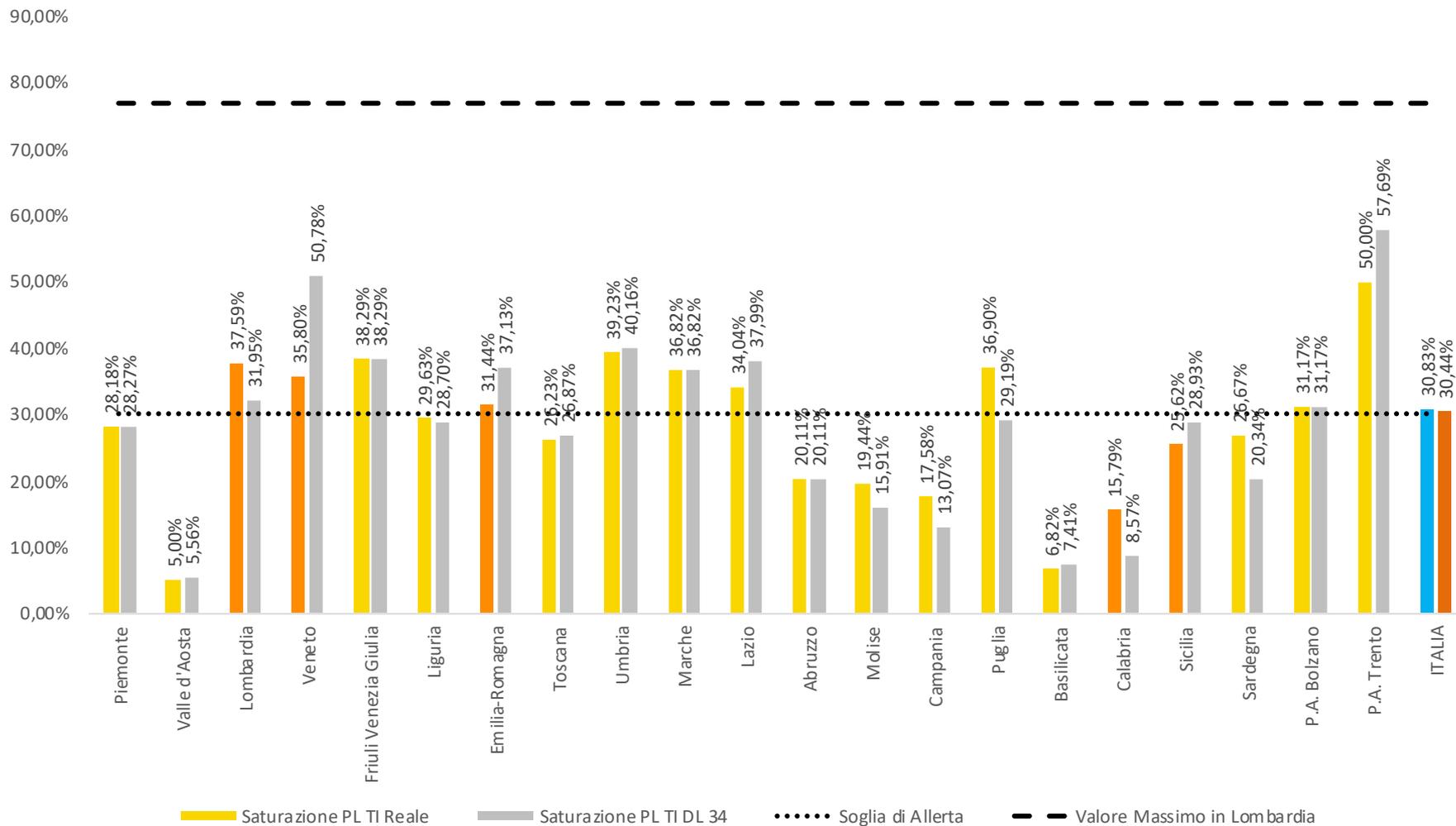


Commento

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 a 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. All' 11 gennaio 2021 otto regioni (Emilia Romagna, Lazio, Puglia, Veneto, P.A. di Bolzano, Marche, Friuli Venezia Giulia e P.A. di Bolzano) si posizionano nel primo quadrante con la più elevata pressione nella P.A. di Trento sia per tasso di saturazione in area non critica che per tasso di saturazione delle terapie intensive. Sicilia, Sardegna, Abruzzo, Molise, Toscana, Campania, Calabria, Basilicata e Valle d'Aosta non sono a rischio di sovraccarico in nessuna delle due aree oggetto di valutazione, posizionandosi quindi nel terzo quadrante.

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

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



Indicatore 3.22. Acquisizione di nuovo personale medico al 11 gennaio 2021



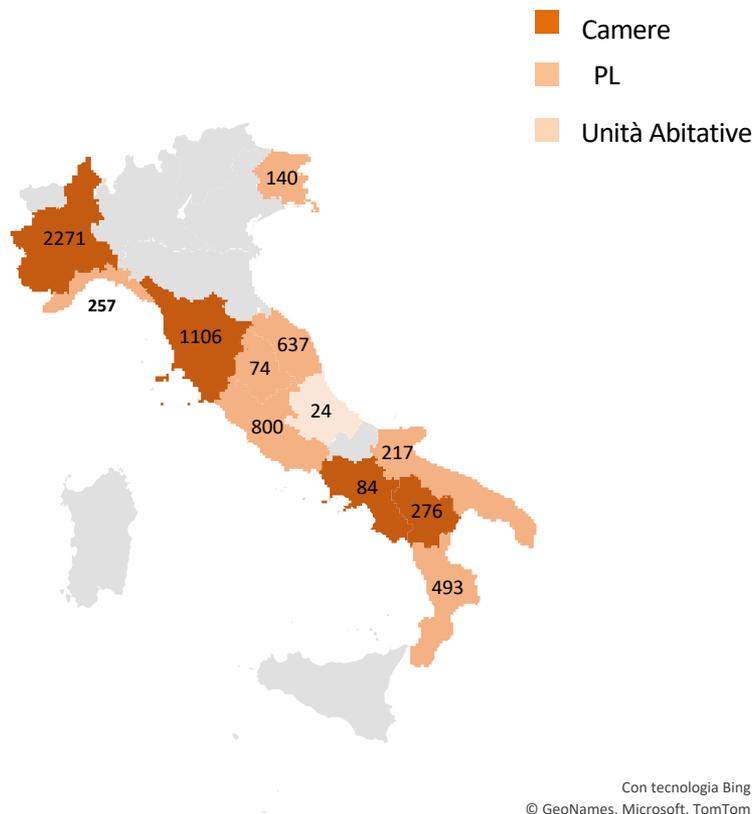
Regione	Personale in unità				Totale	Personale 2018	% incremento
	Indeterminato	Determinato	Libero Professionale	Graduatorie			
Abruzzo	178	39	0	13	217	2643	8%
Basilicata	57	10	0	120	67	1169	6%
Calabria	70	55	48	29	173	3755	5%
Campania	192	277	42	0	511	9244	6%
Emilia Romagna	154	70	12	27	236	8505	3%
Friuli Venezia Giulia	68	73	9	0	150	2611	6%
Lazio	226	449	48	27	723	7809	9%
Liguria	5	48	56	3	109	3546	3%
Lombardia	517	587	230	36	1334	14697	9%
Marche	58	22	0	0	80	2981	3%
Molise	37	4	0	43	41	462	9%
P.A. Bolzano	269	164	28	0	461	8424	5%
P.A. Trento	12	4	1	0	17	954	2%
Piemonte	0	11	0	0	11	1092	1%
Puglia	286	228	79	38	593	6741	9%
Sardegna	36	98	51	258	185	4110	5%
Sicilia	89	86	33	3	208	9163	2%
Toscana	43	55	12	3	110	8366	1%
Umbria	47	5	1	0	53	2009	3%
Valle d'Aosta	3	0	0	35	3	310	1%
Veneto	827	19	0	0	846	7884	11%
Italia	3174	2304	650	635	6128	106475	5%

Commento

La tabella riporta il numero di nuovo personale medico al 11 Gennaio per ciascuna regione italiana. Complessivamente, durante l'emergenza sanitaria sono stati assunti o sono in procinto di essere assunti 3.174 medici con contratto a tempo indeterminato, 2.304 medici a tempo determinato e sono stati stipulati 650 contratti di lavoro libero – professionale. Inoltre, la tabella riporta il numero di personale inserito in graduatorie e quindi «a disposizione» del sistema sanitario.



Indicatore 3.23. Disponibilità di posti in strutture intermedie



Commento

Il grafico mostra al 15 dicembre l'andamento delle regioni con riferimento all'attivazione degli alberghi sanitari, ovvero strutture di accoglienza per pazienti covid-19 positivi. La Toscana ha 1106 camere con USCA presenti all'interno degli alberghi con maggior numero di camere disponibili. La Basilicata ha attivato 119 camere nella provincia di Potenza e 157 nella provincia di Matera.

Il Piemonte allo stato attuale presenta 2271 camere con l'obiettivo di attivare 1 posto letto ogni 4.000 abitanti. In Campania risulta disponibile l'Ospedale del Mare con 84 camere, tra singole e doppie. Il Lazio ha attivato 800 posti letto in diverse strutture alberghiere e presenta al momento un tasso di occupazione al 50%, mentre la Liguria mostra 257 PL attivi. L'Umbria, con 74 PL attivi, sta verificando l'idoneità di ulteriori strutture sul territorio mentre nella regione Marche sono ad oggi stati attivati 637 posti letto.

In seguito alla manifestazione di interesse, la regione Calabria ha ricevuto 15 domande di partecipazione per un totale di 493 posti letto disponibili.

Nella Regione Puglia risultano attivi 217 posti letto, mentre in Abruzzo sono stati messi a disposizione 24 appartamenti del progetto Case di Roio (L'Aquila).

Il Friuli Venezia Giulia ha attivato 50 posti letto per pazienti Covid-19 positivi e 90 posti letto per persone in isolamento ma negative.

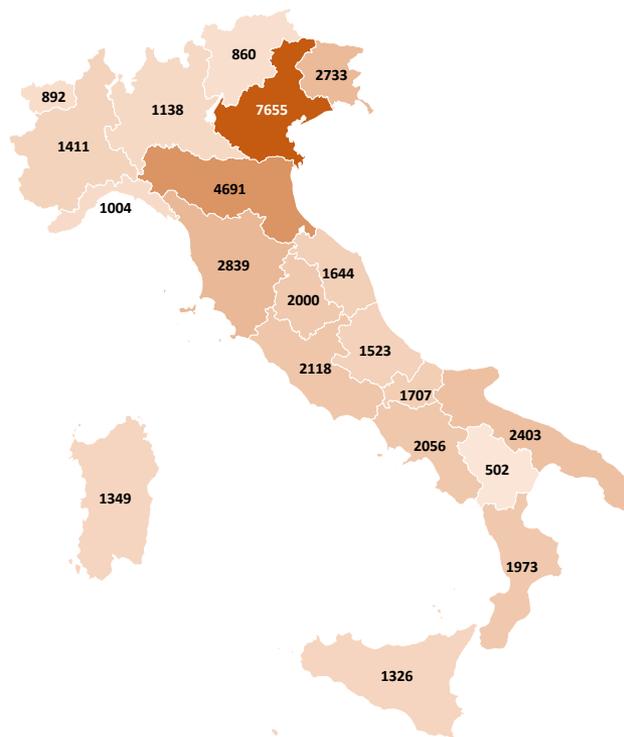
La regione Emilia Romagna segnala che nei 4 alberghi presenti sul territorio l'83% dei PL è ancora disponibile e le strutture ricettive destinate all'isolamento sono libere al 40%. In Sicilia, invece, è presente almeno un covid hotel per ogni provincia ed all'interno dell'ATS Milano risultano attivi 3 covid hotel. Le restanti regioni si stanno attivando nel reperimento di strutture disponibili attraverso la pubblicazione di bandi e manifestazioni di interesse.

Approfondimento
Instant Report #33

UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore



Indicatore 3.24. Numero medio di vaccinazioni per punto di somministrazione al 11 gennaio 2021



Commento

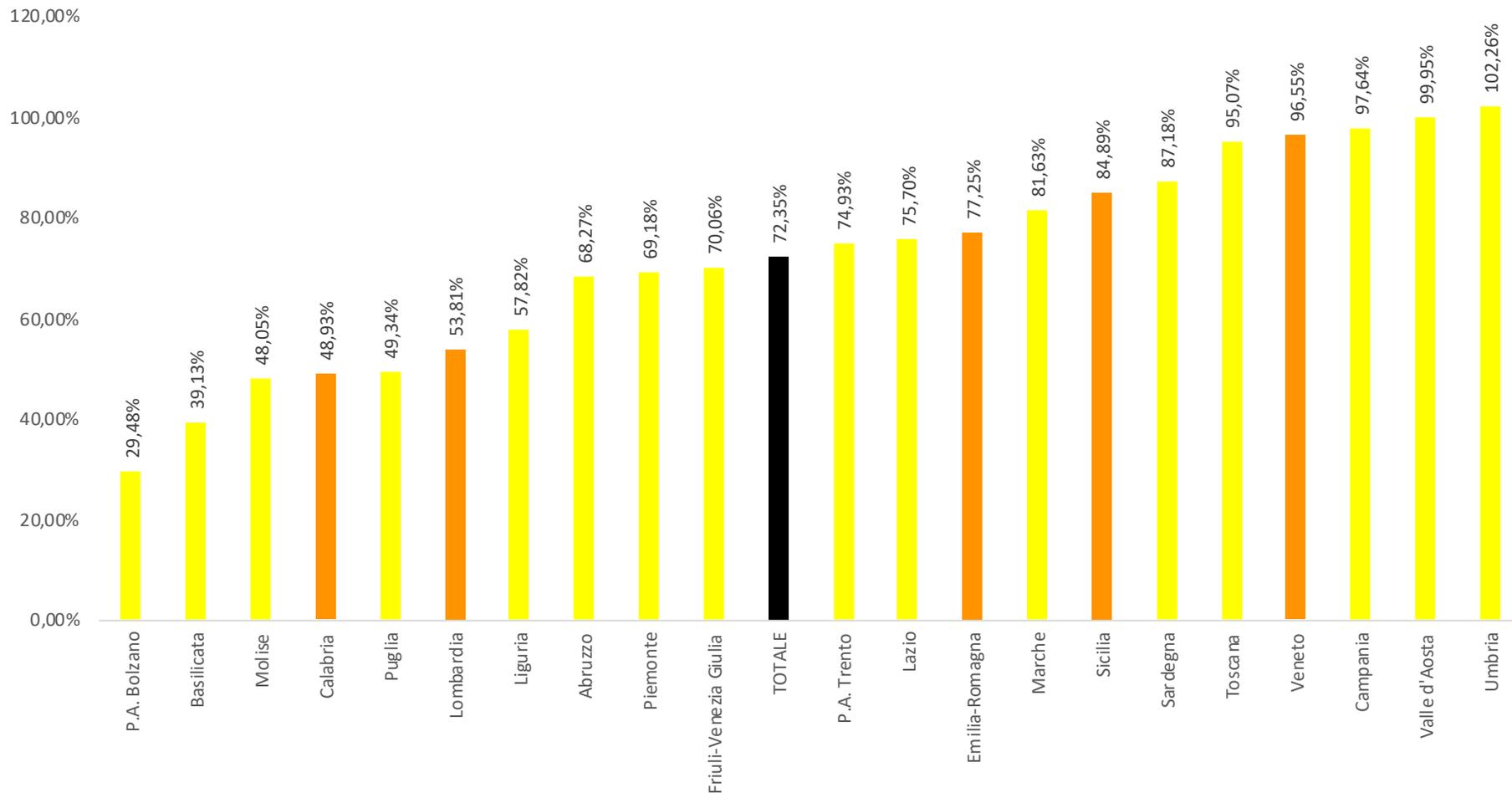
Il cartogramma evidenzia al 11 gennaio 2021 il rapporto tra vaccinazioni effettuate e punti vaccinali, esprimendo così un numero medio di vaccinazioni effettuate da ciascun punto di somministrazione regionale. Il valore più alto dell'indicatore si registra in Veneto, dove ciascun punto di somministrazione ha effettuato circa 7655 vaccini. Valori alti dell'indicatore si riscontrano anche in Emilia Romagna (4691), Toscana (2839), Friuli Venezia Giulia (2733) e Puglia (2403). Al contrario il suddetto indicatore rivela un basso rapporto tra vaccini inoculati e punti di somministrazione in Basilicata (502), Valle D'Aosta (892) e Trentino Alto Adige (860).

Fonte dei dati: Dashboard vaccini Ministero della Salute

Con tecnologia Bing
© GeoNames, Microsoft, TomTom



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



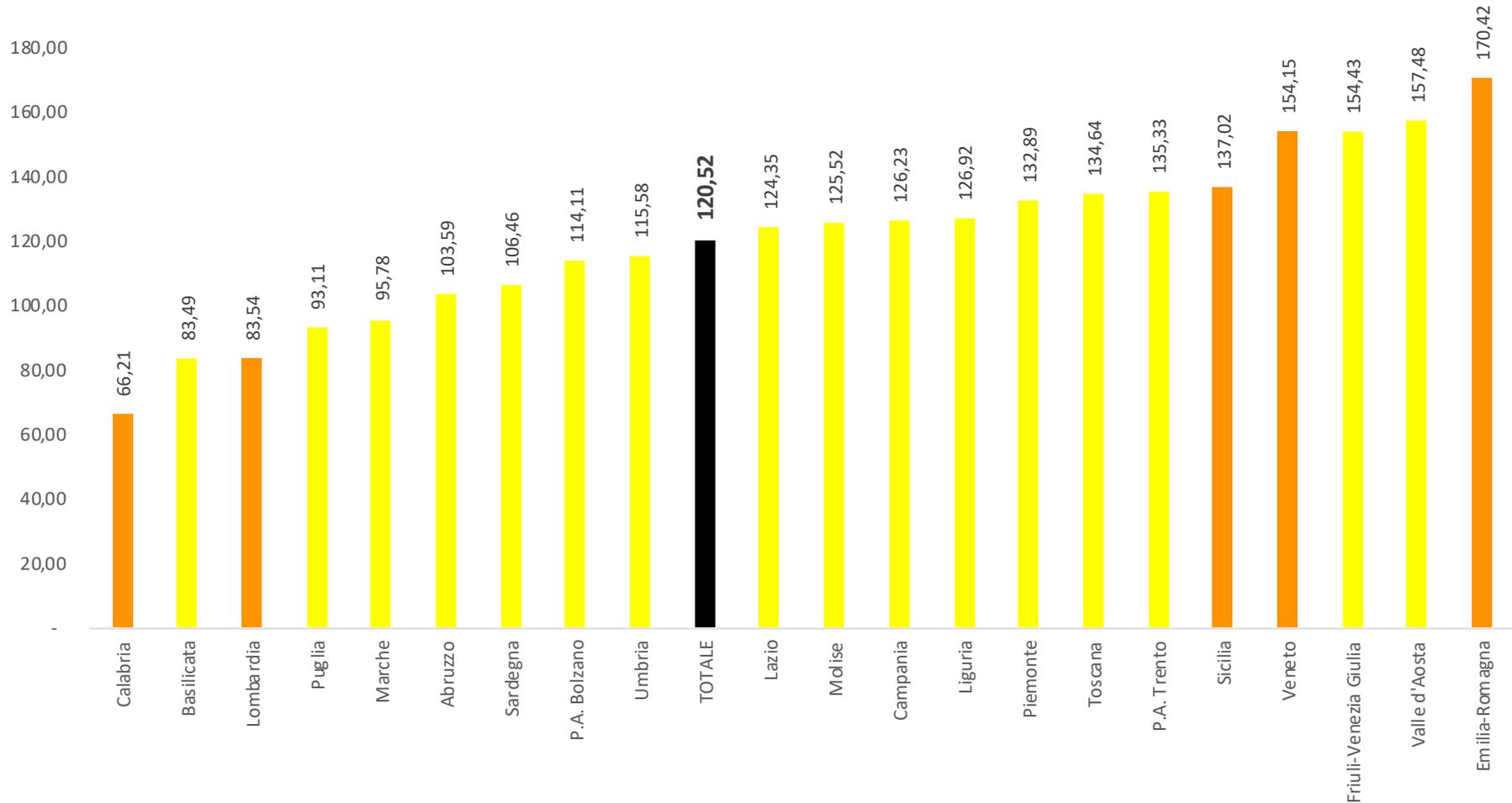
Commento

L'indicatore mostra la percentuale di dosi di vaccino somministrate rispetto alle dosi consegnate. Dal grafico si evince che l'Umbria, la Valle d'Aosta e la Campania sono le regioni con la percentuale di dosi somministrate più alta, mentre la P.A. di Bolzano, la Basilicata e il Molise registrano i valori più bassi. In Italia il 68,68% delle dosi vaccinali consegnate sono state somministrate.

(*) ultima rilevazione dati 12 gennaio 2021



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



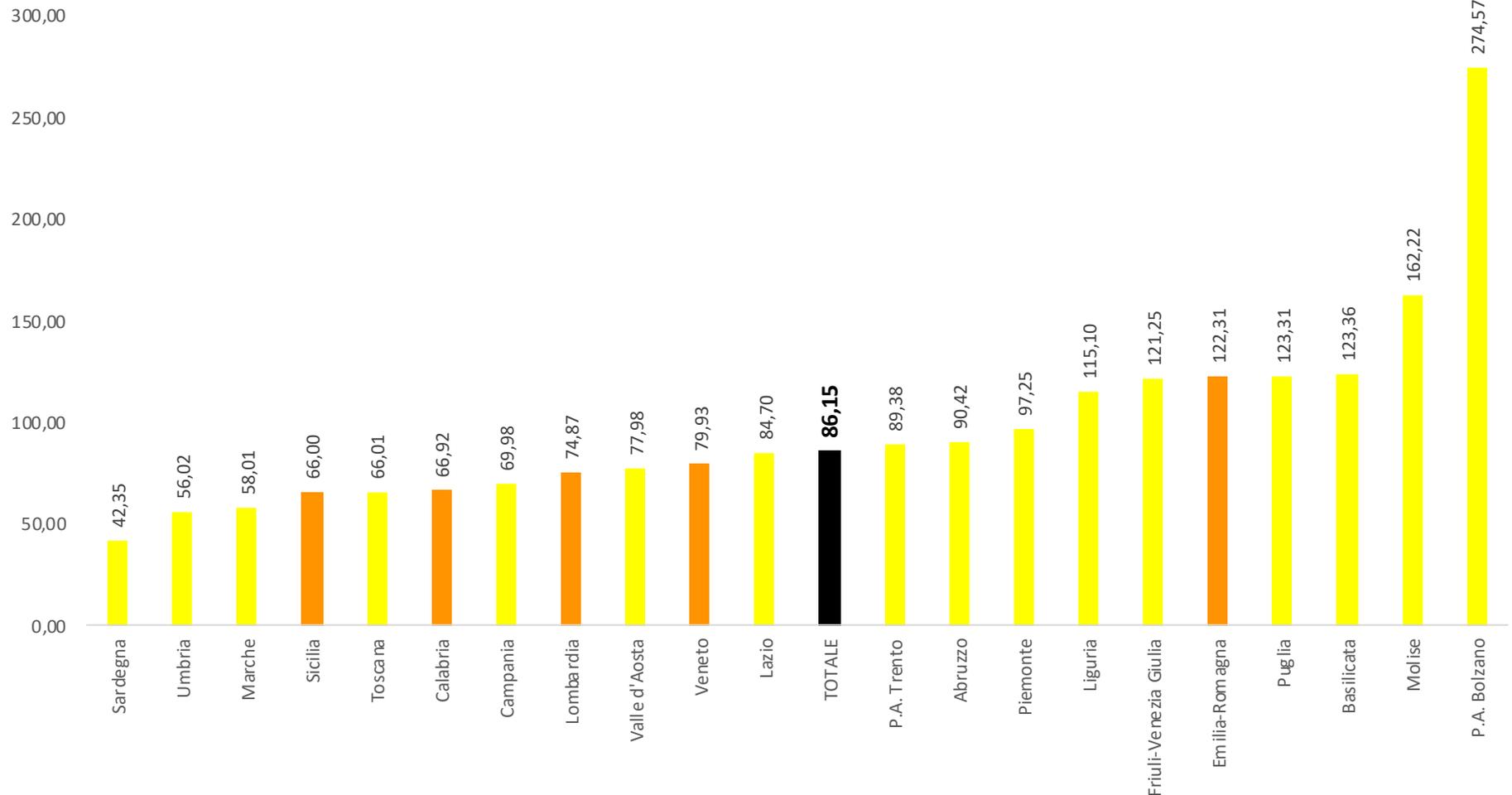
Commento

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

(*) ultima rilevazione dati 12 gennaio 2021



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



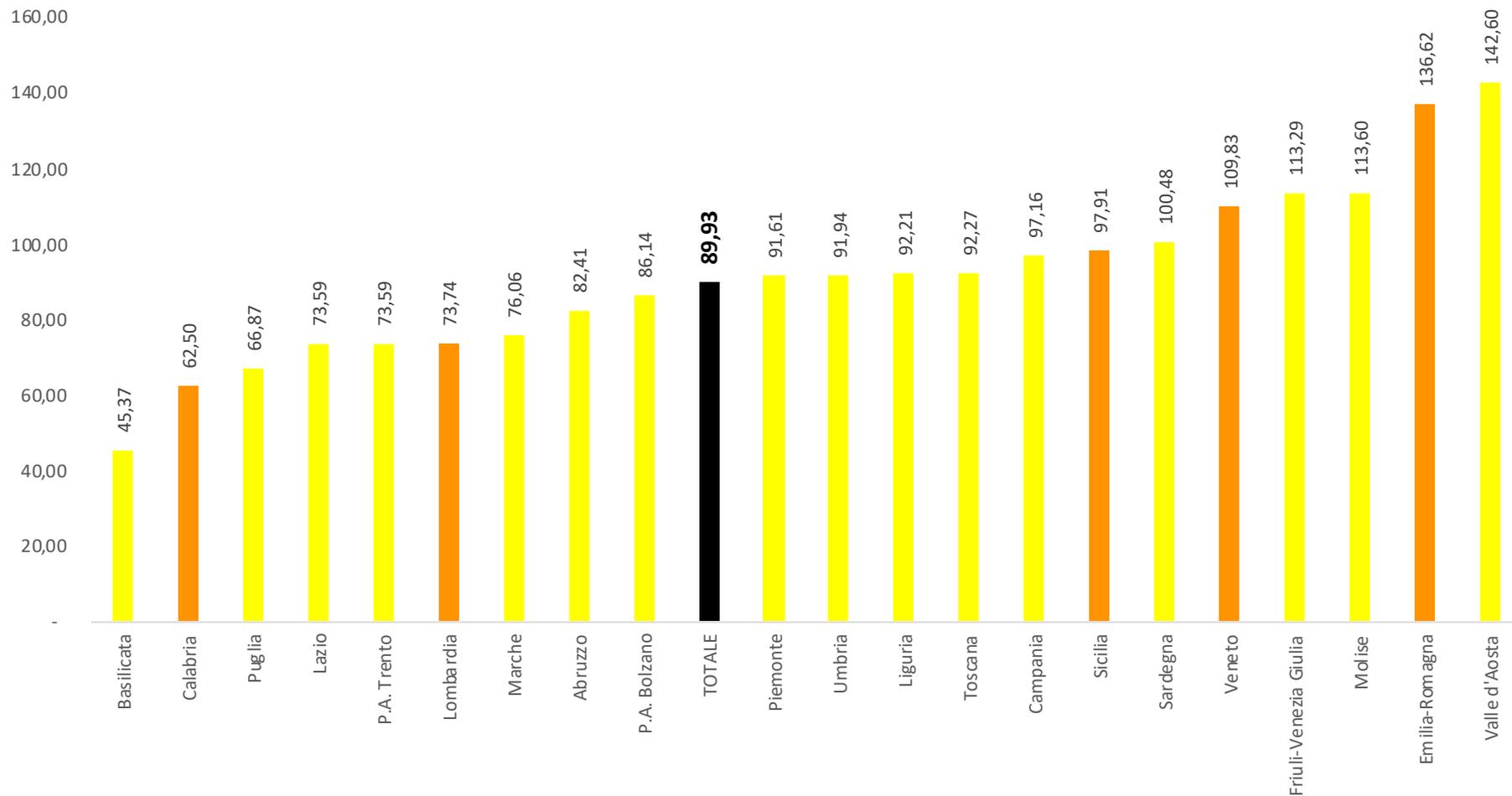
Commento

L'indicatore mostra le 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, il Molise e la Basilicata sono le regioni a cui sono state consegnate più dosi rispetto alla popolazione residente. La Sardegna, l'Umbria, le Marche e la Sicilia attualmente sono le regioni in cui sono state consegnate meno dosi.

(*) ultima rilevazione dati 12 gennaio 2021



Indicatore 3.28. Dosi somministrate/popolazione residente (per 1.000 abitanti)* - Incremento 5-12 Gennaio 2021



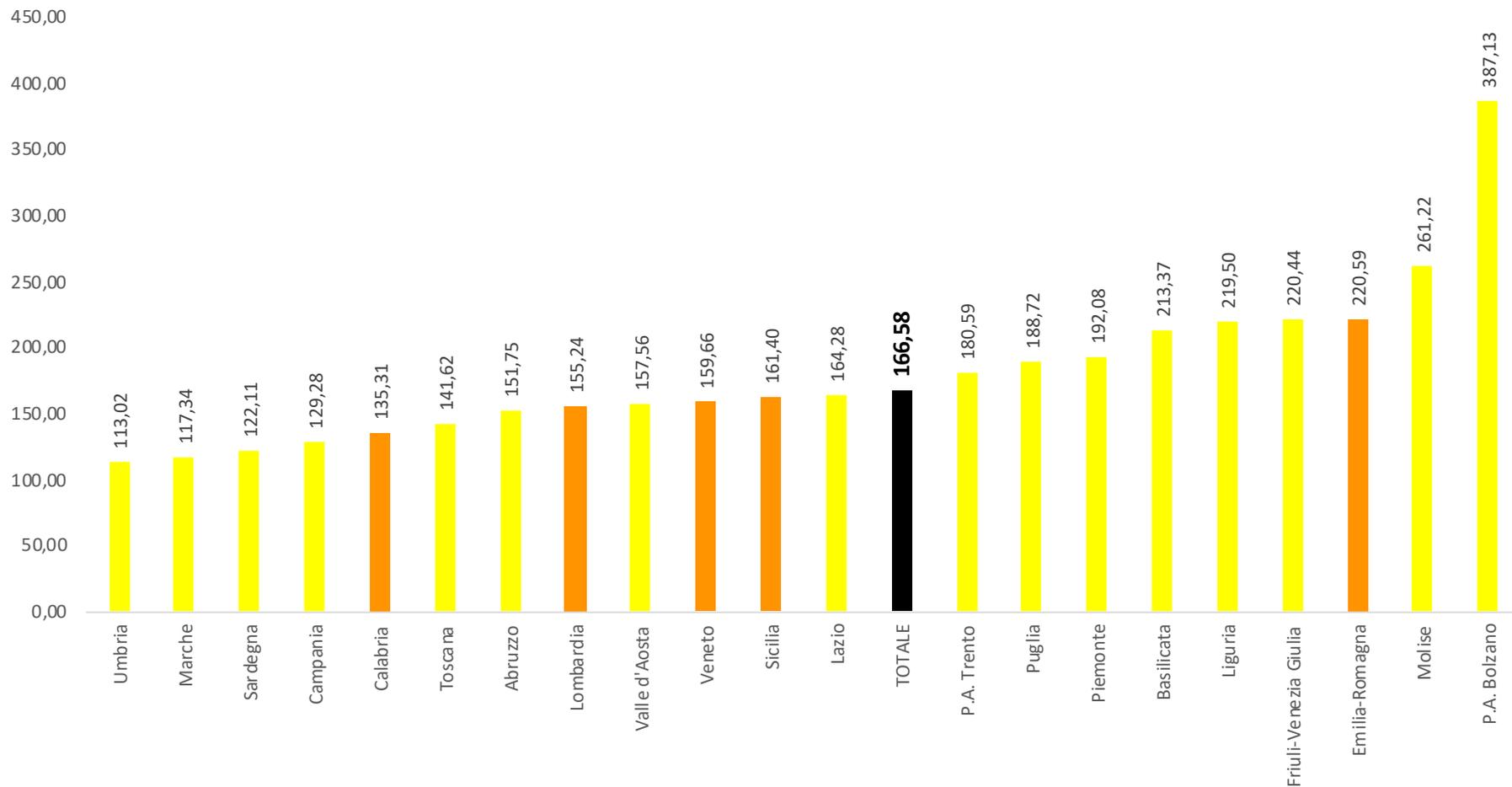
Commento

L'indicatore mostra l'incremento nelle dosi di vaccino somministrate rispetto alla popolazione residente in ogni regione italiana (per 1.000 abitanti). Dal grafico risulta che l'incremento maggiore rispetto alla settimana precedente si è avuto in Valle d'Aosta, in Emilia Romagna e in Molise. La Basilicata, la Calabria e la Puglia sono le regioni in cui si è assistito all'incremento più modesto.

(*) ultima rilevazione dati 12 gennaio 2021



Indicatore 3.29. Dosi consegnate/popolazione residente (per 10.000 abitanti)* 12 Gennaio 2021



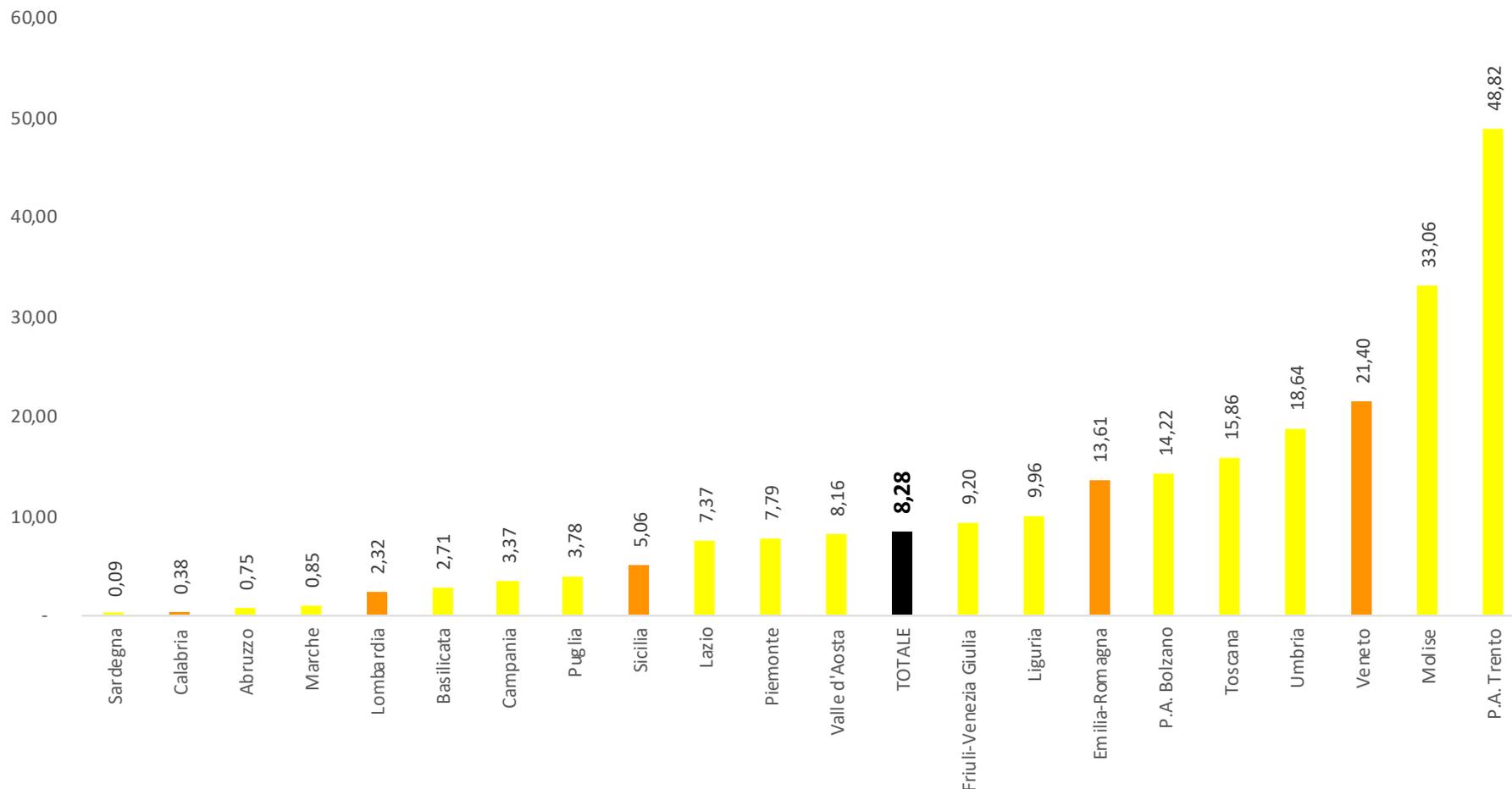
Commento

L'indicatore mostra l'incremento nelle dosi di vaccino consegnate rispetto alla popolazione residente in ogni regione italiana (per 10.000 abitanti) rispetto alla settimana precedente. Dal grafico risulta che la P.A il Molise e l'Emilia Romagna sono le regioni in cui si è assistito all'incremento maggiore. L'Umbria, le Marche e la Sardegna sono le regioni caratterizzate dall'incremento più modesto.

(*) ultima rilevazione dati 12 gennaio 2021



Indicatore 3.30. Dosi somministrate/popolazione residente > 80 anni (per 1.000 abitanti)* - 12 Gennaio 2021

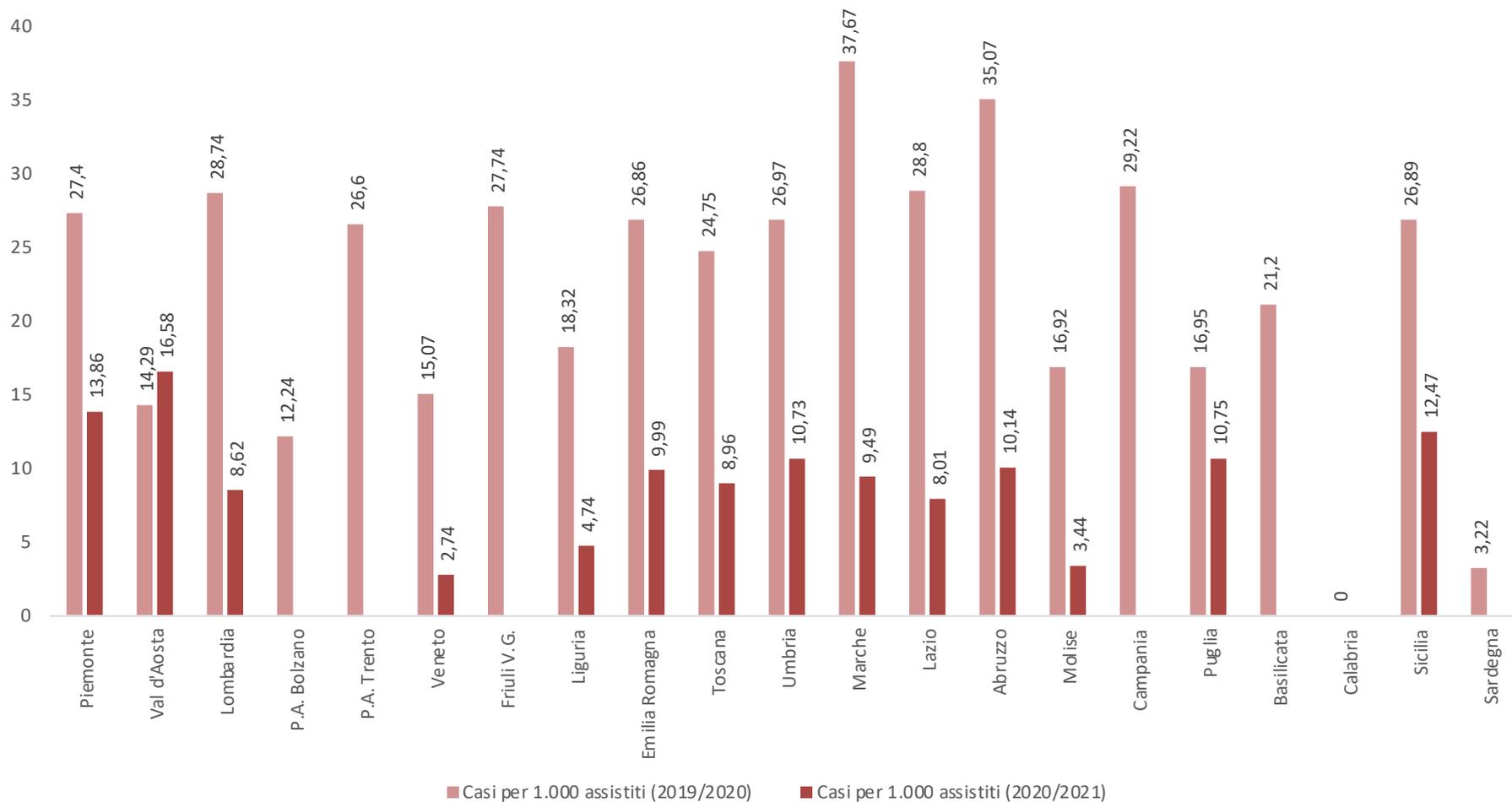


Commento

L'indicatore mostra le dosi di vaccino somministrate rispetto alla popolazione residente con età maggiore di 80 anni in ogni regione italiana (per 1.000 abitanti). Dal grafico risulta che la P.A. di Trento, il Molise e il Veneto 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 12 gennaio 2021

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. (Fonte: ISS)

(* ultima rilevazione dati 12 gennaio 2021)





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)

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)

3. Pratiche di innovazione ed apprendimento nelle funzioni di staff

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



Gruppo 1 - Overview delle pratiche di governo nella rete dei servizi locali



AULSS 7 Pedemontana (IR#10)

I processi decisionali al tempo del Covid-19

ATS di Brescia (IR#13)

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

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda (IR#15)

Hub per le reti tempo-dipendenti e di alta specialità

AUSL di Bologna (IR#8)

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

AUSL e AOU di Parma (IR#10)

La Centrale Coordinamento Emergenza Covid-19

AUSL di Imola (IR#17)

Pratiche di gestione strategica nello spegnimento del focolaio di Medicina



Gruppo 2 - Overview delle pratiche di riorganizzazione intra-organizzativa



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

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



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 Conessioni e supporti per la comunicazione digitale



Conessioni e supporti per la comunicazione digitale

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





Analisi della programmazione vaccinale

Le vaccinazioni, in particolare le vaccinazioni anti-influenzale e anti-pneumococcica, sono state riconosciute di primaria importanza in epoca Covid-19 dalla WHO e dal CDC, sia per ridurre il numero di pazienti con sintomatologia sovrapponibile a quelle dall'infezione da Sars-CoV-2, sia per ridurre il più possibile la circolazione di altri patogeni respiratori causa di gravi complicanze e comorbidità.

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

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

Approfondimento
[Instant Report #24](#)



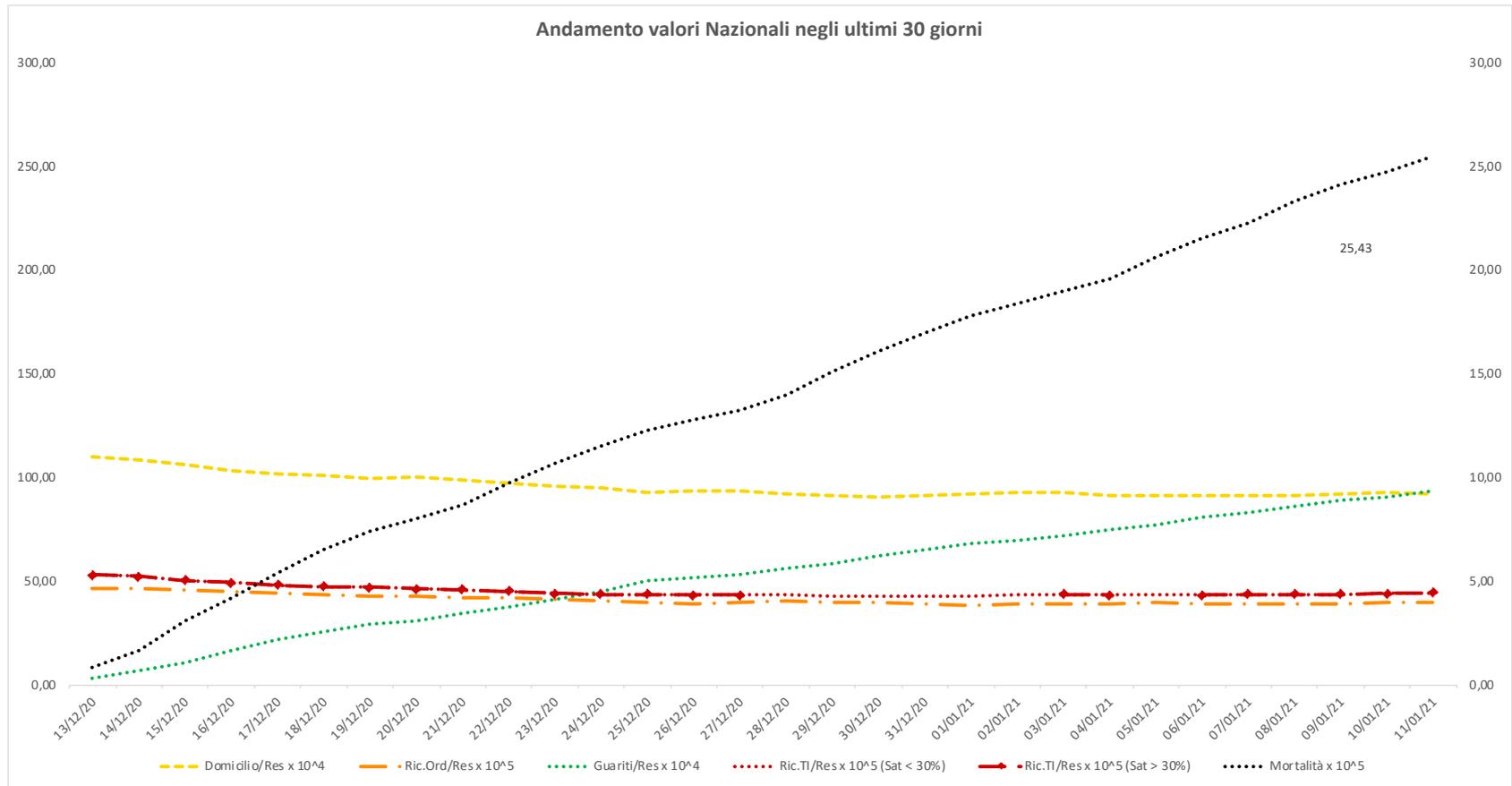


Analisi dei profili regionali

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.



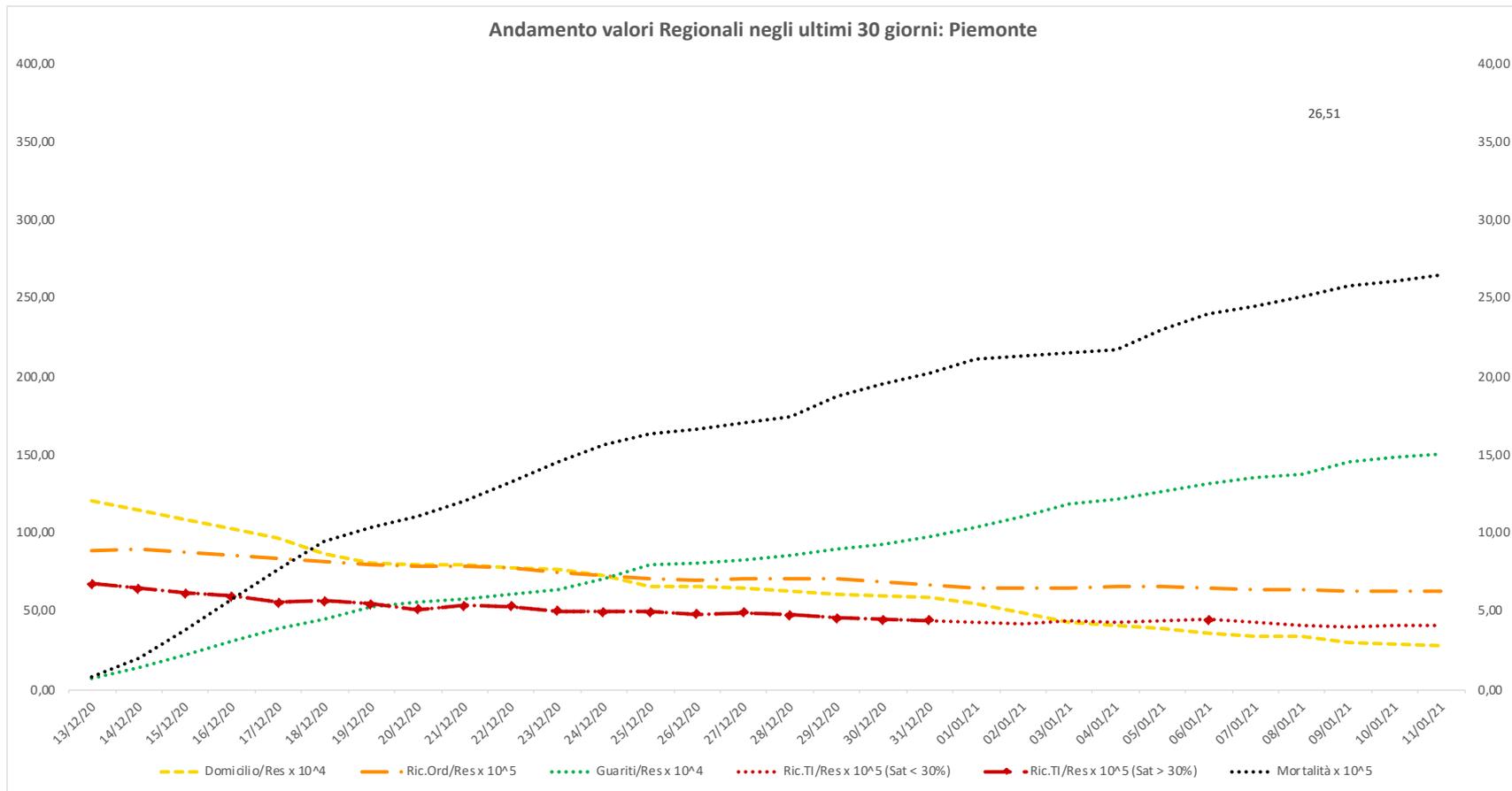
Andamento valori Nazionali negli ultimi 30 giorni



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.

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Piemonte

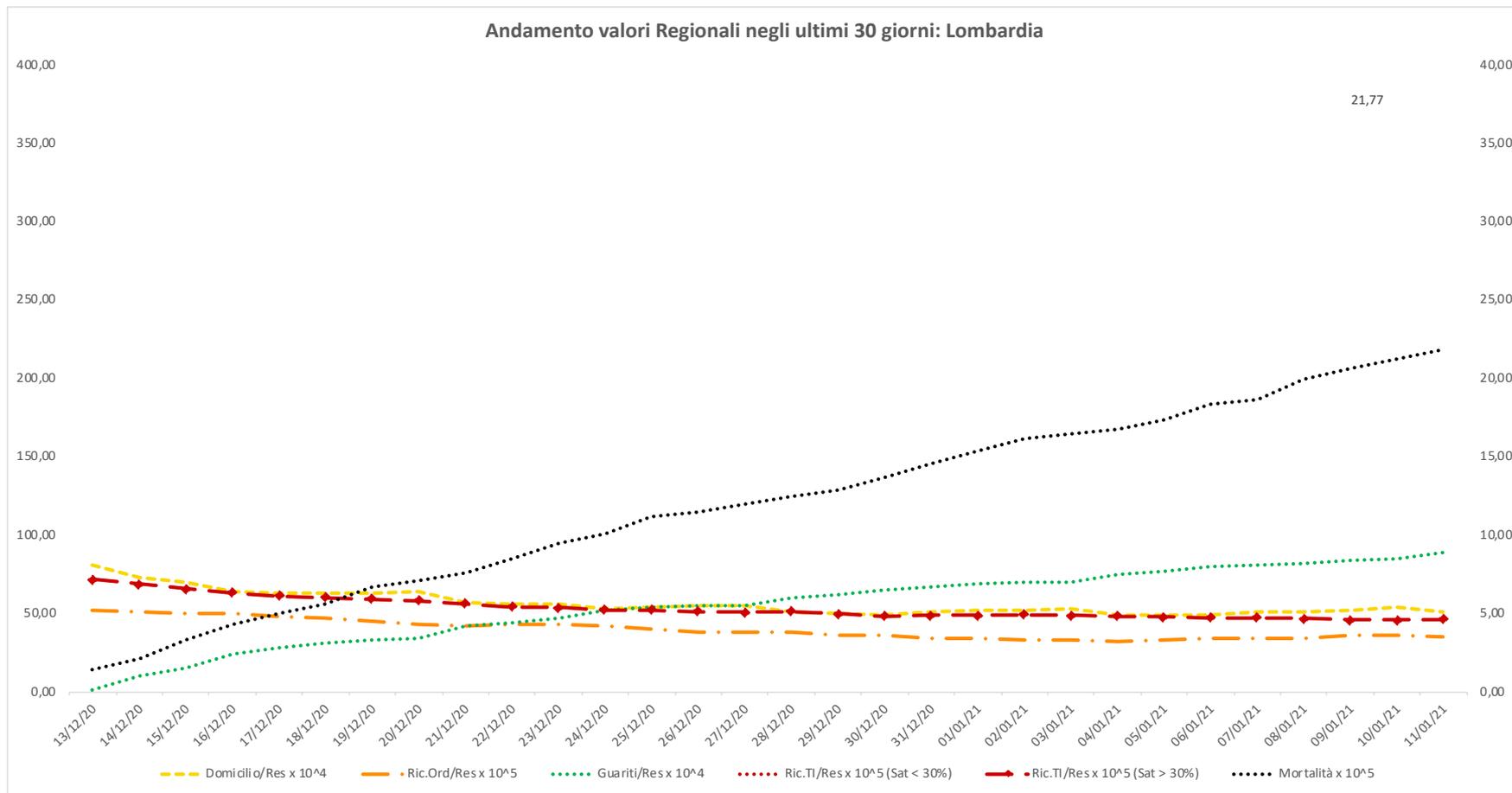


Commento

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 si osserva un rapporto tra ricoveri ordinari e ricoveri intensivi maggiore rispetto al livello nazionale. Nel periodo considerato, continua a registrarsi una flessione per il valore 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). Il valore degli isolati a domicilio registra a sua volta una flessione, che si accompagna ad un continuo e speculare aumento del numero dei guariti. Costante crescita nel numero dei deceduti.



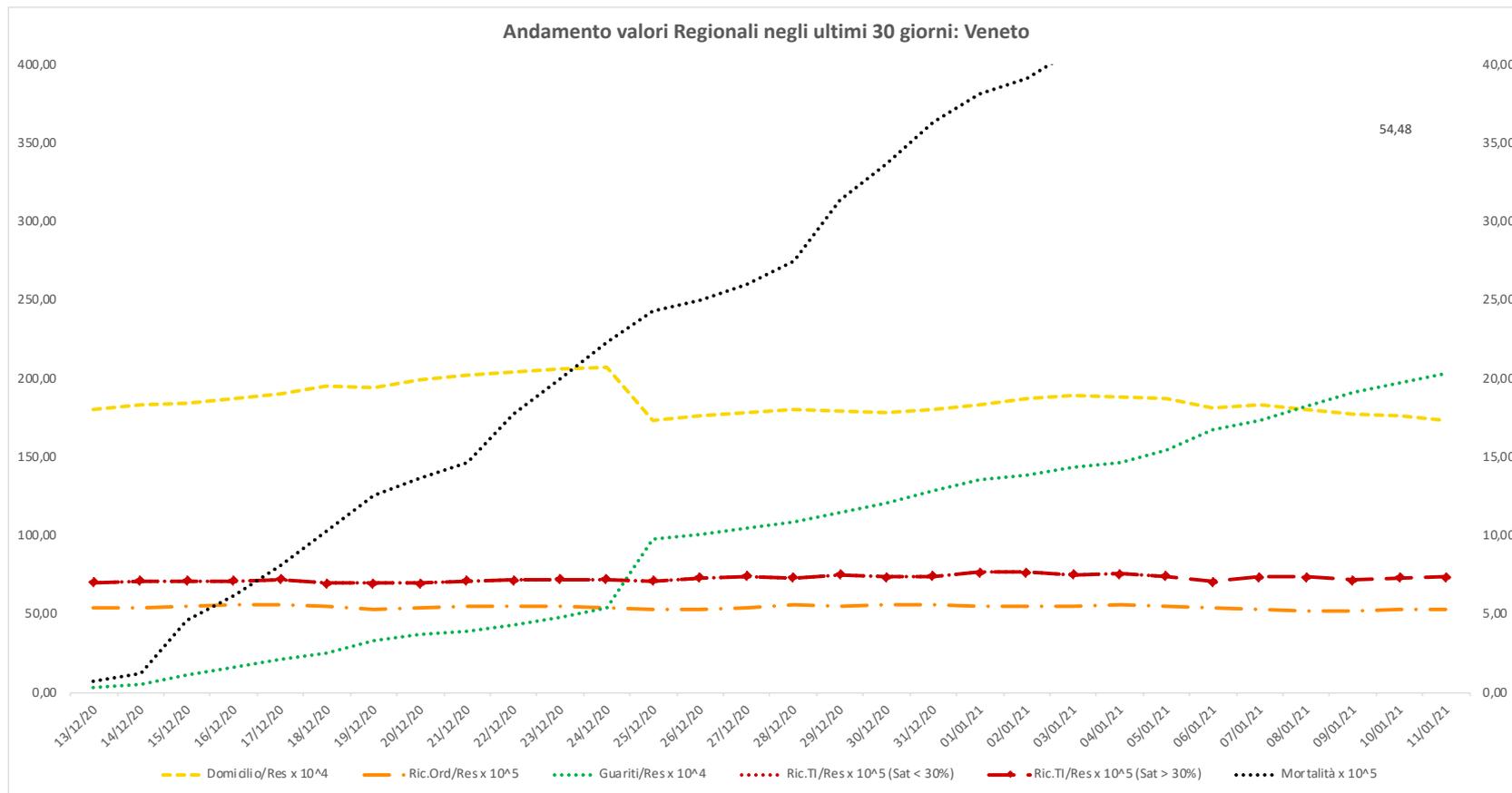
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Lombardia



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 nel periodo considerato, mentre continua ad aumentare il numero di guariti. Stabili anche il numero di ricoveri ordinari, salvo un leggero aumento negli ultimi due giorni, e quello dei ricoveri intensivi, che si mantiene al di sopra della soglia di saturazione del 30% dei posti letto. Il numero di ricoveri ordinari è inferiore rispetto alla media italiana, mentre quello dei ricoveri intensivi è leggermente superiore. Costante crescita nel numero di deceduti.

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Veneto

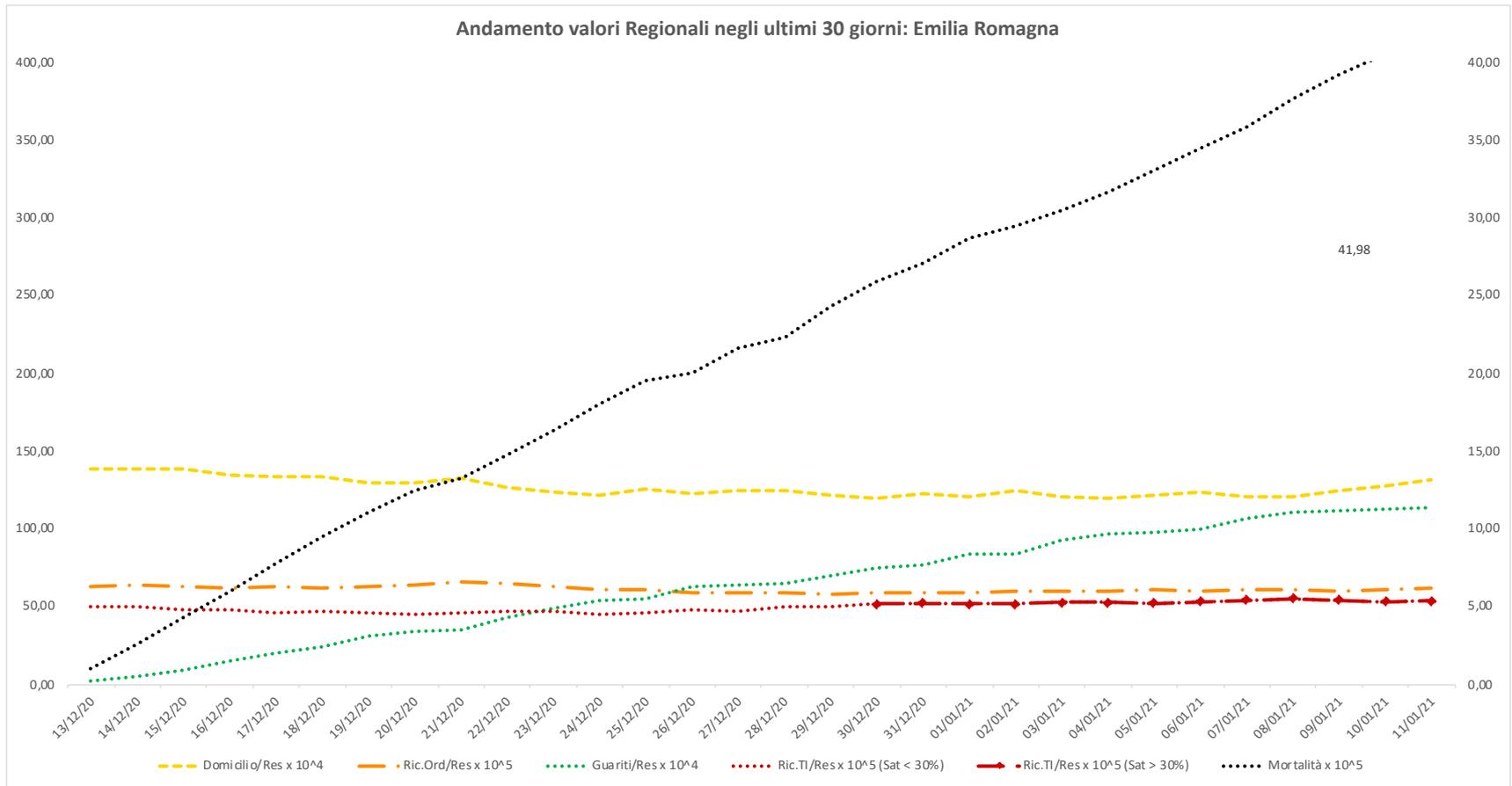


Commento

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 osserva negli ultimi giorni una diminuzione nel numero di isolati a domicilio, dopo un costante aumento che si era verificato nei primi cinque giorni di gennaio. In lieve flessione il numero di ricoveri ordinari, mentre è pressoché costante il numero di ricoveri intensivi, al di sopra della media italiana e sempre oltre la soglia di saturazione del 30% dei posti letto disponibili, pur considerando che il Veneto è la regione con la maggior disponibilità di posti letto in rapporto alla popolazione residente. In costante crescita il numero dei guariti e il numero dei deceduti.



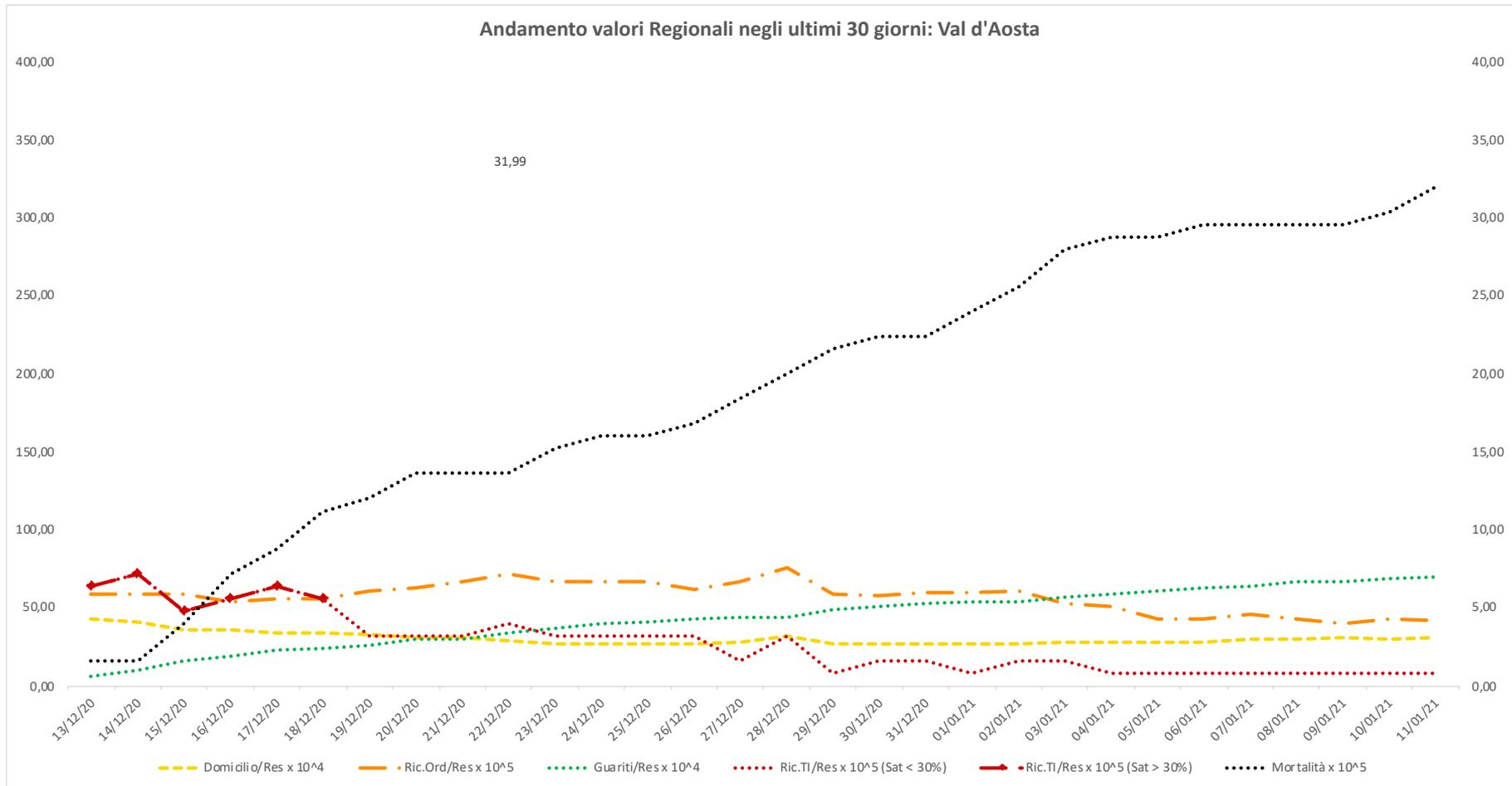
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Emilia-Romagna



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 si osserva la diminuzione del numero degli isolati a domicilio in corrispondenza dell'aumento nel numero dei guariti; si assiste ad un assestamento nei valori dei ricoverati ed una lieve, nuovo aumento nei valori dei ricoverati in Terapia Intensiva, che nella prima metà di dicembre erano scesi al di sotto della soglia del 30% di saturazione dei posti letto disponibili. Costante crescita nel numero dei deceduti.

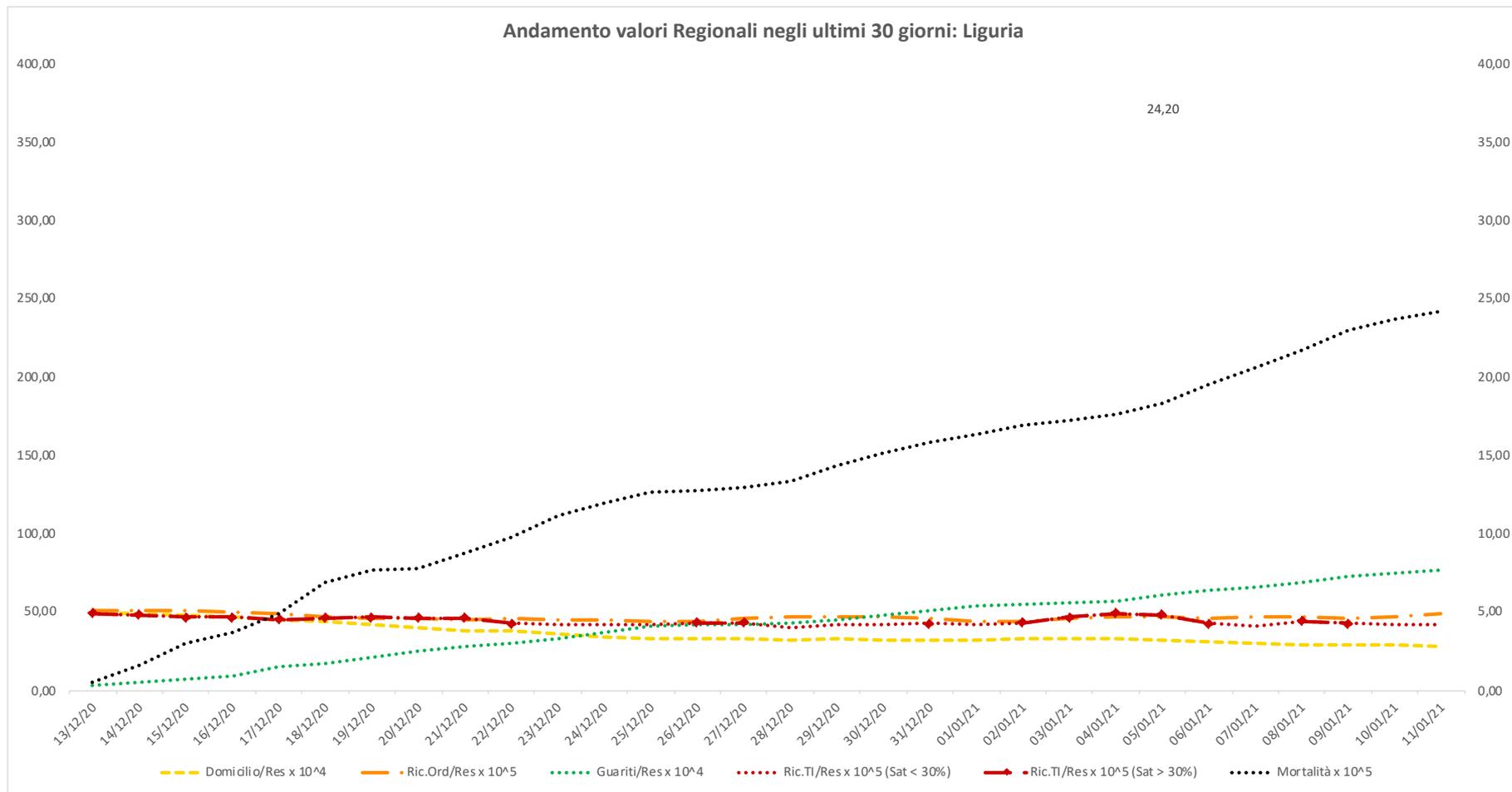
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Valle d'Aosta



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. Si conferma il trend di crescita, seppur moderato, del tasso di guarigione. Decisamente molto importante resta il livello di mortalità, con valori al di sopra della media nazionale.

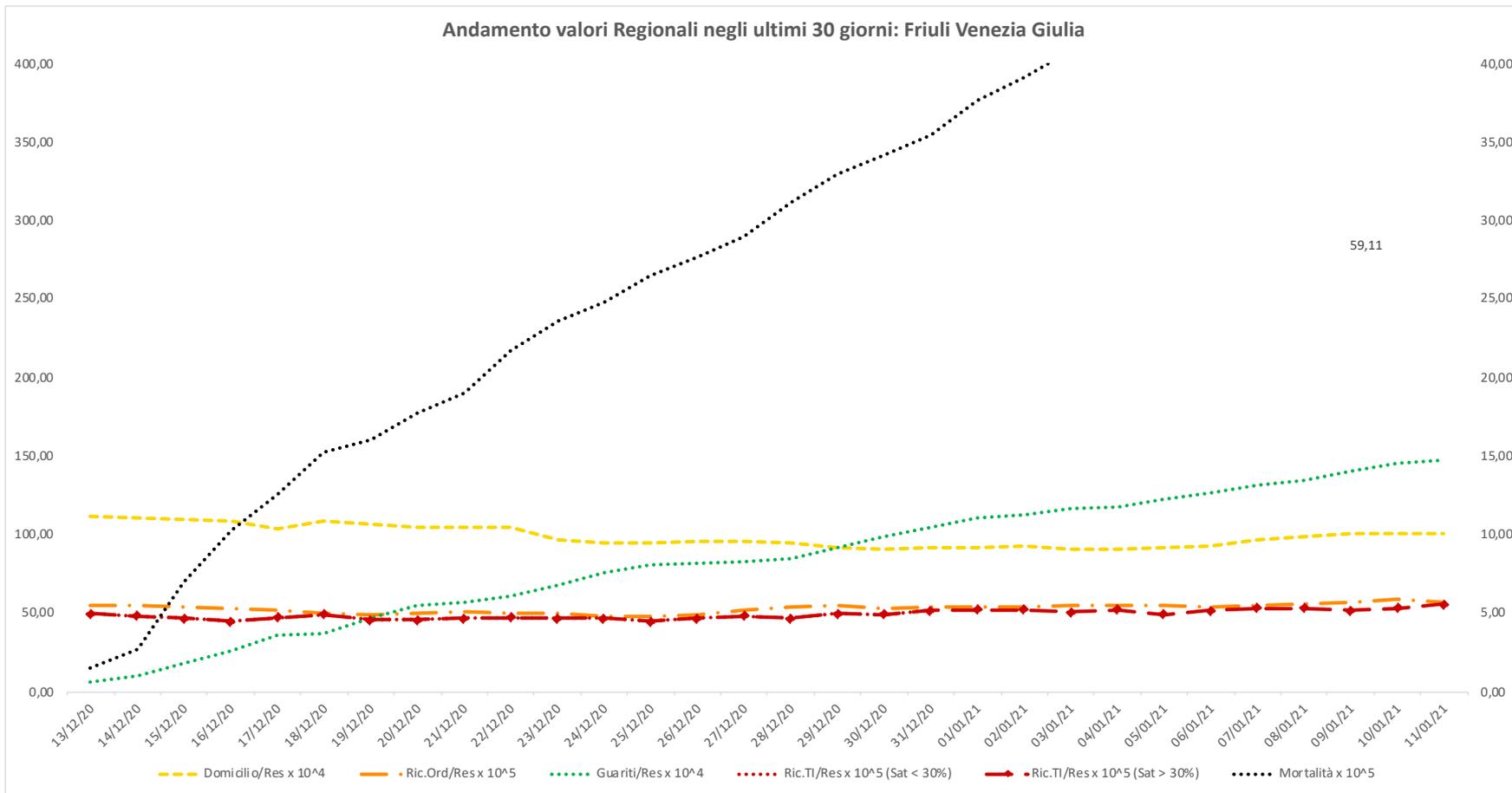
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Liguria



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 tendenzialmente costante. Il tasso di isolamento domiciliare è costante. Si conferma il lento incremento dei guariti, ma anche la sostenuta 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 non è attualmente superata.

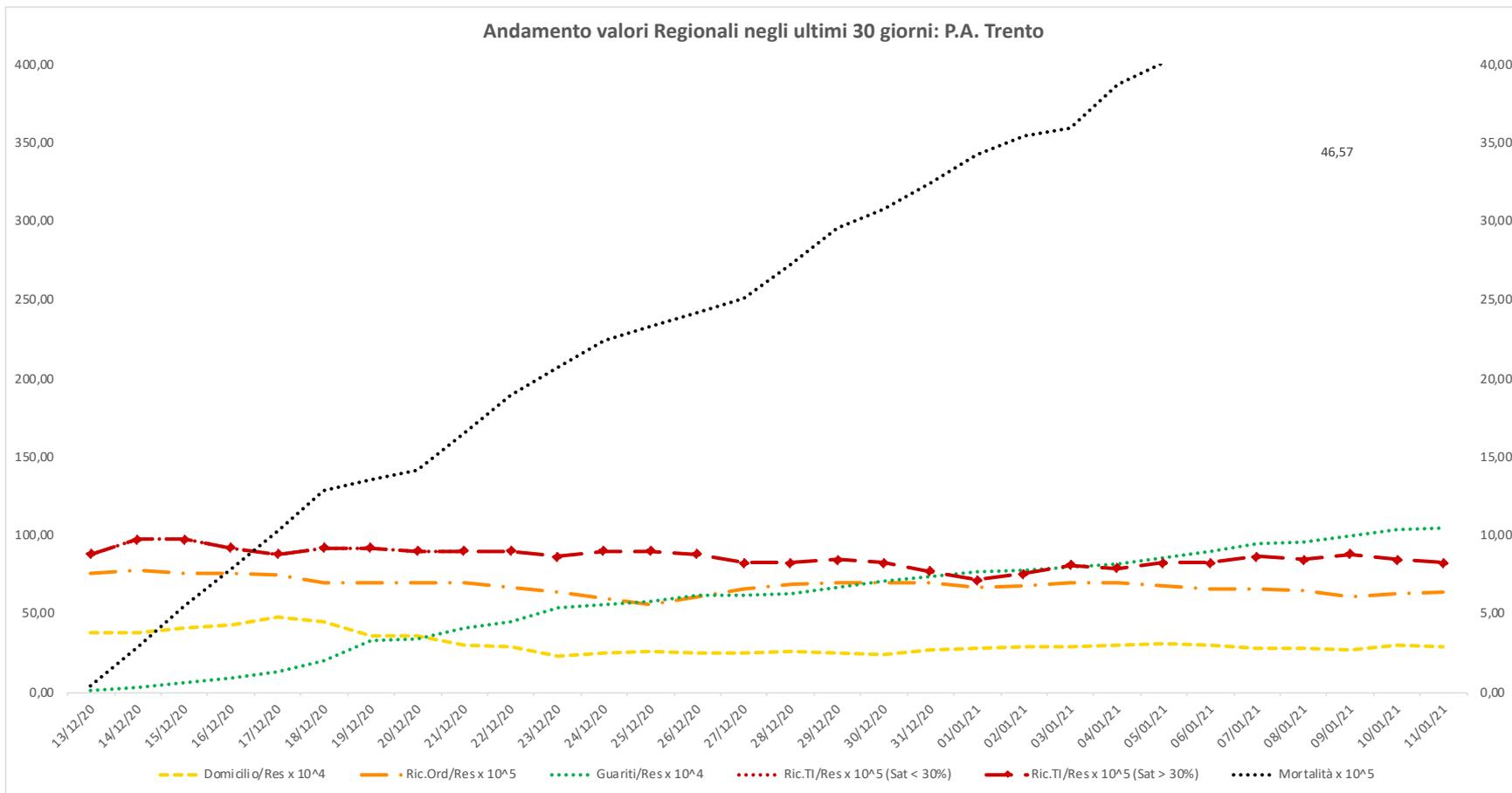
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Friuli-Venezia Giulia



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; risulta sostenuta la crescita della mortalità, ben al di sopra della media nazionale.

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: PA Trento

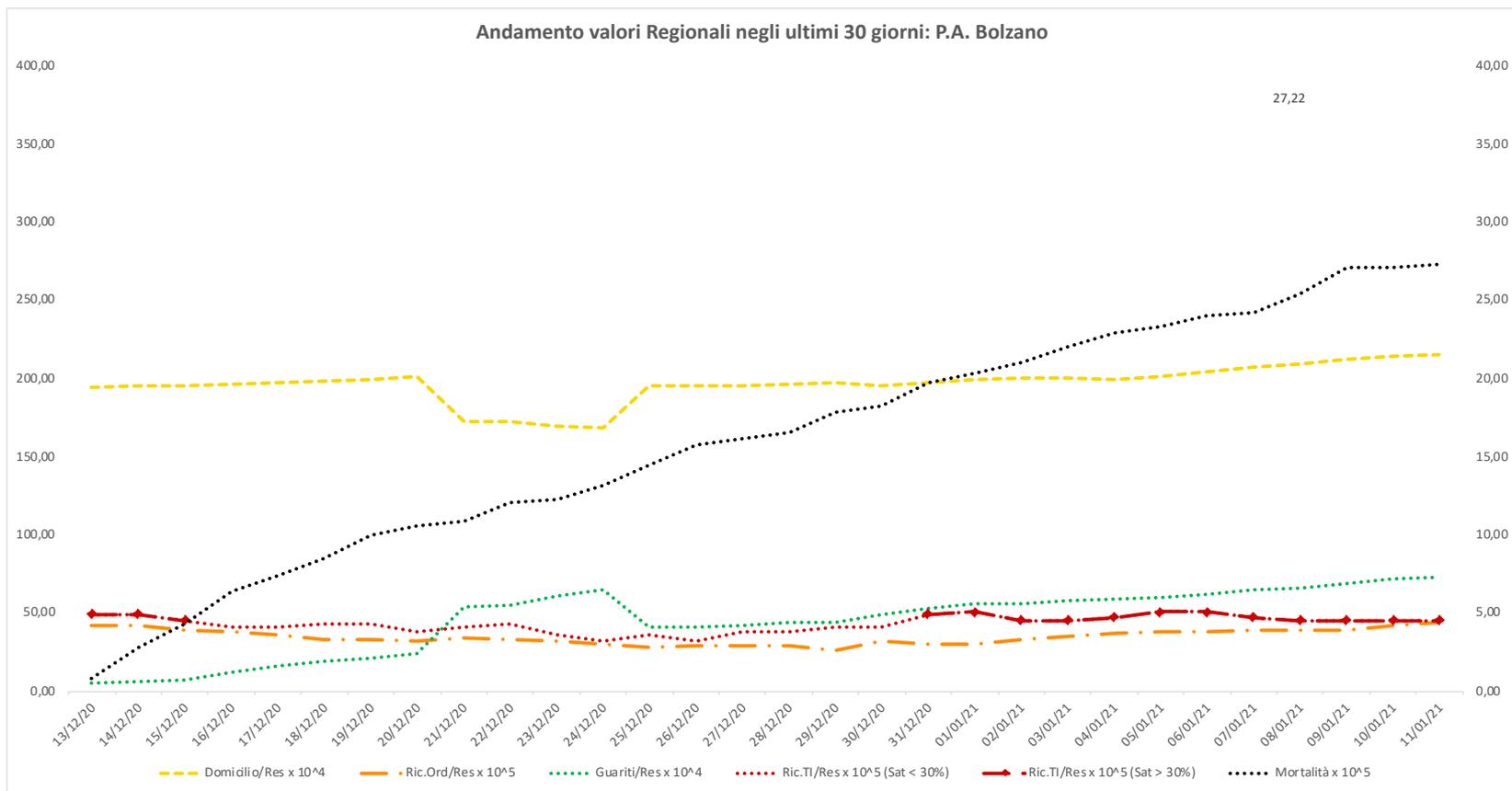


Commento

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 leggermente superiore alla media nazionale, che tuttavia è tendenzialmente stabile. Rimane superata la soglia del 30% della saturazione della terapia intensiva. Il numero dei guariti è in lieve crescita. Risulta stabile il tasso di isolamento domiciliare, molto al di sotto della media nazionale. E' invece molto ripida la curva di crescita della mortalità, con valori di molto superiori alla media del paese.



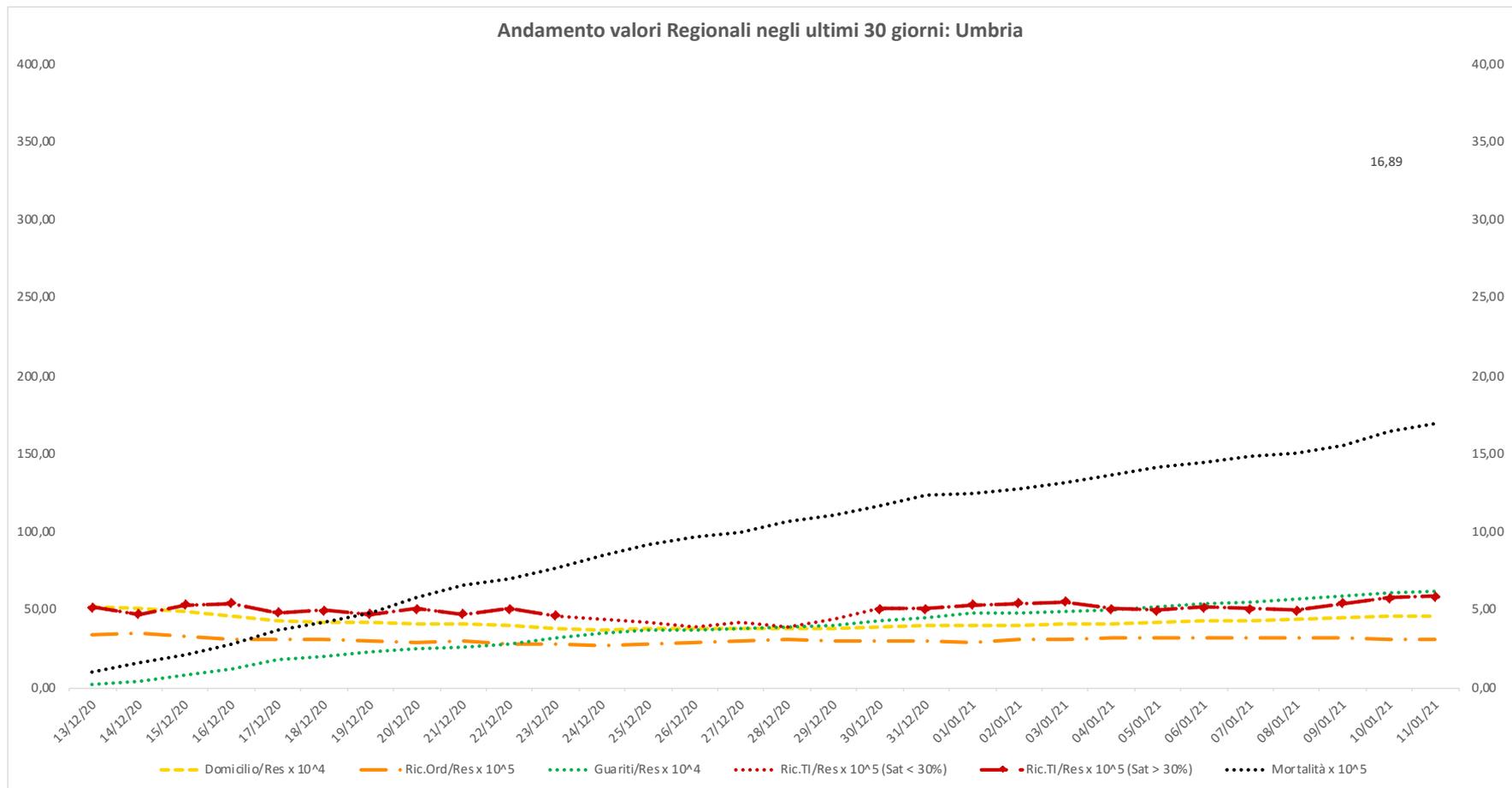
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: PA Bolzano



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 stabilizzazione dei ricoveri in terapia intensiva e non. La soglia del 30% della saturazione della terapia intensiva è nuovamente superata a partire dall'inizio del mese. E' stabile il tasso di isolamenti domiciliare, con valori ben più elevati rispetto alla media nazionale. E' tendenzialmente stabile il numero dei guariti, seppur con una decisamente lieve crescita negli ultimi giorni. E' in costante crescita il tasso di mortalità, in linea con i valori medi nazionali.

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Umbria



Commento

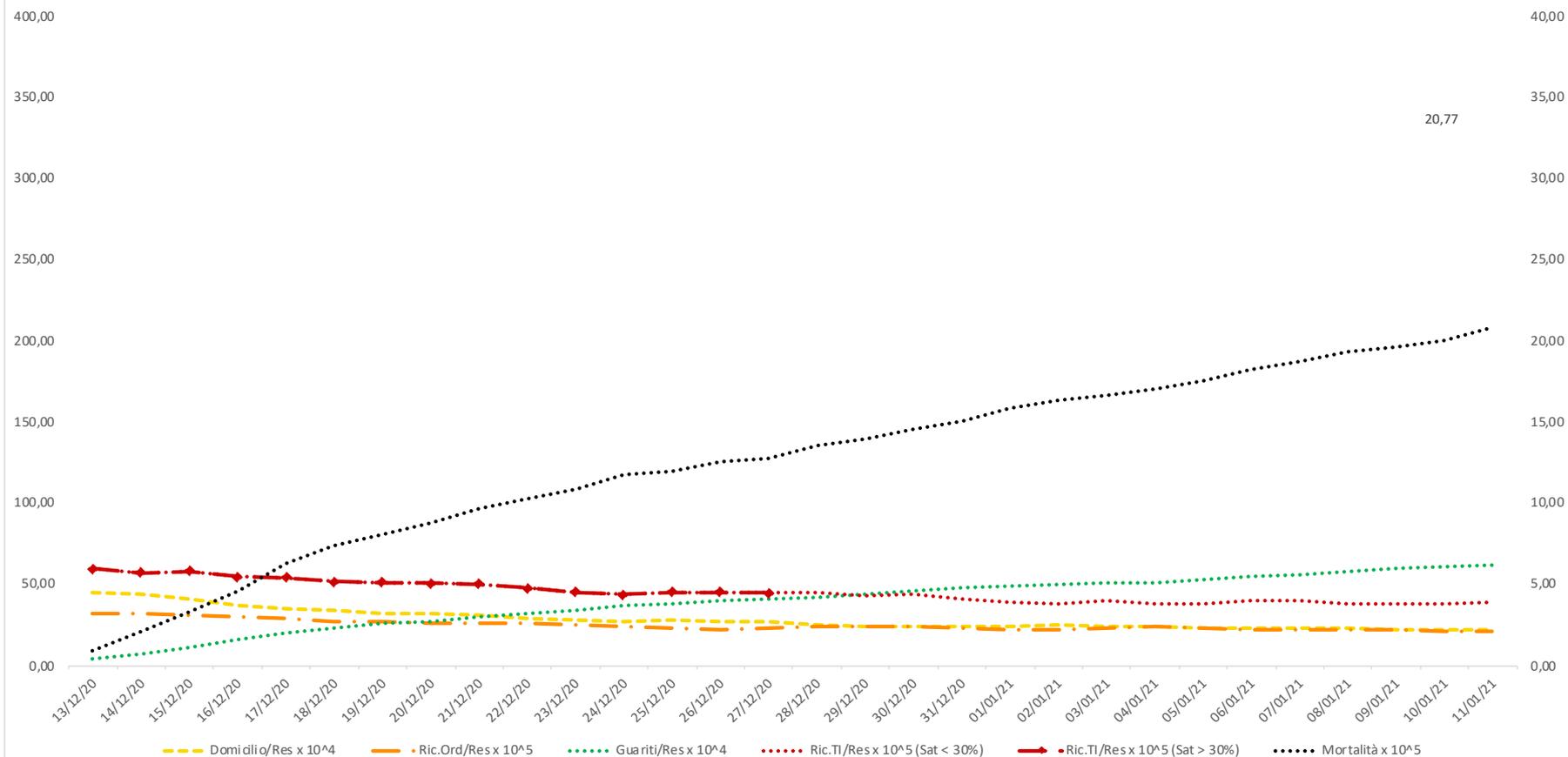
Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella 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 nuovamente superata, a partire dall'inizio del mese. Gli isolamenti a domicilio risultano stabili, così come il tasso di guarigione. Il tasso di mortalità è inferiore rispetto al valore medio nazionale.



Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Toscana



Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Toscana



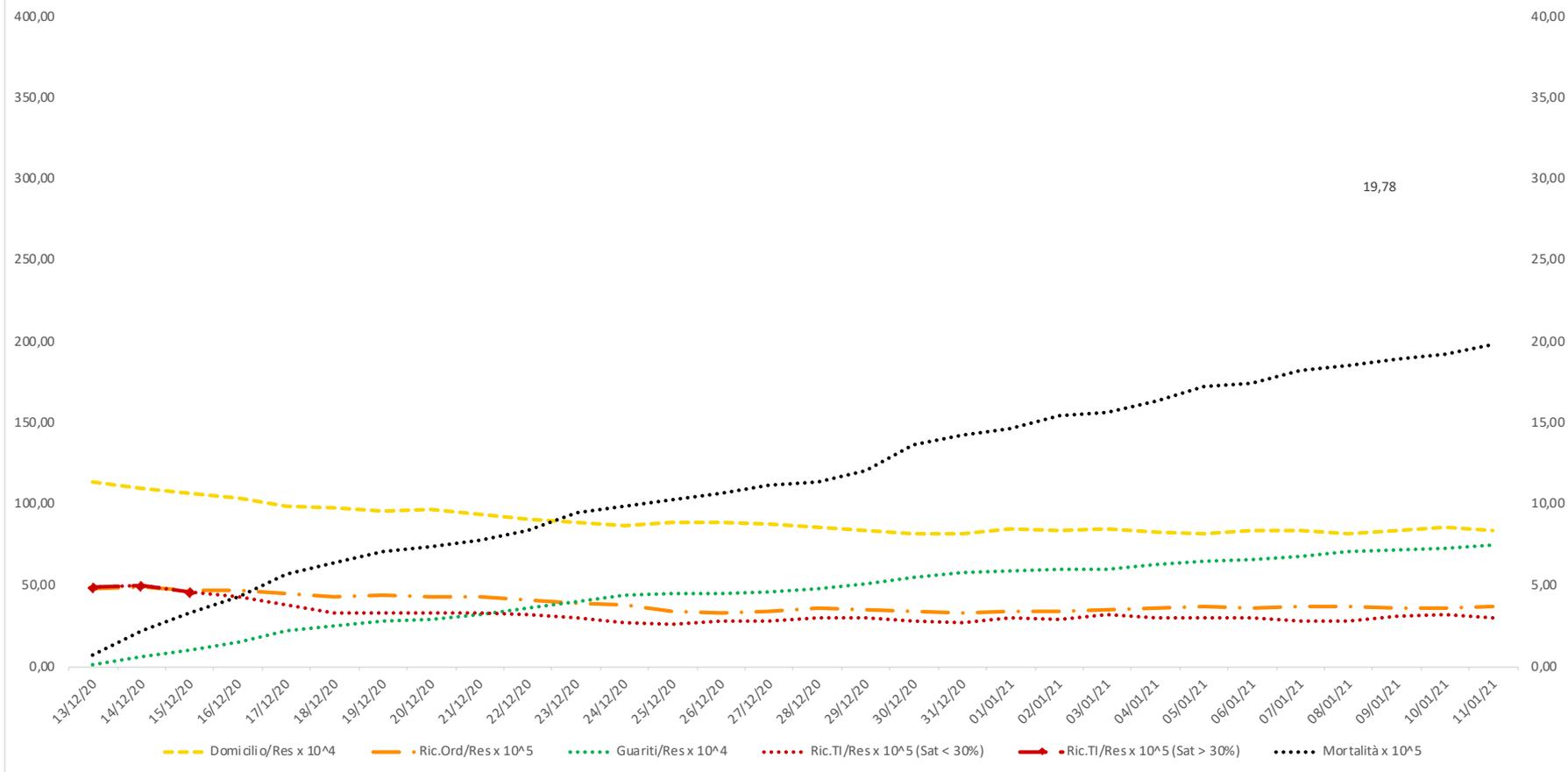
Commento

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 in leggero decremento, 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. IL tasso di isolamento domiciliare è stabile, e si assiste ad un lieve aumento del numero di guariti. Costante e rilevante è il tasso di crescita della mortalità, leggermente al di sotto dei valori medi nazionali.

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Abruzzo



Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Abruzzo

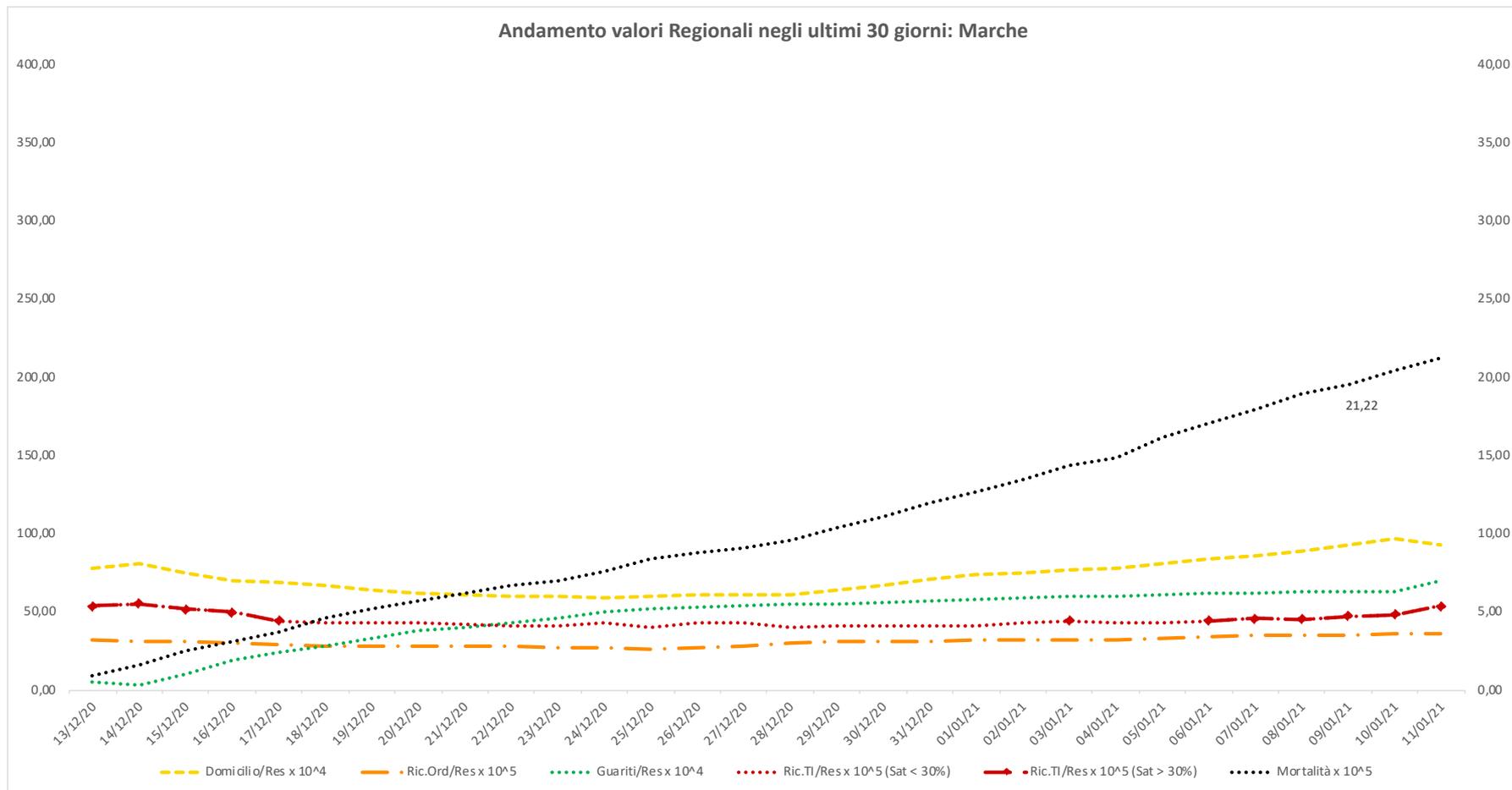


Commento

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 metà dicembre. Si osserva una stabilizzazione degli isolamenti a domicilio 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 nazionale.



Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Marche

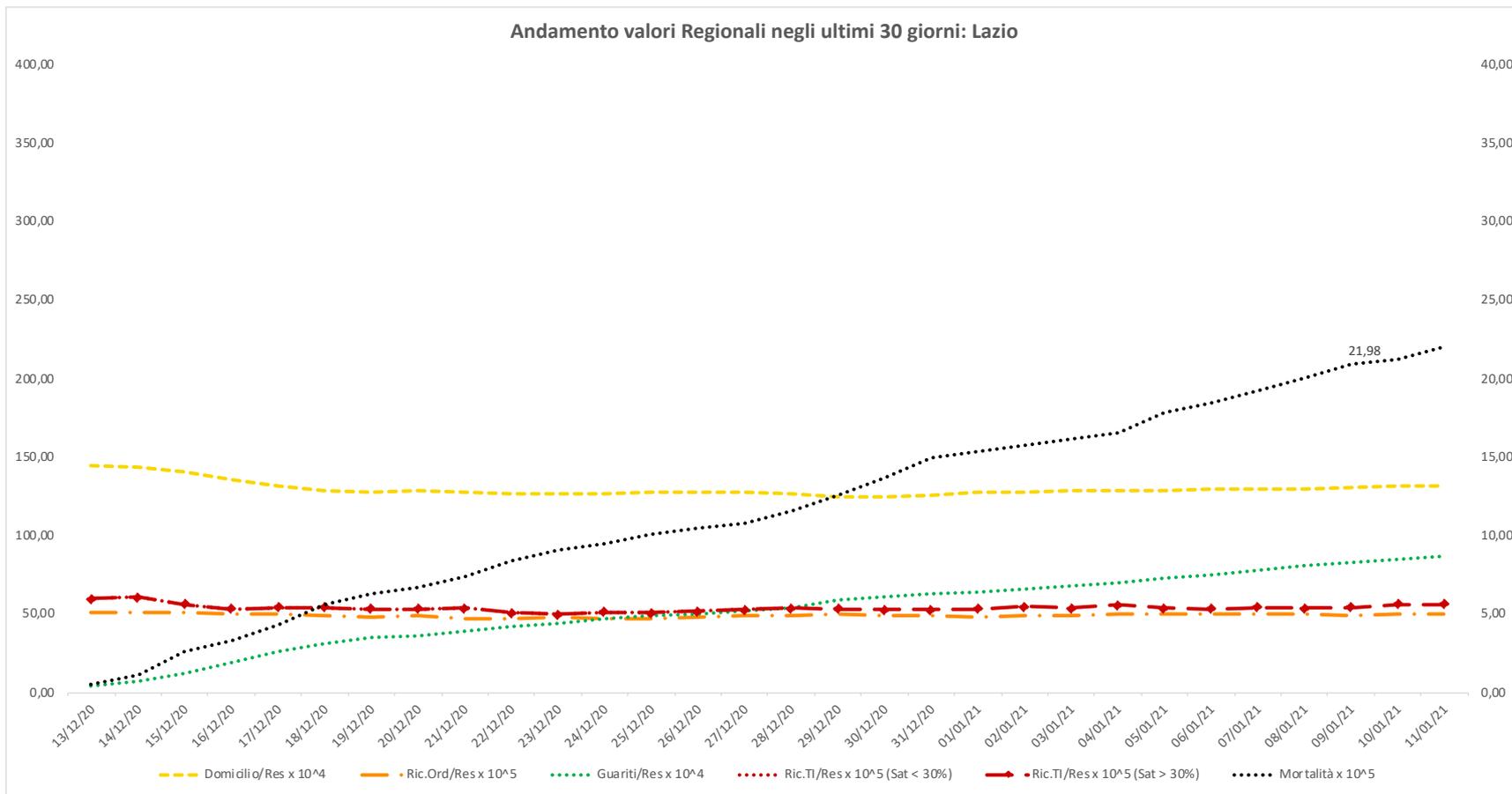


Commento

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 nuovamente superata, dopo un periodo in cui non lo era stata. Si rileva una crescita degli isolamenti a domicilio ed una tendenziale stabilizzazione del tasso di guarigione. In aumento, seppur inferiore alla media nazionale, il trend di crescita della mortalità.



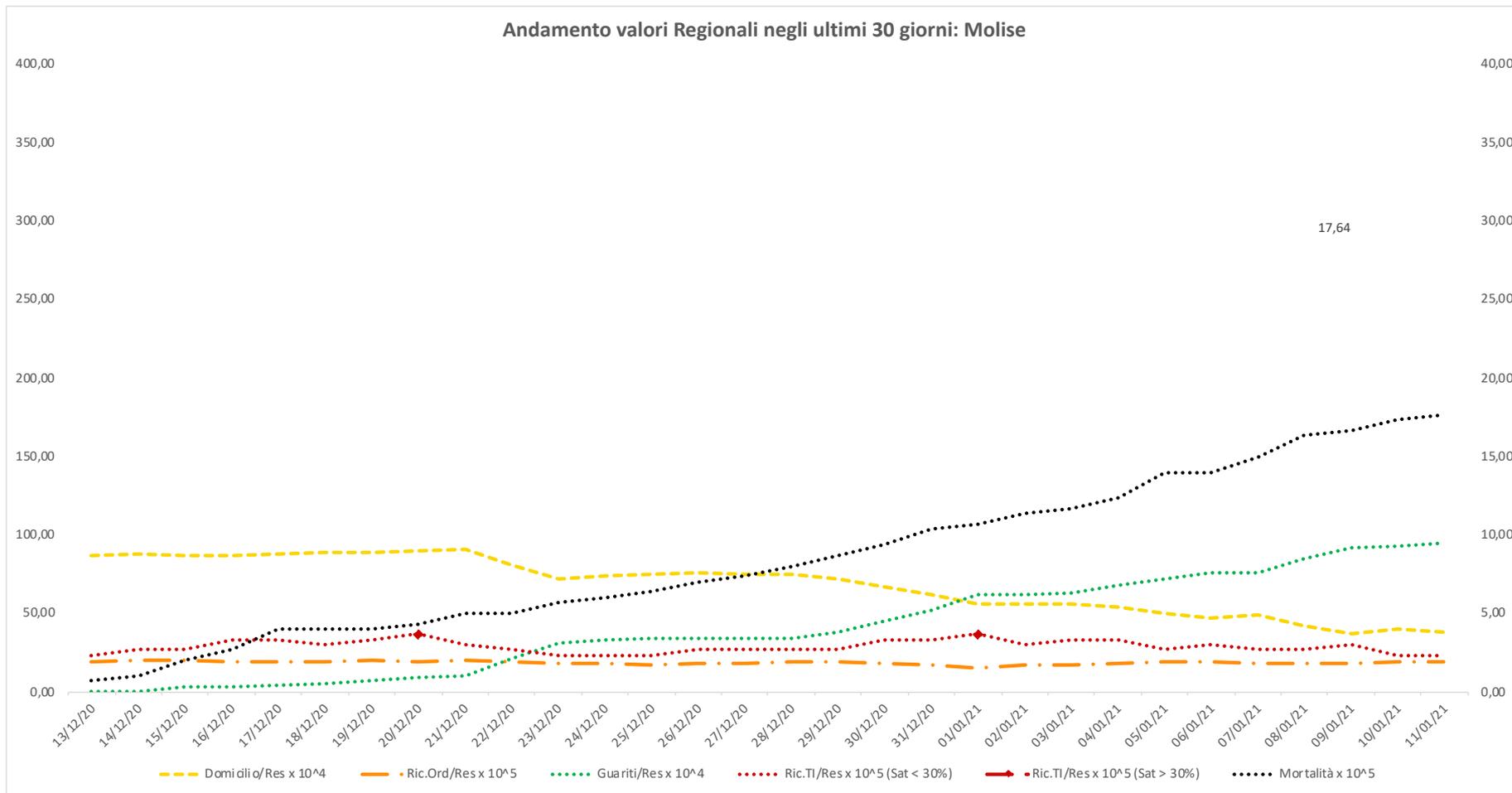
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Lazio



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 per la gran parte del periodo considerato continua a rilevarsi una lieve flessione nei valori degli isolati a domicilio, malgrado un trend in crescita nell'ultima settimana, che sembra accompagnarsi ad un sensibile e parallelo aumento del numero dei guariti. I valori dei ricoveri ordinari appaiono stabili, così come i valori dei ricoveri in terapia intensiva, che superano la soglia di allerta del 30% per tutto il periodo considerato. Costante crescita nel numero dei deceduti.

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Molise

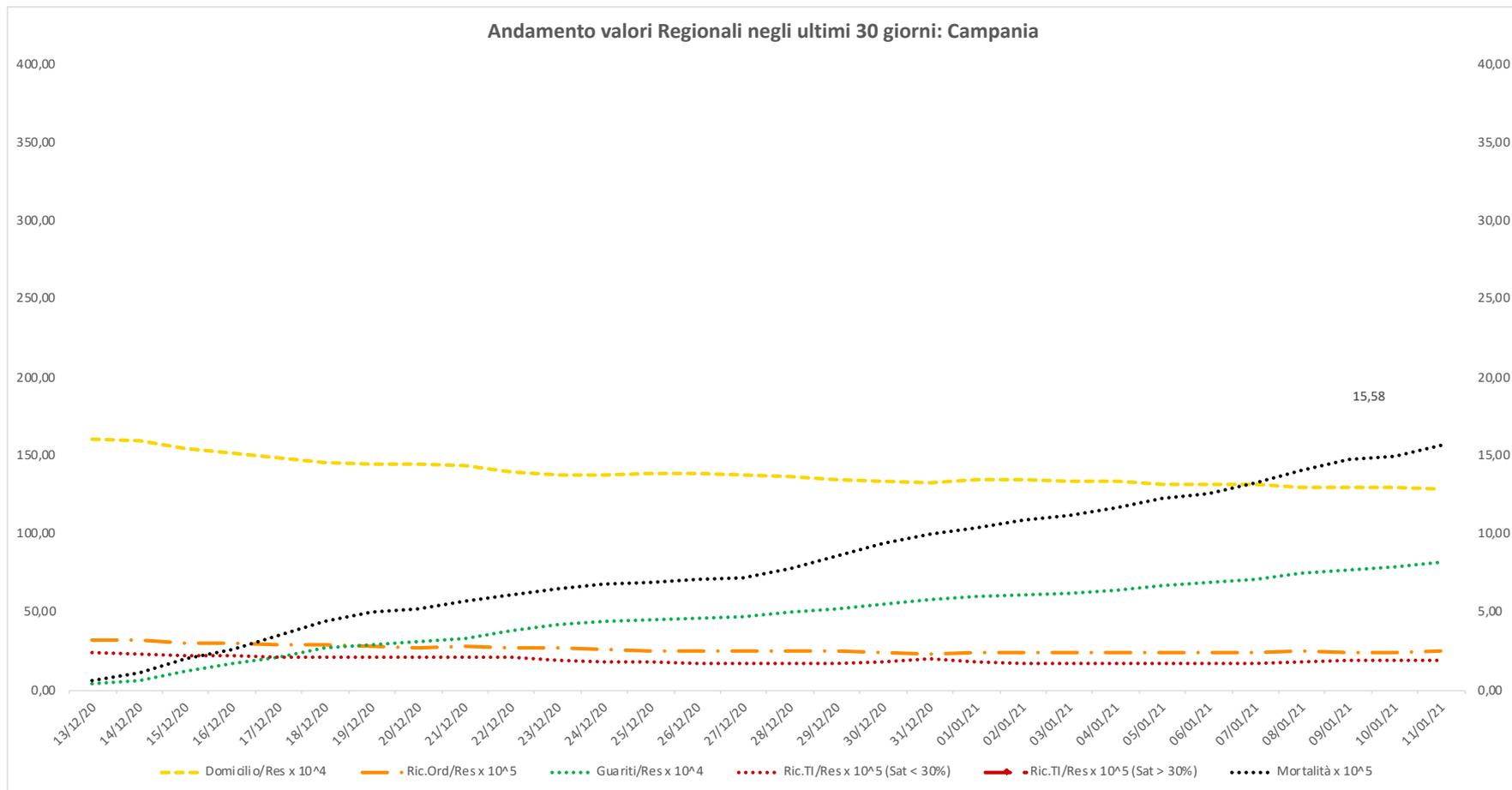


Commento

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 diminuzione del tasso di isolamento domiciliare ed un incremento delle guarigioni. E' in crescita il tasso di mortalità, seppur inferiore alla media nazionale.



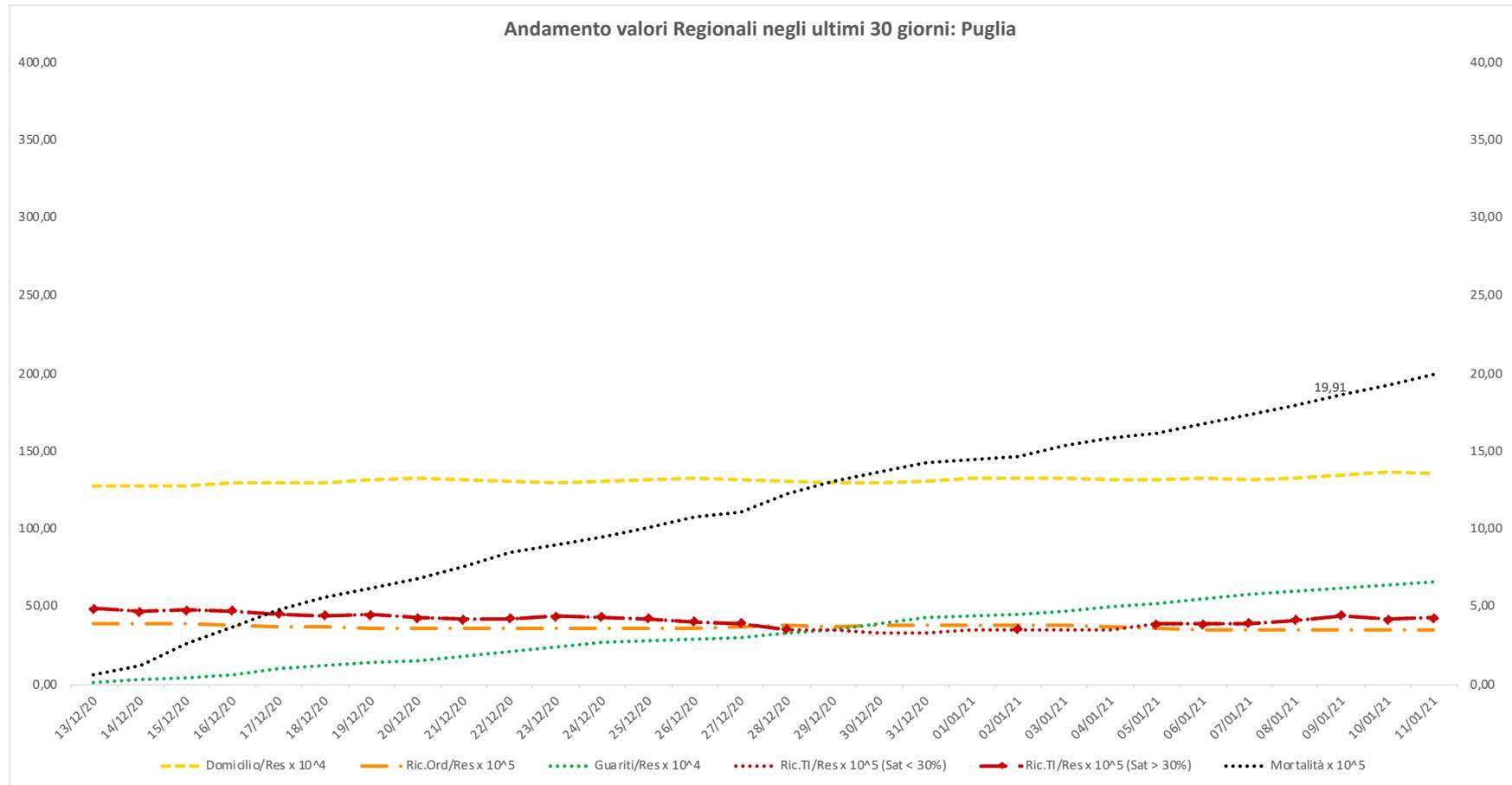
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Campania



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 gli isolati a domicilio sono in diminuzione mentre i ricoverati e la saturazione della terapia intensiva sembrano costanti in valore, nell'ultima settimana. Un aumento costante si registra nel numero dei guariti e dei deceduti.

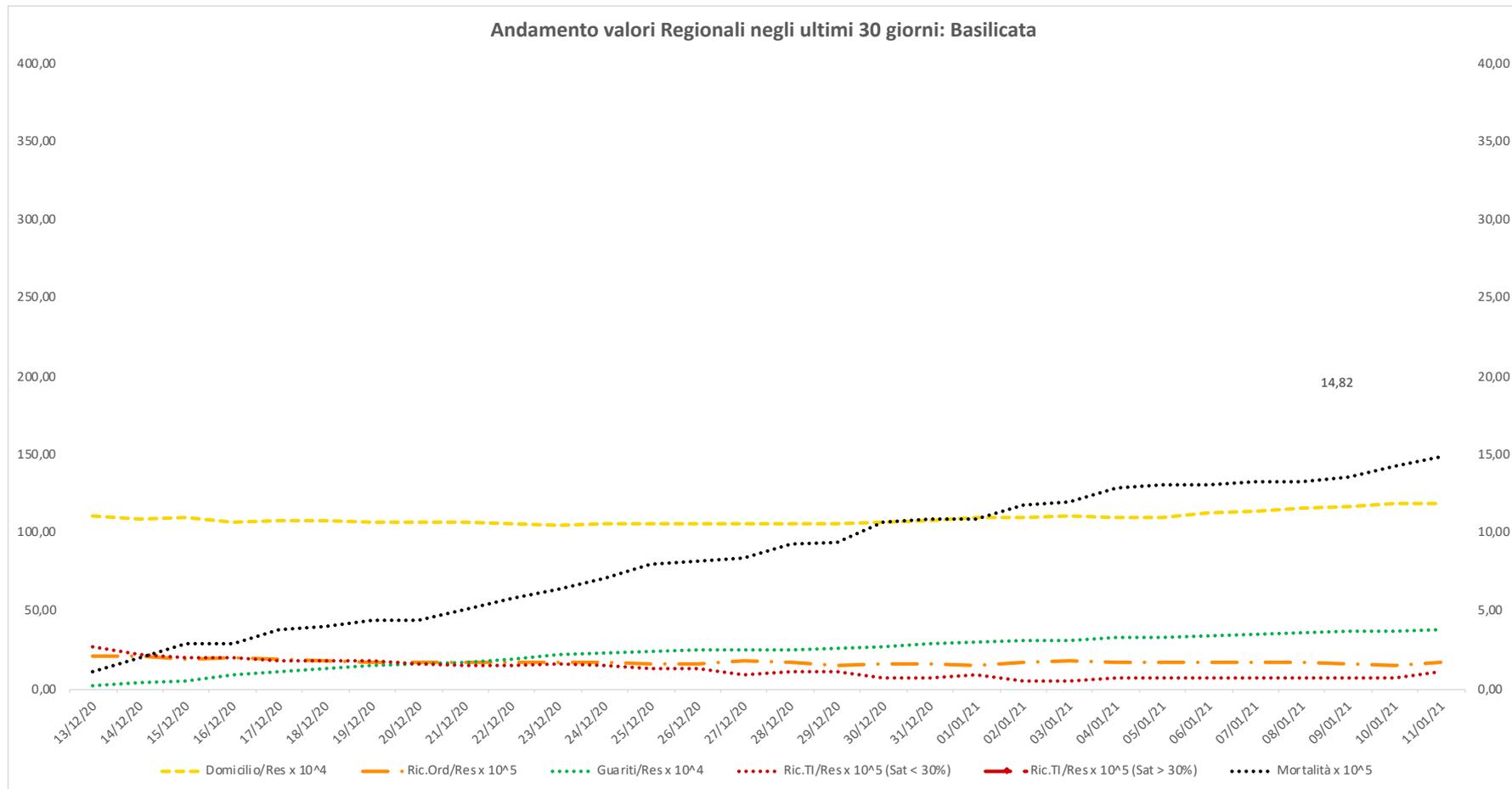
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Puglia



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 gli isolati a domicilio e i ricoverati sembrano costanti in valore, nelle ultime settimane. La soglia di allerta circa la saturazione della terapia intensiva è stata raggiunta nel periodo tra il 5 gennaio al 11 gennaio 2021. Nell'ultima settimana si inizia ad osservare un aumento nel numero dei guariti. In crescita il numero dei deceduti.

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Basilicata



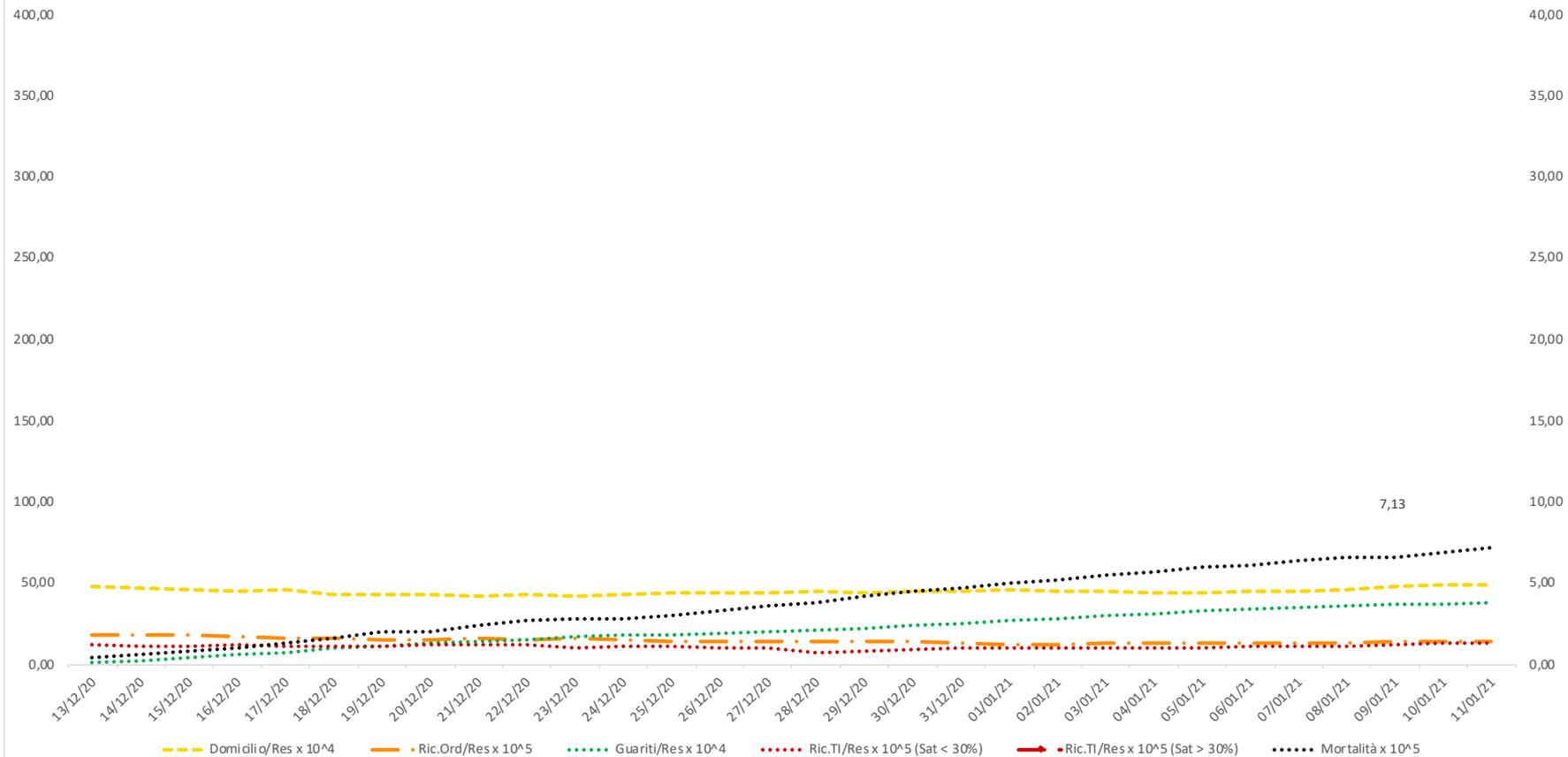
Commento

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 lieve aumento mentre i ricoverati registrano una diminuzione tra il 9 e 10 Gennaio per poi nuovamente aumentare dall'11. Il trend dei ricoverati in Terapia intensiva è costante. Aumentano i guariti, anche se in misura ridotta rispetto al numero dei decessi nel periodo, in crescita.

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Calabria



Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Calabria

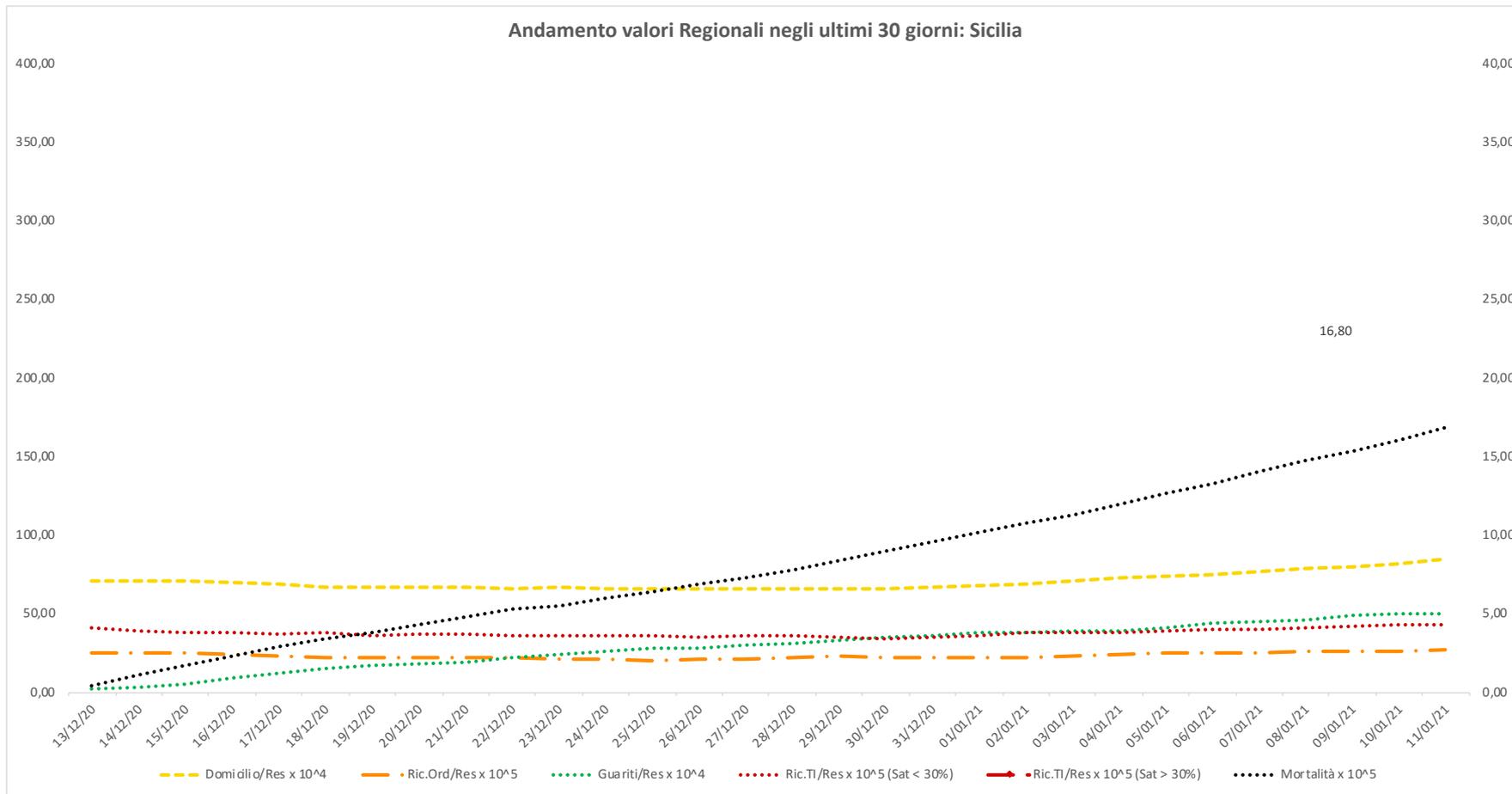


Commento

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 gli isolati a domicilio sono in lieve aumento mentre i valori dei ricoverati sembrano rimanere costanti anche per questa settimana. La saturazione della terapia intensiva è costante. Nelle ultime due settimane si osserva un aumento costante nel numero dei guariti e nel numero dei deceduti.



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 gli isolati a domicilio sembrano in aumento in valore, nelle ultime settimane. I ricoverati sembrano costanti in valore. La saturazione della terapia intensiva non raggiunge nel periodo considerato la soglia di allerta. Si inizia ad osservare un lieve aumento nel numero dei guariti. In forte aumento anche il numero dei deceduti.





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



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

