

In collaborazione con:

Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica (Sezione di Igiene)
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

Focus su Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Piemonte, Lazio e Marche

Instant REPORT#5: **30 Aprile 2020**

Gruppo di Lavoro

Americo Cicchetti, Gianfranco Damiani, Maria Lucia Specchia, Michele Basile, Rossella Di Bidino, Eugenio Di Brino, Maria Giovanna Di Paolo, Andrea Di Pilla, Fabrizio Massimo Ferrara, Luca Giorgio, Maria Teresa Riccardi, Filippo Rumi, Angelo Tattoli, Entela Xoxi, Andrea Silenzi, Rocco Reina, Marzia Ventura, Concetta Lucia Cristofaro, Walter Vesperi, Anna Maria Melina, Teresa Gentile, Giovanni Schiuma, Primiano Di Nauta, Raimondo Ingrassia, Paola Adinolfi



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Indice del Documento



OBIETTIVI

NOTA METODOLOGICA E FONTE DEI DATI

CONTESTO NORMATIVO

PROVVEDIMENTI NAZIONALI

PROVVEDIMENTI REGIONALI

INDIRIZZI CLINICO ORGANIZZATIVI (LIVELLO NAZIONALE)

INDICATORI EPIDEMIOLOGICI

1.1. TOTALE ATTUALMENTE POSITIVI

1.2. TOTALE CASI

1.3. TOTALE TAMPONI

1.4. TOTALE CASI E TOTALE POSITIVI / POPOLAZIONE REGIONALE

1.5. TOTALE GUARITI, TOTALE DECEDUTI

1.6. PREVALENZE REGIONALI DEI POSITIVI

1.7. DECESSI / TERAPIA INTENSIVA

1.8. LETALITÀ PER CLASSI DI ETÀ: DECESSI / CASI POSITIVI

1.8.1. VARIAZIONE % PER FASCIA DI ETÀ DEI DECESSI 2020 vs. 2010

1.8.2. DECESSI CON CAUSE MALATTIE RESPIRATORE E COVID

INDICATORI CLINICO-ORGANIZZATIVI

2.1. TAMPONI EFFETTUATI / POPOLAZIONE RESIDENTE

2.2. POSTI LETTO IN TI (EVOLUZIONE) X 100.000 AB.

2.2.1. POSTI LETTO IN TI (EVOLUZIONE) X 100.000 AB. - ITALIA

2.3. SATURAZIONE E PL TI

2.3.1. SATURAZIONE E PL TI - ITALIA

2.4. RICOVERATI / POSITIVI

2.5. OSPEDALIZZATI / ASSISTENZA DOMICILIARE

2.6. PAZIENTI RICOVERATI IN TI / POSITIVI

2.7. PAZIENTI RICOVERATI IN IN TI / PAZIENTI RICOVERATI NON INTENSIVI

2.8. PAZIENTI RICOVERATI IN TI / IN ASSISTENZA DOMICILIARE

2.9 POSITIVI / TAMPONI

2.10. OSPEDALIZZATI / RICOVERATI IN TI

2.11. OSPEDALIZZATI / TAMPONI

2.12 SOLUZIONI DIGITALI

2.13 INTEGRAZIONE DEL PERSONALE

2.14. TASSO DI COPERTURA DELLE UNITÀ SPECIALI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE X 50.000 AB.

2.14.1. UNITÀ SPECIALI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

2.14.2. CURE DOMICILIARI COVID-19

2.15 SPERIMENTAZIONI CLINICHE

2.15.1. USO COMPASSIONEVOL E OFF-LABEL

ANALISI DEI MODELLI DI RISPOSTA

ANALISI DEI PROFILI REGIONALI

APPENDICE METODOLOGICA

CHI SIAMO



Obiettivi

- Obiettivo di questo documento è presentare un confronto sistematico dell'andamento della diffusione del Sars-COV-2 a livello nazionale e in 6 Regioni italiane, che rappresentano il 52% della popolazione nazionale e che al 28 Aprile hanno il 76% dei positivi al virus rispetto al totale dei positivi sul territorio nazionale e il 77% dei casi. In queste Regioni sono deceduti l'83% delle 27.359 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 Covid19 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 **28 aprile** [1]. Al fine di determinare lo stato di diffusione del virus e valutare conseguentemente le misure attuate nelle Regioni target considerate nella presente analisi (Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte, Veneto, Lazio e Marche) rispetto alle caratteristiche specifiche di ciascun Servizio Sanitario Regionale è stato implementato un modello di elaborazione dati disponibili per l'individuazione di indicatori di carattere epidemiologico e clinico-organizzativo.
- L'analisi ha inoltre previsto la realizzazione, per ciascun indice individuato, di rappresentazioni grafiche che informassero sull'andamento dei trend in analisi e facilitassero la fruizione dei risultati ottenuti su base regionale dall'inizio del mese di Marzo 2020. Ulteriori indicatori sono stati determinati al fine di individuare lo stato di saturazione dei posti letto in terapia intensiva a disposizione di ciascuna Regione rispetto al fabbisogno causato dal diffondersi della pandemia considerando i nuovi allestimenti dei setting assistenziali volti alla gestione della situazione attuale di crisi. A tal fine, è stato fatto riferimento al database reperito sul sito del Ministero della Salute riportante le principali caratteristiche delle strutture ospedaliere Regionali [2].
- Sono stati esclusi i dati relativi agli ultimi giorni del mese di Febbraio 2020 in quanto caratterizzati da estrema variabilità o, per alcune Regioni, da immaturità del dato, e dunque ritenuti fattori confondenti all'interpretazione delle evidenze.
- Infine, sono stati analizzati i principali provvedimenti nazionali e regionali per correlarli al trend degli indicatori analizzati.

Fonte Dati:

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

Contesto normativo (1/6):

Principali provvedimenti nazionali (1/2)



Data	Ambito	Provvedimento	Sintesi dei contenuti
31 gennaio 2020	Italia	<u>Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dichiarazione dello stato di emergenza
23 Febbraio 2020	Italia	<u>Decreto-legge 23 febbraio 2020</u> , 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 epidemologica 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	Zone primi focolai e Italia	<p><u>Dpcm 1 marzo 2020</u> «Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemologica da COVID-19»</p> <p><u>Dpcm 4 marzo 2020</u> «Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale.»</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Attivazione modello di cooperazione interregionale ➤ Incremento della disponibilità dei posti letto, + 50% in terapia intensiva <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificazione COVID Hospital ➤ Sospensione delle attività didattiche di scuole di ogni grado e università
9 marzo 2020	Italia	<u>Decreto legge 9 marzo 2020</u> , 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	Italia	<u>Dpcm 11 marzo 2020</u> «Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemologica 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)

Contesto normativo (2/6):

Principali provvedimenti nazionali (2/2)



Data	Provvedimento	Sintesi dei contenuti
17 Marzo 2020	<u>Decreto Legge del 17 marzo n.18</u> - 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 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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	<u>Dpcm 22 marzo 2020</u> - 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	<u>Decreto Legge del 25 marzo 2020 n.19</u> - 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 <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sanzioni
1 Aprile 2020	<u>Dpcm 1 aprile 2020</u> - 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	<u>Dpcm 10 aprile 2020</u> - 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	<u>Dpcm 26 aprile 2020</u> - 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

Contesto normativo (3/6):

Principali provvedimenti regionali (1/3)



Data	Ambito	Provvedimento	Sintesi dei contenuti
3 marzo 2020	Piemonte	<u>Piano complessivo di organizzazione della rete ospedaliera regionale dedicata all'emergenza coronavirus covid19</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Indicazioni sull'organizzazione rete ospedaliera
6 marzo 2020	Lazio	<u>Ordinanza Z00003 del «Misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019.»</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Indicazioni sull'organizzazione rete ospedaliera
8 marzo 2020	Lombardia	<u>DGR n. 2906 «Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da Covid – 19»</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rimodulazione della rete ospedaliera; ➤ disposizioni su «cure extra ospedaliere»; ➤ istituzione della Centrale Unica di dimissioni.
9 Marzo 2020	Marche	<u>DGR n.272 «Piano regionale per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19»</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Definizione del piano regionale per la gestione dell'emergenza epidemiologica
12 Marzo 2020	Emilia Romagna	Documento non disponibile	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Definizione della rete ospedaliera COVID 19
12 Marzo 2020	Marche	<u>DGR n. 320 «Aggiornamento del "Piano regionale per la gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19" di cui alla DGR 272 del 09.03.2020»</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Modifiche al piano regionale per la gestione dell'emergenza
15 Marzo 2020	Veneto	Piano Ospedaliero Straordinario	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Riorganizzazione della rete ospedaliera; ➤ Attivazione di strutture «intermedie»
16 Marzo 2020	Marche	<u>DGR 347 "Emergenza COVID-19: Applicazione decreto legge n. 14 del 9/03/2020 - Art. 8 - Unità speciali di continuità assistenziale"</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Indirizzi operativi in merito all'attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale

Contesto normativo (4/6):

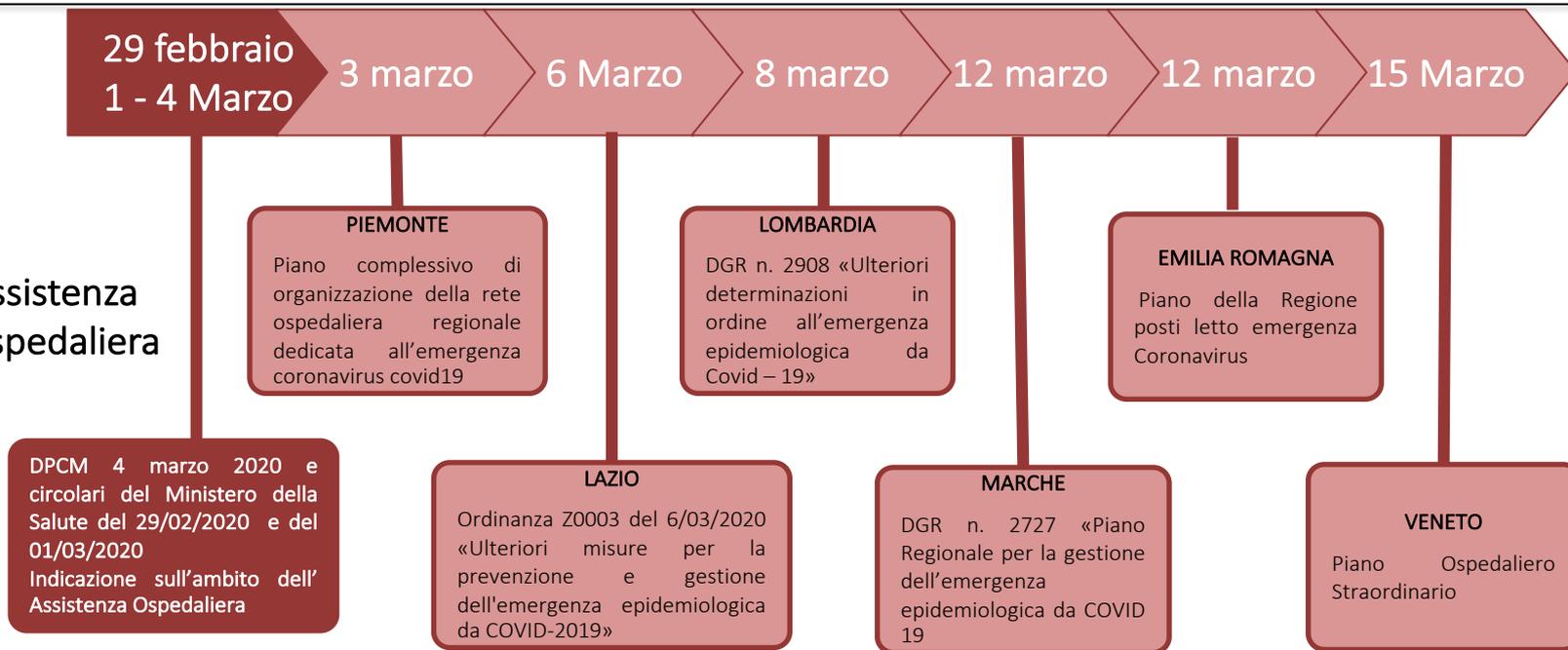
Principali provvedimenti regionali (2/3)



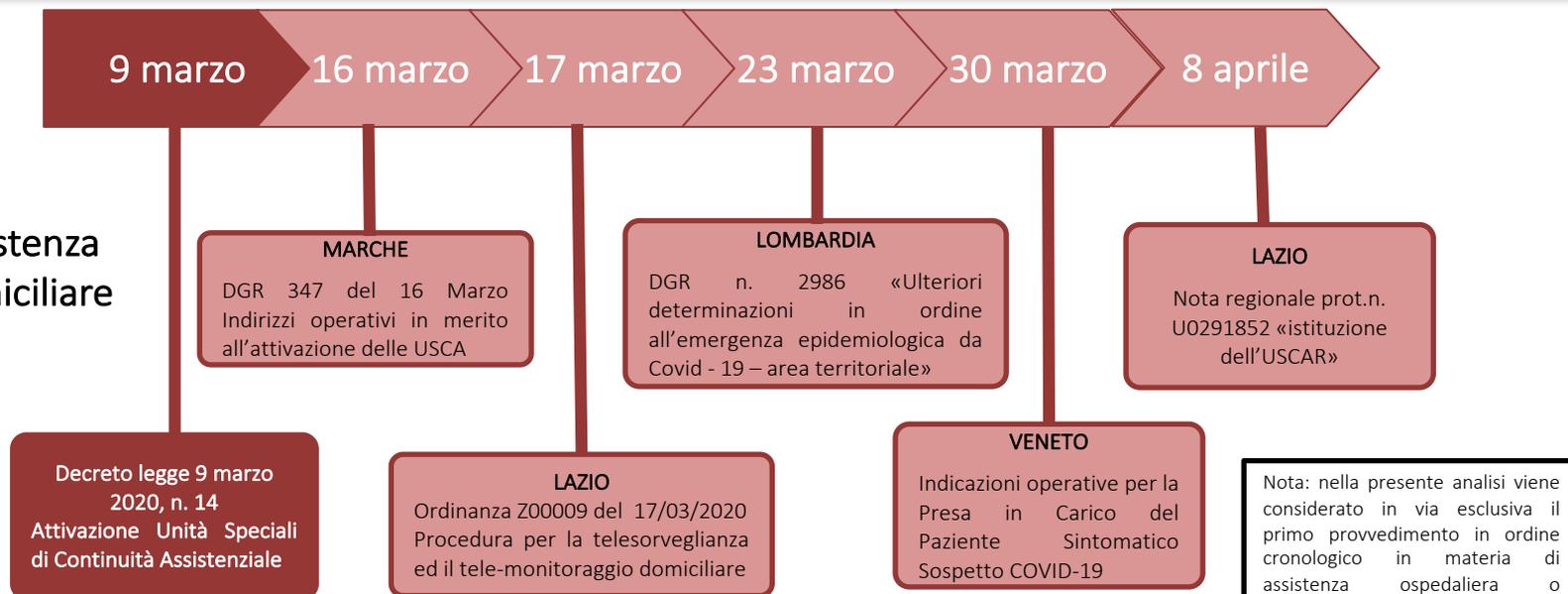
Data	Ambito	Provvedimento	Sintesi dei contenuti
17 Marzo 2020	Lazio	<u>Ordinanza Z00009 17/03/2020 «Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019»</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Definizione della procedura per la telesorveglianza ed il tele-monitoraggio domiciliare
17 Marzo 2020	Veneto	<u>DGR n. 344 «Approvazione del Piano avente ad oggetto "Epidemia COVID-19: interventi urgenti di sanità pubblica"»</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Definizione delle strategie per l'individuazione dei casi sospetti.
23 marzo 2020	Lombardia	<u>DGR n. 2986 «Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da Covid - 19 – area territoriale»</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Attivazione e disposizioni merito alle Unità Speciali di Continuità Assistenziale
26 marzo 2020	Lazio	Documento non disponibile	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Riorganizzazione della rete ospedaliera
27 marzo 2020	Marche	<u>DGR 384 n. "Emergenza COVID-19 – Decreto legge n. 14/2020 (Art. 8) e DGR n. 347 del 16/03/2020 – Unità speciali di continuità assistenziale – Linee di indirizzo e di uniforme attuazione"</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Linee di indirizzo e di attuazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale
30 marzo 2020	Lombardia	DGR n.320 «Ulteriori disposizioni per la gestione dell'emergenza sanitaria da covid-19. istituzione servizi di degenza per sorveglianza pazienti covid-19 paucisintomatici»	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Istituzione di servizi di degenza per sorveglianza sanitaria pazienti COVID-19 paucisintomatici; ➤ Linee guida per l'attivazione dei sopraccitati servizi
30 Marzo 2020	Veneto	Indicazioni operative per la Presa in Carico del Paziente Sintomatico Sospetto COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Attivazione e disposizioni merito alle Unità Speciali di Continuità Assistenziale
8 Aprile	Lazio	<u>Nota regionale prot.n. U0291852</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Costituzione dell' Unità Speciale di Continuità Assistenziale Regionale



Assistenza ospedaliera



Assistenza domiciliare



Nota: nella presente analisi viene considerato in via esclusiva il primo provvedimento in ordine cronologico in materia di assistenza ospedaliera o domiciliare

Contesto normativo (5/6): - verso la fase 2

Principali provvedimenti regionali (3/3)



Data	Ambito	Provvedimento	Sintesi dei contenuti
20 marzo 2020	Emilia Romagna	<u>DGR n. 368 del 20 aprile 2020 «Prime disposizioni inerenti la realizzazione del programma covid-19 intensive care dell'Emilia-Romagna»</u>	➤ Disposizioni inerenti la realizzazione di ulteriori posti di terapia intensiva per la gestione della fase 2 dell'emergenza COVID 19. Inoltre, in caso di uno scenario particolarmente favorevole, tali posti potrebbero rappresentare una struttura di "compensazione" per consentire alle strutture ospedaliere di recuperare in parte e gradualmente le proprie funzioni ordinarie di risposta ai fabbisogni chirurgici non solo per prestazioni non procrastinabili.
27 Marzo 2020	Emilia - Romagna	<u>Linee guida della Regione per le Aziende sanitarie e ordinanza 70 del 17 aprile 2020 «ulteriore ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione dell</u>	➤ Definizione delle linee guida per la ripresa dei ricoveri programmati, delle attività ambulatoriali e territoriali
29 aprile 2020	Veneto	Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie – Fase 2 Covid-19 –	➤ Definizione delle linee guida per la ripresa delle prestazioni di emergenza/urgenza, ambulatoriali ed in elezione;

Contesto normativo (6/6):

Indirizzi clinico organizzativi (Livello nazionale)

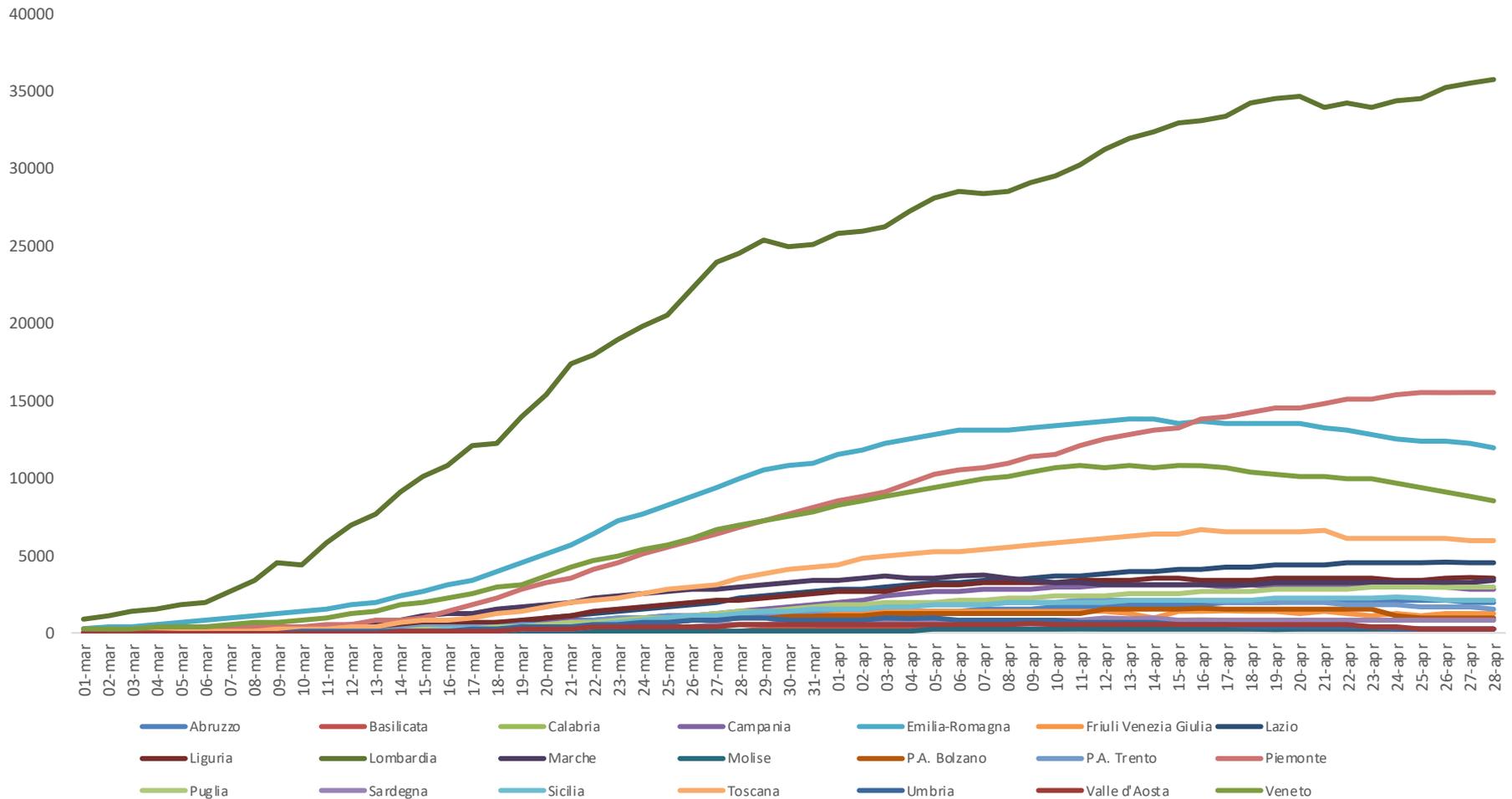


Data	Ente	Provvedimento	Sintesi dei contenuti
29 Febbraio o 2020	MdS	<u>Circolare del Ministero della Salute del 29/02/2020 - Linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da Covid-19</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Requisiti per presidi COVID ➤ postazioni isolate per osservazione 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	<u>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</u>	<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	<u>Decreto Legge 9 marzo 2020, n. 14 «Disposizioni urgenti per potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19</u>	<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	<u>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</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificazione prestazioni ambulatoriali e ospedaliere non COVID differibili
25 Marzo 2020	MdS	<u>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</u>	<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
18 Aprile 2020	MdS	<u>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</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Indicazioni clinico – organizzative per la prevenzione e il controllo dell'infezione da COVID 19 in strutture residenziali e sociosanitarie

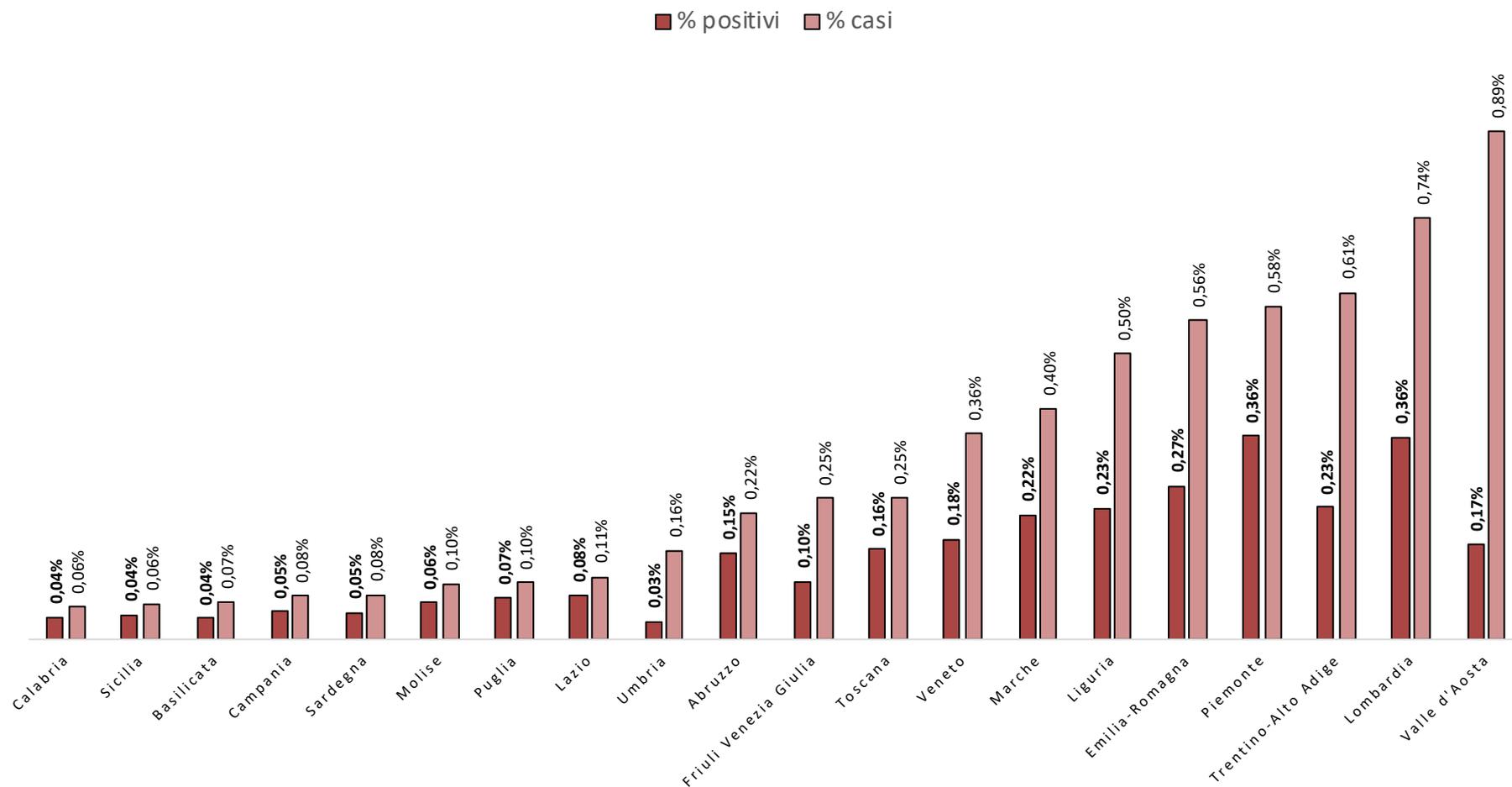


Indicatori epidemiologici

Indicatore 1.1. Totale attualmente positivi



Indicatore 1.4. Totale Casi e Totale Positivi / Popolazione Regionale



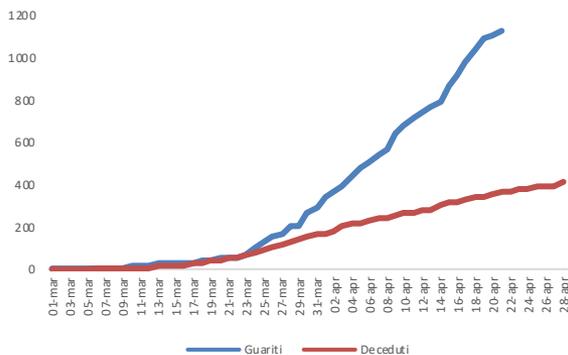
Commento

L'indicatore mostra una maggiore incidenza in Valle D'Aosta soprattutto in termini di casi complessivi. La differenza tra incidenza dei casi e dei positivi al 28.04.2020 tra le Regioni potrebbe indicare una diversa fase degli effetti del contagio e una diversa tempestività ed efficacia delle misure di contenimento adottate rispetto alla iniziale diffusione del virus.

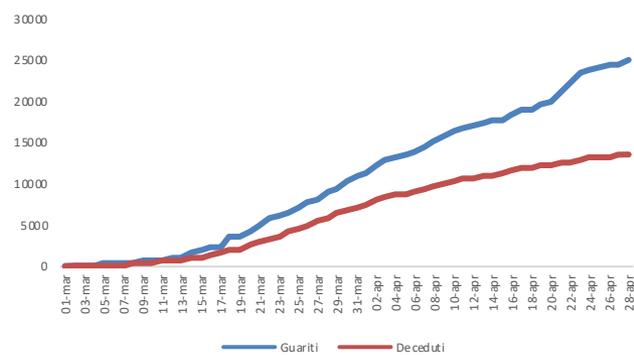
Indicatore 1.5. Totale guariti, Totale deceduti



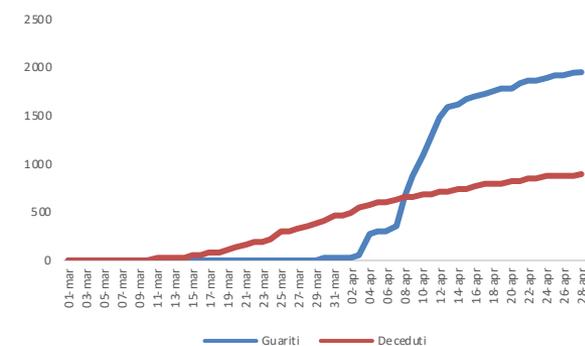
Lazio



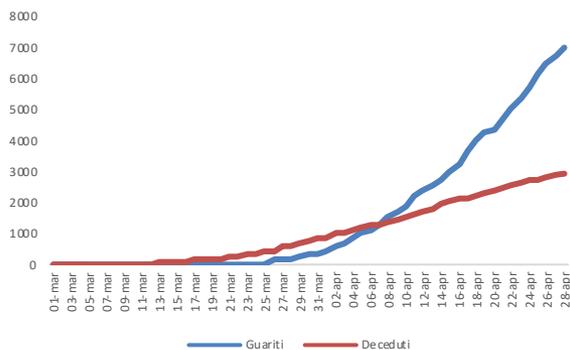
Lombardia



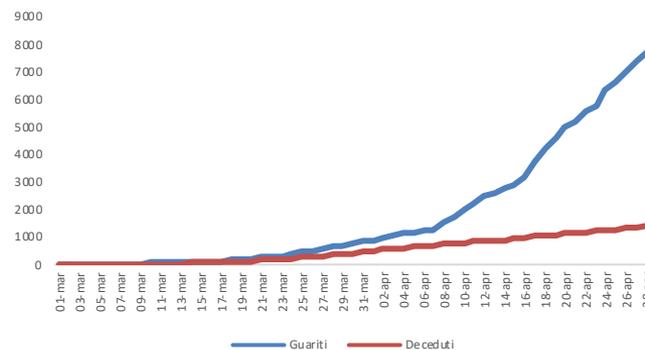
Marche



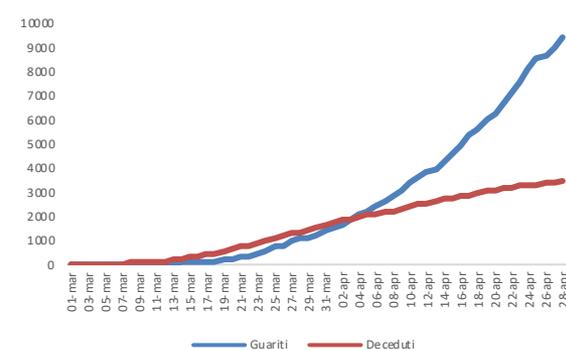
Piemonte



Veneto



Emilia Romagna



Commento

L'andamento degli indicatori mostra una numerosità superiore del totale guariti rispetto al totale deceduti nella totalità delle Regioni analizzate.



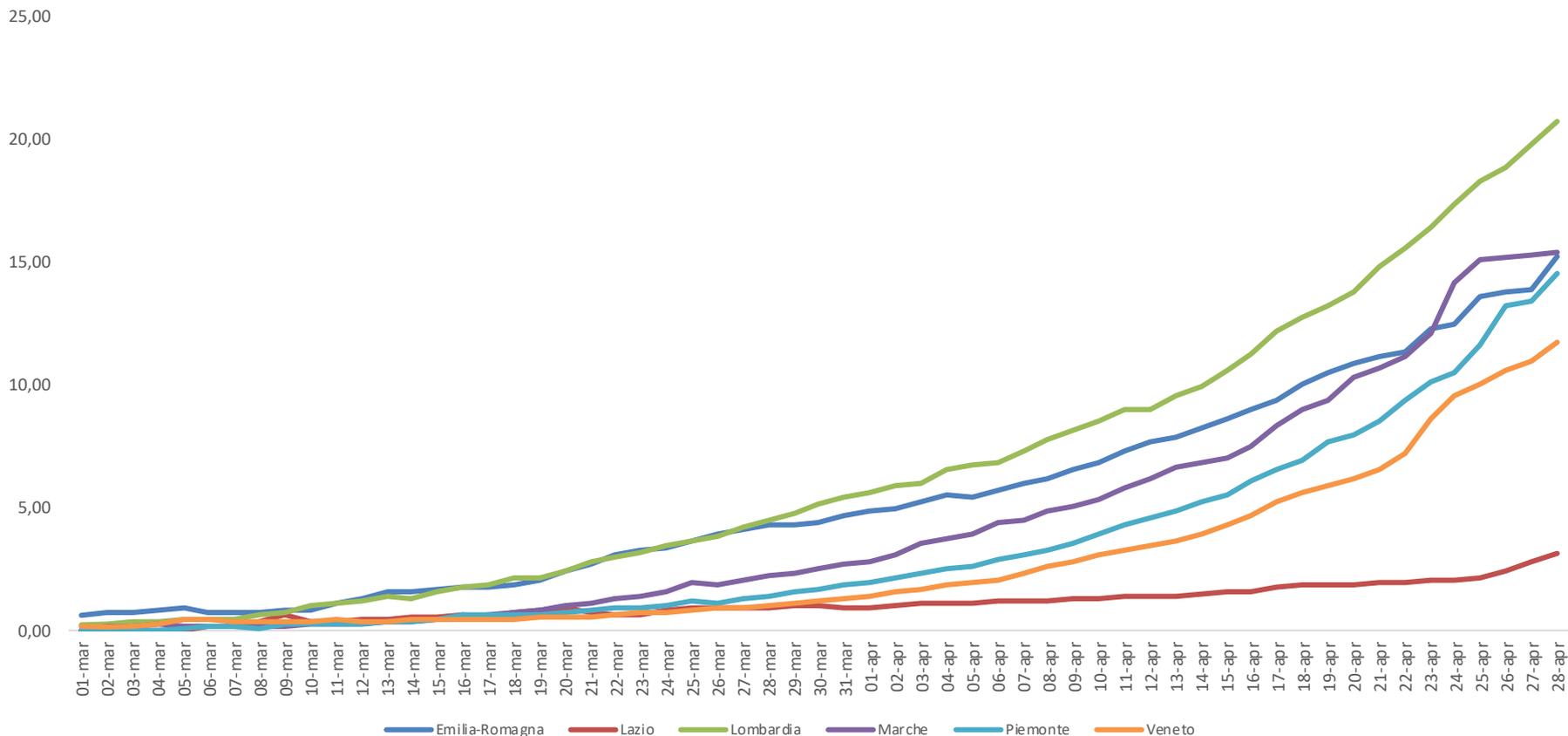
Indicatore 1.6. Prevalenze regionali dei positivi

	Emilia-Romagna	Lazio	Lombardia	Marche	Piemonte	Veneto	Totale Nazionale
Totale attualmente positivi	12.003	4.562	35.744	3.334	15.506	8.601	105.205
Popolazione generale	4.459.477	5.879.082	10.060.574	1.525.271	4.356.406	4.905.854	60.359.546
Valore in percentuale	0,27%	0,08%	0,36%	0,22%	0,36%	0,18%	0,17%

Commento

L'indicatore mostra un trend omogeneo tra Lombardia ed Emilia-Romagna, e tra Veneto e Lazio. Dai dati in nostro possesso si evince che la percentuale di casi attualmente positivi sulla popolazione delle Regioni analizzate è pari in media allo 0,25%. A livello nazionale tale tasso è pari al 0,17%.

Indicatore 1.7. Decessi / Terapia intensiva



Data	Emilia-Romagna	Lazio	Lombardia	Marche	Piemonte	Veneto	Totale
Media	5,37	1,07	6,58	4,33	3,37	2,72	4,94
Max	15,23	3,14	20,73	15,40	14,53	11,73	16,27
Min	0,62	0,00	0,23	0,00	0,00	0,14	0,24
Deviazione standard	4,16	0,71	5,81	4,63	3,89	3,16	4,43
Varianza	17,29	0,50	33,80	21,41	15,12	9,97	19,61

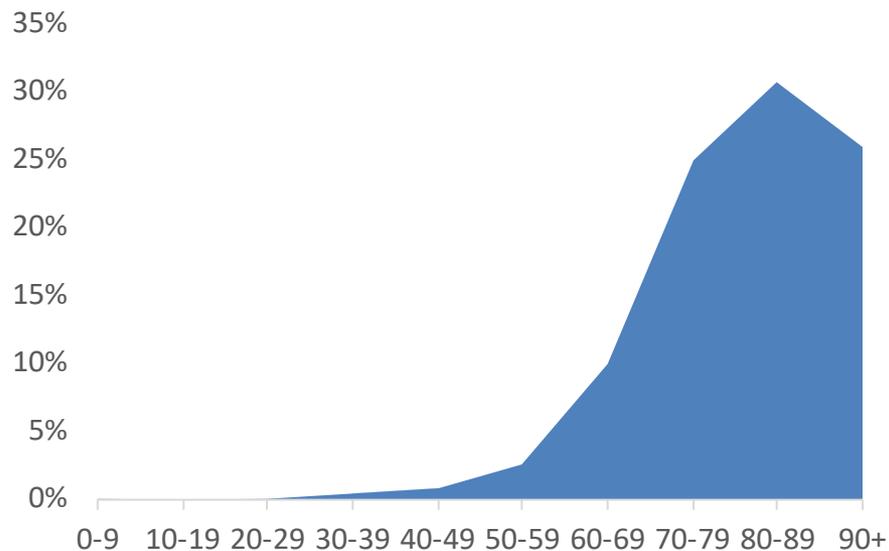
Commento

L'andamento del trend dei decessi rispetto ai ricoverati in terapia intensiva risulta essere sovrapponibile nel periodo iniziale, ma il trend della Lombardia, dell'Emilia-Romagna e delle Marche subisce una crescita più rapida nella seconda parte del mese.

Indicatore 1.8. Letalità per classi di età: decessi / casi positivi (1/2)



	2020-04-23	2020-04-03	2020-03-23
0-9	0,15%	0,00%	0,00%
10-19	0,00%	0,00%	0,00%
20-29	0,08%	0,13%	0,00%
30-39	0,37%	0,39%	0,30%
40-49	0,89%	0,80%	0,56%
50-59	2,65%	2,28%	1,49%
60-69	10,02%	8,00%	5,19%
70-79	24,92%	21,81%	15,62%
80-89	30,77%	30,94%	23,58%
90+	26,06%	28,72%	24,03%
Non noto	0,00%	1,19%	0,34%
Totale	13,09%	11,80%	8,66%

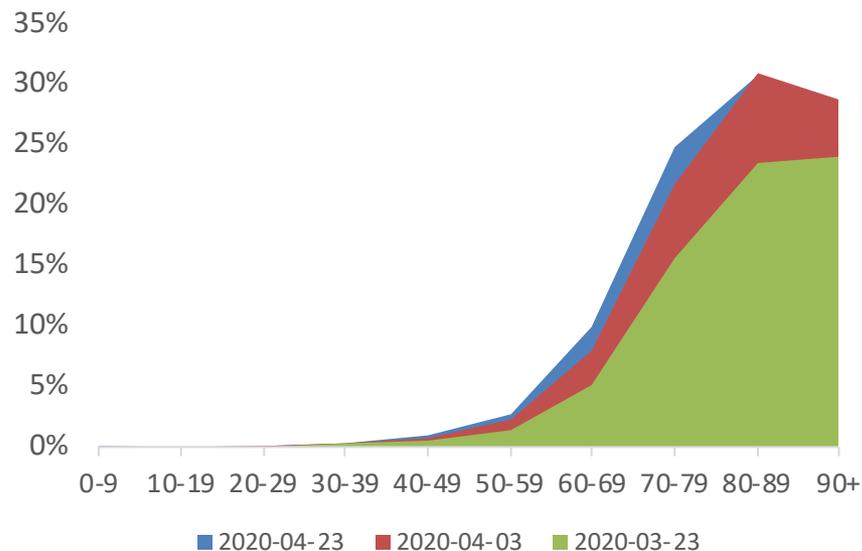


Fonte dei dati: Documento esteso «[Epidemia COVID-19. Aggiornamento nazionale](#)» - Tabella 1 pubblicato dall'ISS (ultimo aggiornamento 23 aprile 2020).

Nota metodologica: Per poter cogliere eventuali cambiamenti nel tempo si è scelto di considerare i dati disponibili con cadenza quindicinale.

Commento

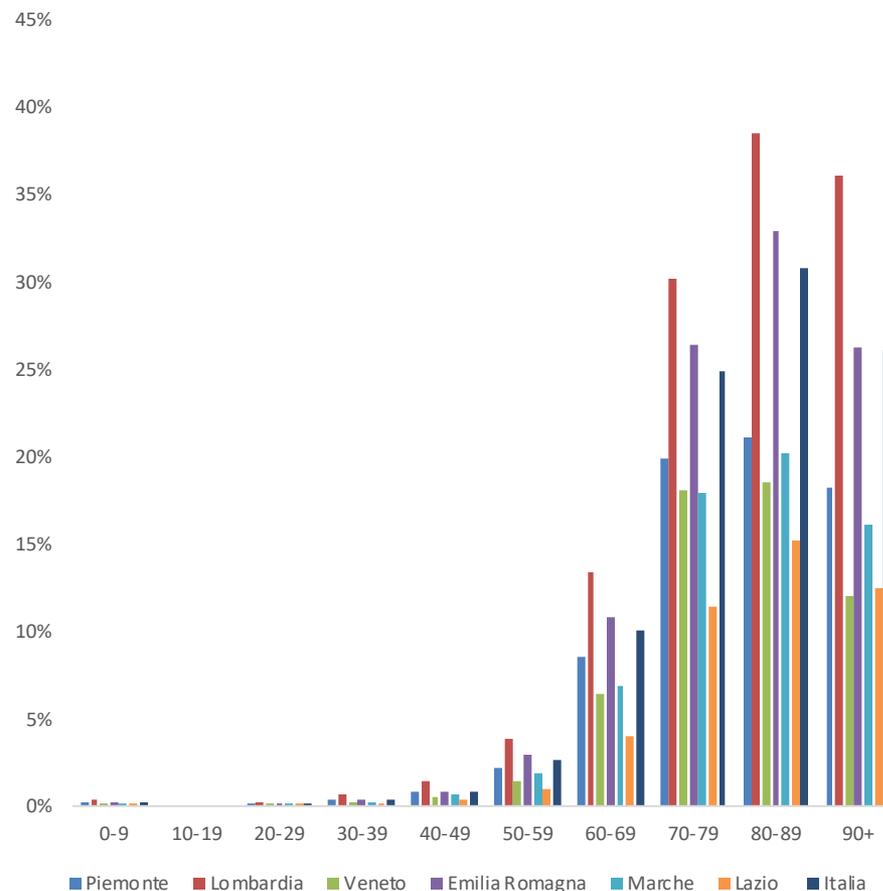
La letalità aumenta in maniera significativa a partire dai 70 anni. Il picco viene raggiunto nella fascia 80-89 anni e tende ad aumentare nel valore con l'evolversi dell'epidemia. Mentre la letalità nella fascia 90+, all'ultimo aggiornamento disponibile, sembra ridursi rispetto al dato di inizio aprile pur non ancora riportandosi ancora ai livelli della seconda metà di marzo. Mentre si mantiene costante nella fascia di età 80-89 anni da inizio mese.



Indicatore 1.8. Letalità per classi di età: decessi / casi positivi (2/2)



	Piemonte	Lombardia	Veneto	Emilia Romagna	Marche	Lazio	Italia
0-9	0,21%	0,39%	0,06%	0,18%	0,10%	0,03%	0,15%
10-19	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
20-29	0,07%	0,16%	0,03%	0,08%	0,07%	0,02%	0,08%
30-39	0,33%	0,62%	0,18%	0,35%	0,26%	0,11%	0,37%
40-49	0,76%	1,38%	0,45%	0,88%	0,64%	0,30%	0,89%
50-59	2,18%	3,86%	1,37%	2,89%	1,89%	1,00%	2,65%
60-69	8,48%	13,42%	6,39%	10,75%	6,85%	3,97%	10,02%
70-79	19,93%	30,14%	18,10%	26,44%	17,94%	11,38%	24,92%
80-89	21,14%	38,53%	18,54%	32,89%	20,19%	15,15%	30,77%
90+	18,25%	36,06%	12,02%	26,20%	16,16%	12,46%	26,06%
Non noto	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Totale	10,55%	18,45%	7,15%	13,64%	9,13%	5,07%	13,09%



Fonte dei dati: Documento esteso «Epidemia COVID-19. Aggiornamento nazionale» e sue appendici pubblicato dall'ISS (16 aprile 2020).

Nota metodologica: I decessi per fascia di età a livello regionale sono stati stimati ipotizzando una distribuzione per età analoga a quella nazionale risultante dalla Tabella 1 del documento ISS.

Il dato sui decessi totali per Regione e sui casi positivi per fascia di età a livello regionale è preso dalle appendici del documento ISS.

Tali assunzioni permettono di tener conto della diversa distribuzione per età dei casi positivi e della letalità specifica della Regione. Mentre non si è in grado di tener conto, date le informazioni a disposizione, dell'impatto sulla struttura per età dei decessi di altre variabili clinico o organizzative, quali il numero di tamponi effettuati.

Commento

In tutte le Regioni considerate, all'aumentare dell'età corrisponde un incremento della letalità. La maggiore letalità in Lombardia è confermata soprattutto nelle fasce di età più avanzate (>80 anni). La fascia di età con maggiore letalità risulta essere quella compresa tra i 80-89 anni, sebbene per la Lombardia la differenza nella letalità tra le due fasce di età estreme (80-89 e 90+) risulta contenuta.

Indicatore 1.8.1. Variazione % per fascia di età dei decessi 2020 vs. 2010



Fonte dei dati: ISTAT. Dati di mortalità su una selezione di campioni ISTAT. L'ultimo aggiornamento del 16 aprile 2020 è relativo a 1.689 comuni, una selezione del campione di 5.909 comuni. Il campione obiettivo è pari a circa un terzo dei comuni italiani.

I 1689 comuni sono stati selezionati dall'ISTAT in quanto hanno fatto registrare, nel periodo di tempo considerato:

- almeno 10 decessi;
- un aumento dei decessi $\geq 20\%$ nel periodo 1 marzo-4 aprile 2020 rispetto al dato medio dello stesso periodo degli anni 2015-2019.

Il periodo considerato è 1 gennaio-4 aprile 2015-2016-2017-2018-2019-2020.

Nota metodologica: Il confronto effettuato è relativo al periodo 1 gennaio-4 aprile 2019 vs. 1 gennaio-4 aprile 2020, escludendo, per il momento, il dato ISTAT fornito per gli anni precedenti (2015-2018).

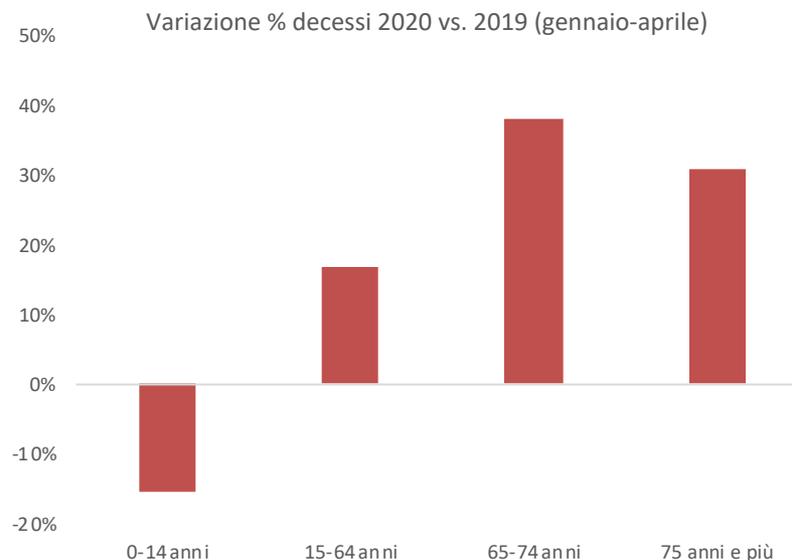
Il database dal quale sono state effettuate le estrazioni è il Dataset sintetico con i decessi per settimana per comune di residenza, provincia e regione, distinti per sesso e classi di età aggregate (<https://www.istat.it/it/archivio/240401>).

Si tratta di un'analisi preliminare ed esplorativa che risente di notevoli limitazioni quali:

- Copertura parziale del campione di comuni ISTAT;
- Criteri di selezione di comuni del campione adottati da ISTAT;
- Variabilità annuale nel numero di decessi riconducibile a diverse cause;
- Assenza di indicazioni sulla causa dei decessi.

Commento

L'analisi preliminare ed esplorativa, nonostante le sue limitazioni, conferma un incremento rilevante del numero di decessi a partire dai 65 anni di età. Eccezioni emergono per le Marche ed il Lazio probabilmente a fronte dei criteri di selezione del sotto-campione di comuni da parte dell'ISTAT.



	0-14	15-64	65-74	75 +	Totale
Piemonte	-10,0%	9,7%	15,8%	22,2%	20,2%
Lombardia	16,3%	32,0%	68,9%	54,9%	54,4%
Veneto	-63,2%	10,3%	10,7%	14,7%	13,6%
Emilia-Romagna	-43,3%	31,0%	49,4%	26,4%	29,0%
Marche	-75,0%	39,7%	19,8%	32,1%	30,9%
Lazio		-7,7%	-16,2%	14,4%	6,4%
Totale	-15,3%	16,8%	37,9%	31,0%	30,5%

Indicatore 1.8.2. Decessi con causa malattie respiratorie e Covid



Fonte dei dati: L'ISTAT mette a confronto i dati di mortalità per causa relativi al 2017 con i dati relativi al 2019 dei soli decessi con COVID-19. Il periodo coperto è 1 marzo – 15 aprile. I decessi con COVID-19 si riferiscono a persone sottoposte a test e risultate positive al COVID-19 (fonte: Dipartimento della Protezione Civile). I dati relativi al 2017 hanno come fonte l'Indagine sui decessi e cause di morte (ISTAT). La stessa ISTAT pone l'attenzione sul confronto tra mortalità con COVID-19 e con malattie del sistema respiratorio.

Nota metodologica: Si ponga attenzione al fatto che l'unico dato riferito al 2019 è quello sui decessi con COVID. Tutti gli altri dati si riferiscono al 2019.

Si è scelto di riportare il dato relativo ai decessi 2017 con malattia del sistema respiratorio al fine di meglio allineare il dato a quello attualmente disponibile sul COVID-19, senza entrare nel merito della causa principale del decesso.

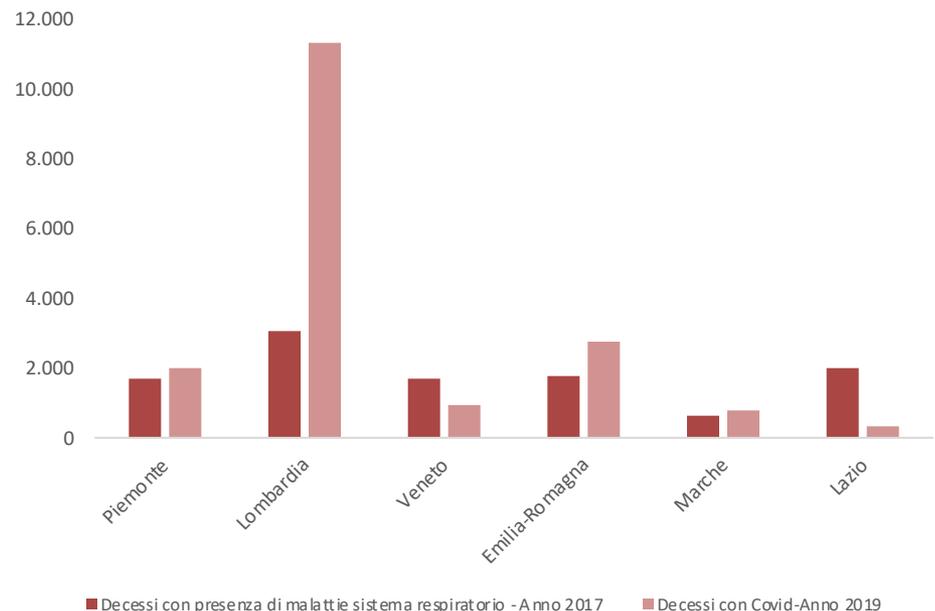
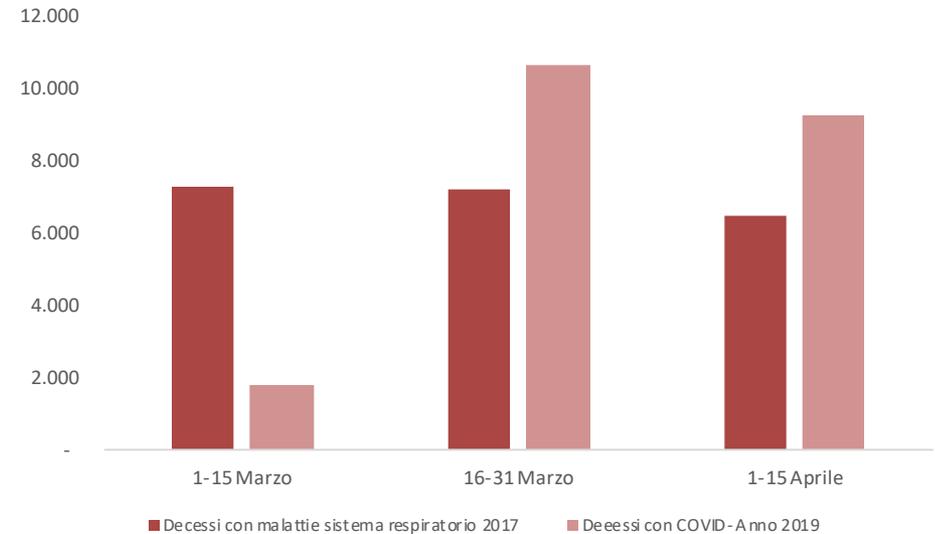
Il grafico col dato nazionale (in alto) riporta il dato relativo ai decessi 2017 con malattia del sistema respiratorio ed il dato dei decessi con COVID nel 2019 distinto per periodo temporale di riferimento.

Il grafico col dettaglio regionale (in basso) confronta il dato relativo al 2017 dei decessi con malattie del sistema respiratorio col dato relativo al 2019 dei decessi con COVID. I grafici vogliono solo rappresentare la Tabella 2 e 5 del file Cause di morte per regione – Tavola Decessi fornita dall'ISTAT al seguente indirizzo web <https://www.istat.it/it/archivio/240401>

Non sono state effettuate rielaborazioni dei dati assoluti e percentuali resi pubblici da ISTAT.

Commento

I grafici mostrano e confermano che i decessi con COVID-19 sono nettamente superiori a quelli (storici) con malattia del sistema respiratorio, in particolare a partire da metà marzo ed in particolar modo in Lombardia ed Emilia Romagna.





Indicatori clinico-organizzativi

Indicatore 2.1 Tamponi effettuati / popolazione residente



% tamponati

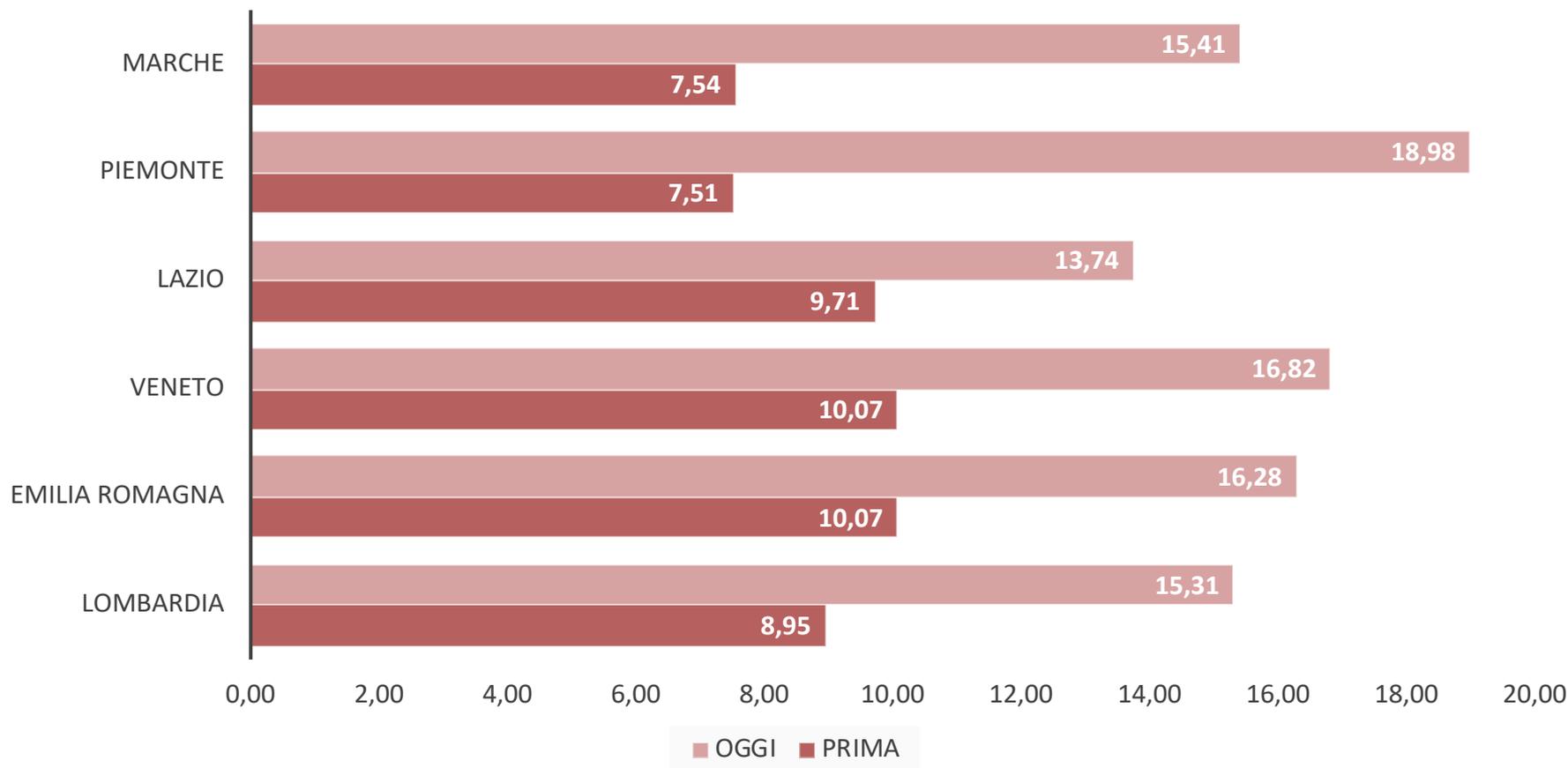


Regioni	Tamponi Effettuati
Abruzzo	35.356
Basilicata	10.889
Calabria	33.755
Campania	70.566
Emilia-Romagna	172.589
Friuli Venezia Giulia	64.151
Lazio	128.664
Liguria	45.719
Lombardia	351.423
Marche	54.313
Molise	5.776
Piemonte	144.531
Puglia	58.496
Sardegna	22.116
Sicilia	73.008
Toscana	133.617
Trentino-Alto Adige	72.969
Umbria	33.881
Valle d'Aosta	6.897
Veneto	328.218
ITALIA	1.846.934

Commento

Emerge una significativa differenza tra l'incidenza dei tamponi sulla popolazione effettuati in Regione Veneto e nel Trentino Alto Adige rispetto alle altre Regioni. In totale i tamponi in Italia sono stati 1.846.934 pari allo 3,06% della popolazione.

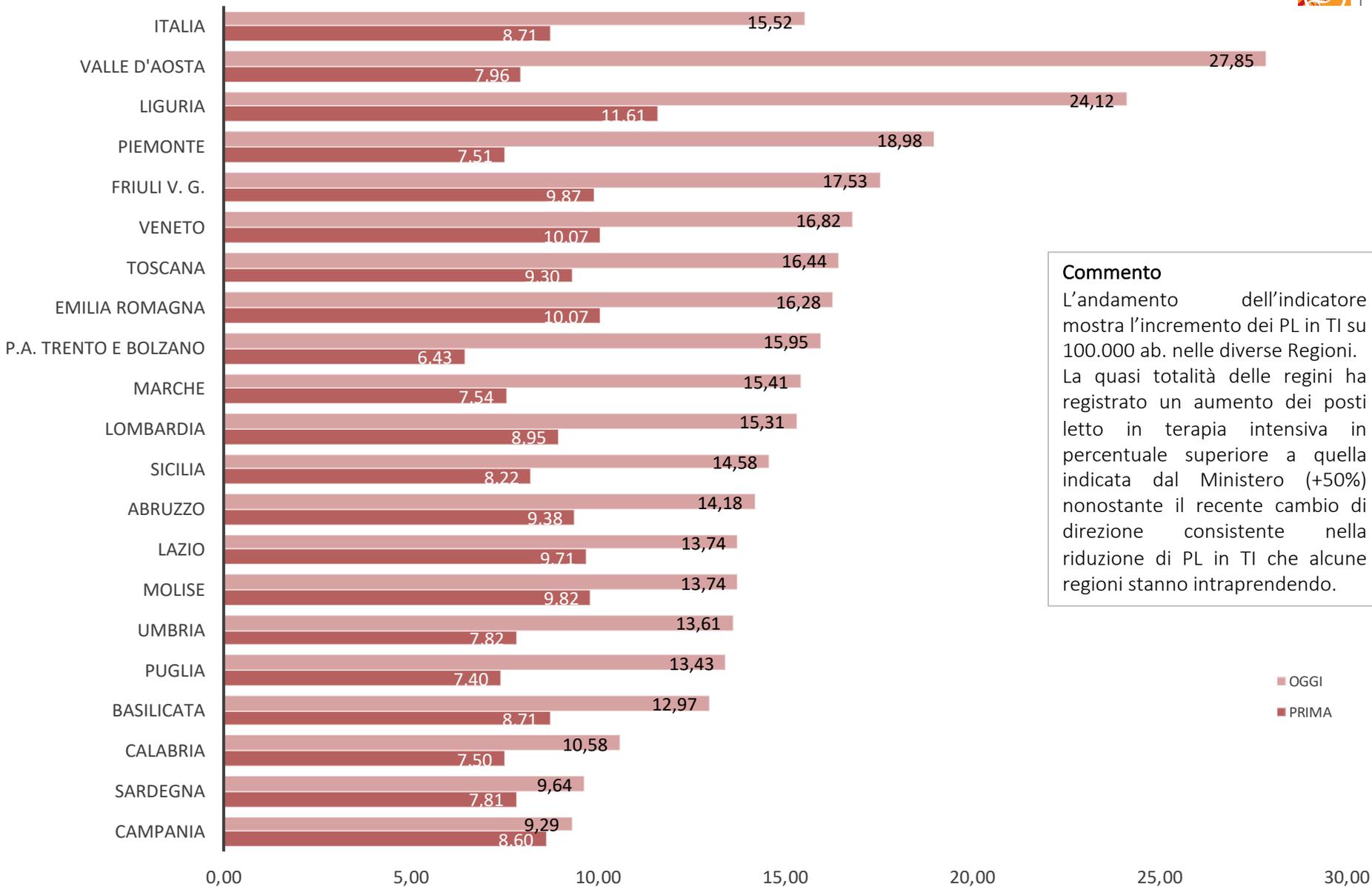
Indicatore 2.2. Posti letto in TI (in evoluzione) x 100.000 abitanti



Commento

L'andamento dell'indicatore mostra l'incremento dei PL in TI su 100.000 ab. nelle diverse Regioni. In termini assoluti, l'Emilia-Romagna ha predisposto l'attivazione di 277 nuovi posti letto, determinando un incremento del 62%, il Veneto ha predisposto 331 nuovi posti letto di terapia intensiva (+67%), la Lombardia ha incrementato la dotazione di posti letto del 71% (+640), il Lazio dell'42% (+237) e la Regione Marche del 104% (+120). I dati qui riportati tengono in considerazione le riduzioni dei PL in TI che si stanno verificando negli ultimi giorni in alcune regioni. In particolare in Lombardia (-260), Lazio (-60), Piemonte (-65) e Marche (-2).

Indicatore 2.2.1 Posti letto in TI (in evoluzione) x 100.000 abitanti - Italia

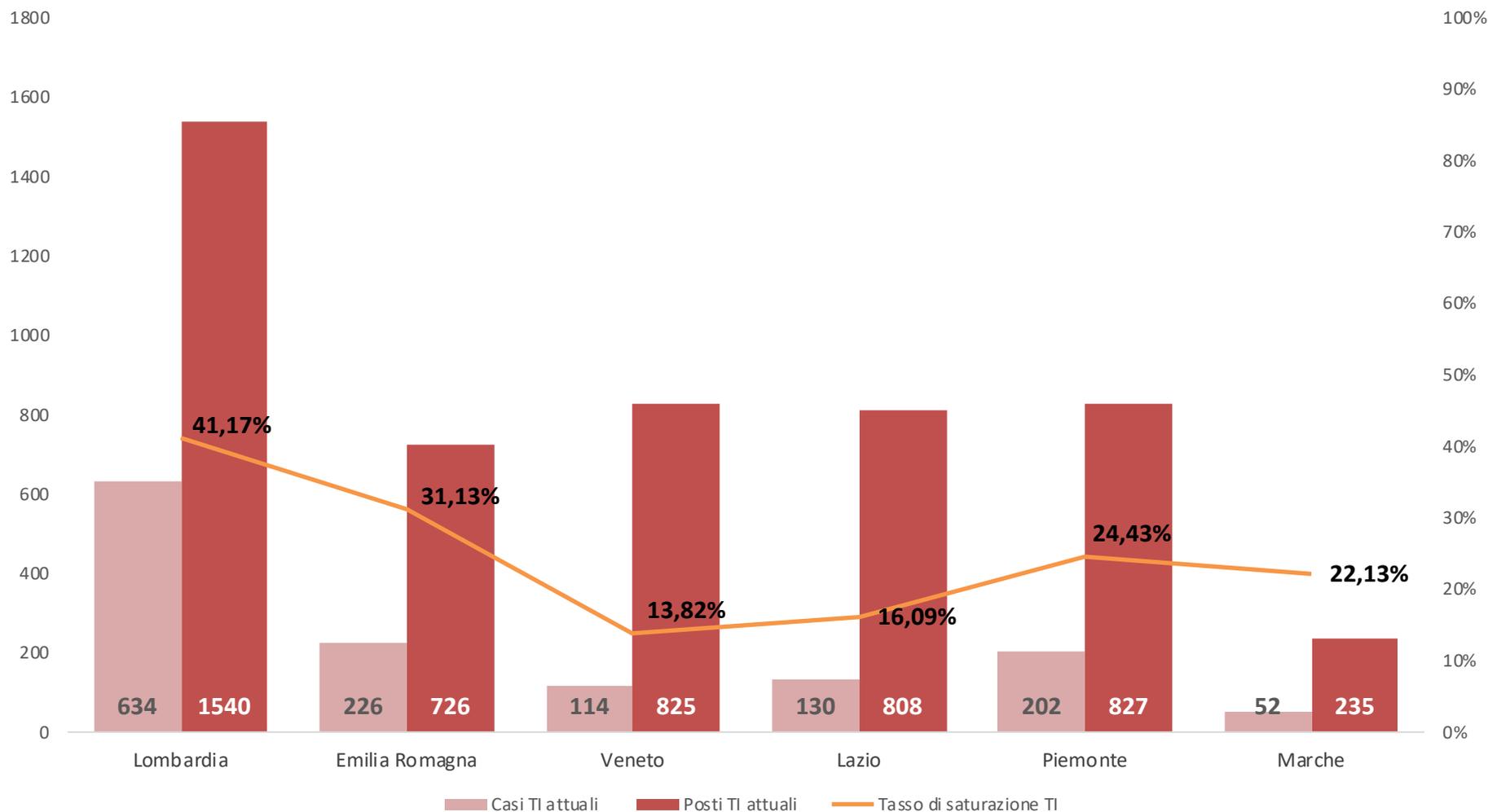


Commento

L'andamento dell'indicatore mostra l'incremento dei PL in TI su 100.000 ab. nelle diverse Regioni. La quasi totalità delle regioni ha registrato un aumento dei posti letto in terapia intensiva in percentuale superiore a quella indicata dal Ministero (+50%) nonostante il recente cambio di direzione consistente nella riduzione di PL in TI che alcune regioni stanno intraprendendo.

OGGI
PRIMA

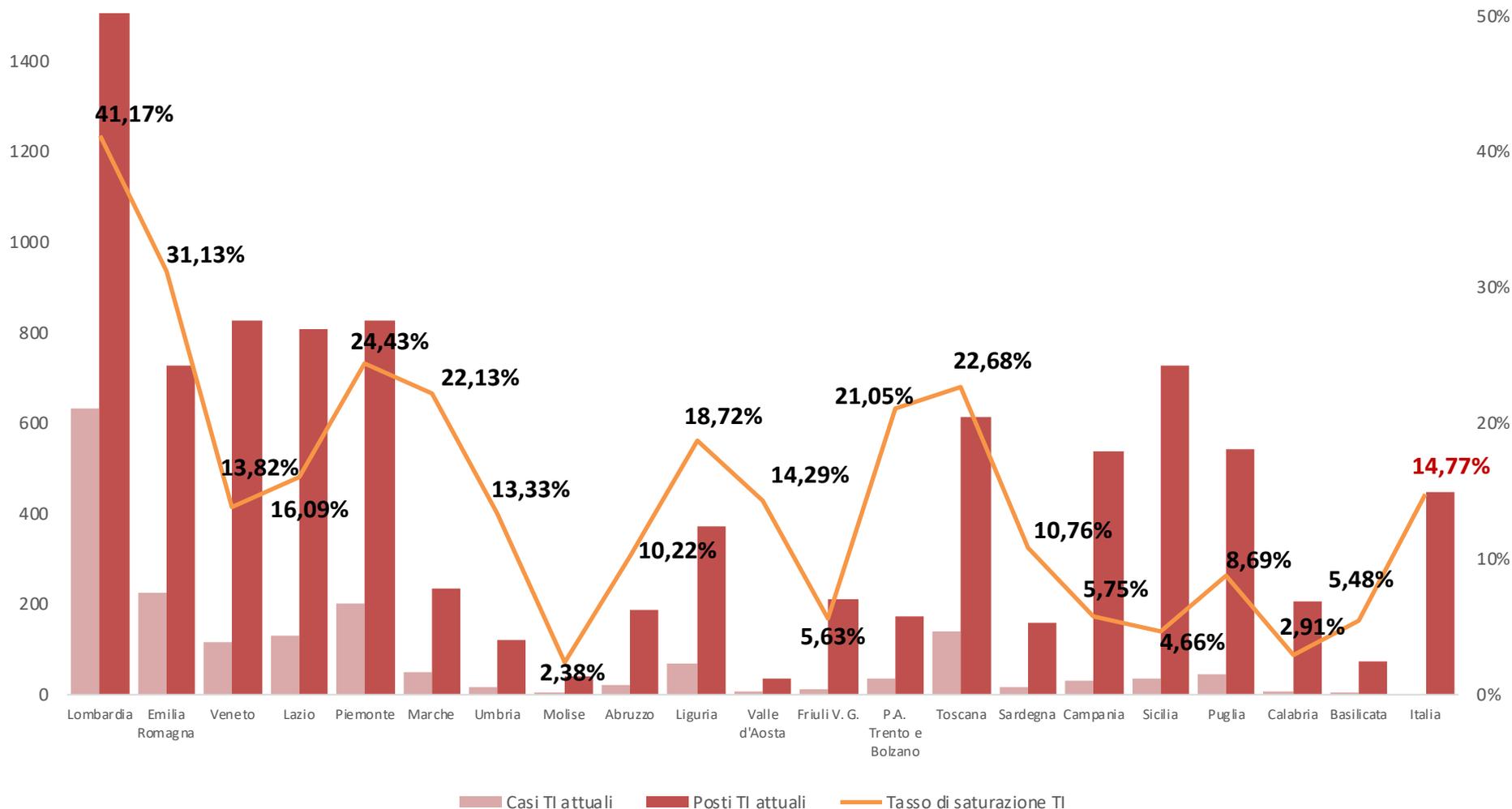
Indicatore 2.3. Saturazione e posti letto in TI



Commento

L'andamento dell'indicatore presenta una percentuale di saturazione sostenibile (inferiore al 50%) nella totalità delle Regioni oggetto d'analisi. La Lombardia si discosta rispetto alle altre regioni registrando un tasso pari a 41,17%.

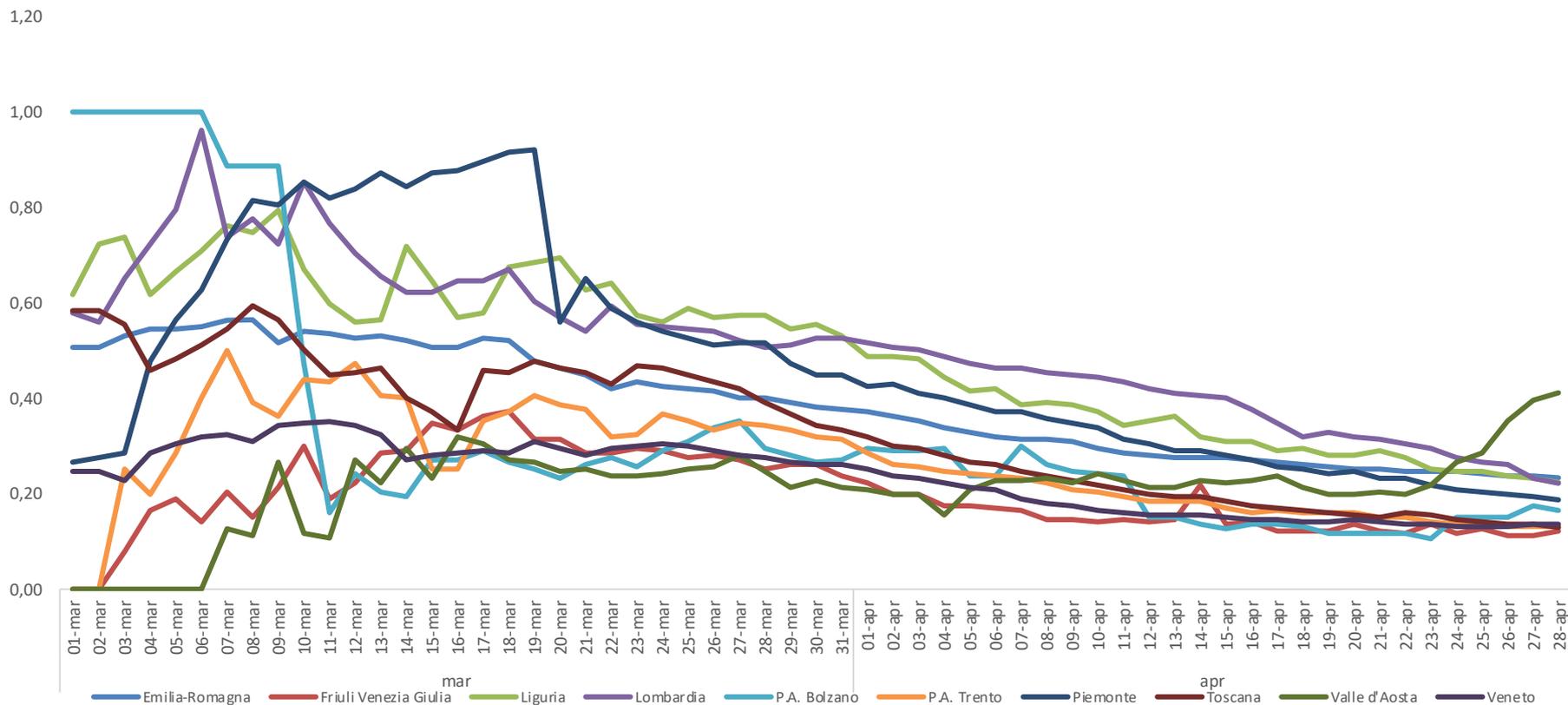
Indicatore 2.3.1 Saturazione e posti letto in TI - Italia



Commento

Anche grazie al generale aumento dei PL in TI, l'andamento dell'indicatore presenta una percentuale di saturazione sostenibile (inferiore al 50%) nella totalità delle Regioni oggetto d'analisi. La media italiana si attesta al 14,77%. La Lombardia è la regione con il tasso più elevato (41,17%) mentre il Molise registra un tasso di saturazione di appena 2,38%.

Indicatore 2.4. Ricoverati/Positivi (1/3)

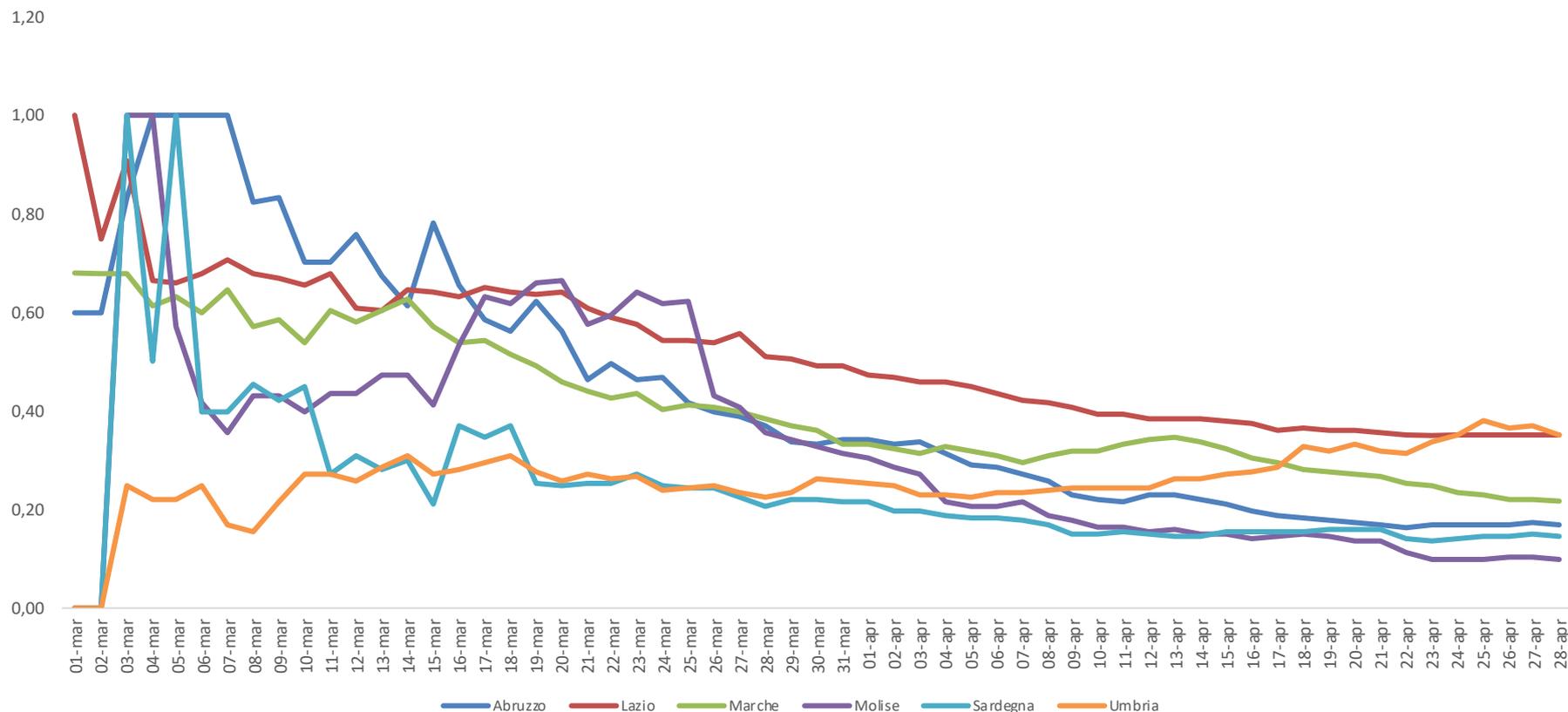


Data	Emilia-Romagna	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Lombardia	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Piemonte	Toscana	Valle d'Aosta	Veneto	Totale
Media	0,39	0,20	0,49	0,52	0,34	0,26	0,48	0,34	0,21	0,23	0,43
Max	0,56	0,37	0,79	0,96	1,00	0,50	0,92	0,59	0,41	0,35	0,75
Min	0,23	0,00	0,22	0,22	0,11	0,00	0,19	0,13	0,00	0,13	0,20
Deviazione standard	0,11	0,08	0,17	0,16	0,27	0,11	0,23	0,14	0,09	0,07	0,15
Varianza	0,01	0,01	0,03	0,03	0,07	0,01	0,05	0,02	0,01	0,01	0,02

Commento

Si registra in generale un andamento decrescente in tutte le regioni considerate. L'andamento più lineare è quello associato alla regione Liguria con un trend significativamente decrescente a partire dal 21 di marzo. Altre regioni come ad esempio la P.A di Bolzano presentano un andamento meno costante nell'orizzonte temporale considerato. Da segnalare il trend della Valle D'Aosta a partire dal 22 aprile, in cui il trend subisce un incremento significativo.

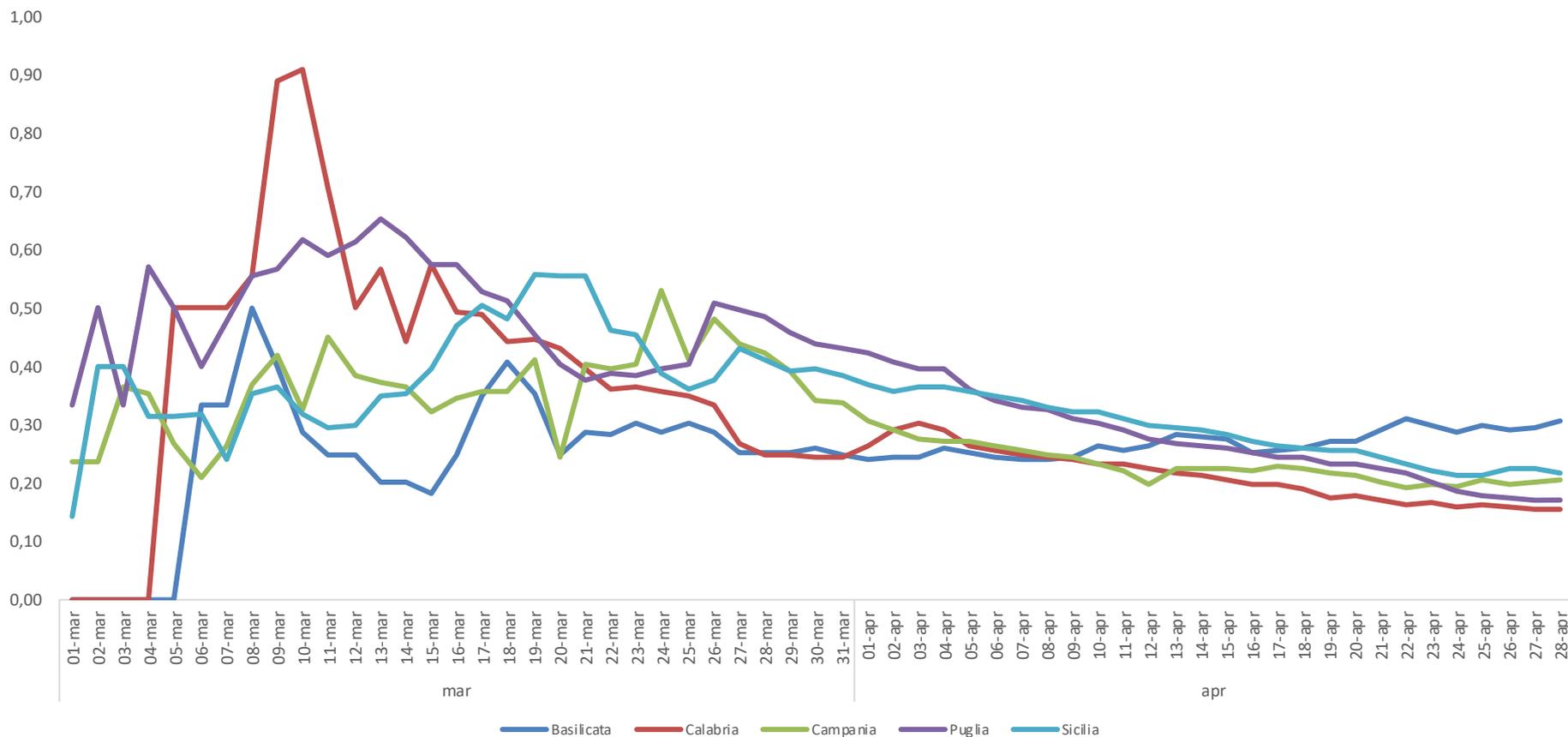
Indicatore 2.4. Ricoverati/Positivi (2/3)



Data	Abruzzo	Lazio	Marche	Molise	Sardegna	Umbria	Totale
Media	0,43	0,52	0,41	0,34	0,25	0,26	0,42
Max	1,00	1,00	0,68	1,00	1,00	0,38	0,69
Min	0,16	0,35	0,22	0,00	0,00	0,00	0,26
Deviazione standard	0,26	0,15	0,14	0,23	0,17	0,07	0,13
Varianza	0,07	0,02	0,02	0,05	0,03	0,00	0,02

Commento
 L'andamento generale che viene registrato nelle regioni del Centro è decrescente al netto della Regione Umbria. Significativa la riduzione in tale indicatore associato alla regione Lazio e più in particolare alla regione Molise.

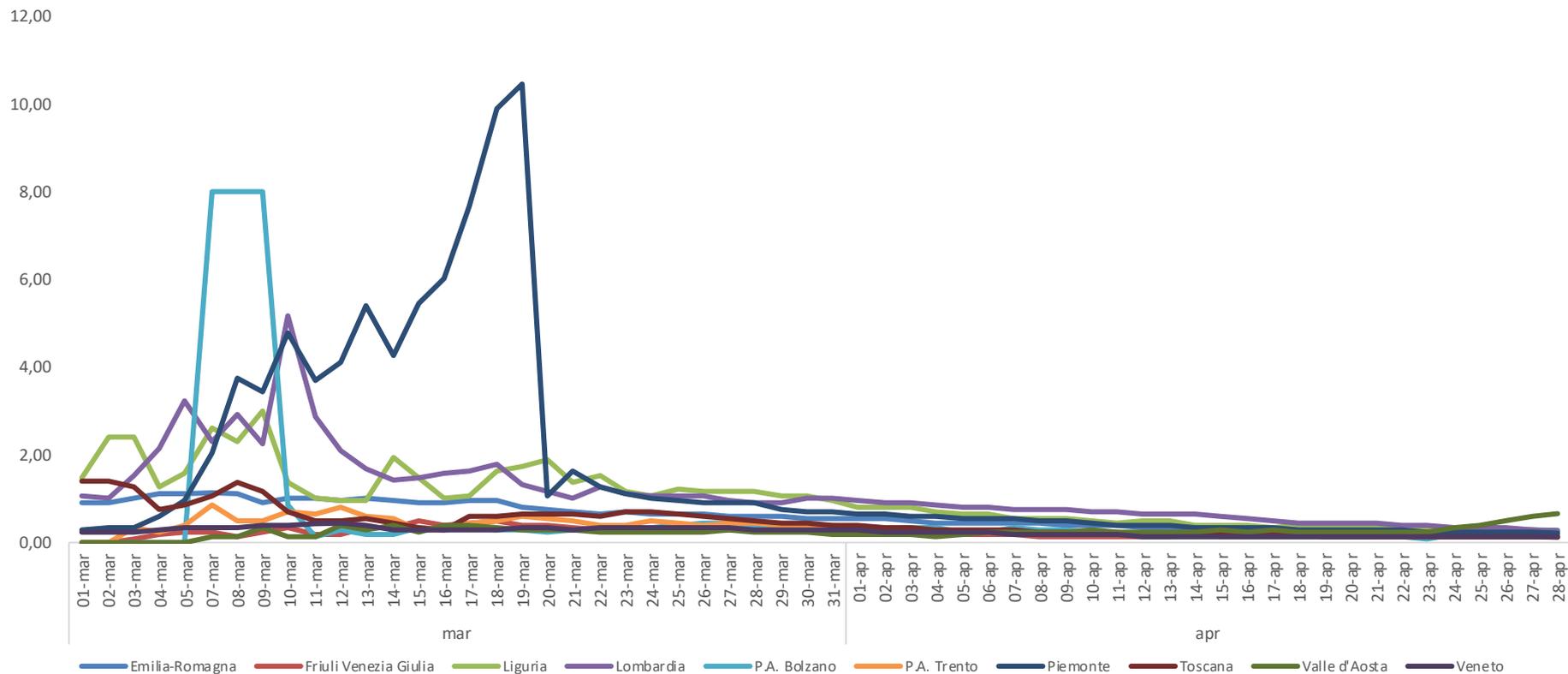
Indicatore 2.4. Ricoverati/Positivi (3/3)



Data	Basilicata	Calabria	Campania	Puglia	Sicilia	Totale
Media	0,26	0,31	0,30	0,39	0,34	0,33
Max	0,50	0,91	0,53	0,65	0,56	0,46
Min	0,00	0,00	0,19	0,17	0,14	0,19
Deviazione standard	0,09	0,19	0,09	0,14	0,09	0,09
Varianza	0,01	0,03	0,01	0,02	0,01	0,01

Commento
 Nelle Regioni del Sud si conferma l'andamento decrescente. In particolare la Sicilia e la Campania sono associate ad un trend in forte riduzione. Le altre Regioni presentano una maggiore costanza nel decrescere.

Indicatore 2.5. Ospedalizzati/Assistenza Domiciliare (1/3)

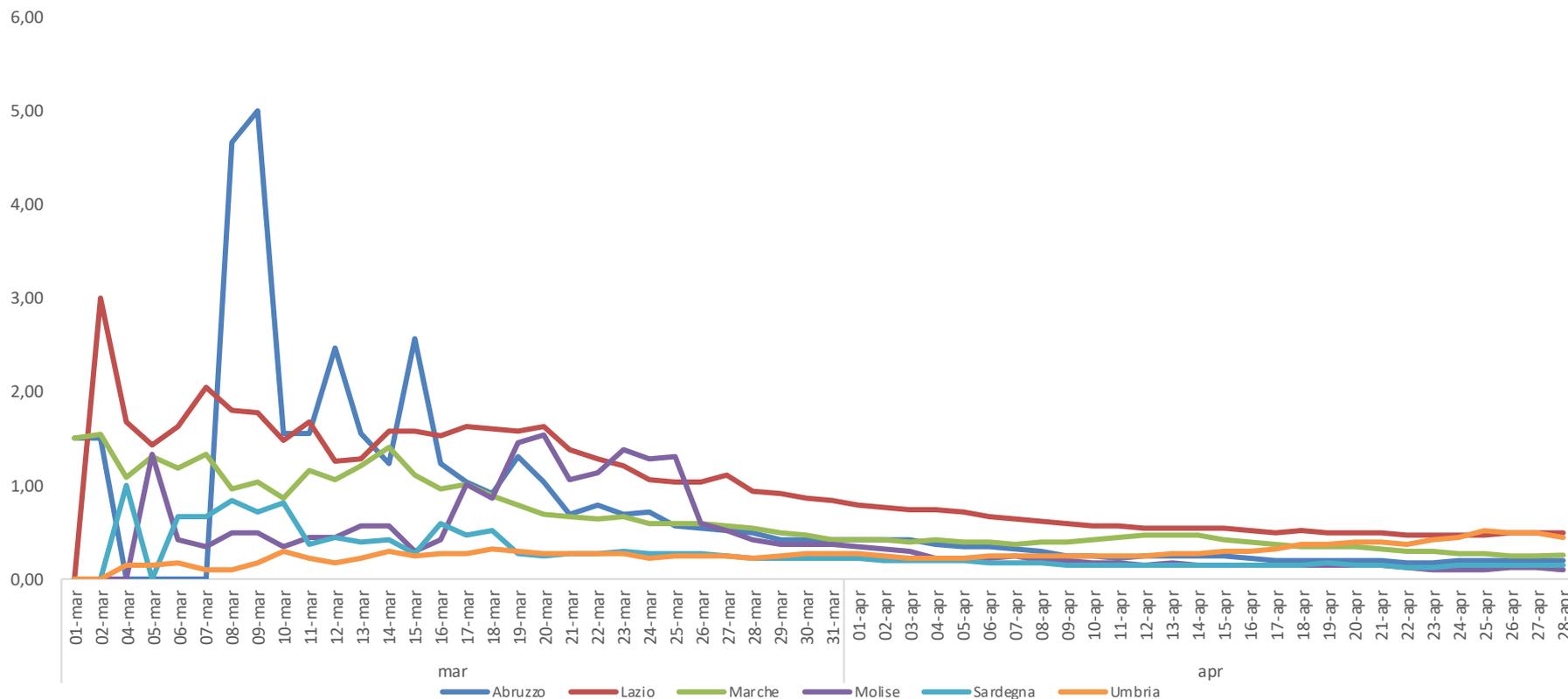


Data	Emilia-Romagna	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Lombardia	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Piemonte	Toscana	Valle d'Aosta	Veneto	Totale
Media	0,61	0,22	0,99	1,14	0,63	0,33	1,64	0,47	0,25	0,25	0,75
Max	1,13	0,49	3,00	5,17	8,00	0,86	10,45	1,40	0,66	0,43	2,16
Min	0,28	0,00	0,26	0,26	0,00	0,00	0,21	0,12	0,00	0,13	0,23
Deviazione standard	0,28	0,11	0,66	0,86	1,73	0,19	2,36	0,34	0,12	0,09	0,45
Varianza	0,08	0,01	0,44	0,74	2,98	0,03	5,57	0,12	0,02	0,01	0,20

Commento

Si registra in generale un andamento decrescente in tutte le regioni considerate. L'andamento più lineare è quello associato alla regione Liguria con un trend significativamente decrescente a partire dal 21 di marzo. Altre regioni come ad esempio la P.A di Bolzano presentano un andamento meno costante nell'orizzonte temporale considerato. Da segnalare il trend della Valle D'Aosta a partire dal 22 aprile, in cui il trend subisce un incremento significativo.

Indicatore 2.5. Ospedalizzati/Assistenza Domiciliare (2/3)

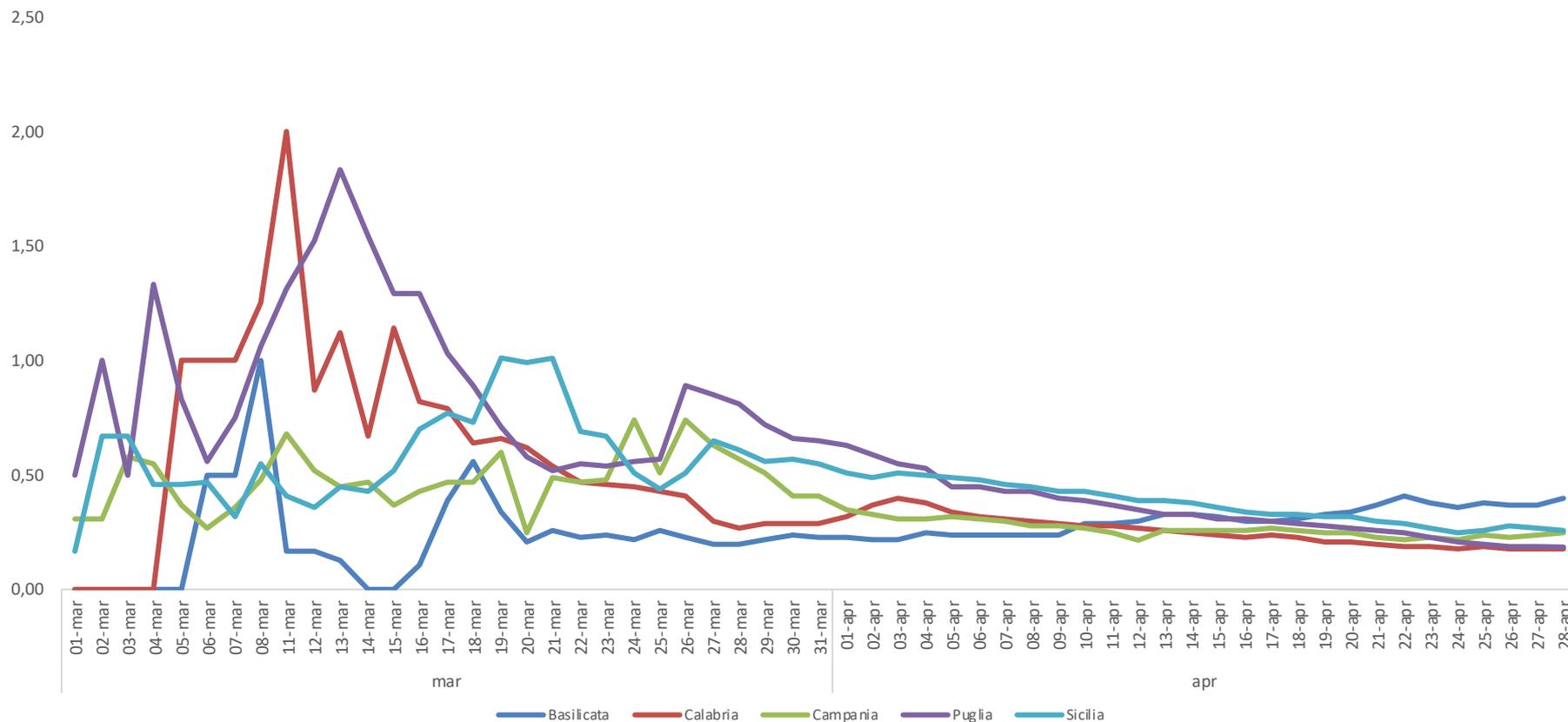


Data	Abruzzo	Lazio	Marche	Molise	Sardegna	Umbria	Totale
Media	0,81	1,15	0,66	0,42	0,27	0,27	0,68
Max	5,00	10,00	1,55	1,54	1,00	0,52	1,74
Min	0,00	0,00	0,26	0,00	0,00	0,00	0,32
Deviazione standard	1,11	1,29	0,37	0,41	0,21	0,10	0,37
Varianza	1,23	1,68	0,14	0,17	0,05	0,01	0,14

Commento

L'andamento iniziale dell'indicatore è caratterizzato da estrema incertezza. A partire dal 26 marzo, il trend generale che viene registrato nelle regioni del Centro è decrescente al netto della Regione Umbria, in cui si segnala un incremento dell'indice a partire dal 22 aprile. Significativa la riduzione in tale indicatore associato alla regione Lazio e più in particolare alla regione Molise.

Indicatore 2.5. Ospedalizzati/Assistenza Domiciliare (3/3)

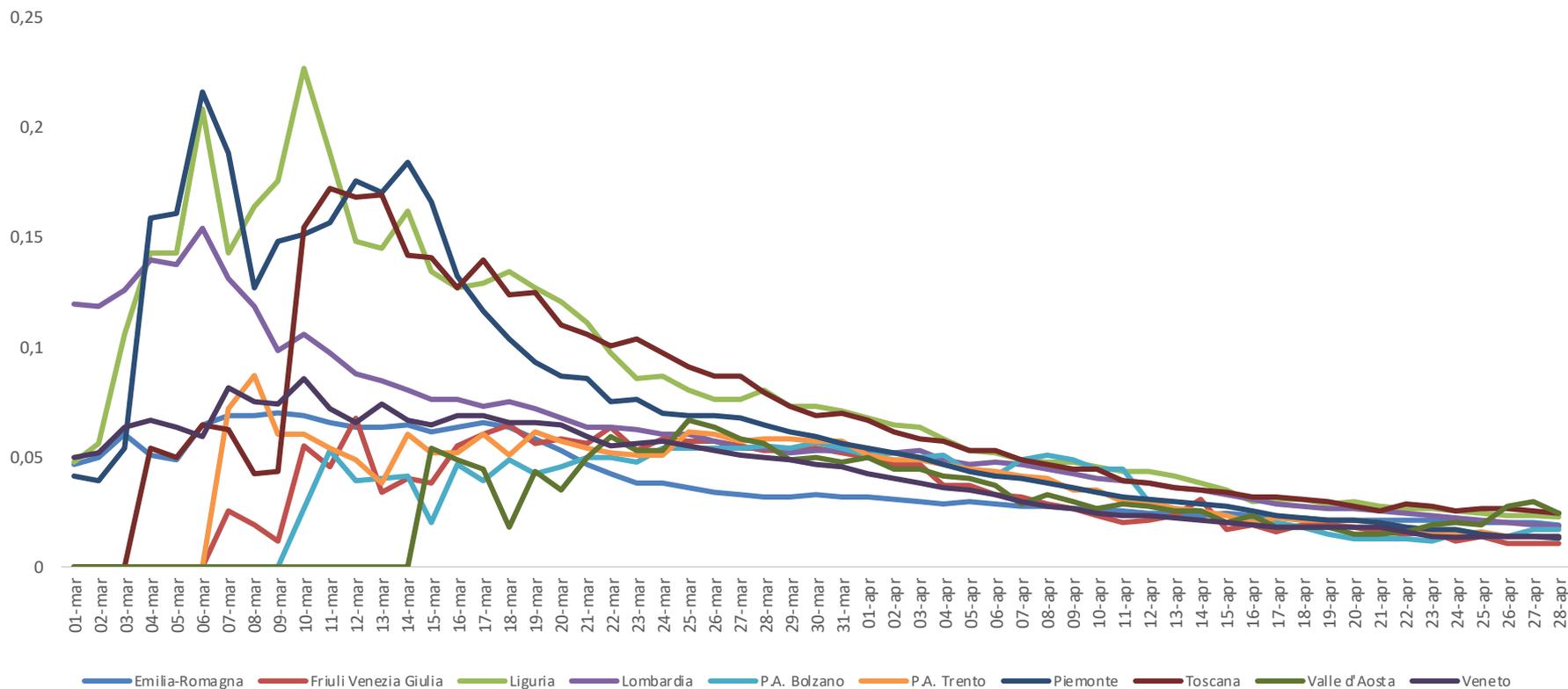


Data	Basilicata	Calabria	Campania	Puglia	Sicilia	Totale
Media	0,27	1,07	0,47	0,90	0,57	0,56
Max	1,00	8,00	0,74	1,83	1,01	0,72
Min	0,00	0,00	0,24	0,50	0,17	0,27
Deviazione standard	0,22	1,87	0,13	0,36	0,19	0,11
Varianza	0,05	3,49	0,02	0,13	0,04	0,01

Commento

Nelle Regioni del Sud si conferma l'andamento decrescente, al netto della regione Basilicata, in cui si assiste ad incremento dell'indice a partire al 19 aprile. In particolare la Sicilia è associata ad un trend in forte riduzione. Le altre Regioni presentano una maggiore costanza nel decrescere.

Indicatore 2.6. Pazienti ricoverati in TI/Positivi (1/3)

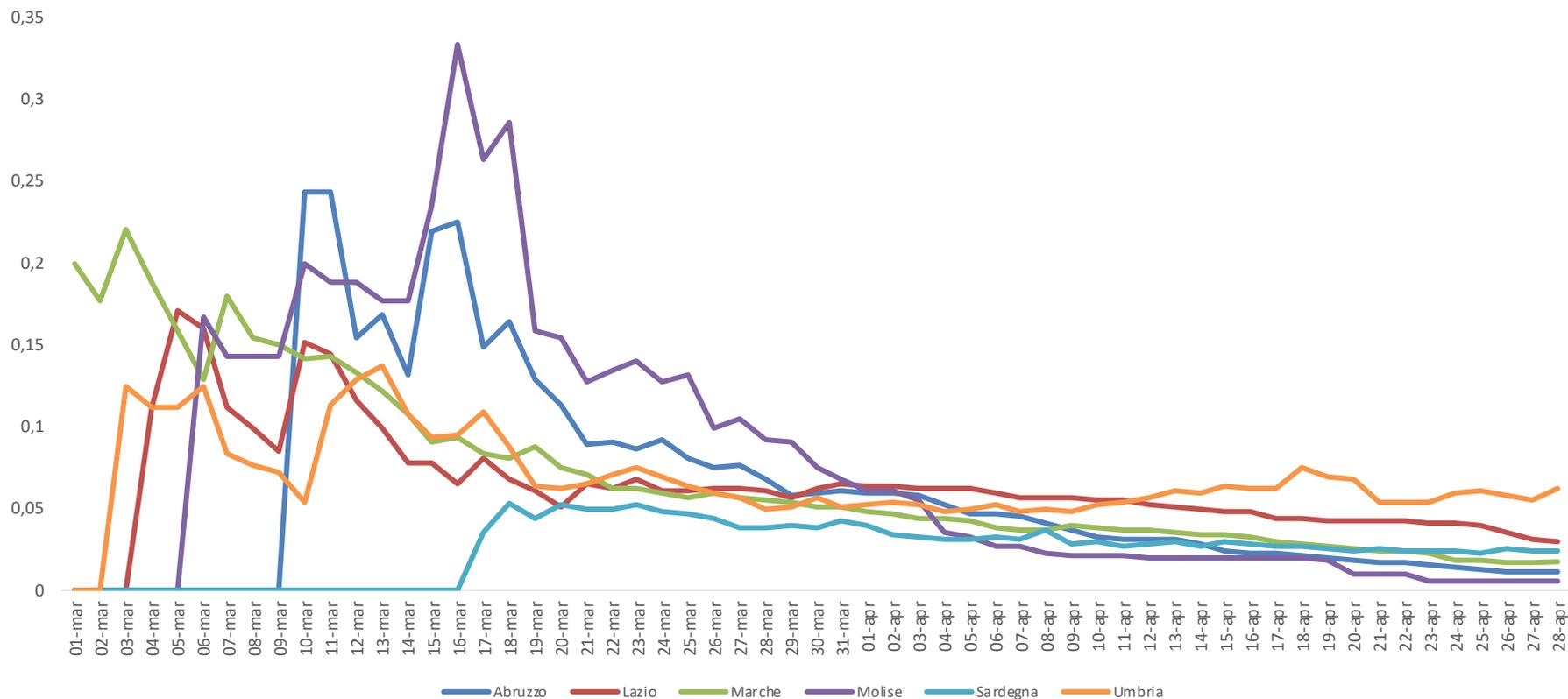


Data	Emilia-Romagna	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Lombardia	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Piemonte	Toscana	Valle d'Aosta	Veneto	Totale
Media	0,04	0,03	0,08	0,06	0,03	0,04	0,07	0,07	0,03	0,04	0,06
Max	0,07	0,07	0,23	0,15	0,06	0,09	0,22	0,17	0,07	0,09	0,12
Min	0,02	0,00	0,02	0,02	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,02
Deviazione standard	0,02	0,02	0,05	0,03	0,02	0,02	0,06	0,04	0,02	0,02	0,03
Varianza	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Commento

Si registra un generale andamento decrescente in tutte le Regioni considerate. In particolare, la Regione Lombardia registra un forte trend in diminuzione, trend che si conferma anche nelle Regioni Piemonte e Liguria. Più stabile l'andamento delle altre Regioni.

Indicatore 2.6. Pazienti ricoverati in TI/Positivi (2/3)

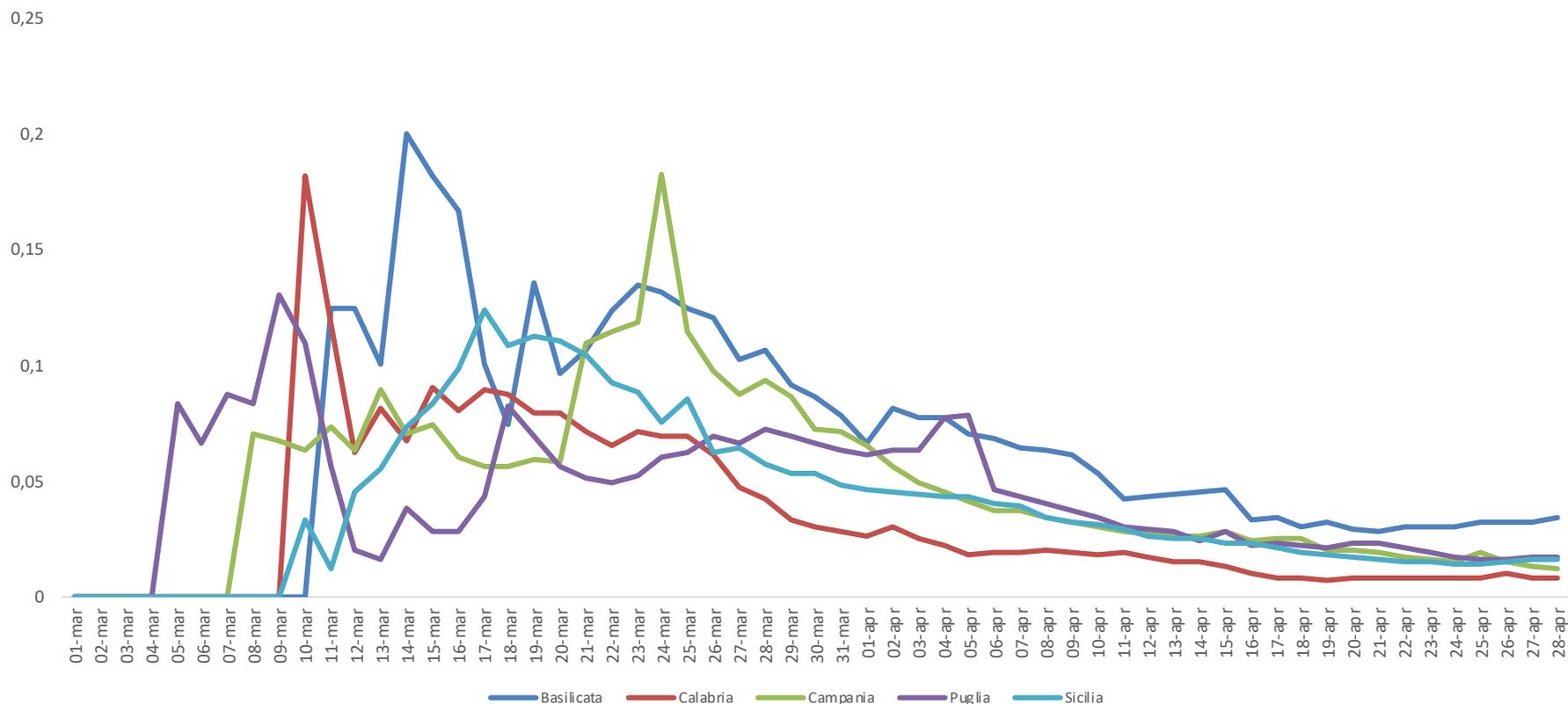


Data	Abruzzo	Lazio	Marche	Molise	Sardegna	Umbria	Totale
Media	0,06	0,06	0,07	0,08	0,02	0,07	0,07
Max	0,24	0,17	0,22	0,33	0,05	0,14	0,16
Min	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,02
Deviazione standard	0,06	0,03	0,05	0,08	0,02	0,03	0,04
Varianza	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00

Commento

Si conferma il trend in diminuzione relativo al numero di ospedalizzati rispetto agli assistiti domiciliariamente al netto della Regione Umbria che presenta un andamento lievemente crescente a partire da 5 di aprile, andamento che rimane altalenante anche nel periodo fino al 28 aprile.

Indicatore 2.6. Pazienti ricoverati in TI/Positivi (3/3)

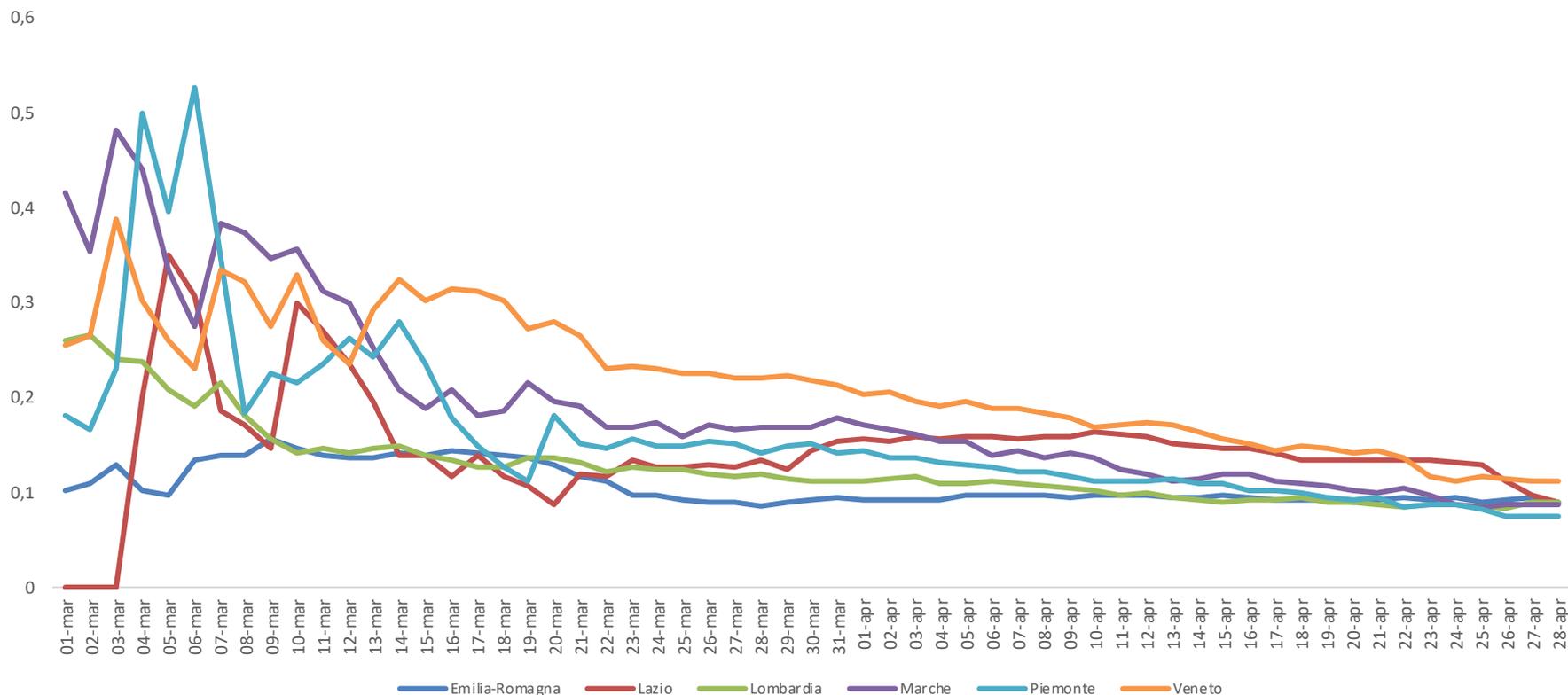


Data	Basilicata	Calabria	Campania	Puglia	Sicilia	Totale
Media	0,065	0,034	0,048	0,045	0,041	0,043
Max	0,200	0,182	0,182	0,130	0,124	0,106
Min	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Deviazione standard	0,050	0,037	0,037	0,028	0,034	0,027
Varianza	0,002	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001

Commento

L'andamento generale delle Regioni del Sud è decrescente, al netto della regione Basilicata, in cui si registra un trend crescente a partire dal 21 aprile. In particolare in Calabria si registra una diminuzione più rapida del tasso considerato. Più stabili i tassi relativi alle altre Regioni.

Indicatore 2.7. Pazienti ricoverati in TI / Pazienti ricoverati Non Intensivi

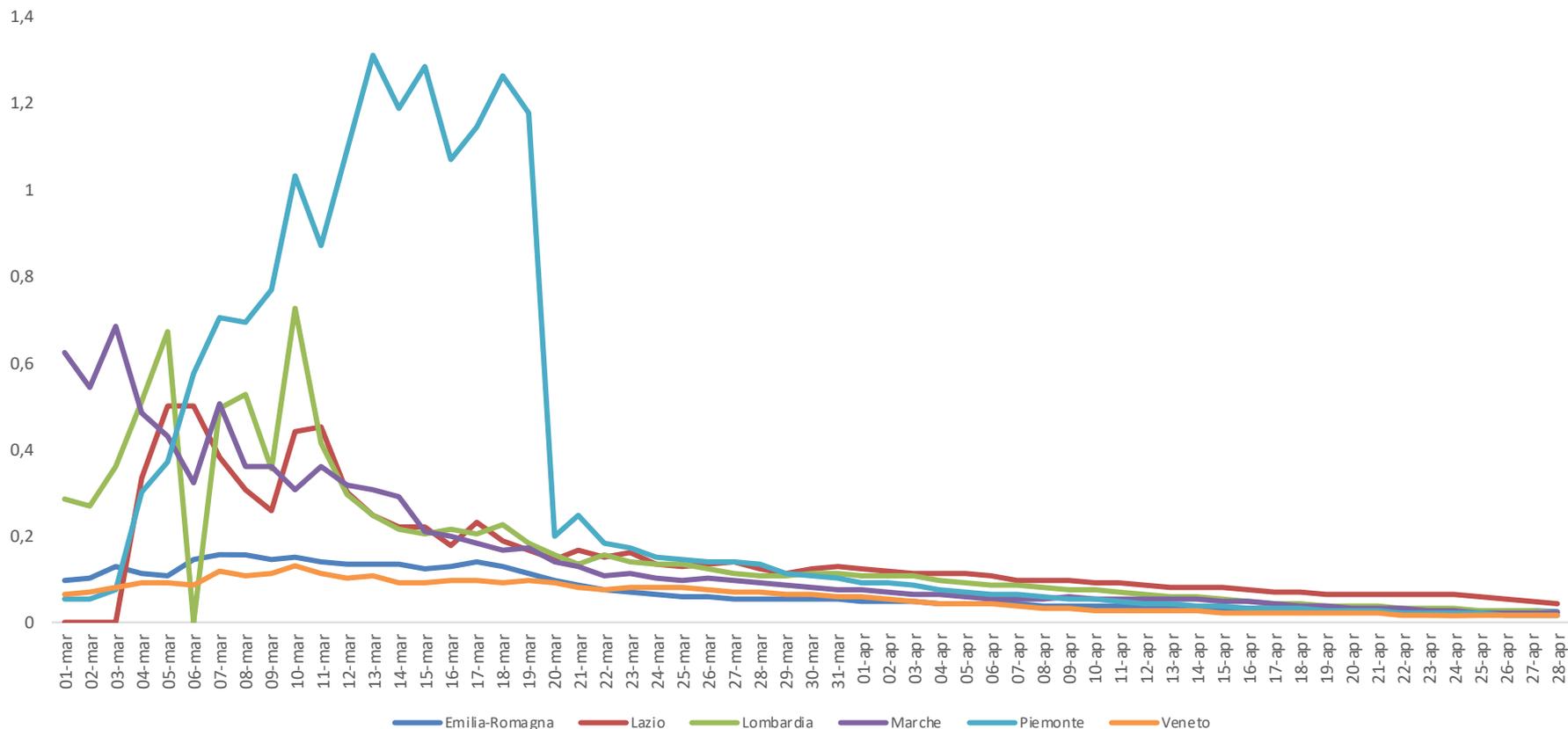


Data	Emilia-Romagna	Lazio	Lombardia	Marche	Piemonte	Veneto	Totale
Media	0,11	0,15	0,13	0,19	0,16	0,22	0,14
Max	0,16	0,35	0,27	0,48	0,53	0,39	0,23
Min	0,09	0,00	0,08	0,08	0,07	0,11	0,09
Deviazione standard	0,02	0,06	0,04	0,10	0,09	0,07	0,04
Varianza	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00

Commento

L'indice è caratterizzato da una decrescita più marcata nella Regione Veneto e le altre Regioni registrano un trend costante e in lieve decrescita. In particolare la Regione Marche, al netto del Veneto, è la Regione che ha registrato la maggiore decrescita nell'orizzonte temporale considerato. Tale trend si conferma anche in regione Lazio in cui si è avuta una decrescita significativa dell'indice a partire dal 25 aprile.

Indicatore 2.8. Pazienti ricoverati in TI / in assistenza domiciliare

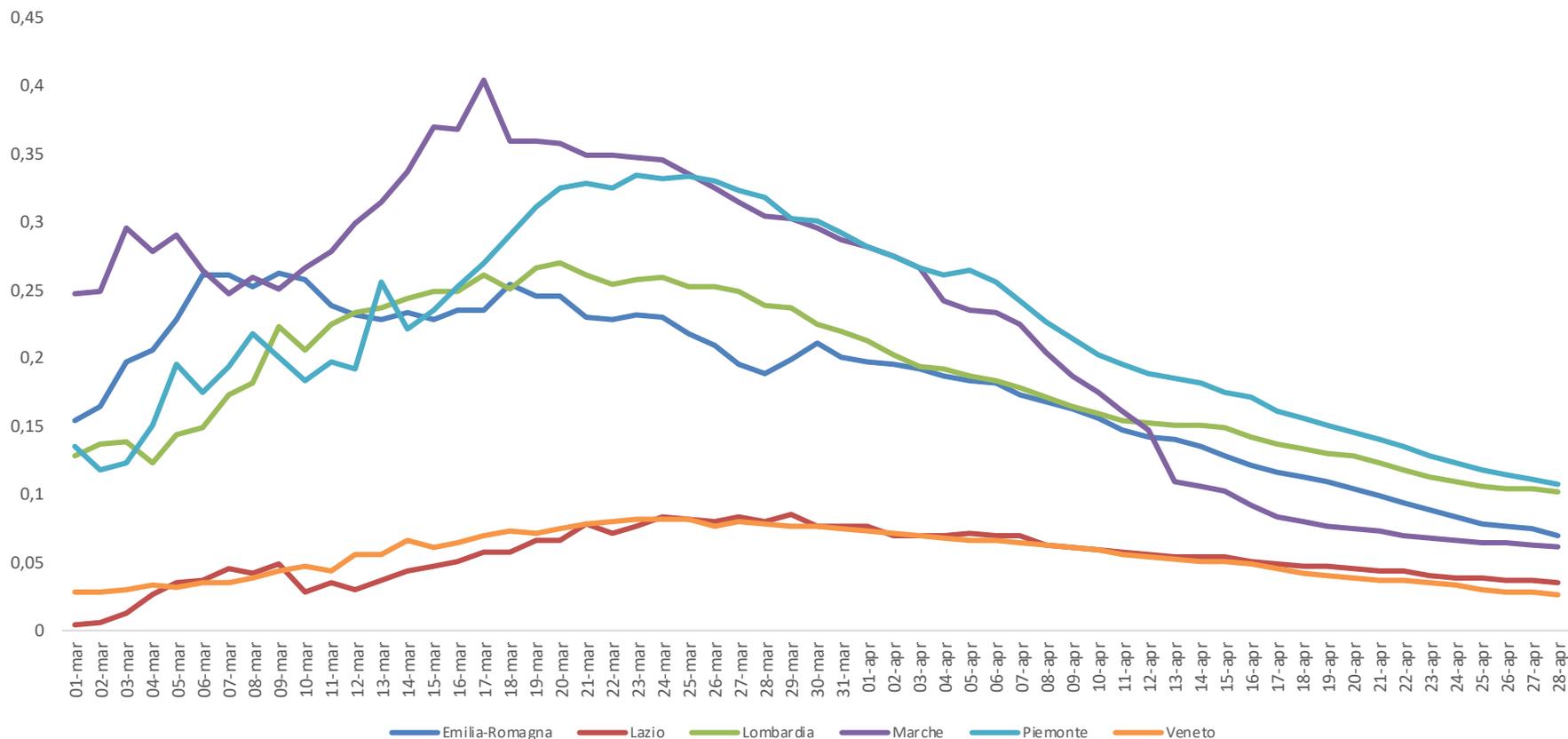


Data	Emilia-Romagna	Lazio	Lombardia	Marche	Piemonte	Veneto	Totale
Media	0,07	0,15	0,16	0,16	0,31	0,06	0,12
Max	0,16	0,50	0,73	0,68	1,31	0,13	0,37
Min	0,02	0,00	0,00	0,02	0,02	0,02	0,02
Deviazione standard	0,04	0,12	0,16	0,17	0,42	0,03	0,10
Varianza	0,00	0,01	0,03	0,03	0,18	0,00	0,01

Commento

L'indice risulta essere associato ad una forte decrescita in Piemonte, che registra un andamento altalenante per tutto il mese di marzo. Stesso trend, ma meno marcato, registrano tutte le Regioni. In particolare, la regione Lazio, presenta il trend significativamente in diminuzione.

Indicatore 2.9. Positivi / Tamponi

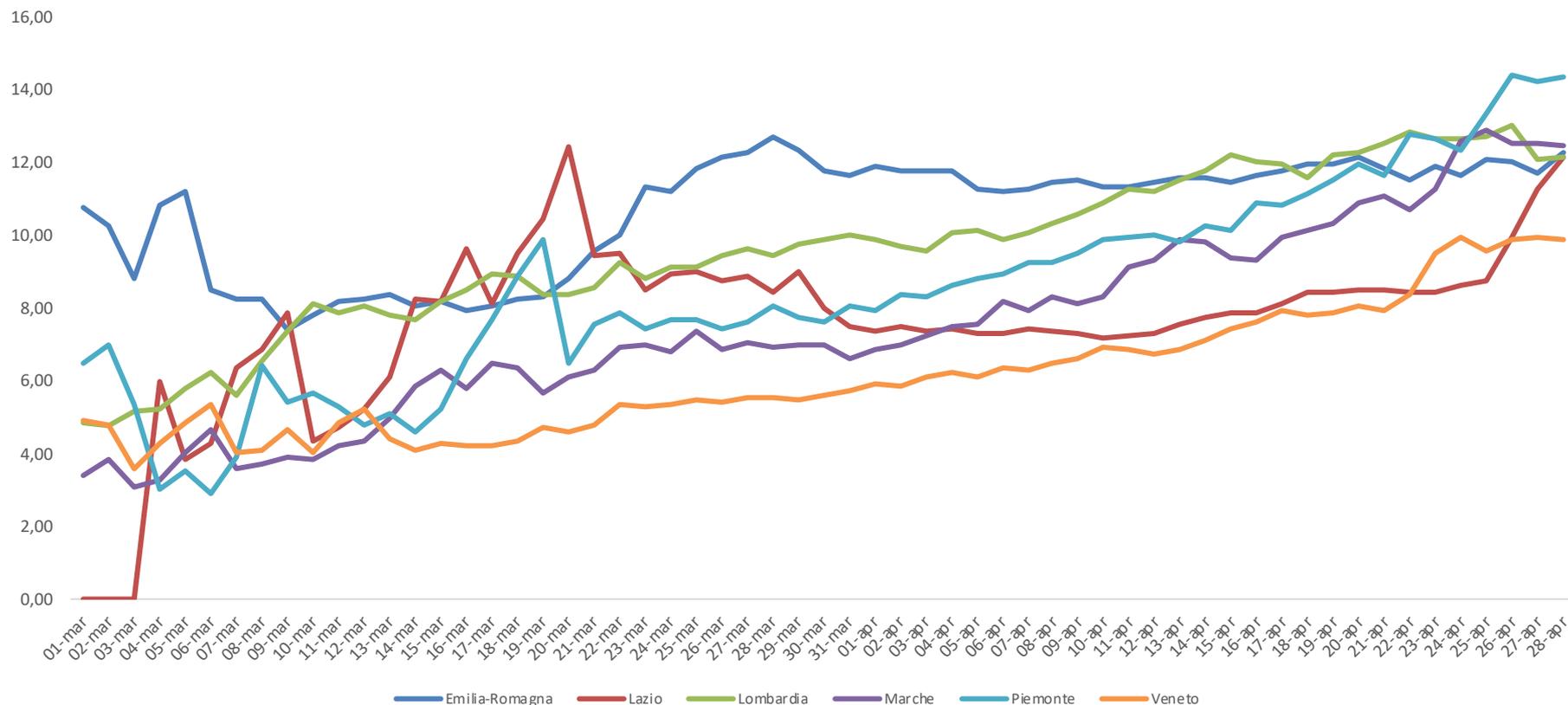


Data	Emilia-Romagna	Lazio	Lombardia	Marche	Piemonte	Veneto	Totale
Media	0,18	0,05	0,19	0,23	0,22	0,05	0,13
Max	0,26	0,09	0,27	0,40	0,33	0,08	0,19
Min	0,07	0,00	0,10	0,06	0,11	0,03	0,07
Deviazione standard	0,06	0,02	0,05	0,11	0,07	0,02	0,04
Varianza	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00

Commento

L'indice risulta essere associato in un trend in forte calo in Piemonte e nella Regione Marche. Stesso trend ma meno marcato nelle Regioni Lombardia ed Emilia-Romagna. Mentre risulta più stabile ma in leggera decrescita nelle Regioni Lazio e Veneto.

Indicatore 2.10. Ospedalizzati / Ricoverati in TI

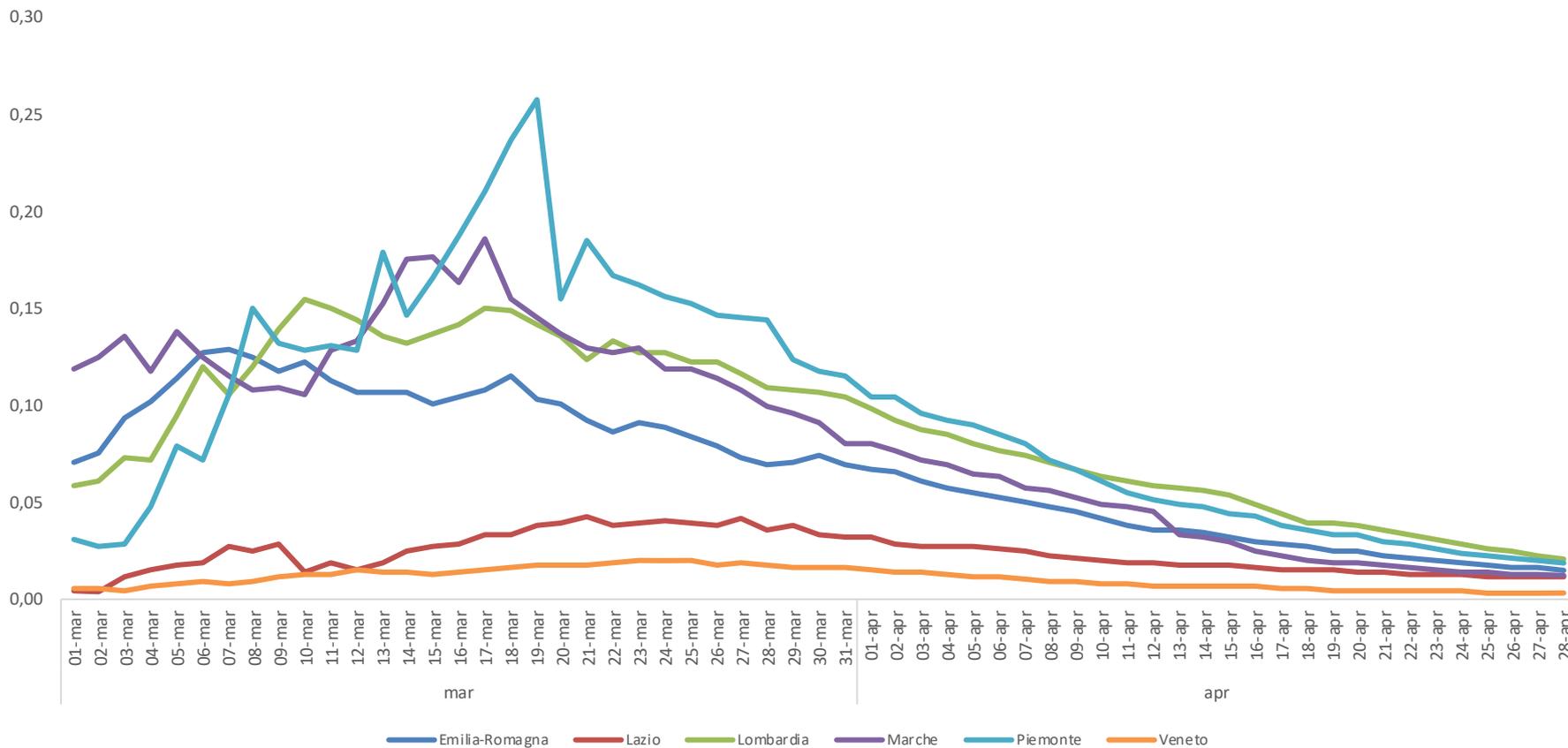


Data	Emilia-Romagna	Lazio	Lombardia	Marche	Piemonte	Veneto	Totale
Media	10,64	7,57	9,57	7,46	8,47	6,12	8,91
Max	12,69	12,43	13,01	12,88	14,39	9,93	12,44
Min	7,40	0,00	4,76	3,08	2,90	3,58	5,31
Deviazione standard	1,59	2,40	2,24	2,68	2,83	1,73	1,98
Varianza	2,53	5,77	5,00	7,18	8,03	2,99	3,91

Commento

Il trend risulta associato in generale ad una leggera crescita, in particolare nelle Regioni Piemonte e Marche, al netto del periodo dal 26 aprile, in cui si registra un lieve calo. Il tasso cresce in maniera lieve ma costante nelle altre Regioni e ciò è potenzialmente spiegato da una minor saturazione della terapia intensiva.

Indicatore 2.11. Ospedalizzati/Tamponi



Data	Emilia-Romagna	Lazio	Lombardia	Marche	Piemonte	Veneto	Totale
Media	0,07	0,02	0,09	0,08	0,10	0,01	0,06
Max	0,13	0,04	0,15	0,19	0,26	0,02	0,10
Min	0,01	0,00	0,02	0,01	0,02	0,00	0,01
Deviazione standard	0,04	0,01	0,04	0,05	0,06	0,01	0,03
Varianza	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Commento

L'indicatore misura l'effetto generato da una diversa propensione alla mappatura dei contagiati attraverso i tamponi sul ricorso all'ospedalizzazione. In particolare, l'indice è caratterizzato da un andamento in forte diminuzione in Piemonte e in Lombardia. Più stabili le altre Regioni.

Indicatori 2.12. Soluzioni digitali (1/3)



Iniziative avviate dalle Regioni

		Lazio	Liguria	Lombardia	Piemonte	Puglia	Toscana	Sardegna	Umbria
Controllo del contagio sulla base di dati anonimi	Analisi degli spostamenti e degli assembramenti	Portale (Roma) segnalazione assembramenti	Analisi del traffico telefonico	Analisi del traffico telefonico				Analisi del traffico telefonico	Analisi del traffico telefonico
	Segnalazioni anonima dei cittadini circa il proprio stato di salute			App AllertaLOM					
Evidenziazione precoce dei casi di possibile contagio	Interazione periodica del cittadino con la rete dei servizi circa il proprio stato di salute	APP LazioDrCovid		APP annunciata					
Gestione individuale dei pazienti positivi	Tracciamento dei pazienti per fini di sicurezza e pubblica utilità				Piattaforma regionale			APP annunciata	APP annunciata
	Assistenza, cura e monitoraggio dei pazienti nell'ambito della rete dei servizi	APP LazioDrCovid + KIT domiciliari Piattaforma ADVICE		APP annunciata		Piattaforma regionale web #Accasa	Piattaforma regionale		

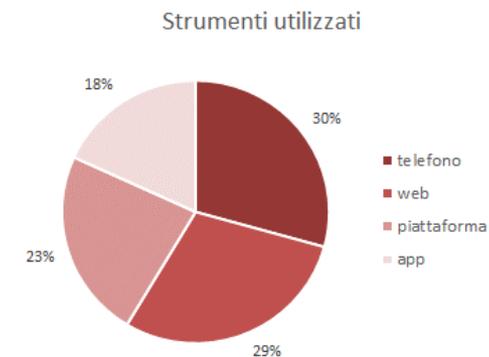
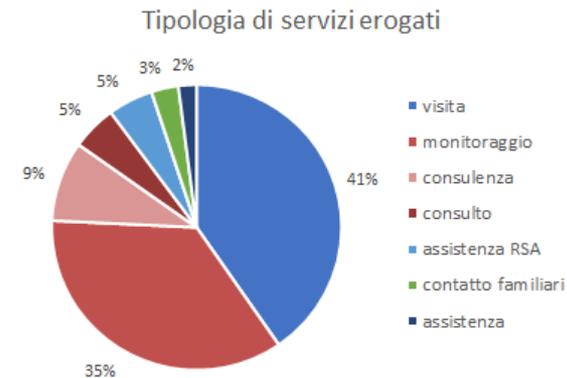
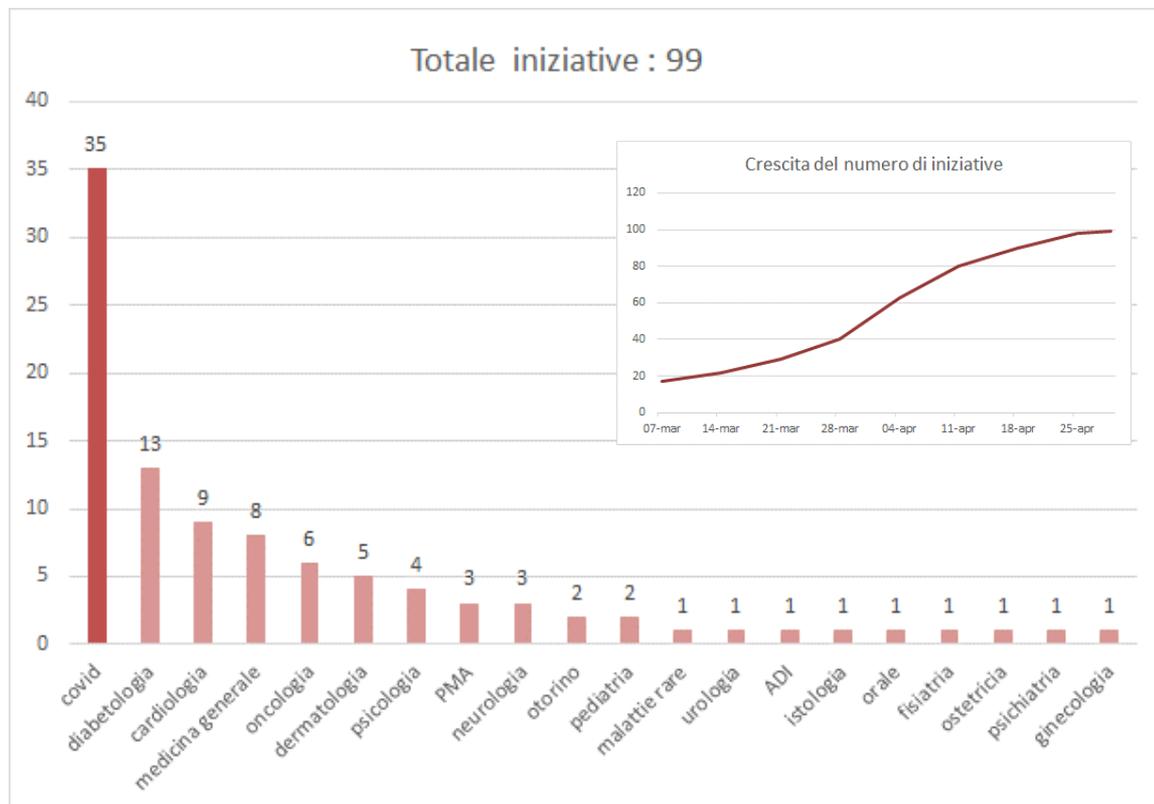
Metodologia di raccolta dati

- Ricerca e consultazione dei siti istituzionali di regioni ed aziende,
- Interviste a referenti aziendali,
- Ricerca di comunicati ed informazioni sulla rete.

Indicatori 2.12. Soluzioni digitali (2/3)



Tipologia delle iniziative avviate dalle singole aziende dopo il 1 Marzo 2020



Tipologie di strumenti

- **Telefono:** contatti telefonici con eventuale scambio di documenti mediante posta elettronica
- **Web:** strumenti di videochiamata con eventuale scambio di informazioni mediante chat o posta elettronica
- **APP:** app individuali dedicate a processi e attività specifiche
- **Piattaforme:** sistemi web che permettano l'accesso e la collaborazione di più operatori

Indicatori 2.12. Soluzioni digitali (3/3)



Dettaglio delle iniziative avviate dalle singole aziende dopo il 1 Marzo 2020

Regione	n. iniziative	Patologie	Servizi	Strumenti
Abruzzo	5	cardiologia (1) diabetologia (2) malattie rare (1) otorino (1)	visita (3) monitoraggio (2)	piattaforma (2) telefono (3)
Basilicata	1	covid (1)	monitoraggio (1)	piattaforma (1)
Campania	6	dermatologia (1) diabetologia (3) oncologia (1) psicologia (1)	monitoraggio (1) visita (5)	telefono (2) web (4)
EmiliaRomagna	4	covid (2) medicina generale (2)	monitoraggio (2) assistenza (1) visita (1)	telefono (4)
Lazio	9	covid (4) cardiologia (1) dermatologia (1) oncologia (1) pediatria (1) medicina generale (1)	monitoraggio (5) consulto (1) visita (2) consulenza (1)	telefono (2) app (3) piattaforma (4)
Liguria	5	covid (2) diabetologia (1) PMA (2)	visita (4) contatto familiari (1)	telefono (1) web (4)
Lombardia	11	covid (8) cardiologia (1) oncologia (1) medicina generale (1)	monitoraggio (8) consulto (1) visita (1) assistenza RSA (1)	piattaforma (4) app (3) web (2) telefono (2)
Marche	3	covid (2) cardiologia (1)	monitoraggio (2) contatto familiari (1)	piattaforma (2) web (1)
Piemonte	11	covid (4) cardiologia (3) dermatologia (1) neurologia (1) urologia (1) diabetologia (1)	visita (4) monitoraggio (5) consulto (1) assistenza RSA (1)	piattaforma (4) web (7)

Regione	n. iniziative	Patologie	Servizi	Strumenti
Puglia	9	covid (4) oncologia (1) PMA (1) ADI (1) psicologia (1) diabetologia (1)	assistenza (1) monitoraggio (3) visita (4) assistenza RSA (1)	web (5) piattaforma (2) app (2)
Sardegna	2	cardiologia (1) diabetologia (1)	monitoraggio (2)	app (1) piattaforma (1)
Sicilia	4	medicina generale (1) istologia (1) orale (1) psicologia (1)	visita (3) consulenza (1)	telefono (2) app (2)
Toscana	11	covid (1) dermatologia (1) diabetologia (2) medicina generale (1) fisiatria (1) oncologia (2) pediatria (1) ostetricia (1) psichiatria (1)	consulenza (3) visita (5) consulto (2) monitoraggio (1)	telefono (4) app (3) web (2) piattaforma (2)
Trentino AA	4	covid (3) medicina generale (1)	consulenza (1) contatto familiari (1) monitoraggio (1) visita (1)	web (2) app (2)
Umbria	2	neurologia (1) covid (1)	monitoraggio (1) visita (1)	app (1) web (1)
Val D'Aosta	1	covid (1)	assistenza RSA (1)	piattaforma (1)
Veneto	11	covid (2) cardiologia (1) diabetologia (2) dermatologia (1) medicina generale (1) ginecologia (1)	visita (6) monitoraggio (1) consulenza (3) assistenza RSA (1)	telefono (9) app (1) web (1)

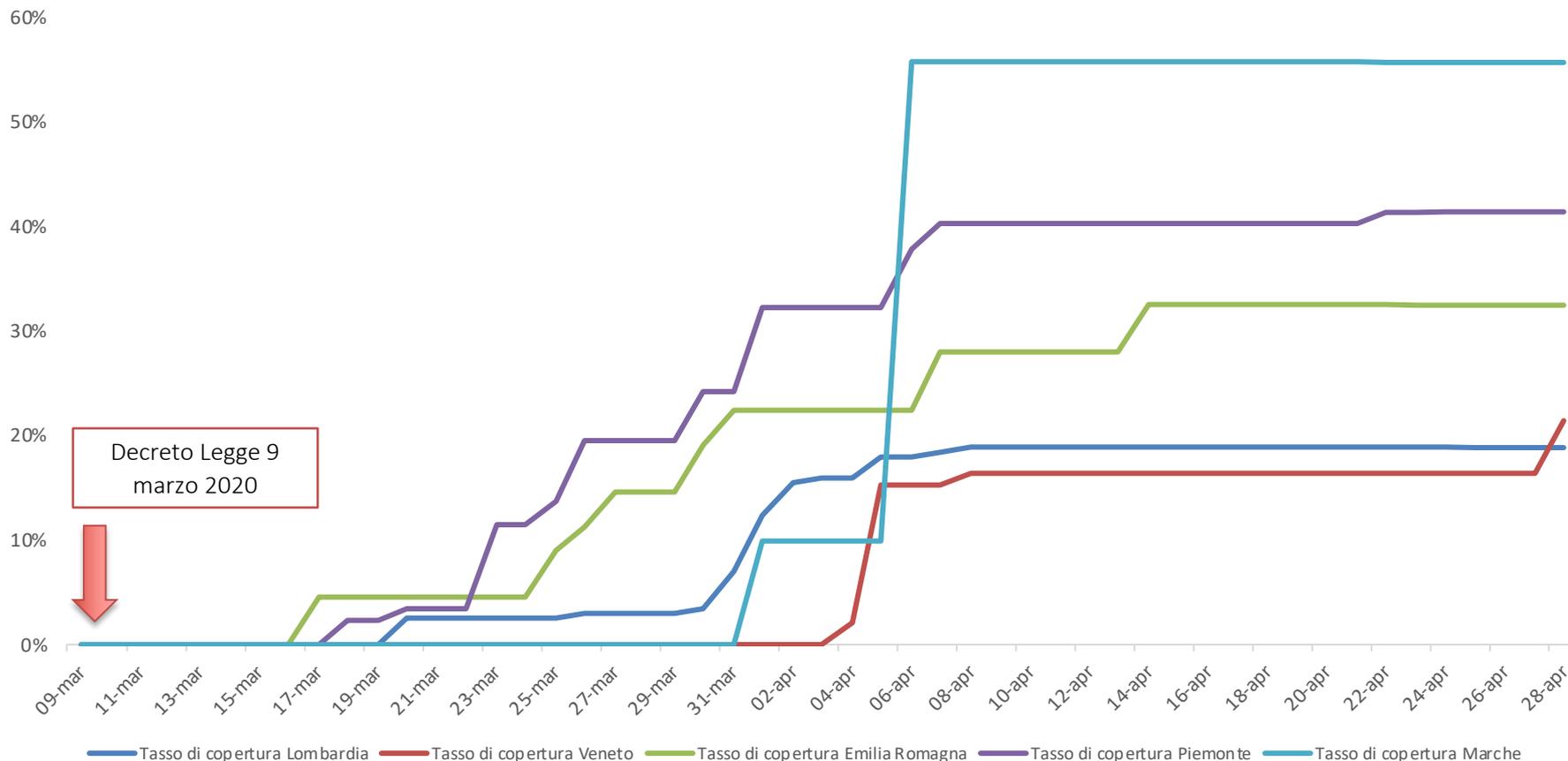
Indicatore 2.13. Integrazione del personale



	Medici in servizio al 31/12/2018	Medici assunti per l'emergenza Covid-19	Variazione %	Infermieri in servizio al 31/12/2018	Infermieri assunti per l'emergenza Covid-19	Variazione %
Emilia-Romagna	8.948	421	+4,7%	25.626	1.032	+4,0%
Lazio	8.138	124	+1,5%	19.724	270	+1,4%
Lombardia	15.370	589	+3,8%	38.688	1.016	+2,6%
Marche	519	82	15,8%	1.191	87	+7,3%
Piemonte	8.883	269	+3,0%	21.834	692	+3,2%
Veneto	8.266	215	+2,6%	24.652	573	+2,3%

Commento. Il presente dato sul personale medico e infermieristico arruolato per far fronte all'emergenza sanitaria si riferisce a procedure di reclutamento che, in alcuni casi, sono attualmente in corso poiché il bando di riferimento (ad es. quello della Regione Lombardia) non riporta il numero totale di unità da selezionare e/o non riporta la data di chiusura del bando stesso. Per queste motivazioni il presente dato è da considerarsi non definitivo.

Indicatore 2.14. Tasso di Copertura delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale x 50.000 ab.

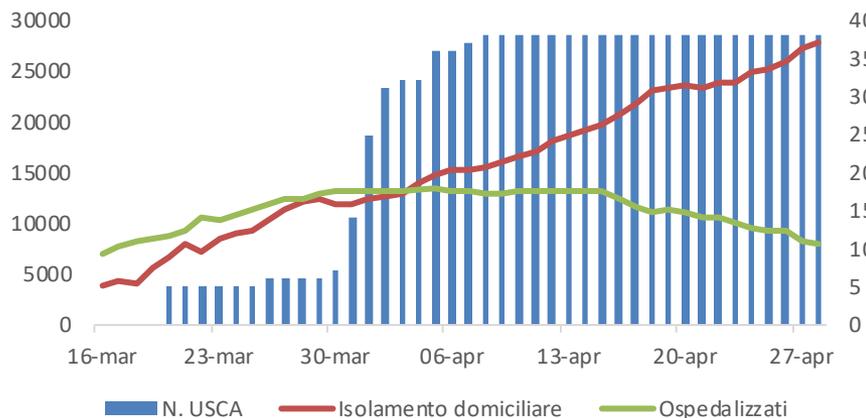


Commento: Il Decreto Legge 9 marzo 2020 art 14, prevede l'attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale – USCA nella misura di una ogni 50.000 abitanti e con il mandato di gestire in assistenza domiciliare i pazienti che non necessitano di ricovero. Il grafico mostra il progressivo uptake a livello regionale a partire dal 18 marzo (prime USCA attivate in Lombardia ed Emilia Romagna). Dai primi giorni di Aprile, il trend di crescita delle attivazioni di nuove USCA sembrerebbe essersi arrestato. Il tasso di copertura massimo si registra nelle Marche, quello più basso in Veneto. Si ricorda, però che la presenza delle USCA non sia di per sé un indicatore di assistenza territoriale, in quanto ogni Regione ne ha deliberato o meno l'attivazione con lo scopo di integrare, secondo le necessità, una capacità di gestione territoriale pre-esistente, che appariva e appare molto eterogenea nel confronto tra le diverse regioni.

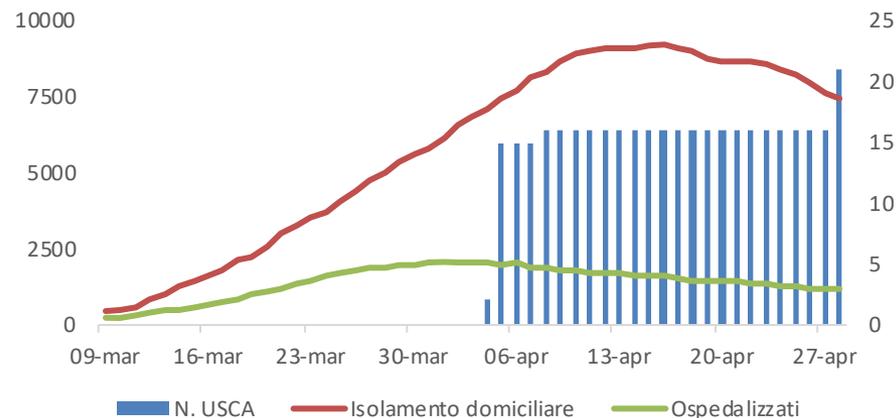
Indicatore 2.14.1. Unità Speciali di Continuità Assistenziale (1/2)



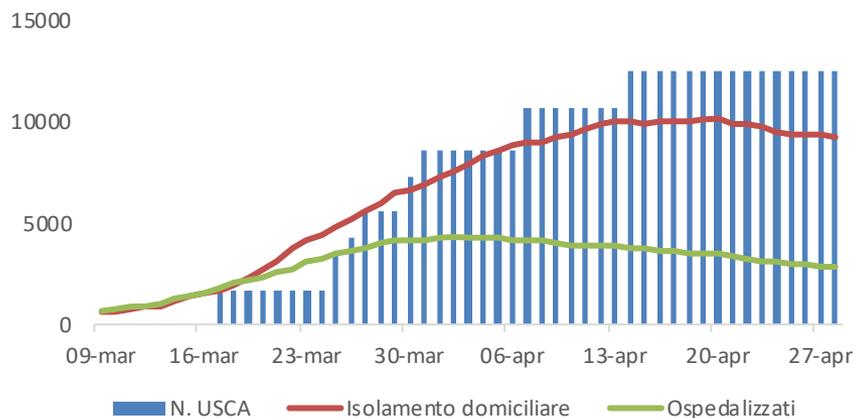
Trend USCA attivate, pazienti ospedalizzati e in isolamento domiciliare - **Lombardia**



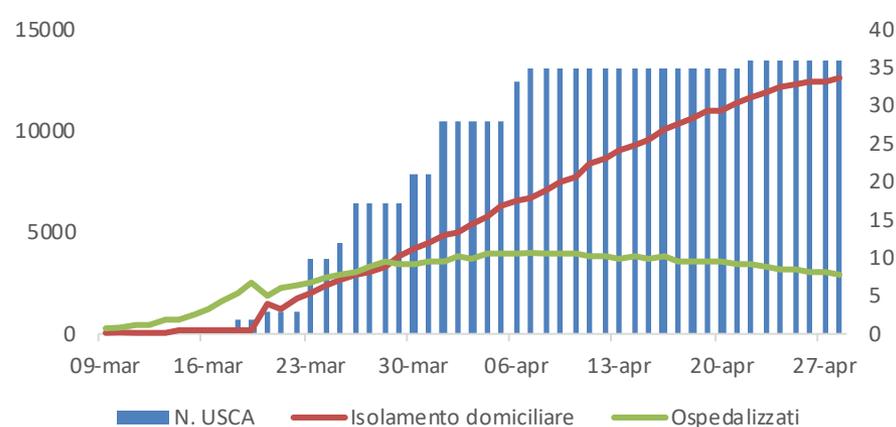
Trend USCA attivate, pazienti ospedalizzati e in isolamento domiciliare - **Veneto**



Trend USCA attivate, pazienti ospedalizzati e in isolamento domiciliare - **Emilia Romagna**



Trend USCA attivate, pazienti ospedalizzati e in isolamento domiciliare - **Piemonte**

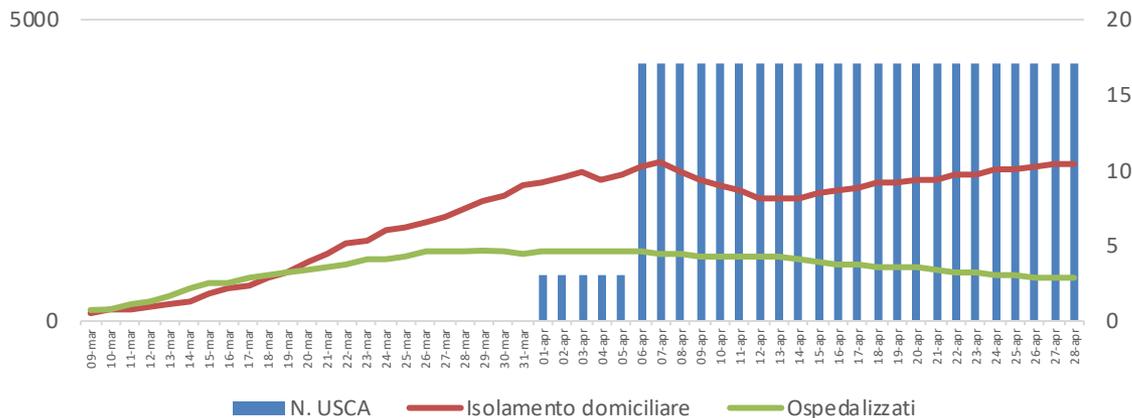


Commento. Il dato sull'attivazione delle USCA è stato estrapolato dai siti internet delle singole ASL e da teste giornalistiche (prevalentemente locali) e fa riferimento ad USCA attivate ed effettivamente operative sul territorio. Per tale motivo potrebbe verificarsi una discrepanza tra USCA per le quali è prevista l'attivazione e USCA già implementate. Il trend mostra che in concomitanza con l'attivazione delle USCA si è verificata una riduzione dei pazienti ospedalizzati e una contestuale riduzione dei soggetti sottoposti ad isolamento domiciliare.

Indicatore 2.14.1. Unità Speciali di Continuità Assistenziale (2/2)



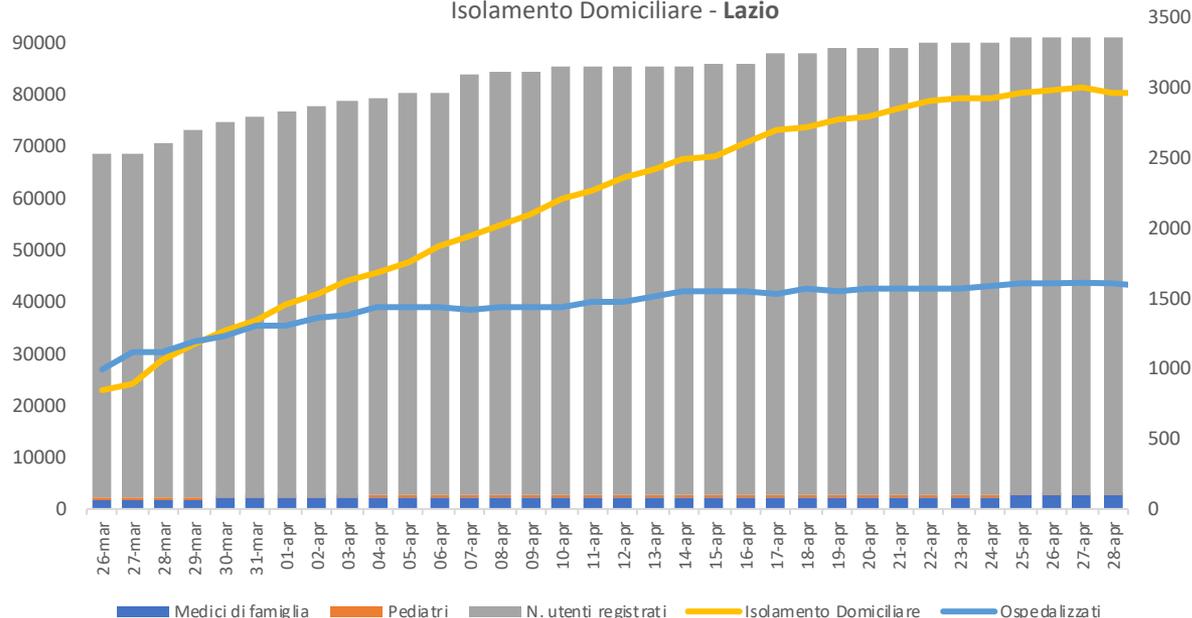
Trend USCA attivate, pazienti ospedalizzati e in isolamento domiciliare - Marche



Commento. Il dato sull'attivazione delle USCA è stato estrapolato dai siti internet delle singole ASL e da teste giornalistiche (prevalentemente locali) e fa riferimento ad USCA attivate ed effettivamente operative sul territorio. Per tale motivo potrebbe verificarsi una discrepanza tra USCA per le quali è prevista l'attivazione e USCA già implementate.

Fonte dei dati: Comunicati stampa ASL, testate giornalistiche

Numero utenti registrati all'app LazioDoctor per Covid e pz Ospedalizzati - pz in Isolamento Domiciliare - Lazio



Commento: Il dato sul numero degli utenti registrati all'app LazioDoctor per Covid è stato estrapolato dal sito della Regione Lazio e dalle principali pagine social della Regione stessa. I dati sono disponibili a partire dal 26 marzo.

Fonte dei dati: sito internet e social Regione Lazio

Indicatore 2.14.2. Cure Domiciliari COVID-19



Regioni	Previste	Attivate	Progetti pilota affini	Attività per potenziamento ADI tradizionale	Riferimento normativo
Abruzzo			X		Progetto pilota ASL Lanciano Chieti: http://lnx.asl2abruzzo.it/asl/news/385-covid-19-in-provincia-di-chieti-parte-la-sperimentazione-a-domicilio-kit-di-farmaci-e-saturimetro-a-ciascun-paziente.html
Basilicata					
Calabria					
Campania				X	Ordinanza n. 16 13 marzo 2020: http://www.regione.campania.it/assets/documents/ord-n-16-13-03-2020.pdf
Emilia-Romagna					
Friuli-Venezia Giulia					
Lazio	X				Circolare 8 aprile 2020 Nota n. 291852 dell'08/04/2020
Liguria					
Lombardia	X	X			Cure domiciliare ADI in ambito COVID ai sensi DGR 2906 e 2986/2020
Marche					
Molise					
Piemonte				X	Deliberazione della Giunta Regionale 31 marzo 2020, n. 2-1181 Contesto emergenziale da diffusione COVID-19. Approvazione schema Protocollo d'intesa con Unità di crisi regionale, Regione Piemonte, Prefetture piemontesi e Province del Piemonte per ulteriori misure di contenimento COVID-19 e indicazioni operative sull'assistenza territoriale e nelle Strutture assistenziali e socio-sanitarie, ivi comprese le RSA. http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2020/corrente/attach/aa_aa_regione%20piemonte%20-%20dgr_2020-04-16_72304.pdf
Puglia					
Sardegna	X				Cure domiciliari integrate specificamente dedicate all'emergenza in atto (CDI Covid) . ATTO NORMATIVO: DELIBERAZIONE N. 17/10 DEL 1.04.2020 Emergenza Covid-19. Riorganizzazione delle attività assistenziali ospedaliere e territoriali. https://delibere.regione.sardegna.it/protected/50216/0/def/ref/DBR50170/
Sicilia					
Toscana	X	X*			Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale N° 34 del 14 Aprile 2020 Linee di indirizzo per la gestione del percorso COVID-19 in ambito territoriale http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5249809&nomeFile=Ordinanza_del_Presidente_n.34_del_14-04-2020-Allegato-A
Umbria					
Valle d'Aosta					
Veneto	X	X*			Indicazioni operative per la Presa in Carico del Paziente Sintomatico Sospetto COVID-19
P.A. Trento					
P.A. Bolzano				X	http://www.provincia.bz.it/news/it/news.asp?news_action=4&news_article_id=636857

*l'infermiere opera all'interno dell'USCA

Commento: la gestione territoriale dell'emergenza COVID19 ha dovuto trovare risposta anche al bisogno di salute di pazienti che necessitavano di prestazioni di assistenza domiciliare differenti dalla visita medica effettuata dalle USCA e più orientate a prestazioni infermieristiche di assistenza e monitoraggio. In quest'ottica alcune regioni hanno previsto specifici servizi (ADI COVID i Lombardia e API COVID nel Lazio) mentre in altre realtà l'infermiere è stato integrato direttamente nelle USCA (Toscana, Veneto).

Indicatore 2.15. Sperimentazioni cliniche (1/2)



Regione del Principal Investigator	Titolo dello studio clinico	Promotore	Data del Parere Unico del CE	Tipologia dello studio
LOMBARDIA (1) ASST Fatebenefratelli Sacco Milano	<u>Pilot study on the use of sarilumab in patients with covid-19 infection (COVID-SARI)</u>	ASST Fatebenefratelli Sacco Milano	22/04/2020	Open-label, single arm, dose-escalation design, single center study
TOSCANA (1) Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana	<u>MultiCentre, randomised, Phase IIa clinical trial evaluating efficacy and tolerability of Baricitinib as add-on treatment of patients with COVID-19 compared to standard therapy BARICIVID-19</u>	Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana	22/04/2020	Phase 2, multicenter, Randomized
UMBRIA (1) Azienda Ospedaliera di Perugia	<u>Trattamento con COLchicina di pazienti affetti da COVID-19: uno studio pilota</u>	Dipartimento di Medicina, Azienda Ospedaliera di Perugia	11/04/2020	Pilot, multicenter, Randomized, open-label, Phase 2
VENETO (2) IRCSS Sacro Cuore Don Calabria Verona	<u>Chloroquine/hydroxychloroquine prevention of coronavirus disease (COVID-19) in the healthcare setting: a randomised, placebo-controlled prophylaxis study (COPCOV)</u>	University of Oxford	30/03/2020	Randomised double-blind, placebo-controlled trial
VENETO (2) Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	<u>An international randomised trial of additional treatments for COVID-19 in hospitalised patients who are all receiving the local standard of care (SOLIDARITY trial)</u> <u>remdesivir, lopinavir/ritonavir, lopinavir/ritonavir with interferon B-1a, chloroquine or hydroxychloroquine</u>	World Health Organisation (WHO) University of Verona	09/04/2020	Large International Randomised
MARCHE (1) UCO Cardiologia, ASUR-AV5 Ascoli Piceno	<u>Hydroxychloroquine sulfate early administration in symptomatic out of hospital COVID-19 positive patients (Hydro-Stop-COVID19)</u>	ASUR-AV5 Ascoli Piceno	08/04/2020	Pragmatic Randomized
LAZIO (3) INMI "L. Spallanzani" - IRCCS Rome	<u>A randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter study to evaluate the safety and efficacy of tocilizumab in patients with severe covid-19 pneumonia</u> <u>An adaptive phase 2/3, randomized, double-blind, placebo-controlled study assessing efficacy and safety of sarilumab for hospitalized patients with COVID-19 (Sarilumab COVID-19)</u> <u>A phase 2/3, randomized, open-label, parallel group, 3-arm, multicenter study investigating the efficacy and safety of intravenous administrations of emapalumab, an anti-interferon gamma (anti-IFNγ) monoclonal antibody, and anakinra, an interleukin-1 (IL-1</u>	F. Hoffmann-La Roche Ltd Sanofi-Aventis Recherche & Développement Sobi	30/03/2020 26/03/2020 25/03/2020	Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Multicenter Phase 3 Adaptive Fase 2/3, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Phase 2/3, Randomized, Open-label, Parallel Group, 3-arm
EMILIA ROMAGNA (3) Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna	<u>Intermediate dose enoxaparin in hospitalized patients with moderate-severe COVID19: a pilot phase II single-arm study, INHIXACOV19</u>	Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna	22/04/2020	Phase II single-arm interventional prospective study and an observational prospective cohort study
EMILIA ROMAGNA (3) Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	<u>Colchicina per contrastare la risposta infiammatoria in corso di polmonite da COVID 19</u>	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	20/04/2020	Multicenter, Randomized, phase 2 study, open-label
EMILIA ROMAGNA (3) Azienda Unità Sanitaria Locale-IRCCS di Reggio Emilia	<u>An open-label randomized multicenter study to evaluate the efficacy of early administration of tocilizumab (TCZ) in patients with COVID-19 pneumonia</u>	Azienda Unità Sanitaria Locale-IRCCS Reggio Emilia	27/03/2020	Open-label Randomized Phase 2
CAMPANIA (1) Istituto Nazionale Tumori, IRCCS, Fondazione G. Pascale, Napoli	<u>Multicenter study on the efficacy and tolerability of tocilizumab in the treatment of patients with COVID-19 pneumonia (TOCIVID-19)</u>	Istituto Nazionale Tumori, IRCCS, Fondazione G. Pascale Napoli Campania	22/03/2020	Single-arm Phase 2 and a Parallel Observational cohort study
n.a	<u>A Phase 3 randomized study to evaluate the safety and antiviral activity of remdesivir (GS-5734™) in participants with moderate COVID-19 compared to standard of care treatment (GS-US-540-5774)</u>	Gilead Sciences, Inc	11/03/2020	Phase 3 Randomised
n.a	<u>A phase 3 randomized study to evaluate the safety and antiviral activity of remdesivir (GS-5734™) in participants with severe COVID-19 (GS-US-540-5773)</u>	Gilead Sciences, Inc	11/03/2020	Phase 3 Randomised

Commento

Dall'entrata in vigore del DL il 17 marzo 2020, all'AIFA e alla sua Commissione Tecnico-Scientifica è stato attribuito il compito di valutare i protocolli degli studi clinici dei medicinali utilizzati nei pazienti COVID-19. Gli studi clinici avviati valutati e approvati dalla CTS di AIFA sono **13** (autorizzati dal CE Unico dell'INMI L. Spallanzani Roma). A questi vanno aggiunti i **2** studi su remdesivir, approvati prima dell'entrata in vigore del DL Cura Italia.

Commento: questo indicatore costruito dalle fonti citate include:

- 1. N° studi per Affiliazione Regionale del PI:** riportato in tabella
- 2. N° di studi per Promotore:** 5 studi Commerciali e 10 Non-commerciali
- 3. N° di studi per Tipologia di studio:** 14 studi interventistici (con 2 parallel *Observational*), 1 PrgRT
- 4. N° dei pazienti arruolati (attesi)/ centro/ Regione** (slide successiva).
- 5. N° di studi approvati (con esito positivo) sul N. totale degli studi sottomessi alla CTS AIFA:** 15/80

Fonte dei dati:

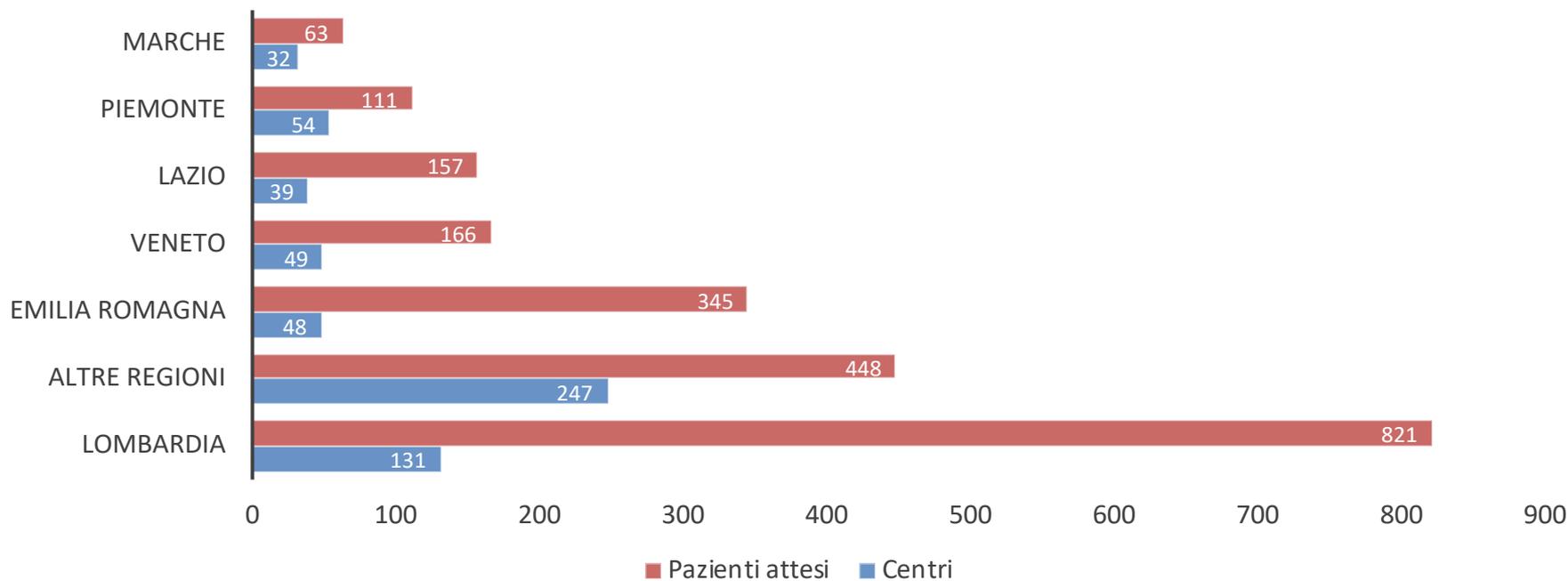
Pagina istituzionale AIFA

Decreto Decreto-Legge il 17 marzo 2020 (contenente misure di potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19) Art 17:

Report dei lavori della CTS (Aggiornamento al 13/04/2020)

Indicatore 2.15 Sperimentazioni cliniche (2/2)

approfondimento studio clinico TOCOVID-19



Commento

Il 22/03/2020 è stato approvato lo studio TOCOVID-19 randomizzato, in doppio cieco, controllato vs. placebo per valutare sicurezza ed efficacia di tocilizumab (TCZ), in combinazione con lo standard di cura, in pazienti affetti da polmonite grave da COVID-19. Promotore dello studio è l'Istituto Nazionale Tumori IRCCS, Fondazione G. Pascale, di Napoli. Sono 600 centri clinici che hanno aderito allo studio per un totale di 2.111 pazienti arruolabili prospetticamente (media di 3,5 pazienti per centro). Il 39% dei pazienti sarà arruolato nei 131 centri attualmente attivi in Lombardia.

L'endpoint primario è la valutazione al giorno 28 dello stato clinico usando una scala ordinale a 7 categorie comprendenti decesso, dimissione, ricovero non UTI con/senza ossigeno supplementare, ricovero in UTI con/senza ECMO e/o ventilazione meccanica. Il ricorso a vasopressore e la valutazione di biomarcatori sono endpoint esplorativi. Inoltre, sono monitorati gli effetti farmacodinamici (concentrazioni sieriche di IL-6, sIL-6R, ferritina, e CRP) e il profilo farmacocinetico (concentrazione sierica di TCZ).

Analisi ad interim: non ancora disponibile. Attesa dopo 75, 150, 225, e 330 pazienti.

Fonte dei dati:

Pagina istituzionale AIFA
TOCOVID-19 - Report sull'andamento dello studio al 31 marzo 2020

Indicatore 2.15.1. Uso compassionevole e Off-label



Expanded Access Programme (compassionate use)	Promotore	Data del Parere Unico dell'CE
<u>Programma di Uso Compassionevole con Solnatide per il trattamento dell'edema da permeabilità polmonare in pazienti affetti da COVID-19 con insufficienza polmonare acuta</u>	APEPTICO Forschung und Entwicklung GmbH	15/04/2020
<u>Managed Access Program (MAP) to provide access to canakinumab treatment of cytokine release syndrome (CRS) in patients with COVID-19-induced pneumonia (CANAKINUMAB, ILARIS)</u>	Novartis	07/04/2020
<u>Ruxolitinib Managed Access Program (MAP) for patients diagnosed with COVID19 and have severe/very severe lung disease (CINC424, RUXOLITINIB, JAKAVI)</u>	Novartis	02/04/2020
<u>Expanded Access Treatment Protocol: Remdesivir (RDV; GS-5734) for the Treatment of SARS-CoV2 (CoV) Infection. (REMDESIVIR)</u>	Gilead Sciences, Inc	26/03/2020
<p><i>Lista dei centri</i> ASST NIGUARDA – MI (LOMBARDIA) CITTA della SALUTE – TO (PIEMONTE) Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata – VR (VENETO) Az. Osp/Univ Cisanello/Santa Chiara – PI (TOSCANA) Ospedale Maggiore di BO (EMILIA ROMAGNA) Azienda Ospedaliera dei Colli (Monaldi - Cotugno) – NA (CAMPANIA) Azienda Ospedaliera Careggi – FI (TOSCANA) Ospedale S. Gerardo – MB (LOMBARDIA) Azienda Ospedaliera Universitaria – AN (MARCHE) ARNAS Garibaldi- PO Garibaldi- Nesima – CT (SICILIA)</p>		

Commento

La tabella sulla sx riporta i programmi di uso compassionevole (4) approvati dall'AIFA con il parere unico dell'CE INMI "L. Spallanzani" - IRCCS Rome. Per l'EAP di remdesivir è disponibile la lista dei centri coinvolti.

AIFA ha fornito inoltre anche informazioni aggiornate sui medicinali utilizzati al di fuori delle sperimentazioni cliniche, come quelli commercializzati per altre indicazioni (off-label) 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. I prodotti oggetto di questo approfondimento sono: le eparine a basso peso molecolare, azitromicina, darunavir/cobicistat, idrossiclorochina e lopinavir/ritonavir.

I medicinali in questione:

- Sono prescrivibili a totale carico del SSN, anche in regime domiciliare, secondo i criteri e le modalità riportate in dettaglio nelle schede predisposte dall' AIFA.
- L'impiego è riferito al trattamento dei pazienti COVID-19 (l'uso in profilassi non è raccomandato al di fuori degli studi clinici)
- È prevista la dispensazione da parte delle farmacie ospedaliere;
- I dati relativi ai pazienti trattati andranno trasmessi ad AIFA secondo modalità che saranno indicate nella sezione del sito istituzionale "Emergenza COVID-19".

Inoltre non risultano studi avviati per il prodotto AVIGAN (favipiravir): l'ultimo aggiornamento AIFA risale a quello del 23 marzo a.c dove riporta che è in fase di approfondimenti CTS relativamente alle scarse evidenze scientifiche sull'efficacia.

Fonte dei dati:

Pagina istituzionale AIFA

Programmi di uso compassionevole

Farmaci utilizzabili per il trattamento della malattia COVID-19



Analisi dei modelli di risposta

Analisi dei modelli di risposta (Nord 1)



Si propone un prospetto di analisi dei modelli Regionali di risposta all'emergenza. Lo scopo di tale analisi è delineare le caratteristiche sintetiche di ciascuna Regione, riportando i punti salienti emersi da una prima valutazione dei dati disponibili.

Regione	Profilo di sintesi	Assistenza ospedaliera	Assistenza Domiciliare	Assistenza intermedia
Lombardia	<p>Risulta attualmente positivo lo 0,36% della popolazione regionale.</p> <p>Gestione combinata ospedale-territorio.</p>	<p>Incremento Posti Letto in Terapia Intensiva (+71%), in rimodulazione rispetto al picco dell'emergenza. Rapporto tra gli ospedalizzati e i positivi in costante discesa, ma ancora con alte saturazioni delle TI (la maggiore saturazione in Italia).</p>	<p>Attualmente attivate 38 USCA. Monitoraggio domiciliare attraverso app per la diagnosi precoce e per seguire il decorso dei pazienti positivi; in corso attività di controllo del contagio sulla base di dati anonimi.</p>	<p>Rilevazione di strutture ricettive idonee e riconversione di strutture assistenziali e socio-sanitarie esistenti in strutture intermedie per pazienti COVID+.</p>
Emilia Romagna	<p>Risulta attualmente positivo lo 0,27% della popolazione regionale.</p> <p>Gestione combinata ospedale-territorio.</p>	<p>Incremento Posti Letto in Terapia Intensiva (+62%) I dati sui ricoveri appaiono in linea con i dati delle regioni con prevalenza apparente paragonabile. I ricoveri in Terapia Intensiva registrano un dato lievemente superiore rispetto al dato nazionale.</p>	<p>Attualmente attivate 29 USCA. Nessuna iniziativa regionale di telemedicina per l'assistenza domiciliare.</p>	<p>Rilevazione di strutture ricettive idonee e riconversione di strutture assistenziali e socio-sanitarie esistenti in strutture intermedie per pazienti COVID+. A Cattolica (RN) il primo «albergo sanitario» d'Italia.</p>
Veneto	<p>Risulta attualmente positivo lo 0,18% della popolazione regionale, pur essendo la Regione che ha effettuato più test diagnostici.</p> <p>Gestione prevalentemente territoriale.</p>	<p>Incremento Posti Letto in Terapia Intensiva (+67%) Rapporto tra ricoverati e positivi tra i più bassi.</p>	<p>Attualmente attivate 21 USCA. Nessuna iniziativa regionale di telemedicina per l'assistenza domiciliare.</p>	<p>Attivazione di posti letto aggiuntivi in Ospedali di Comunità. Il 7 Aprile stabiliti in Giunta Regionale i criteri per la rilevazione di strutture ricettive in caso di necessità di ulteriori posti letto.</p>
Piemonte	<p>Risulta attualmente positivo lo 0,36% della popolazione regionale.</p> <p>Gestione prevalentemente territoriale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento Posti Letto in Terapia Intensiva (+153%), in rimodulazione rispetto al picco dell'emergenza. - Attualmente 19% dei casi gestiti in ospedale (inferiore al dato nazionale), con saturazioni delle TI ancora alte ma in discesa. 	<p>Attualmente attivate 36 USCA. Attiva una piattaforma regionale per il tracciamento dei pazienti positivi.</p>	<p>Rilevazione di strutture ricettive idonee e riconversione di strutture assistenziali e socio-sanitarie esistenti in strutture intermedie per pazienti COVID+.</p>

Analisi dei modelli di risposta (Nord 2)



Regione	Profilo di sintesi	Assistenza ospedaliera	Assistenza Domiciliare	Assistenza intermedia
Liguria	<p>Risulta attualmente positivo lo 0,23% della popolazione regionale (superiore alla media nazionale)</p> <p>Gestione combinata ospedale-territorio.</p>	<p>L'incidenza di pazienti in terapia intensiva/positivi è superiore alla media nazionale.</p>	<p>Uso intenso dei tamponi a livello ospedaliero (2,9%).</p> <p>Attivati i Gruppi Strutturati di Assistenza Territoriale (GSAT) per la gestione dei pazienti a domicilio.</p>	<p>Le strutture ricettive sono state utilizzate per ospitare medici ed infermieri di altre Regioni ma non pazienti.</p> <p>La nave Splendid (GNV) predisposta con 80 pl per accogliere convalescenti Covid-19 (gestione sanitaria Asl Genova 3).</p>
Valle D'Aosta	<p>Risulta attualmente positivo lo 0,17% della popolazione regionale (dato in linea con la media nazionale)</p> <p>Gestione combinata ospedale-territorio (maggiore proporzione di ricoverati/positivi).</p>	<p>Il ricorso alla terapia intensiva inizialmente molto significativo. Oggi l'intensità di uso dell'ospedale si è ridotta</p>	<p>Uso intenso dei tamponi (3,9% su popolazione, 1,24 a persona).</p>	<p>Non sono utilizzate strutture ricettive e non si rileva la presenza di strutture intermedie</p>
Friuli Venezia Giulia	<p>Risulta attualmente positivo lo 0,10% della popolazione regionale (inferiore alla media nazionale)</p> <p>La gestione è prevalentemente territoriale.</p>	<p>Il ricorso all'ospedalizzazione è limitato ai casi più gravi. Il rapporto tra ricoverati in TI e ricoverati è ai livelli della Regione Veneto.</p>	<p>Si caratterizza per una ricerca attiva dei positivi a livello territoriale e domiciliare.</p>	<p>Non sono utilizzate strutture ricettive e non si rileva la presenza di strutture intermedie</p>
PA di Trento	<p>Risulta attualmente positivo lo 0,29% della popolazione regionale.</p> <p>La gestione è prevalentemente territoriale</p>	<p>Il ricorso all'ospedalizzazione è limitato ai casi più gravi. Il rapporto tra ricoverati in TI e ricoverati è ai livelli della Regione Veneto.</p>	<p>Si caratterizza per una ricerca attiva dei positivi a livello territoriale e domiciliare</p>	<p>Non sono utilizzate strutture ricettive e non si rileva la presenza di strutture intermedie</p>
PA di Bolzano	<p>Risulta attualmente positivo lo 0,17% della popolazione regionale.</p> <p>Gestione prevalentemente territoriale.</p>	<p>Il ricorso all'ospedalizzazione è limitato ai casi più gravi. Il rapporto tra ricoverati in TI e ricoverati è ai livelli della Regione Veneto.</p>	<p>Si caratterizza per una ricerca attiva dei positivi a livello territoriale e domiciliare</p>	<p>Non sono utilizzate strutture ricettive e non si rileva la presenza di strutture intermedie</p>

Analisi dei modelli di risposta (Centro)



Regione	Profilo di sintesi	Assistenza ospedaliera	Assistenza Domiciliare	Assistenza intermedia
Toscana	<p>Risulta attualmente positivo lo 0,16% della popolazione regionale.</p> <p>Gestione prevalentemente territoriale.</p>	<p>Incremento dei Posti Letto in Terapia Intensiva (+97%)</p> <p>Attualmente 87% dei casi gestiti in isolamento domiciliare</p>	<p>Attualmente attivate 40 USCA</p> <p>Utilizzo del sistema informatico TEL.TE.CoVID19 (costituito da una piattaforma web, un'App per guidare i pazienti ed un'App di supporto agli operatori sanitari) per il monitoraggio domiciliare.</p>	<p>Attivazione di tre Setting di presa in carico: l'albergo sanitario, la RSA a protezione sanitaria ed i percorsi low care/cure intermedie per pazienti in dimissione ospedaliera o a bassa complessità assistenziale.</p>
Marche	<p>Risulta attualmente positivo lo 0,22% della popolazione regionale.</p> <p>Gestione combinata ospedale-territorio.</p>	<p>Incremento Posti Letto in Terapia Intensiva (+104%)</p> <p>Attualmente 20,7% dei casi gestiti in ospedale</p>	<p>Attualmente attivate 17 USCA</p> <p>Nessuna iniziativa regionale di telemedicina per l'assistenza domiciliare.</p>	<p>Attivazione di posti letto aggiuntivi in Ospedali di Comunità.</p>
Lazio	<p>Risulta attualmente positivo lo 0,08% della popolazione regionale.</p> <p>Gestione combinata ospedale-territorio.</p>	<p>Incremento dei posti letto in TI del 42%, in rimodulazione rispetto al picco dell'emergenza.</p> <p>Il rapporto tra ricoverati e positivi è il più elevato delle Regioni del centro insieme all'Umbria (35%).</p>	<p>Non sono state attivate USCA</p> <p>Monitoraggio domiciliare attraverso app per la diagnosi precoce e per seguire il decorso dei pazienti positivi (LazioDoctor per COVID-19)</p>	<p>Rilevazione di strutture ricettive idonee e riconversione di strutture assistenziali e socio-sanitarie esistenti in strutture intermedie per pazienti COVID+. A Genzano (RM) la prima RSA Covid pubblica del Lazio.</p>
Umbria	<p>Risulta attualmente positivo lo 0,03% della popolazione regionale.</p> <p>Gestione prevalentemente ospedaliera.</p>	<p>Incremento dei Posti Letto in Terapia Intensiva (+74%)</p> <p>Il rapporto tra pazienti ricoverati in Terapia intensiva e positivi è il più elevato in Italia (6,2%)</p>	<p>Prevista attivazione di 17 USCA</p> <p>Nessuna iniziativa regionale di telemedicina per l'assistenza domiciliare.</p>	<p>Rilevazione di strutture ricettive idonee e riconversione di strutture assistenziali e sociosanitarie esistenti in strutture intermedie per pazienti COVID+</p>
Abruzzo	<p>Risulta attualmente positivo lo 0,15% della popolazione regionale.</p> <p>Gestione prevalentemente territoriale</p>	<p>Incremento dei Posti Letto in Terapia Intensiva (+51%) in rimodulazione rispetto al picco dell'emergenza.</p> <p>Attualmente 16,6% dei casi gestiti in ospedale</p>	<p>Attualmente attivate 24 USCA</p> <p>Nessuna iniziativa regionale di telemedicina per l'assistenza domiciliare.</p>	<p>Rilevazione di strutture ricettive idonee e riconversione di strutture assistenziali e sociosanitarie esistenti in strutture intermedie per pazienti COVID+ e per pazienti a rischio di contagio.</p>
Molise	<p>Risulta attualmente positivo lo 0,06% della popolazione regionale.</p> <p>Gestione prevalentemente territoriale</p>	<p>Incremento dei Posti Letto in Terapia Intensiva (+40%)</p> <p>Il rapporto tra pazienti ospedalizzati e assistiti domiciliariamente è il più basso in Italia (0,10)</p>	<p>Attualmente attivate 3 USCA</p> <p>Nessuna iniziativa regionale di telemedicina per l'assistenza domiciliare.</p>	<p>Riconversione di strutture assistenziali e sociosanitarie esistenti in strutture intermedie per pazienti COVID+</p>

Analisi dei modelli di risposta (Sud e Isole)



Regione	Profilo di sintesi	Assistenza ospedaliera	Assistenza Domiciliare	Assistenza intermedia
Basilicata	Risulta attualmente positivo lo 0,04% della popolazione regionale. La gestione dei pz si va evolvendo verso una gestione integrata, riscontrando una diminuzione degli ospedalizzati ed un numero maggiore in assistenza domiciliare.	Il numero dei PL in TI sono n°73. La saturazione dei posti letto in TI è pari al 9,59%.	Monitoraggio domiciliare attraverso prevalentemente contatto telefonico dei pazienti positivi. Attivazione di n°4 USCA.	Rilevazione di strutture ricettive idonee e riconversione di strutture assistenziali e socio-sanitarie esistenti in strutture intermedie per pazienti COVID+.
Calabria	Risulta attualmente positivo lo 0,04% della popolazione regionale. Gestione combinata ospedale-territorio.	Il numero dei PL in TI sono n°206. La saturazione dei posti letto in TI è pari al 3,40%	Sono state istituite n°5 USCA. Attiva una piattaforma regionale e un numero verde per il censimento dei positivi. È stata costruita un'App (RCOVID19) con un portale dedicato appositamente all'emergenza.	Attivazione di posti letto aggiuntivi. Rilevazione di strutture ricettive idonee e riconversione di strutture assistenziali e socio-sanitarie esistenti in strutture intermedie per pazienti COVID+.
Campania	Risulta attualmente positivo lo 0,05% della popolazione regionale. Gestione combinata ospedale-territorio	Il numero dei PL in TI sono n°440. La saturazione dei posti letto in TI è pari al 10,68%	Attivazione e presenza della medicina generale con la creazione sul territorio di n. 120 USCA, per monitoraggio pz COVID. È stata creata una specifica App per la gestione e monitoraggio dei PL.	Attivazione di strutture socio-sanitarie intermedie CODIV19, dedicata con servizi assistenziali per pz positivi
Puglia	Risulta attualmente positivo lo 0,07% della popolazione regionale, sebbene sia utile evidenziare che è la Regione che ha effettuato più test diagnostici in rapporto alla numerosità complessiva della popolazione. Gestione prevalentemente territoriale.	Il numero di PL in TI sono n°541. La saturazione dei posti letto in TI è pari al 10,17%	Monitoraggio domiciliare, attraverso anche contatto telefonico e app per seguire il decorso dei pazienti positivi. Istituzione di n° 80 USCA.	Attivazione di posti letto aggiuntivi in Ospedali di Comunità.
Sardegna	Risulta attualmente positivo lo 0,05% della popolazione regionale. Gestione prevalentemente ospedaliera.	Il numero di PL in TI sono n°158. La saturazione dei posti letto in TI è pari al 12,66%	Monitoraggio domiciliare attraverso prevalentemente contatto telefonico dei pazienti positivi.	Accordi per l'attivazione di posti letto aggiuntivi in strutture ospedaliere private (mater Olbia)
Sicilia	Risulta attualmente positivo lo 0,04% della popolazione regionale. Gestione da prevalentemente ospedaliera a combinata.	Il numero di PL in TI sono n°730. La saturazione dei posti letto in TI è pari al 4,66%	Monitoraggio domiciliare attraverso app per la diagnosi precoce e per seguire il decorso dei pazienti positivi. Istituzione di n° 9 USCA.	Rilevazione di strutture ricettive idonee e riconversione di strutture assistenziali e socio-sanitarie esistenti in strutture intermedie per pazienti COVID+.



Analisi dei profili regionali

Analisi dei profili regionali (Nord 1)



Regione	Punti Salienti
Lombardia	<p>Gestione combinata territorio-ospedale, dopo una prima fase caratterizzata da una gestione prevalentemente ospedaliera; il 22,42% dei casi sono attualmente gestiti in ospedale (dato in continua discesa). Le Terapie Intensive lombarde sono state saturate fino a picchi del 110%, nonostante la Lombardia abbia notevolmente aumentato i posti in TI in ragione dell'emergenza, e c'è stata la necessità di trasferire alcuni pz fuori Regione. Da circa tre settimane il numero totale dei pz ricoverati in TI è in discesa (655 pazienti, il numero più basso dal 13 marzo), a fronte di un numero dei casi attualmente positivi che tende invece ancora ad aumentare. In parallelo, si osserva la discesa nel trend dell'ospedalizzazione (-29% ospedalizzati/positivi rispetto alla scorsa settimana), con un'importanza crescente della gestione territoriale. Pur con una enorme pressione sugli ospedali e sulle Terapie Intensive, i pazienti complessi sono stati gestiti tramite una definita rete di HUB che, rimodulando l'esistente network regionale con strutture differenziate Covid e non-Covid, ha permesso di rispondere alle esigenze dell'emergenza/urgenza anche per altre patologie. I posti letto in TI appaiono attualmente in rimodulazione.</p>
Emilia-Romagna	<p>Gestione combinata territorio-ospedale; la percentuale degli ospedalizzati è pari al 23%, superiore alla media nazionale; la percentuale dei casi ricoverati in Terapia Intensiva è pari al 1,9% di tutti i casi (appena al di sopra del valore nazionale, pari al 1,8%). L'Emilia Romagna ha rimodulato la sua dotazione di posti in Terapia Intensiva in base alle necessità epidemiologiche, risultando essere la Regione con l'incremento maggiore nelle prime fasi dell'emergenza, durante le quali la saturazione dei posti in TI non ha mai superato il 39%; in questo momento la saturazione si attesta al 31,4%. Il numero dei casi appare in aumento, ma il numero degli attualmente positivi è in diminuzione dal 14 aprile.</p>
Veneto	<p>Gestione prevalentemente territoriale, con solo il 14% dei casi gestiti in ospedale (picco a metà marzo, con il 35%); ricorso strutturato alle strutture intermedie, con 300 dimessi dall'ospedale presso queste strutture (10% del totale dei dimessi). L'aumento della dotazione di posti letto della TI è stato del 67% e la saturazione dei posti non ha mai superato il 43% (ricoveri in TI intensiva 1,4% dei casi totali, sempre al di sotto del 9%). Il numero totale dei casi è ancora in aumento, ma il numero degli attualmente positivi appare stabilmente in diminuzione. Il Veneto ha messo in opera precocemente una politica di ricerca attiva dei casi, proponendo per primo il tampone anche a soggetti a rischio e operatori sanitari asintomatici. Ciò lo ha portato ad essere, dopo la P.A. di Bolzano, la Regione con più test diagnostici eseguiti sulla popolazione, circa il doppio di Lombardia e Piemonte. È interessante notare come, accanto a un grande numero di test diagnostici, il Veneto sia, tra le Regioni del Nord (ad eccezione del Friuli V.G.), quella con la più bassa prevalenza di casi Covid+.</p>
Piemonte	<p>Gestione prevalentemente territoriale, dopo una prima fase caratterizzata da una gestione prevalentemente ospedaliera ed una fase caratterizzata da una gestione combinata ospedale-territorio; attualmente il 19% dei casi è gestito in ospedale (contro un dato nazionale attualmente al 21%). A partire dalla seconda metà di marzo, in corrispondenza di un aumento della prevalenza dei casi in Regione, si assiste ad una progressiva de-ospedalizzazione ed un coinvolgimento maggiore del territorio. Parallelamente, si è assistito ad una diminuzione dei ricoveri in TI, la cui saturazione è in discesa (circa 24% di saturazione). Il numero totale dei casi è in aumento e il numero degli attualmente positivi non appare ancora stabilmente in diminuzione.</p>

Analisi dei profili regionali (Nord 2)



Regione	Punti Salienti
Liguria	Risulta attualmente positivo lo 0,22% della popolazione regionale (superiore alla media nazionale) La gestione è prevalentemente ospedaliera . Una delle Regioni con la maggiore incidenza di pazienti in terapia intensiva/positivi. Fino al 31 marzo è la Regione con il rapporto più alto tra pazienti ospedalizzati e pazienti in assistenza domiciliare. A però utilizzato in modo intenso dei tamponi soprattutto a livello ospedaliero (2,9%).
Valle D'Aosta	Ancorché caratterizzata da una popolazione numericamente tra le più ridotte è la Regione con la maggiore incidenza di casi (0,88%) e di attualmente positivi (0,41%) rispetto alla popolazione. Ha mostrato inizialmente un orientamento ospedaliero ma al momento si profila un maggiore ricorso a risorse territoriali. Il ricorso alla terapia intensiva, soprattutto nelle prime fasi, è stato particolarmente significativo. Oggi l'intensità di uso dell'ospedale si è poi ridotta anche per una progressione nella mappatura attraverso l'uso (3,9% su popolazione, 1,24 a persona).
Friuli Venezia Giulia	Tra le Regioni del Nord è quella che è stata meno intensamente colpita dalla diffusione del contagio. Al momento risulta positivo lo 0,11% della popolazione. I casi sono 0,24% della popolazione. Il modello di gestione appare prevalentemente territoriale . Il ricorso all'ospedalizzazione è limitato ai casi più gravi. Il 20% dei positivi oggi sono trattati in ospedale. Questa quota ha raggiunto il suo massimo il 23 marzo con il 30% dei positivi in ospedale. Il rapporto tra ricoverati in TI e ricoverati è ai livelli della Regione Veneto. Infatti l'arrivo in ospedale è stato prevalentemente riservato a pazienti gravi che quindi sono prevalentemente transitati direttamente in TI. Si caratterizza per una ricerca attiva dei positivi a livello territoriale e domiciliare con bel il 4% della popolazione soggetta a tampone.
PA di Trento	Risulta attualmente positivo lo 0,36% della popolazione (casi/popolazione pari a 0,68%). La gestione è prevalentemente territoriale Il ricorso all'ospedalizzazione è limitato ai casi più gravi. Il rapporto tra ricoverati in TI e ricoverati è ai livelli della Regione Veneto. Si caratterizza per una ricerca attiva dei positivi a livello territoriale e domiciliare (5% della popolazione soggetta a tampone).
PA di Bolzano	Risulta attualmente positivo lo 0,29% della popolazione (casi/popolazione pari a 0,45%). La gestione è prevalentemente territoriale con un rapporto tra positivi e ricoverati tra i più bassi tra le Regioni del nord. Il ricorso all'ospedalizzazione è limitato ai casi più gravi. Il rapporto tra ricoverati in TI e ricoverati è ai livelli della Regione Veneto. Si caratterizza per una ricerca attiva dei positivi a livello territoriale e domiciliare (6% della popolazione soggetta a tampone). Pratica più di 2 tamponi a persona.

Analisi dei profili regionali (Centro)



Regione	Punti Salienti
Toscana	Gestione prevalentemente territoriale : con un incremento nella dotazione di PL in terapia intensiva del 77% ha raggiunto un tasso di saturazione pari al 22,68% ma l'investimento più importante è stato fatto sul territorio grazie all'istituzione di 40 USCA (supportate dal sistema informatico TEL.TE.CoVID19 per il monitoraggio domiciliare) e all'attivazione di setting assistenziali intermedi (alberghi sanitari, percorsi low care / cure intermedie). Grazie a tali interventi registra appena il 13% di casi gestiti in ospedale ed i ricoverati in terapia intensiva sono il 2,4% dei pazienti positivi, indice di un ricorso all'ospedalizzazione solo nei casi necessari.
Abruzzo	Gestione prevalentemente territoriale : i ricoverati in TI sono l'1% sul totale dei positivi (seconda solo al Molise per rapporto più basso tra le regioni del Centro Italia) mentre il ricorso a strutture ospedaliere è pari al 17%. Grazie ad un'attuale aumento del 51% dei posti letto in terapia intensiva (iniziale incremento di 97 posti letto e successiva riduzione, negli ultimi giorni, di 34 unità) ha diminuito la pressione sulla Terapia Intensiva che registra ora un tasso di saturazione inferiore alla media nazionale (11,22%). La Regione ha inoltre istituito 24 USCA ed ha previsto la conversione di alberghi in Covid Hotel sia per pazienti COVID+ che per pazienti negativi ma a rischio di contagio (alberghi NO Covid).
Molise	Gestione prevalentemente territoriale : è la regione con meno positivi, 1 solo paziente ricoverato in terapia intensiva sui 18 pazienti ricoverati (il 13% degli attualmente positivi) e zero nuovi casi. Registra un rapporto ospedalizzati su assistiti a domicilio di 0,10 (il più basso a livello nazionale). A rafforzamento del territorio ha attivato 3 USCA e prevede il ricorso a strutture assistenziali e sociosanitarie riconvertite in strutture intermedie per pazienti COVID+. Sul versante ospedaliero, in linea con i trend registrati da tutte le regioni, ha incrementato la dotazione di posti letto in terapia intensiva di dodici unità raggiungendo un tasso di saturazione pari a 2,38% (il più basso a livello nazionale).
Lazio	Gestione combinata ospedale-territorio (da prevalentemente ospedaliera nella fase iniziale) con circa il 35% dei casi ricoverati (tra i dati maggiori in Italia); la Regione ha individuato Centri Covid e, di concerto con questi, alcune strutture intermedie per la dimissione protetta. Il Lazio è tra le Regioni con la percentuale di popolazione sottoposta al test diagnostico e con prevalenza di pazienti Covid+ inferiori rispetto alla media nazionale. Attualmente è altresì tra le Regioni con la più alta percentuale di casi in TI, che è stata potenziata con un incremento dell'80% (attualmente in rimodulazione al 42%), con una saturazione inferiore intorno al 16%. L'assistenza territoriale appare tendenzialmente in crescita ed è stata implementata grazie al ricorso a strumenti di telemedicina. L'incremento dei casi totali è inferiore ai 100 casi al giorno da circa una settimana e il numero degli attualmente positivi non è ancora stabilmente in diminuzione.
Umbria	Gestione combinata territorio-ospedale con circa il 35% dei casi ricoverati (al pari del Lazio) di cui circa il 6% in terapia intensiva (tasso più elevato a livello nazionale nonché unico in crescita rispetto ai giorni precedenti). A livello ospedaliero ha previsto un incremento del 74% dei posti letto in terapia intensiva raggiungendo un tasso di saturazione al di sotto della media nazionale (13,33%). A livello territoriale la regione ha previsto l'attivazione di 17 USCA ed il ricorso a strutture assistenziali e sociosanitarie riconvertite in strutture intermedie per pazienti COVID+.
Marche	Gestione combinata territorio-ospedale , dopo una prima fase caratterizzata da una gestione prevalentemente ospedaliera; il 22% dei casi sono attualmente gestiti in ospedale (contro il 21% del dato nazionale); il dato ha avuto un trend negativo a partire dal 67% dei primissimi giorni della rilevazione e dalla fine di marzo questo dato ha oscillato tra il 30 ed il 40%; il 17 aprile è sceso sotto la soglia del 30% e continua a scendere); i ricoverati in TI sono il 1,7% (inferiore al dato nazionale) dei positivi totali (con saturazione della TI al 25%, in costante diminuzione); ricorso agli ospedali di comunità per il post-dimissione.

Analisi dei profili regionali (Sud e Isole)



Regione	Punti Salienti
Basilicata	Gestione prevalentemente integrata. Le Terapie Intensive Lucane sono state saturate fino al 9,59%. Da una settimana il numero totale dei pz ricoverati in TI è in discesa, a fronte di un numero dei casi positivi che tende ad avere un tasso costante di decrescita. In parallelo, si osserva la discesa nel trend dell'ospedalizzazione, si evidenzia una disponibilità della rete territoriale nel monitoraggio domiciliare per l'assistenza Covid-19.
Calabria	Gestione prevalentemente ospedaliera. La percentuale degli ospedalizzati decresce nell'ultima settimana registrando un valore pari al 15,6%; la percentuale dei casi ricoverati in Terapia Intensiva è in diminuzione e pari a n°6 sul totale di n°119 ospedalizzati. L'andamento dei casi attualmente positivi è costante fino al 20 aprile, registrando nell'ultima settimana una lieve diminuzione nei positivi. La saturazione dei posti in TI non ha mai superato il 4%.
Campania	Gestione combinata ospedale-territorio. La percentuale degli ospedalizzati in Campania è pari a 18,10%. Nelle ultime settimane, il numero dei pazienti ricoverati in TI decresce; si registra una diminuzione dei PL in TI per 100.000 ab. pari al 7,6%. La saturazione dei posti letto in TI è pari al 10,68%. Il contesto territoriale è in evoluzione per via dell'istituzione di n. 120 USCA.
Puglia	Gestione prevalentemente territoriale, con il 12,53% dei casi gestiti in ospedale. La regione ha una percentuale di ricoverati in Terapia Intensiva pari al 9,78% del totale degli ospedalizzati. Questo dato lascerebbe supporre che il ricorso all'ospedalizzazione sia più mirato per pazienti critici, grazie anche alla capillarità dell'assistenza territoriale, che permette di gestire a domicilio un'elevata percentuale di casi. A tal proposito si evidenzia la volontà di istituire n°80 USCA.
Sardegna	Gestione prevalentemente ospedaliera. Le Terapie Intensive sono state saturate fino al 12,66%, con il livello di saturazione più alto tra le regioni del sud. Da circa una settimana il numero totale dei pz ricoverati è in discesa, 96 pazienti ricoverati, di cui 18 in terapia intensiva. È una delle regioni che ha effettuato meno tamponi sia in assoluto che in proporzione alla popolazione. La Sardegna non ha aumentato la disponibilità di posti in terapia intensiva che sono rimasti assolutamente costanti. Ha siglato accordi con ospedali privati per garantire eventualmente una disponibilità aggiuntiva per TI. In risposta all'emergenza la regione ha assunto il un +4,9% e un +1.81% di personale medico e infermieristico
Sicilia	Gestione prevalentemente ospedaliera nella fase iniziale. La tendenza è l'evoluzione verso una gestione combinata ospedale-territorio . A tal proposito si evidenzia l'istituzione di n° 9 USCA e della Centrale Operativa. L'assistenza territoriale appare tendenzialmente in crescita ed è stata implementata grazie al ricorso a strumenti di telemedicina. La Regione presenta 21,6% dei casi ricoverati. La Sicilia è tra le altre Regioni (del panel Sud) che hanno maggiormente investito nel reclutamento di personale medico ed infermieristico. Attualmente la Regione presenta una percentuale di casi in TI sugli ospedalizzati pari al 7,35% , con un valore pari al 4,66% per la saturazione dei posti letto.



Appendice Metodologica

Indicatori Epidemiologici (1/2)



Indicatore	Significato	Numeratore	Denominatore	Limiti	Fonte dei dati
1.1 - 1.3 TOTALE ATTUALMENTE POSITIVI, TOTALE CASI, TOTALE TAMPONI	Descrizione dell'andamento epidemiologico della pandemia.	n.a	n.a	Si tratta di numeri assoluti quindi non pesati per la specifica regione.	PROTEZIONE CIVILE ITALIANA
1.4. TOTALE CASI E TOTALE POSITIVI / POPOLAZIONE REGIONALE	Questo indicatore riporta, espressa in percentuale, la quota di popolazione regionale attualmente positiva, sia il totale dei casi che il numero degli attualmente positivi al virus.	N° CASI ATTUALMENTE POSITIVI DI COVID-19	N° ABITANTI PER REGIONE	Sia il numero dei positivi totali che gli attualmente positivi variano conseguentemente alla politica sui tamponi applicata dalla regione in esame.	PROTEZIONE CIVILE ITALIANA ISTAT
1.5 TOTALE GUARITI, TOTALE DECEDUTI	Questo indicatore descrive nelle regioni oggetto della valutazione il trend tra pazienti guariti e deceduti.	n.a	n.a	Si tratta di numeri assoluti quindi non pesati per la specifica regione. Inoltre, i dati sui decessi forniti dalla Protezione Civile sono ancora in attesa di conferma da parte dell'Istituto Superiore di Sanità.	PROTEZIONE CIVILE ITALIANA
1.6. PREVALENZE REGIONALI DEI POSITIVI	Questo indicatore riporta, espressa in percentuale, la quota di popolazione regionale attualmente positiva.	N° CASI ATTUALMENTE POSITIVI DI COVID-19	N° ABITANTI PER REGIONE	Il numero di casi attualmente positivi varia conseguentemente alla politica sui tamponi applicata dalla regione in esame.	PROTEZIONE CIVILE ITALIANA ISTAT
1.7. DECESSI/TERAPIA INTENSIVA	Questo indicatore riporta il numero di casi positivi al corona virus con esito mortale sul numero di pazienti che fanno ricorso alla terapia intensiva.	N° DECESSI	N° DI PAZIENTI RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA	I dati sui decessi forniti dalla Protezione Civile sono ancora in attesa di conferma da parte dell'Istituto Superiore di Sanità.	PROTEZIONE CIVILE ITALIANA

Indicatori Epidemiologici (1/2)



Indicatore	Significato	Numeratore	Denominatore	Limiti	Fonte dei dati
<p>1.8 LETALITÀ: DECESSI/CASI POSITIVI</p> <p>1.8.1. VARIAZIONE % PER FASCIA DI ETÀ DEI DECESSI 2020 vs. 2010</p> <p>1.8.2. DECESSI CON CAUSA MALATTIE RESPIRATORIE E COVID</p>	<p>La letalità è una misura della gravità di una malattia e si usa in particolar modo per le malattie infettive acute (Glossario del nuovo Coronavirus – Ministero della Salute).</p>	<p>N° DECESSI</p>	<p>N° CASI TOTALI POSITIVI COVID-19</p>	<p>I dati sui decessi forniti dalla Protezione Civile sono ancora in attesa di conferma da parte dell'Istituto Superiore di Sanità. Inoltre, il numero dei positivi totali varia conseguentemente alla politica sui tamponi applicata dalla regione in esame.</p>	<p>PROTEZIONE CIVILE ITALIANA</p>

Indicatori Organizzativi (1/3)



Indicatore	Significato	Numeratore	Denominatore	Limiti	Fonte dei dati
2.1 TAMPONI EFFETTUATI/POPOLAZIONE RESIDENTE	Questo indicatore esprime in percentuale la popolazione regionale a cui è stato effettuato il tampone per la verifica della presenza del virus.	N° TAMPONI EFFETTUALI	N° ABITANTI PER REGIONI	Il numero di tamponi effettuati è frutto della specifica politica sui tamponi applicata dalla regione in esame. Inoltre, il n° totale dei tamponi considera anche i tamponi multipli su un singolo paziente.	PROTEZIONE CIVILE ITALIANA + ISTAT
2.2 POSTI LETTO IN TI (EVOLUZIONE) X 100.000 AB. 2.2.1. POSTI LETTO IN TI (EVOLUZIONE) X 100.000 AB. - ITALIA	Indica il numero assoluto di posti letto resi disponibili su base regionale al fine di gestire la crisi sanitaria.	N° POSTI LETTO IN TERAPIA INTENSIVA	POPOLAZIONE RESIDENTE	I dati sono in continua evoluzione.	PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
2.3 SATURAZIONE PL TI 2.3.1. SATURAZIONE PL TI - ITALIA	Questo indicatore riporta in termini percentuali il numero di casi gestiti in terapia intensiva sul totale dei posti letto disponibili nel medesimo setting assistenziale su base regionale.	CASI POSITIVI RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA	POSTI LETTO IN TERAPIA INTENSIVA	I dati sono in continua evoluzione.	PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
2.4. RICOVERATI/POSITIVI	Questo indice esprime la percentuale delle persone gestite in regime di ricovero rispetto al totale dei casi positivi.	N° DI PAZIENTI RICOVERATI	CASI POSITIVI DI COVID-19	Il numero di casi attualmente positivi varia conseguentemente alla politica sui tamponi applicata dalla regione in esame.	PROTEZIONE CIVILE ITALIANA
2.5 OSPEDALIZZATI/ASSISTENZA DOMICILIARE	Questo indice esprime la percentuale di persone gestite in regime ospedaliero sul totale di individui in assistenza domiciliare	N° DI PAZIENTI OSPEDALIZZATI	N° DI PAZIENTI IN ASSISTENZA DOMICILIARE	E' possibile una misclassificazione dell'assistenza domiciliare	PROTEZIONE CIVILE ITALIANA

Indicatori Organizzativi (2/3)



Indicatore	Significato	Numeratore	Denominatore	Limiti	Fonte dei dati
2.6. PAZIENTI RICOVERATI IN TI / POSITIVI	Questo indice esprime la percentuale di pazienti ricoverati in terapia intensiva sul totale di casi positivi a COVID-19	N° DI PAZIENTI RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA	CASI POSITIVI DI COVID-19	Il numero di casi attualmente positivi varia conseguentemente alla politica sui tamponi applicata dalla regione in esame.	PROTEZIONE CIVILE ITALIANA
2.7. PAZIENTI RICOVERATI IN IN TI / PAZIENTI RICOVERATI NON INTENSIVI	Questo indice esprime la percentuale di pazienti ricoverati in terapia intensiva sul totale di pazienti ospedalizzati con sintomi COVID-19	N° DI PAZIENTI RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA	N° DI PAZIENTI OSPEDALIZZATI CON SINTOMATOLOGIA TIPICA DI COVID-19	E' possibile una misclassificazione dei ricoveri e della relativa intensità assistenziale.	PROTEZIONE CIVILE ITALIANA
2.8 PAZIENTI RICOVERATI IN TI / IN ASSISTENZA DOMICILIARE	Questo indicatore esprime il rapporto tra i pazienti positivi gestiti in terapia intensiva e coloro assistiti domiciliariamente.	N° DI PAZIENTI RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA	N° DI PAZIENTI ASSISTITI NEL SETTING DOMICILIARE	E' possibile una misclassificazione dei ricoveri, dell'assistenza domiciliare e delle rispettive intensità assistenziali.	PROTEZIONE CIVILE ITALIANA
2.9 POSITIVI / TAMPONI	Questo indice indaga sulla percentuale dei pazienti positivi al COVID-19 rispetto al numero totale di tamponi effettuati.	N° CASI POSITIVI DI COVID-19	N° DI TAMPONI EFFETTUATI IN REGIONE	Il numero di tamponi effettuati è frutto della specifica politica sui tamponi applicata dalla regione in esame. Inoltre, il n° totale dei tamponi considera anche i tamponi multipli su un singolo paziente.	PROTEZIONE CIVILE ITALIANA
2.10 OSPEDALIZZATI / RICOVERATI IN TI	Questo indice esprime la percentuale di pazienti ospedalizzati sul totale di pazienti ricoverati in terapia intensiva	N° DI PAZIENTI OSPEDALIZZATI	N° DI PAZIENTI RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA	E' possibile una misclassificazione dei ricoveri e della relativa intensità assistenziali.	PROTEZIONE CIVILE ITALIANA

Indicatori Organizzativi (3/3)



Indicatore	Significato	Numeratore	Denominatore	Limiti	Fonte dei dati
2.11 OSPEDALIZZATI / TAMPONI	Questo indice esprime la percentuale di pazienti ospedalizzati rispetto al numero totale di tamponi effettuati.	N° DI PAZIENTI OSPEDALIZZATI	N° DI TAMPONI EFFETTUATI IN REGIONE	E' possibile una misclassificazione dei ricoveri e della relativa intensità assistenziali.	PROTEZIONE CIVILE ITALIANA
2.12 SOLUZIONI DIGITALI	Individua il numero, la tipologia ed i target dei supporti digitali, a livello regionale e aziendale.	n.a	n.a	Fonte non ufficiale	Consultazione dei siti istituzionali di regioni ed aziende, interviste a referenti aziendali, ricerca di comunicati ed informazioni sulla rete.
2.13 INTEGRAZIONE DEL PERSONALE	L'indicatore rappresenta l'incremento di unità di medici e infermieri rispetto alla dotazione pre Covid-19	n.a	n.a	Il dato sul personale medico e infermieristico arruolato si riferisce anche a procedure in corso e in questi casi riporta il numero di unità totali inserite nel bando di selezione	Ragioneria Generale dello Stato (Conto Annuale). Bollettini Ufficiali regionali e comunicati stampa regionali
2.14 TASSO DI COPERTURA DELLE UNITÀ SPECIALI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE X 50.000 AB. 2.14.1. UNITÀ SPECIALI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE 2.14.2. CURE DOMICILIARI COVID-19	Comparare i trend del numero di USCA attivate con il numero di soggetti ospedalizzati e in isolamento domiciliare	Numero di USCA attivate	Popolazione residente regionale	Fonte non ufficiale	PROTEZIONE CIVILE ITALIANA + Comunicati stampa ASL, testate giornalistiche
2.15 SPERIMENTAZIONI CLINICHE, OFF LABEL, USO COMPASSIONEOLE	Comparare il trend degli studi approvati in confronto a quelli sottomessi all'AIFA. Riportare il numero degli EAP approvati/ per prodotto.	N° di studi autorizzati in corso	N° di studi sottomessi all'AIFA per valutazione CTS	<ul style="list-style-type: none"> • Aggiornamento delle fonti dati • Dettaglio per regione dei dati 	AIFA: Sperimentazioni cliniche - COVID-19
2.15.1 USO COMPASSIONEOLE E OFF-LABEL	Descrivere il trend degli studi interventistici (fasi include) e non. Riportare il numero dei pazienti arruolati per singola regione confrontandolo con il numero degli estimated enrolment (participants)	N° di centri/pazienti per Regione <i>Endpoint primari/secondari Analisi ad interim</i>	n.a.	<ul style="list-style-type: none"> • Aggiornamento delle fonti dati • Dettaglio per regione dei dati 	AIFA: Sperimentazioni cliniche - COVID-19 – Clinicaltrial.gov – Letteratura scientifica

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 *del Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica (Sezione di Igiene) 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 e del Centro di Ricerca e Studi in Management Sanitario (CERISMAS)



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

Andrea Silenzi, Medico di Sanità Pubblica

Angelo Tattoli, Ricercatore ALTEMS

Entela Xoxi, Ricercatore ALTEMS

Contatti:

americo.cicchetti@unicatt.it



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Special Credits



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