

In collaborazione con:

Sezione di Igiene - Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica
Facoltà di Medicina e Chirurgia «A. Gemelli»

Gruppo di Organizzazione Aziendale
Università Magna Graecia di Catanzaro

Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario (Cerismas)
Università Cattolica del Sacro Cuore

Centro di ricerca e studi sulla Leadership in Medicina
Università Cattolica del Sacro Cuore

Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19

Instant REPORT#20: **17 Settembre 2020**

Gruppo di Lavoro

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



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Indice del Documento



OBIETTIVI

NOTA METODOLOGICA E FONTE DEI DATI

CONTESTO NORMATIVO

PROVVEDIMENTI NAZIONALI

PIANI OPERATIVI REGIONALI PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA

LIBRARY INSTANT REPORT

INDICATORI DI MONITORAGGIO DEL CONTAGIO

1.1. INCIDENZA SETTIMANALE X 100.000

1.2. ANDAMENTO ATTUALMENTE POSITIVI

1.3. ANDAMENTO OSPEDALIZZATI

1.4. POSITIVITÀ AL TEST

INDICATORI EPIDEMIOLOGICI

2.1. PREVALENZA PERIODALE E PREVALENZA PUNTUALE

2.2. PREVALENZA PERIODALE 8/9/2020 – 15/9/2020

2.3. PREVALENZA PUNTUALE 8/9/2020 – 15/9/2020

2.4. EVOLUZIONE DECESSI: 2020 VS. 2015-2019

INDICATORI CLINICO-ORGANIZZATIVI

3.1. RICOVERI TI / RICOVERI TOTALI 8/9/2020 E 15/9/2020

3.2. PAZIENTI RICOVERATI IN TI/POSITIVI

3.3. TASSO SETTIMANALE NUOVI TAMPONI X 1.000 AB

3.4. POPOLAZIONE SOTTOPOSTA AL TEST SU RESIDENTI

3.5. CASI DA SOSPETTO CLINICO/CASI TOTALI & CASI DA SCREENING/CASI TOTALI

3.6. RELAZIONE TRA INCIDENZA PER 100.000 ABITANTI E N°TAMPONI EFFETTUATI PER 1.000 ABITANTI

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

3.8. IMPATTO ECONOMICO

3.9. SOLUZIONI DIGITALI

3.10. LIVELLI DI ASSISTENZA PER AREA TERAPEUTICA

3.11. SPERIMENTAZIONI CLINICHE

3.12. APPROFONDIMENTO SUI TEST COVID-19

ANALISI A LIVELLO AZIENDALE

4.1 VOCI DAL CAMPO E BUONE PRATICHE

4.2. CONNESSIONI E SUPPORTI PER LA COMUNICAZIONE DIGITALE

ANALISI DELLA PROGRAMMAZIONE VACCINALE

ANALISI DEI PROFILI REGIONALI

APPENDICE METODOLOGICA

CHI SIAMO



Obiettivi

- Obiettivo di questo documento è presentare un confronto sistematico dell'andamento della diffusione del Sars-COV-2 a livello nazionale e in 6 Regioni italiane, che rappresentano il 52% della popolazione nazionale e che al 15 Settembre hanno il 62% dei positivi al virus rispetto al totale dei positivi sul territorio nazionale e il 75% dei casi. In queste Regioni sono deceduti l'83% delle 35.633 persone che abbiamo perduto dall'inizio del contagio.
- Il gruppo di lavoro dell'Università Cattolica ha elaborato un sistema di indicatori utile a valutare l'effetto che i diversi provvedimenti emergenziali (adottati a livello nazionale e a livello regionale) hanno avuto sull'andamento del contagio e per comprendere le implicazioni sui modelli organizzativi progressivamente adottati sul territorio nazionale.
- La finalità è comprendere meglio le implicazioni delle diverse strategie adottate dalle Regioni per fronteggiare la diffusione del virus e le conseguenze del Covid-19 in contesti diversi per trarne indicazioni per il futuro prossimo e per acquisire insegnamenti derivanti da questa drammatica esperienza.
- Il documento non pretende di essere esaustivo né tantomeno ha l'obiettivo di stilare classifiche o dare giudizi sulle scelte adottate in una situazione di grave emergenza, ma intende offrire a ricercatori e policy makers una base conoscitiva per sviluppare ulteriori analisi per una migliore comprensione di un evento di portata storica e che, se ben analizzato, permetterà di innescare un processo di apprendimento utile alle decisioni future.





Nota metodologica e fonte dei dati

- I dati utilizzati per la realizzazione dell'analisi sono stati estrapolati dal Sito Ufficiale della Protezione Civile aggiornati al **15 Settembre** [1]. Al fine di determinare lo stato di diffusione del virus e valutare conseguentemente le misure attuate nelle Regioni target considerate nella presente analisi (Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte, Veneto, Lazio e Marche) rispetto alle caratteristiche specifiche di ciascun Servizio Sanitario Regionale è stato implementato un modello di elaborazione dati disponibili per l'individuazione di indicatori di carattere epidemiologico e clinico-organizzativo.
- L'analisi ha inoltre previsto la realizzazione, per ciascun indice individuato, di rappresentazioni grafiche che informassero sull'andamento dei trend in analisi e facilitassero la fruizione dei risultati ottenuti su base regionale dall'inizio del mese di Marzo 2020. Ulteriori indicatori sono stati determinati al fine di individuare lo stato di saturazione dei posti letto in terapia intensiva a disposizione di ciascuna Regione rispetto al fabbisogno causato dal diffondersi della pandemia considerando i nuovi allestimenti dei setting assistenziali volti alla gestione della situazione attuale di crisi. A tal fine, è stato fatto riferimento al database reperito sul sito del Ministero della Salute riportante le principali caratteristiche delle strutture ospedaliere Regionali [2].
- Sono stati esclusi i dati relativi agli ultimi giorni del mese di Febbraio 2020 in quanto caratterizzati da estrema variabilità o, per alcune Regioni, da immaturità del dato, e dunque ritenuti fattori confondenti all'interpretazione delle evidenze.
- Infine, sono stati analizzati i principali provvedimenti nazionali e regionali per correlarli al trend degli indicatori analizzati.

Fonte Dati:

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



Contesto normativo (1/5):

Principali provvedimenti nazionali (1/3)



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



Contesto normativo (2/5):

Principali provvedimenti nazionali (2/3)



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



Contesto normativo (3/5):

Principali provvedimenti nazionali (2/3)



| Data | Provvedimento | Sintesi dei contenuti |
|----------------|---|--|
| 29 Luglio 2020 | Delibera del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2020 – Proroga dello Stato di Emergenza | <ul style="list-style-type: none">➤ Proroga dello stato di emergenza fino al 15 Ottobre |
| 14 Agosto 2020 | DECRETO-LEGGE 14 agosto 2020, n. 104 i | <ul style="list-style-type: none">➤ Disposizioni transitorie per la riduzione delle liste d'attesa;➤ Modifiche alle disposizioni per gli incentivi per il personale degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale; |



Contesto normativo (4/5):

Indirizzi clinico organizzativi - Livello nazionale (1/2)



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



Contesto normativo (5/5):

Indirizzi clinico organizzativi - Livello nazionale (2/2)



| Data | Ente | Provvedimento | Sintesi dei contenuti |
|----------------|------|--|---|
| 18 Aprile 2020 | MdS | Circolare del Ministero della Salute del 18/04/2020 - Indicazioni ad interim per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali e sociosanitarie | ➤ Indicazioni clinico – organizzative per la prevenzione e il controllo dell'infezione da COVID 19 in strutture residenziali e sociosanitarie |
| 30 Aprile 2020 | MdS | Decreto del 30 aprile 2020 - Emergenza COVID-19: attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase 1 alla fase 2A di cui all'allegato 10 del DPCM 26/4/202 | ➤ Defizione dei criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario per l'evoluzione della situazione epidemiologica. |
| 9 maggio 2020 | MdS | Circolare del Ministero della Salute del 9 Maggio 2020 - COVID-19: test di screening e diagnostici | ➤ Indicazioni in merito all'utilizzo di test sierologici e molecolari |
| 29 maggio 2020 | MdS | Circolare del Ministero della Salute del 29 Maggio 2020 Ricerca e gestione dei contatti di casi COVID-19 (Contact tracing) ed App Immuni | ➤ Definizione del «contatto stretto» ➤ Definizione delle azioni chiave dopo l'identificazione di un caso ➤ App «Immuni» |
| 1 giugno 2020 | MdS | <u>Circolare</u> del 01 giugno 2020 - Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19 | ➤ Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19. |
| 11 agosto 2020 | MdS | Circolare dell'11 agosto 2020 - Elementi di preparazione e risposta a COVID-19 nella stagione autunno-invernale | ➤ Supporto alla verifica dello stato di preparazione dei sistemi sanitari nelle Regioni/PPAA al fine di poter fronteggiare in modo ottimale un eventuale aumento nel numero di nuove infezioni da SARS-CoV-2 nella stagione autunno-inverno 2020-2021 |



Appendice 1: fonte delle informazioni



| |
|---|
| <p>Abruzzo DGR n. 334 del 15.6.2020 «Art.2 D.L.n.34 del 19 maggio 2020: riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza CoVid-19»</p> |
| <p>Calabria Decreto del Commissario ad Acta 18.06.2020, n. 91 «Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34 -Art. 2 - Documento di riordino della Rete Ospedaliera in Emergenza COVID-19.</p> |
| <p>Campania DGR n 304 del 16/06/2020 «Piano di riorganizzazione/potenziamento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure della Regione Campania</p> |
| <p>Emilia Romagna Delibera Num. 677 del 15/06/2020 "Emergenza Pandemica Covid-19 - Disposizioni In Ordine Al Piano Di Riorganizzazione Dell'assistenza Ospedaliera Di Cui All'art. 2 Del D.L. 19 Maggio 2020, N. 34."</p> |
| <p>Liguria DGR 500 del 16.06.2020 "Piano per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19".</p> |
| <p>Lombardia DGR XI/3264 "Piano di riordino della rete ospedaliera: attuazione dell'Art.2 del DL 34/20</p> |
| <p>Marche DGR 751 del 16/06/2020 Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 in attuazione del D.L. 19 MAGGIO 2020, N. 34 (Misure Urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19)</p> |
| <p>Molise Decreto del Commissario ad Acta «Piano di Riorganizzazione rete ospedaliera per emergenza COVID-19 DL34/2020 – Regione Molise</p> |
| <p>Piemonte DGR 7 -1492 del 12 giugno 2020 «Emergenza COVID – 19 Approvazione del Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID da proporre all'approvazione del Ministero della Salute ai sensi dell' art 2 del DL 34 del 19 maggio 2020».</p> |
| <p>Puglia DGR n. 1079 del 9 luglio 2020 «: Potenziamento della Rete Ospedaliera ai sensi dell'art. 2 del Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34 e del D.M. n.70/2015. Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019.</p> |
| <p>Sardegna Deliberazione N. 28/19 Del 4.06.2020 «Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza Covid-19, ai sensi dell'art. 2, decreto legge 19 maggio 2020, n. 34. Implementazione dei Posti Letto di Terapia Intensiva e Sub Intensiva. Approvazione preliminare.</p> |
| <p>Toscana DGR 741 del 15/06/2020 Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 di cui all'art. 2 del Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34 recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19".</p> |
| <p>Trentino Alto Adige P.A. Bolzano: DGR 437 del 16/06/2020 «Covid-19 - Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza» P.A. Trento Comunicato stampa regionale (https://www.ufficiostampa.provincia.tn.it/Comunicati/Approvato-la-proposta-di-riorganizzazione-della-rete-ospedaliera-post-Covid-piu-che-raddoppiate-le-terapie-intensive)</p> |
| <p>Umbria DGR 483 del 19/06/2020 Piano di riorganizzazione emergenza COVID-19 _ Potenziamento rete ospedaliera (ai sensi dell'art. 2 decreto legge 19 maggio 2020 n. 34).</p> |
| <p>Veneto DGR n. 782 del 16 giugno 2020 «Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria.»</p> |
| <p>Valle d'Aosta DGR n. 584 dell' 08/07/2020 «Regione autonoma Valle d'Aosta - Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera</p> |



Piani Operativi Regionali per il recupero delle liste di attesa



Con tecnologia Bing
© GeoNames, Microsoft, TomTom

Commento

Il Decreto Legge 14 agosto 2020 all' articolo 29 prevede l'utilizzo di strumenti straordinari al fine di corrispondere tempestivamente alle richieste di screening, prestazioni ambulatoriali e ricoveri ospedalieri non erogate nel periodo di emergenza epidemiologica. In particolare, al comma 9 si specifica che le Regioni le regioni e le Province Autonome provvedono, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento, a presentare, al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze, un Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa.

Il cartogramma mostra le regioni che, in seguito all'approvazione del Decreto Legge, hanno deliberato piani di recupero per le liste di attesa. Al 16 settembre sembrerebbe che solo 2 Regioni hanno deliberato in merito, peraltro con approcci abbastanza diversi.

In particolare, la regione Marche ha elaborato un piano di recupero che prevede un' integrazione tra attività istituzionale, attività aggiuntiva e acquisto dal sistema privato.

La regione Toscana, invece, rimanda alle Aziende e agli enti l'elaborazione di un piano di riassorbimento, delle visite e dei ricoveri programmati, per l'erogazione di prestazioni aggiuntive.





Library Instant Report



ALTEMS Instant Report

dal 31 marzo 2020 ad oggi



Fase 1

Fase 2

Fase 3

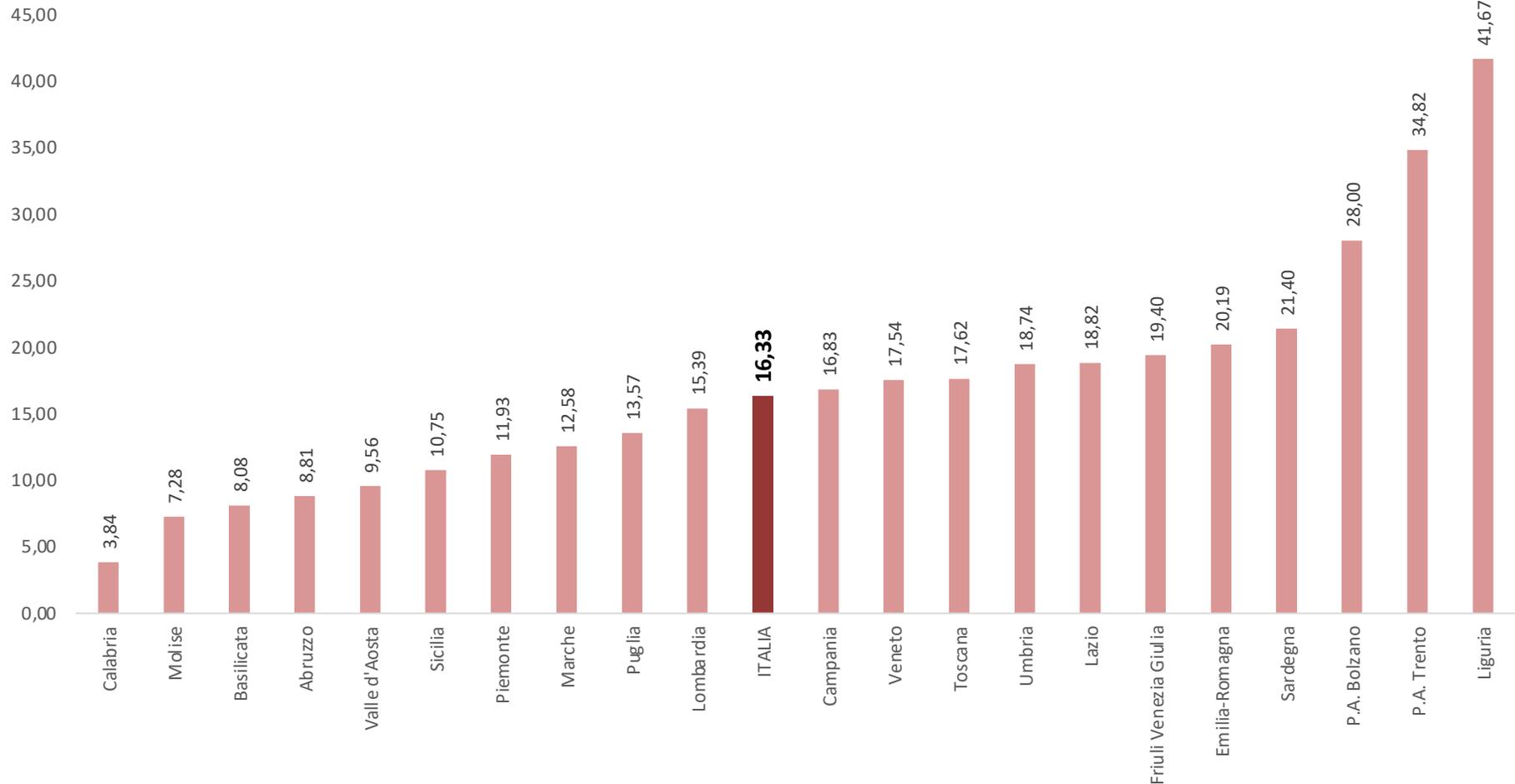




Indicatori di monitoraggio del contagio



Indicatore 1.1. Incidenza settimanale x 100.000

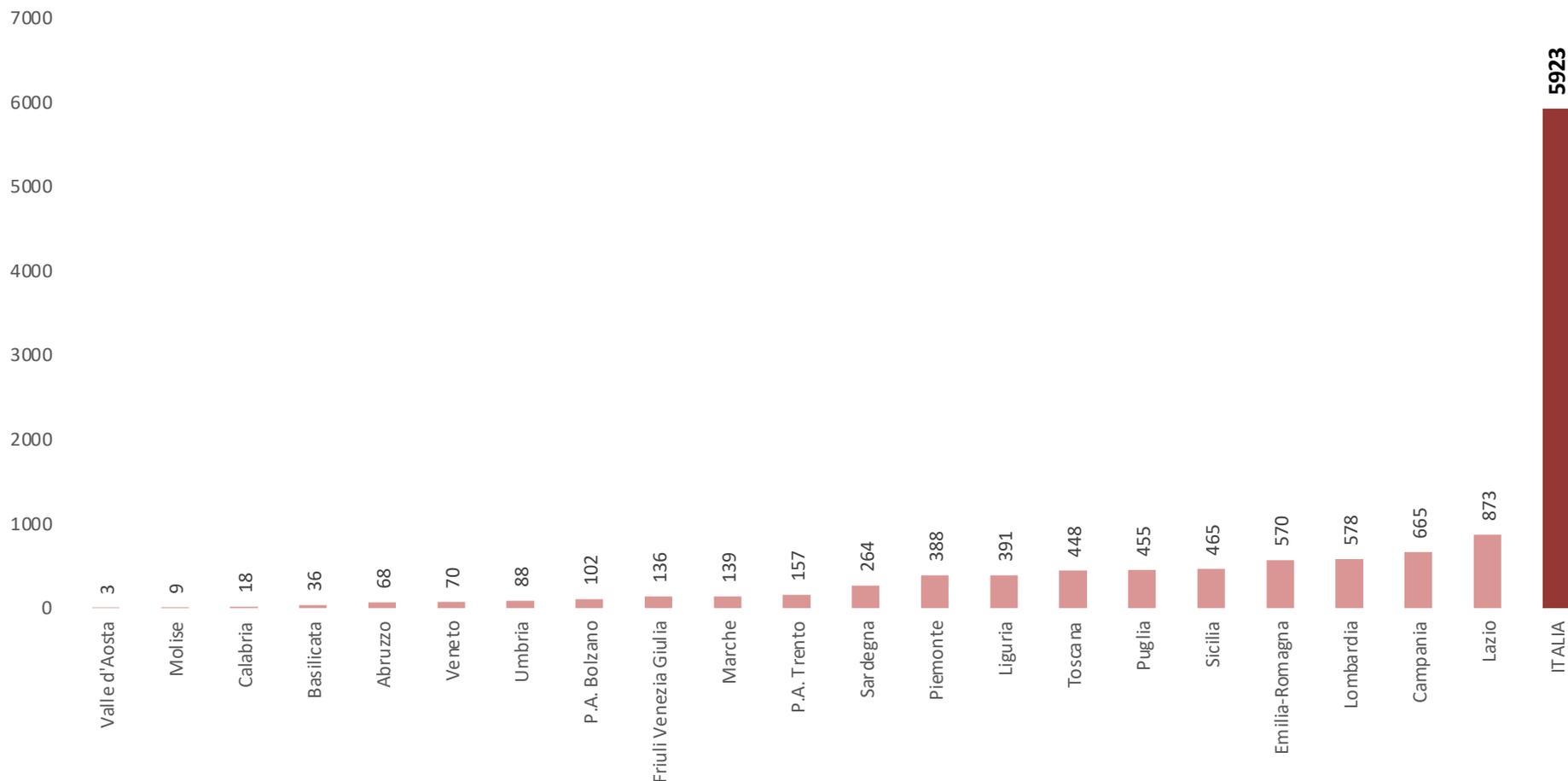


Commento

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



Indicatore 1.2. Andamento attualmente positivi



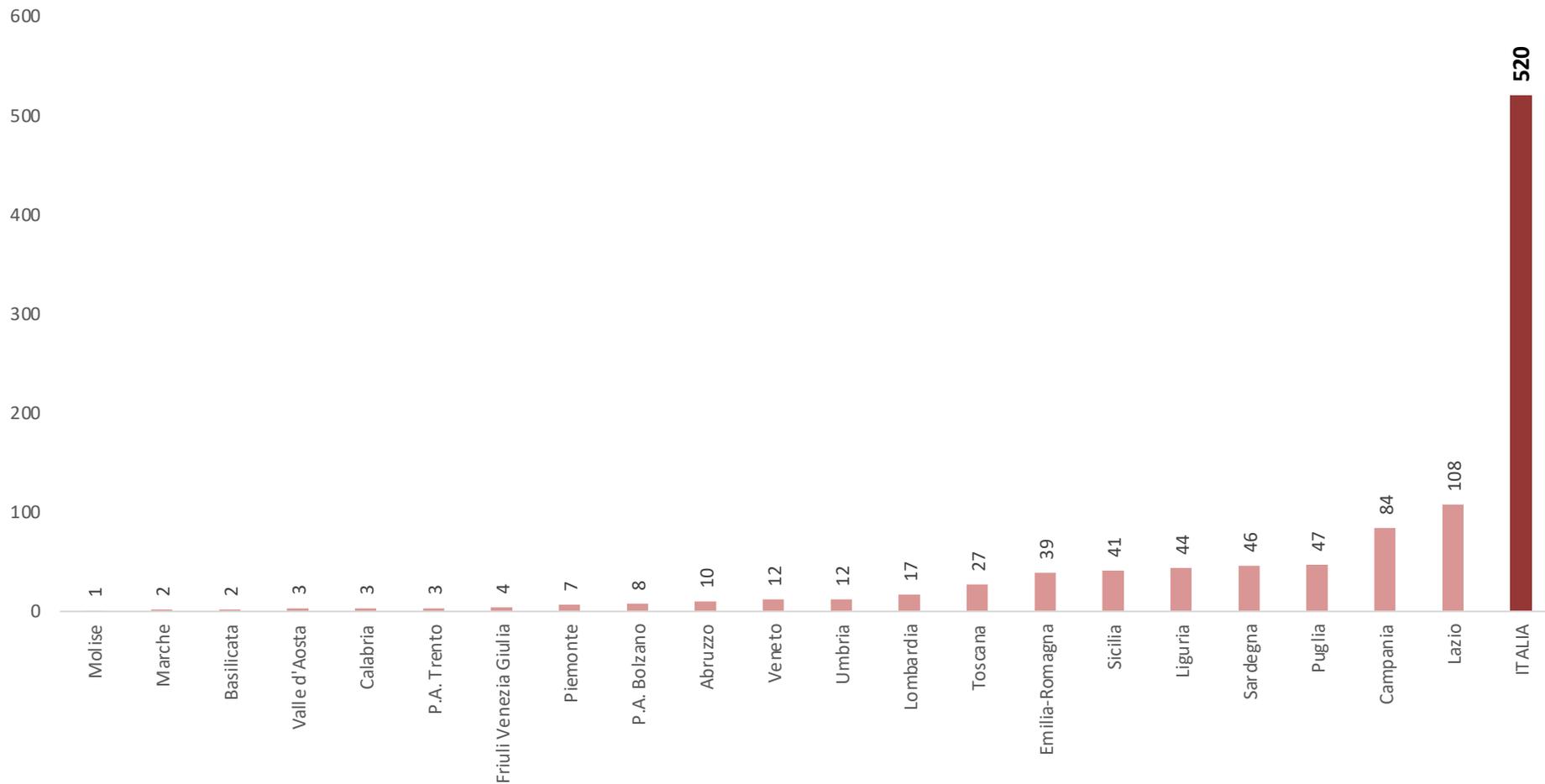
| | |
|--------------|---------------|
| Media | 282,05 |
| Min | 3,00 |
| Max | 873,00 |
| Dev-St | 253,15 |
| Var | 64.084,65 |

Commento

Questo indicatore fornisce un'indicazione sull'andamento dei casi positivi nelle varie Regioni. La differenza maggiore viene registrata nel Lazio, con una variazione di 873. In generale, si sottolinea un andamento crescente con una media di 282 casi (in diminuzione rispetto alla settimana scorsa).



Indicatore 1.3. Andamento ospedalizzati



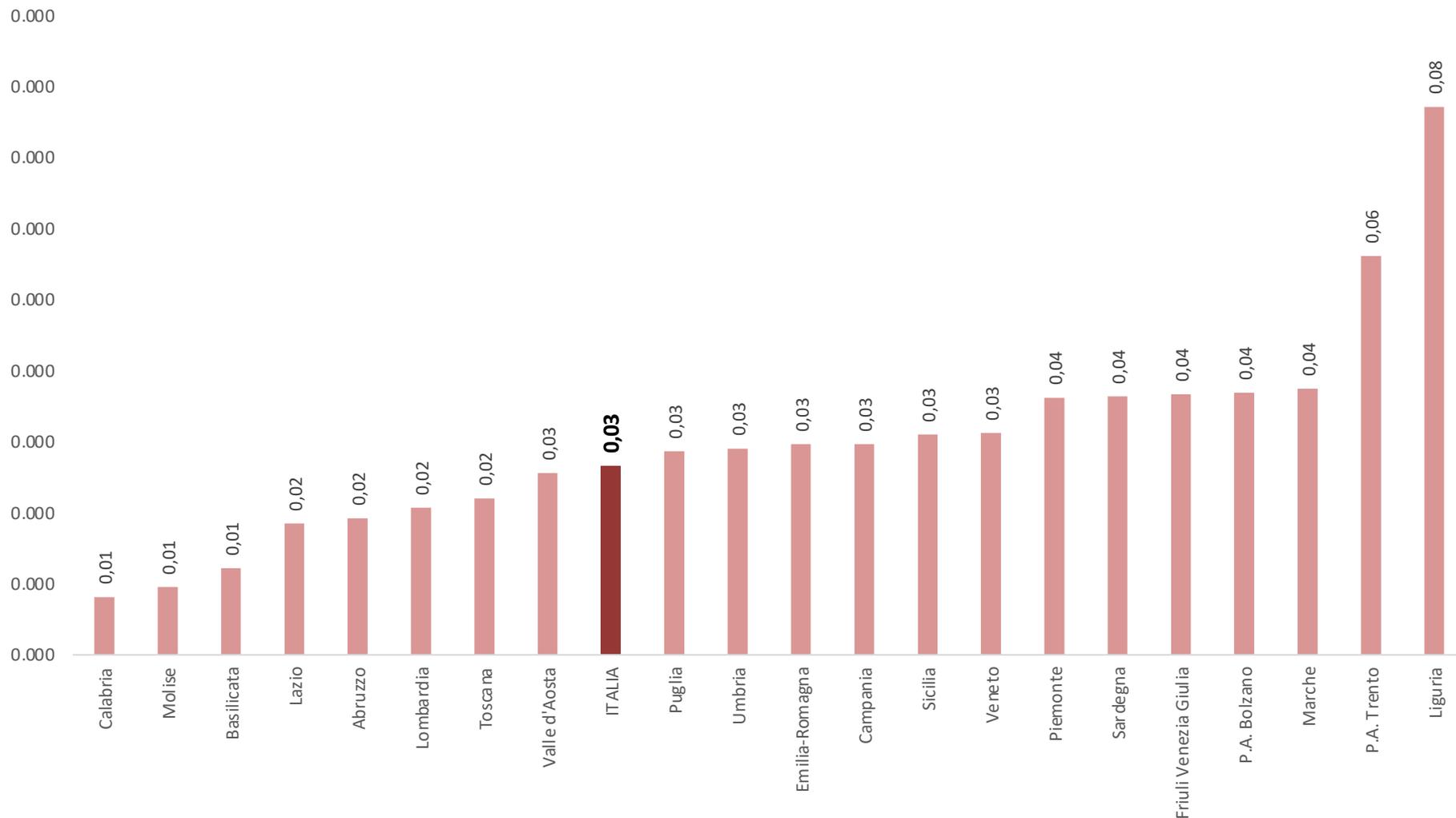
| | |
|--------|--------|
| Media | 24,76 |
| Min | 1,00 |
| Max | 108,00 |
| Dev-St | 29,05 |
| Var | 843,89 |

Commento

Questo indicatore fornisce un'indicazione sull'andamento dei casi ospedalizzati in tutte le Regioni. La differenza maggiore viene registrata nel Lazio con un aumento dei casi ospedalizzati pari a 108. In generale in si registra un andamento crescente pari in media a 24,76 casi ospedalizzati (in aumento rispetto la settimana scorsa).



Indicatore 1.4. Positività al test



Commento

L'indice di positività rispetto ai test effettuati registra un valore massimo di 0,08 in Liguria e 0,06 nella P.A di Trento. In Italia l'indice di positività al test è pari a 0,03: risulta positivo, dunque, 1 paziente su 37 nuovi testati.

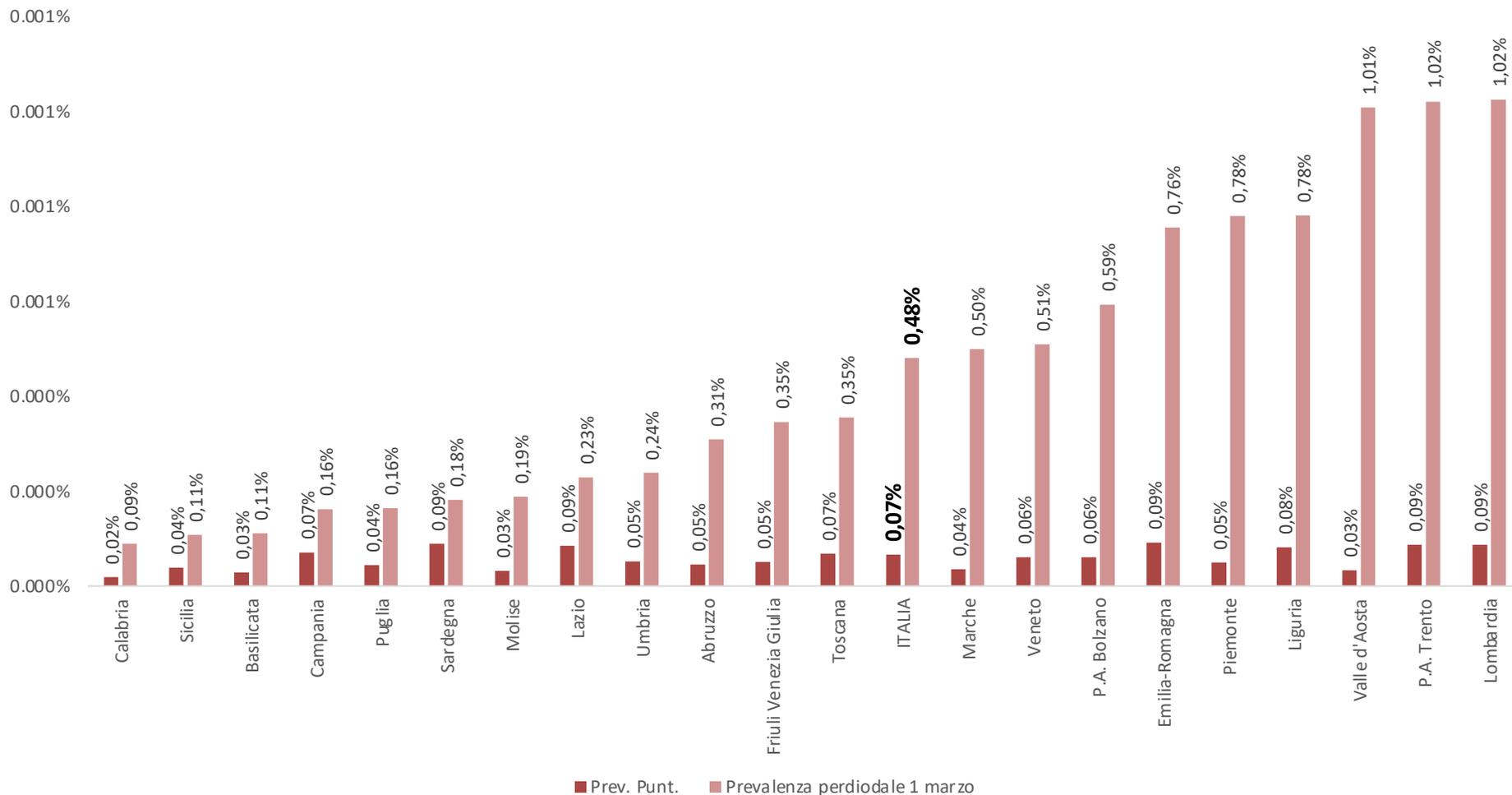




Indicatori epidemiologici



Indicatore 2.1. Prevalenza Periodale* e Prevalenza Puntuale

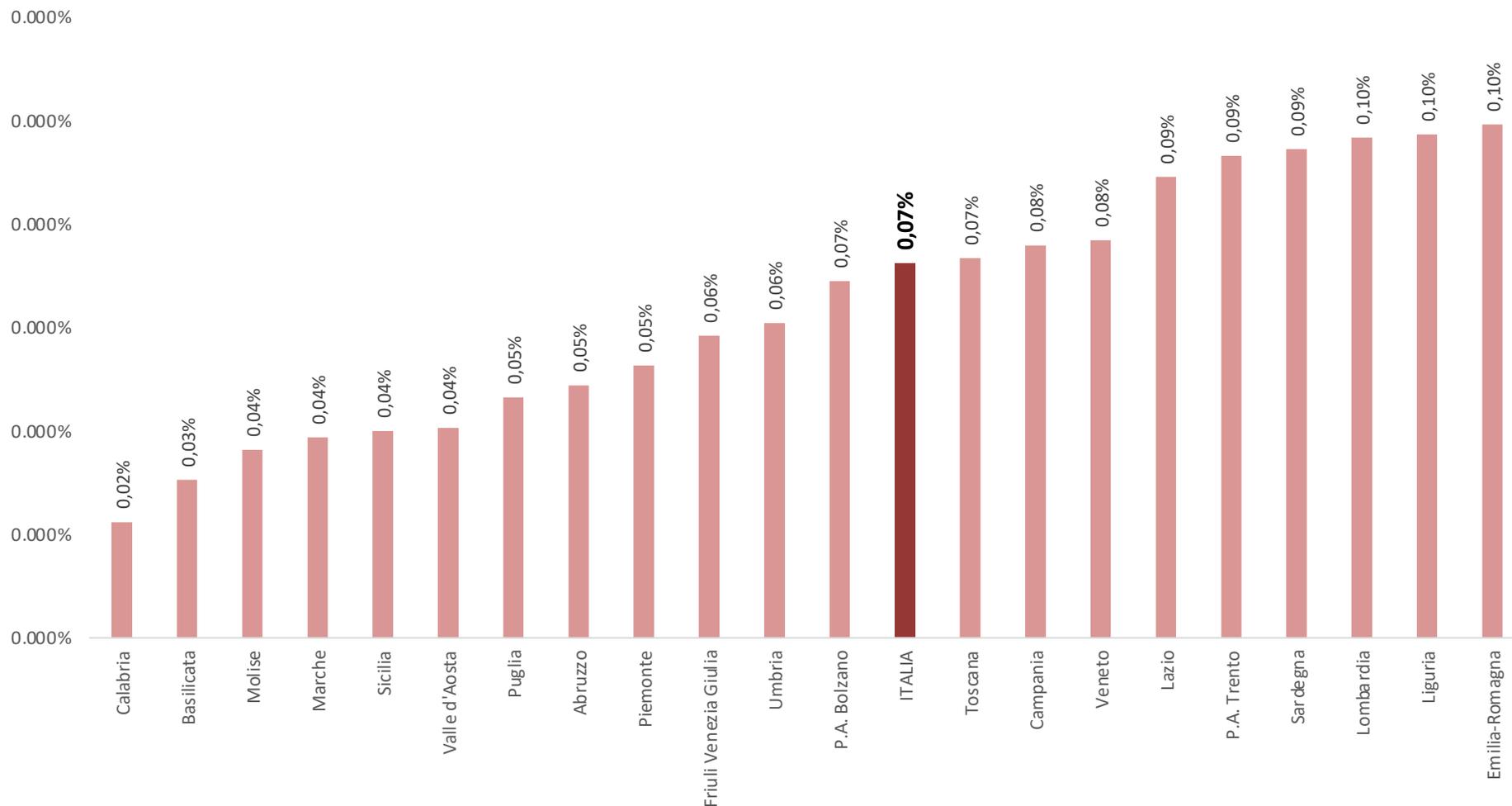


Commento

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

(*) Il dato considera il periodo dal 1 Marzo 2020 al 15 Settembre 2020

Indicatore 2.2. Prevalenza periodale 8/9/2020 – 15/9/2020



Commento

In termini di monitoraggio della prevalenza settimanale si registra un tasso di prevalenza rispetto alla popolazione residente più elevato rispetto alla media nazionale in diverse Regioni (prevalentemente del Nord). Tra le Regioni del centro il Lazio registra un valore dello 0,09%. La prevalenza nell'ultima settimana registrata nel contesto nazionale è pari a 0,07%.



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



Analisi epidemiologica

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

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

Aspetti organizzativi

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

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

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

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

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

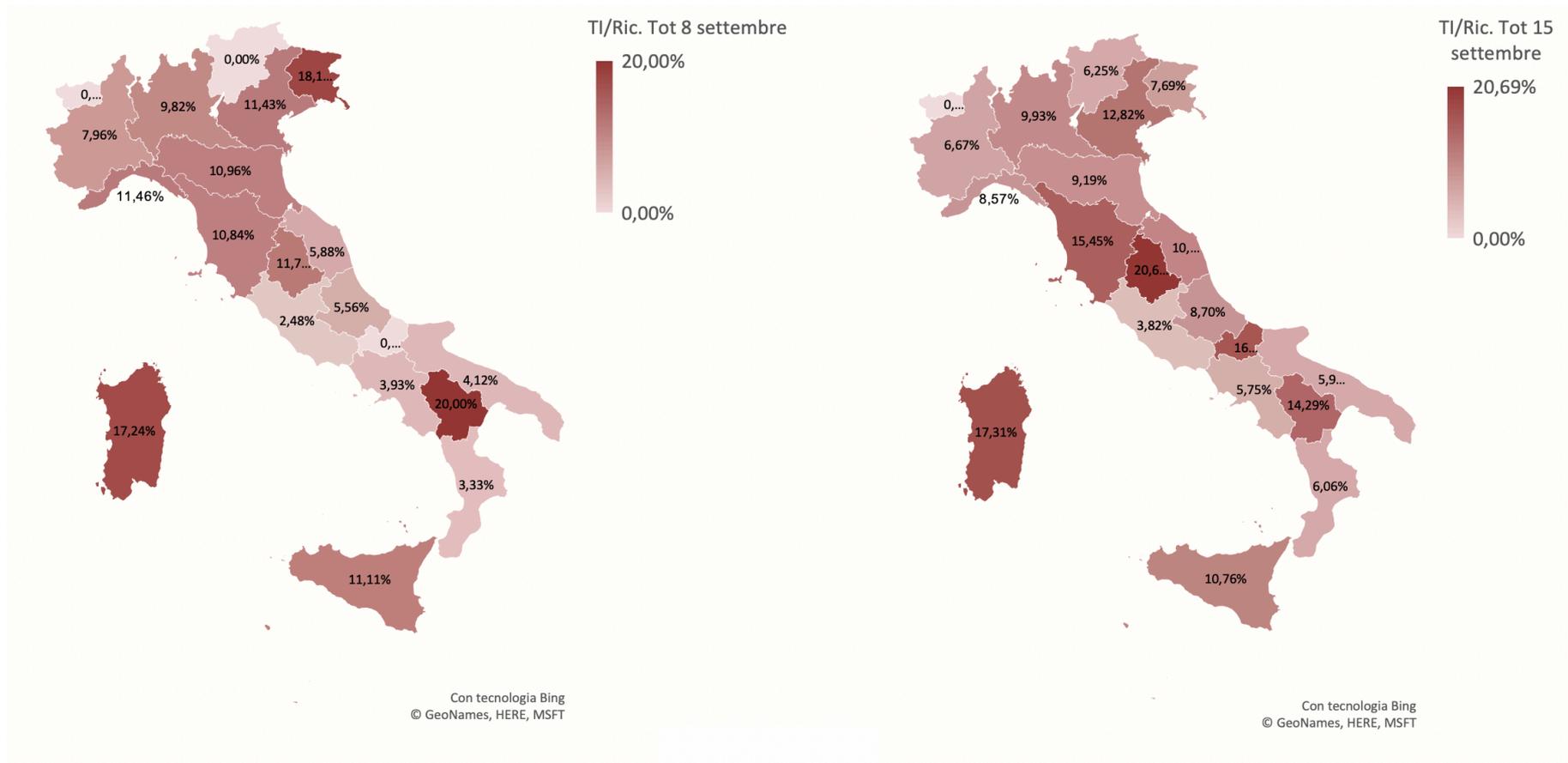
[Rapporto sulla mortalità della popolazione residente a cura di Istat e Isp](#) - **Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità: cause di morte nei deceduti positivi a SARS-CoV-2**



Indicatori clinico-organizzativi



Indicatore 3.1. Ricoveri TI / Ricoveri Totali 8/9/2020 – 15/9/2020

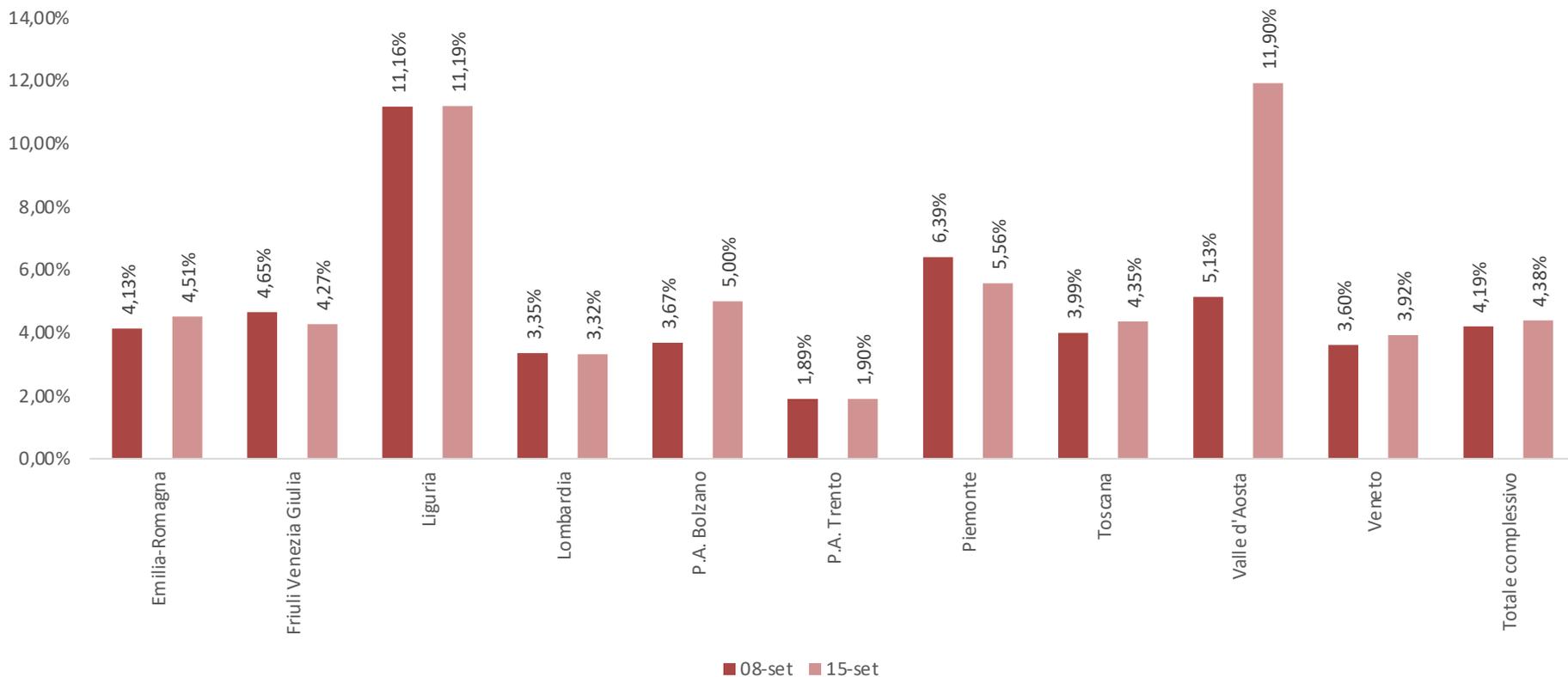


Commento

L'Umbria rappresenta la regione che attualmente registra il rapporto più elevato tra ricoverati in terapia intensiva sui ricoverati totali (20,69%) seguita dalla Sardegna (17,31%). In media, in Italia, il 8,30% dei ricoverati per COVID-19 ricorre al setting assistenziale della terapia intensiva.



Indicatore 3.2. Pazienti ricoverati / Positivi (Nord)



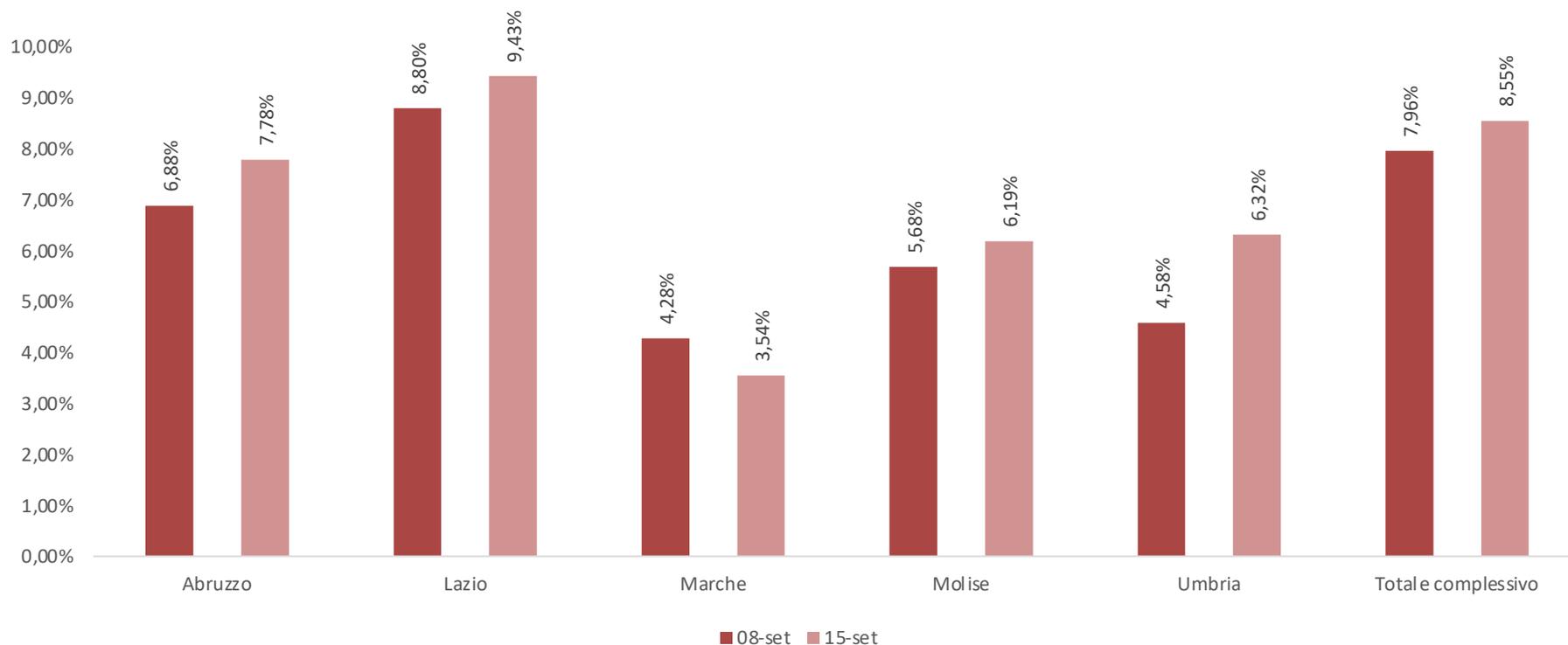
| | Emilia-Romagna | Friuli Venezia Giulia | Liguria | Lombardia | P.A. Bolzano | P.A. Trento | Piemonte | Toscana | Valle d'Aosta | Veneto | Totale complessivo |
|--------|----------------|-----------------------|---------|-----------|--------------|-------------|----------|---------|---------------|--------|--------------------|
| 08-set | 4,13% | 4,65% | 11,16% | 3,35% | 3,67% | 1,89% | 6,39% | 3,99% | 5,13% | 3,60% | 4,19% |
| 15-set | 4,51% | 4,27% | 11,19% | 3,32% | 5,00% | 1,90% | 5,56% | 4,35% | 11,90% | 3,92% | 4,38% |

Commento

L'andamento generale registra pattern diversi nelle Regioni del Nord. In Valle d'Aosta la percentuale di ricoverati sui positivi cresce rispetto alla settimana scorsa, mentre in Piemonte avviene il contrario. Si segnala un andamento pressoché stabile nella Regione Lombardia.



Indicatore 3.2. Pazienti ricoverati / Positivi (Centro)



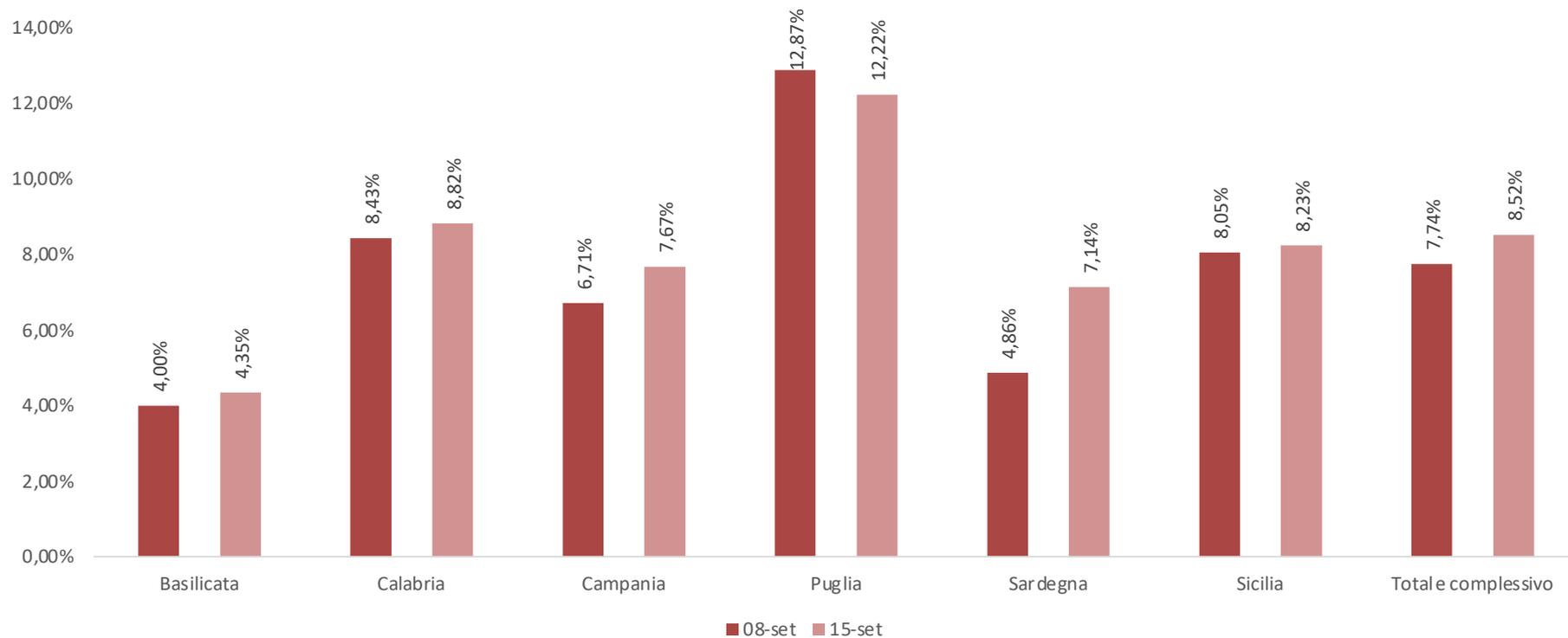
| | Abruzzo | Lazio | Marche | Molise | Umbria | Totale complessivo |
|--------|---------|-------|--------|--------|--------|--------------------|
| 08-set | 6,88% | 8,80% | 4,28% | 5,68% | 4,58% | 7,96% |
| 15-set | 7,78% | 9,43% | 3,54% | 6,19% | 6,32% | 8,55% |

Commento

Nelle Regioni del Centro si registra un andamento in aumento in Abruzzo, Lazio, Molise ed Umbria. Nelle Marche l'indicatore subisce una lieve variazione in diminuzione durante l'ultima settimana.



Indicatore 3.2. Pazienti ricoverati / Positivi (Sud e Isole)



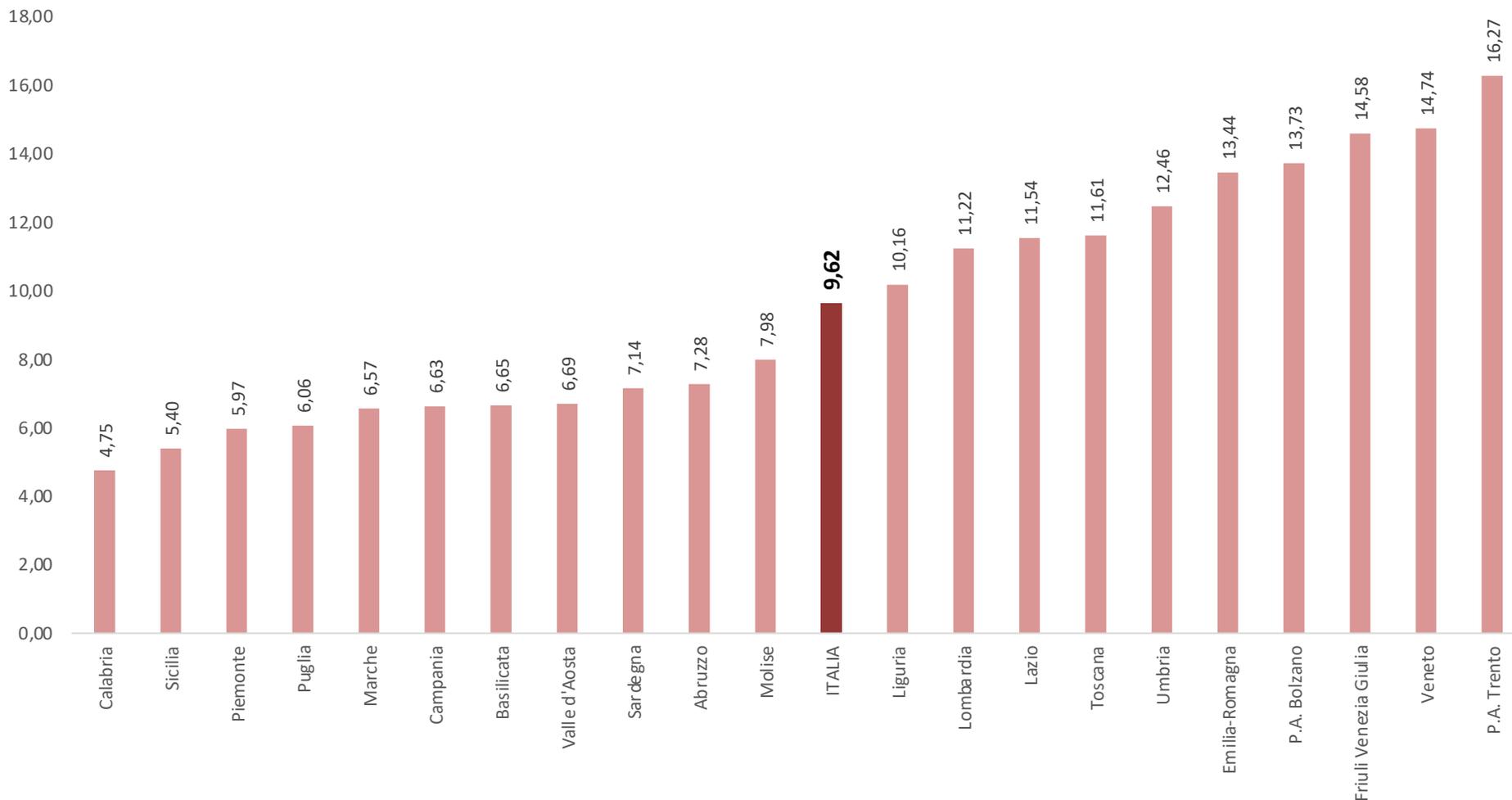
| | Basilicata | Calabria | Campania | Puglia | Sardegna | Sicilia | Totale complessivo |
|--------|------------|----------|----------|--------|----------|---------|--------------------|
| 08-set | 4,00% | 8,43% | 6,71% | 12,87% | 4,86% | 8,05% | 7,74% |
| 15-set | 4,35% | 8,82% | 7,67% | 12,22% | 7,14% | 8,23% | 8,52% |

Commento

L'andamento generale è in aumento nella quasi totalità delle regioni del Sud e delle isole. La Sardegna registra un aumento considerevole di ricoverati nell'ultima settimana.



Indicatore 3.3. Tasso settimanale nuovi tamponi x 1.000 ab

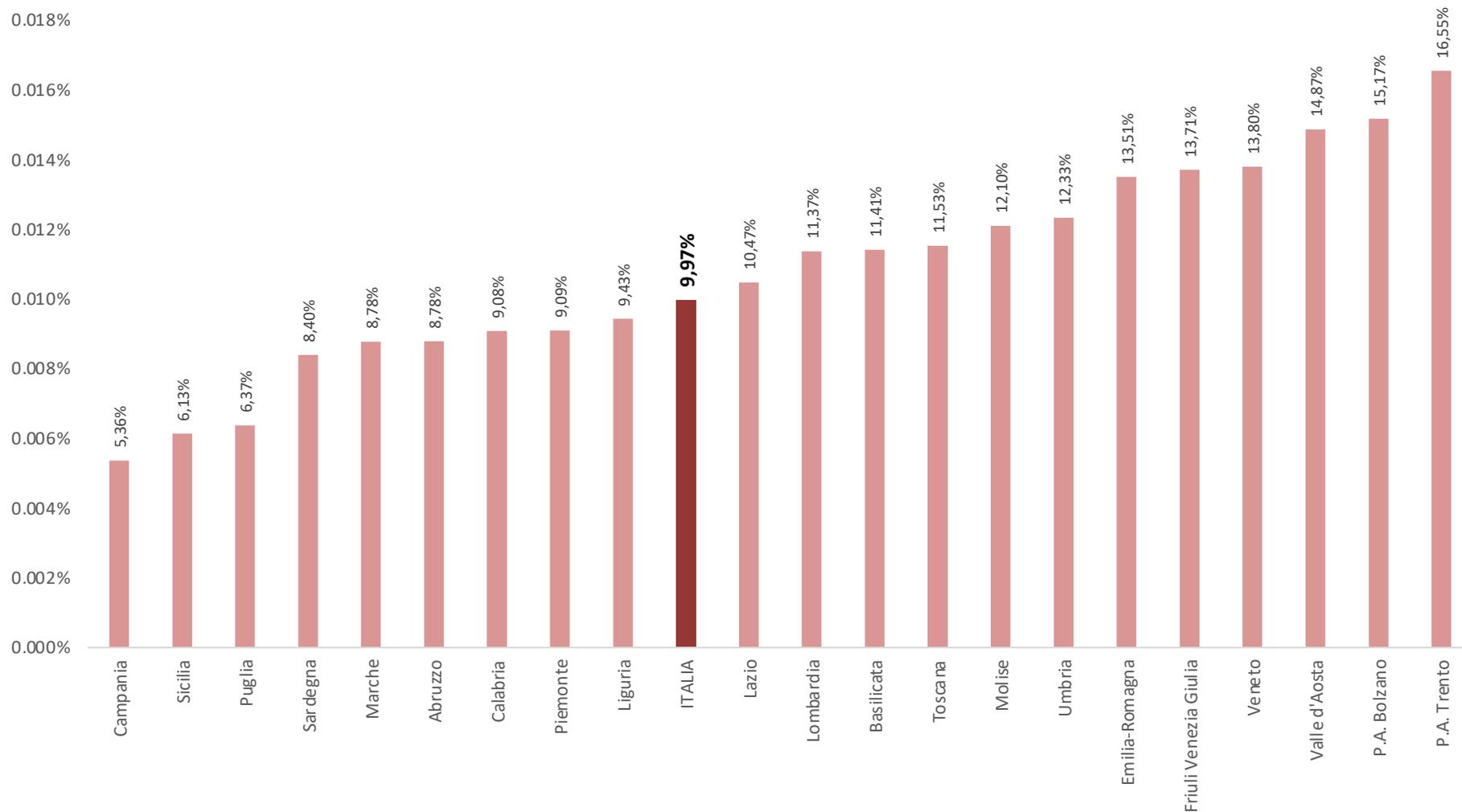


Commento

Relativamente al tasso settimanale di nuovi tamponi, i valori più alti vengono registrati nelle regioni del nord (Veneto e P.A di Trento). Il valore più basso viene registrato nella Regione Calabria (4,75). In media in Italia viene registrato un valore di 9,73 (la scorsa settimana era di 10,60) tamponi effettuati su 1.000 abitanti nella settimana dal 08/09/2020 al 15/09/2020.



Indicatore 3.4. Popolazione sottoposta al test su residenti

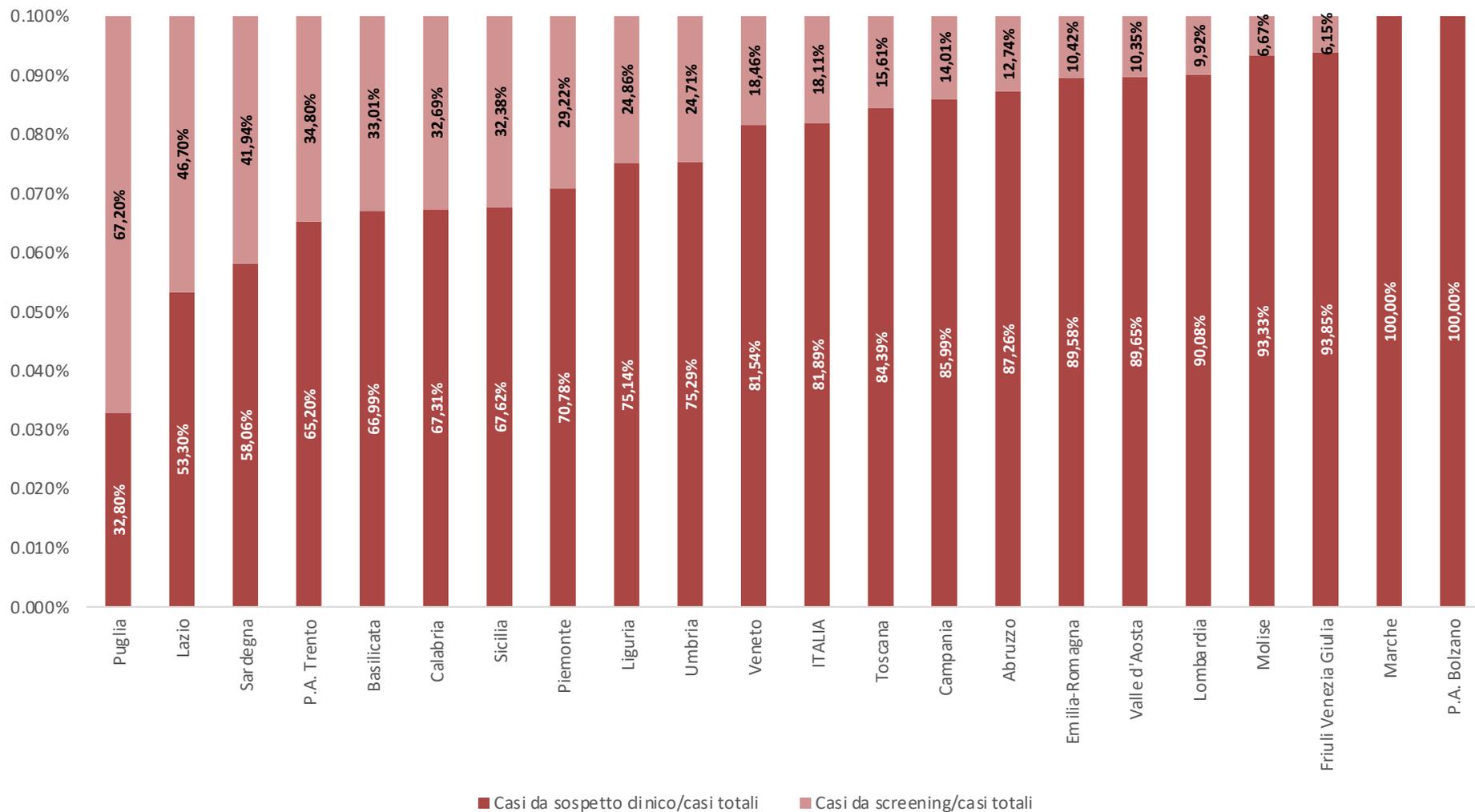


Commento

In termini di testati su residenti totali Trento, la Valle d'Aosta e Bolzano registrano i valori più elevati, rispettivamente 16,55%, 14,87% e 15,17%. In Italia i testati su residenti in media rappresentano il 9,97%.



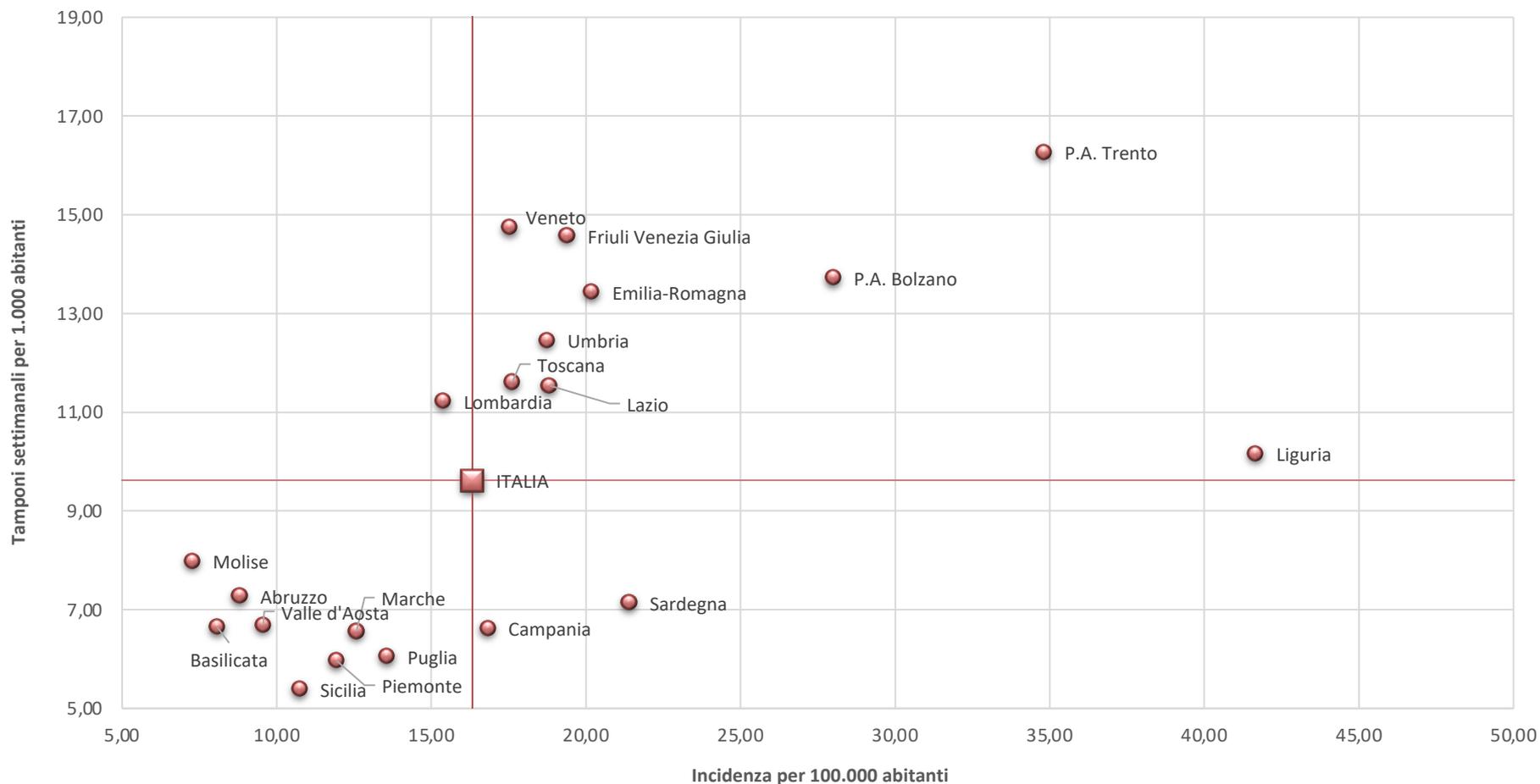
Indicatore 3.5. Casi da sospetto clinico/casi totali & Casi da screening/casi totali



Commento

Nella maggior parte delle Regioni solo una minoranza dei casi accertati di COVID-19 risulta diagnosticata a partire dai test di screening. La Puglia registra il valore più basso nella percentuale di casi totali diagnosticati a partire dal sospetto clinico (33%). Nella maggior parte delle Regioni la quasi totalità dei casi accertati di COVID-19 risulta diagnosticata a partire dal sospetto clinico.

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

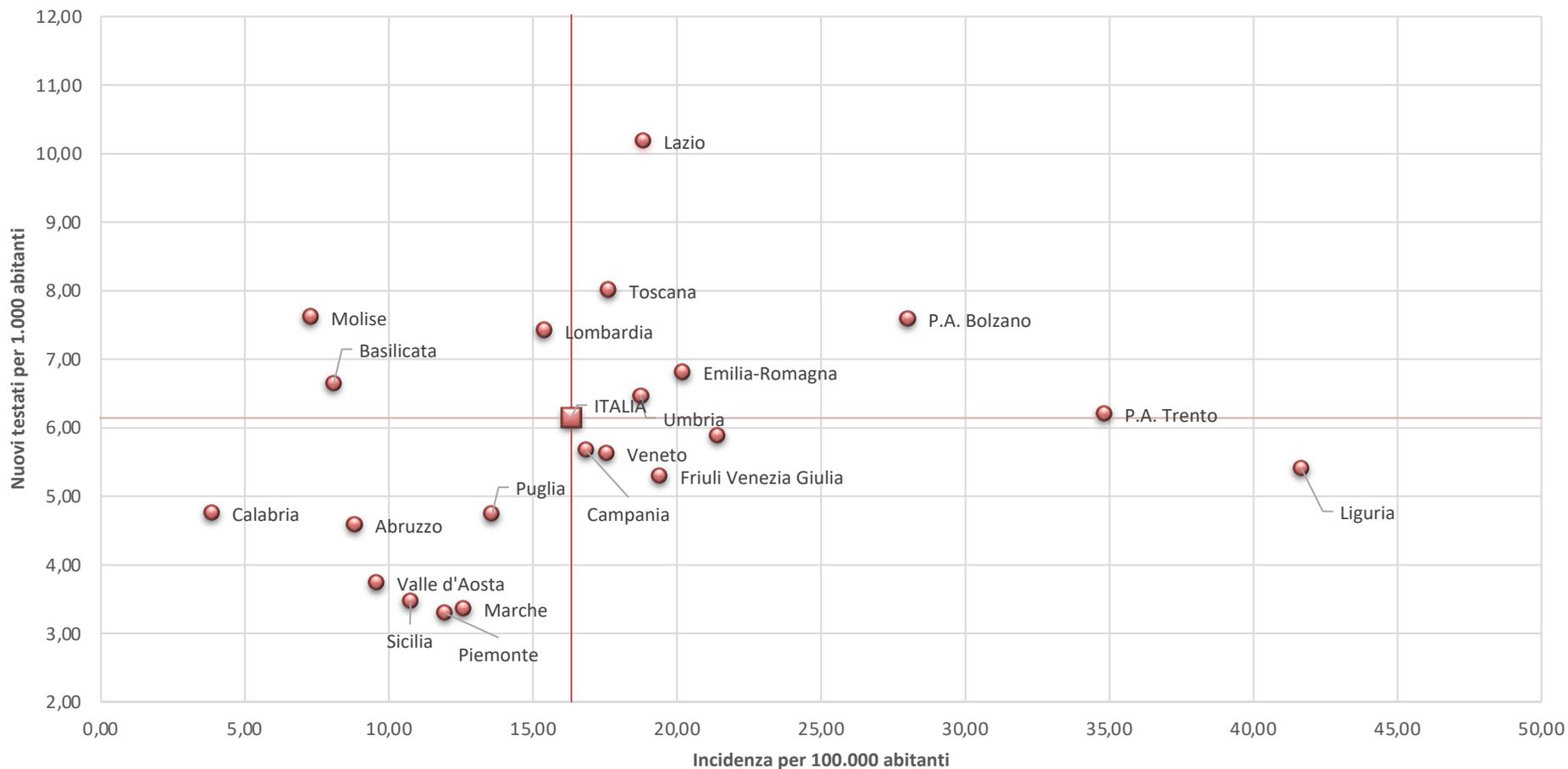


Commento

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



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



Commento

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



Indicatore 3.8. Impatto economico



Sintesi

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

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

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

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

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

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

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

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

Approfondimento
Instant Report #18

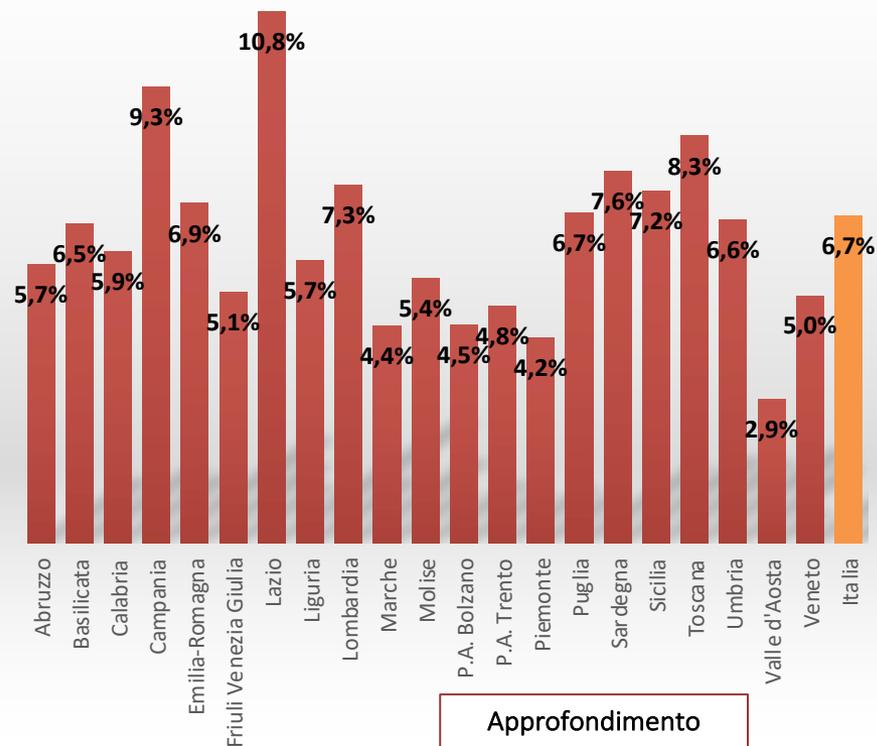


Indicatore 3.8.1. Costi dei tamponi



| Regione | Tamponi | Costi (€) | Costo per caso testato (€) | Variazione % Tamponi e Costi | |
|-----------------------|----------------|-------------------|----------------------------|------------------------------|-------------|
| Abruzzo | 9.594 | 335.790 | 0 | 5,7% | |
| Basilicata | 3.986 | 139.510 | - | 0 | 6,5% |
| Calabria | 10.042 | 351.470 | - | 0 | 5,9% |
| Campania | 44.053 | 1.541.855 | - | 2 | 9,3% |
| Emilia-Romagna | 68.521 | 2.398.235 | 0 | 6,9% | |
| Friuli Venezia Giulia | 17.880 | 625.800 | 1 | 5,1% | |
| Lazio | 73.365 | 2.567.775 | - | 1 | 10,8% |
| Liguria | 14.743 | 516.005 | - | 0 | 5,7% |
| Lombardia | 128.164 | 4.485.740 | - | 1 | 7,3% |
| Marche | 9.638 | 337.330 | 0 | 4,4% | |
| Molise | 1.939 | 67.865 | - | 0 | 5,4% |
| P.A. Bolzano | 6.510 | 227.850 | 0 | 4,5% | |
| P.A. Trento | 9.554 | 334.390 | 1 | 4,8% | |
| Piemonte | 26.117 | 914.095 | - | 0 | 4,2% |
| Puglia | 22.576 | 790.160 | - | 0 | 6,7% |
| Sardegna | 11.405 | 399.175 | - | 0 | 7,6% |
| Sicilia | 27.632 | 967.120 | 1 | 7,2% | |
| Toscana | 49.903 | 1.746.605 | - | 1 | 8,3% |
| Umbria | 11.203 | 392.105 | 0 | 6,6% | |
| Valle d'Aosta | 761 | 26.635 | 0 | 2,9% | |
| Veneto | 83.749 | 2.931.215 | 0 | 5,0% | |
| Italia | 631.335 | 22.096.725 | - | 1 | 6,7% |

Variazione % spesa per tamponi (2 Settembre vs 9 settembre)



Approfondimento
Instant Report #18

Commento

L'analisi si basa sull'assunzione di un costo medio per la realizzazione di un tampone (raccolta campione, testing, refertazione) di 35€. Il costo comprende i materiali di consumo (reagenti) che varia tra i 18€ e i 25€ e il costo del personale. L'impatto organizzativo nei laboratori di microbiologia può essere valutato considerando che il TAT mediano (Turn Around Time) è stato stimato in 8 ore con picchi massimi di 22 ore*. Questi costi vanno letti anche considerando il prezzo dei tamponi realizzati dai centri privati (nelle Regioni in cui questo è consentito) che varia tra 50 e 100 euro.

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

Indicatori 3.9. Soluzioni digitali



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

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

Approfondimento
Instant Report #18



Indicatore 3.10. Livelli di assistenza per area terapeutica

Sintesi – risposta durante la Fase 1



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

Approfondimento
Instant Report #17



Indicatore 3.10. Livelli di assistenza per area terapeutica

Sintesi – proposte per la Fase 2



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



Indicatore 3.11. Sperimentazioni cliniche



- EMA ha avviato la valutazione della domanda di AIC di Dexamethasone Taw
- Vaccini influenzali per la stagione 2020-2021

Approfondimento
Instant Report #18

Indicatore 3.12. Approfondimento sui test COVID-19



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

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

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

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

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

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

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



Indicatore 3.12.1. Approfondimento sui test rapidi



- Sebbene i test per il coronavirus siano in aumento in tutto il mondo, il problema della velocità e della precisione della diagnosi continua a costituire una sfida per le autorità sanitarie.
- Nella seconda metà del 2020 sono stati sviluppati dei test diagnostici rapidi che rilevano la presenza del virus in soggetti infetti. Questi test sono in genere basati sulla rilevazione di proteine virali (antigeni) nelle secrezioni respiratorie (tamponi oro-faringei o saliva). Se l'antigene o gli antigeni virali sono presenti in sufficienti quantità, vengono rilevati mediante il legame ad anticorpi specifici fissati su un supporto, producendo la formazione di bande colorate o fluorescenti. Questi test rapidi possono fornire una risposta qualitativa (si/no) in tempi molto rapidi (circa 30 minuti), e non richiedono apparecchiature di laboratorio, anche se per la lettura dei risultati di alcuni test è necessaria una piccola apparecchiatura portatile. Inoltre, tali test possono essere eseguiti sia nei laboratori (diminuendo la complessità e i tempi di lavorazione) sia anche al "punto di assistenza" (cosiddetto "point of care"), prevalentemente presso stazioni/aeroporti e negli studi dei pediatri e medici di famiglia, da personale sanitario che non necessita di una formazione specialistica.
- I test antigenici rapidi sono in genere però meno sensibili del test molecolare classico eseguito in laboratorio, con una sensibilità (indicata dal produttore) nel migliore dei casi non superiore all'85% (cioè possono non riconoscere 15 soggetti su 100 infetti da SARS-CoV-2), anche se in genere la loro specificità appare buona (riconoscono solo SARS-CoV-2). Recenti validazioni cliniche fatte dai laboratori del SSN hanno mostrato una sensibilità reale di circa il 50% con una specificità superiore al 98%.
- In Italia tali test sono stati utilizzati per la gestione degli screening di massa riferiti ai rientri dalle vacanze da Lazio, Veneto ed Emilia-Romagna mentre la Lombardia al momento ha pubblicamente definito i test antigenici rapidi poco affidabili.





Analisi a livello aziendale

(Voci dal campo e buone pratiche)





AULSS 7 Pedemontana (IR#10)

I processi decisionali al tempo del Covid-19

ATS di Brescia (IR#13)

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

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda (IR#15)

Hub per le reti tempo-dipendenti e di alta specialità

AUSL di Bologna (IR#8)

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

AUSL e AOU di Parma (IR#10)

La Centrale Coordinamento Emergenza Covid-19

AUSL di Imola (IR#17)

Pratiche di gestione strategica nello spegnimento del focolaio di Medicina



Voci dal campo: *overview delle pratiche di riorganizzazione intra-organizzativa*



ASST Pini-CTO (IR#11)

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

Fondazione Poliambulanza (IR#13)

Vivere e lavorare post Covid-19

ASST di Lodi (IR#14)

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

Istituto Nazionale Tumori (IR#16)

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

Ospedale di Sassuolo (IR#9)

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

AOU di Modena (IR#15)

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

AUSL di Reggio-Emilia (IR#15)

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

Policlinico San Martino di Genova (IR#16)

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

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

L'esperienza dell'ospedale Covid Gemelli



Indicatore 4.1. Voci dal campo

L'esperienza dell'AUSL di Reggio Emilia: processi di integrazione nella presa in carico dei pazienti/soggetti Covid-19 (1/3)



Razionale ed obiettivi

Dal 1 luglio 2017, la provincia di Reggio Emilia ha un'azienda sanitaria unica, l'Azienda Usl di Reggio Emilia – IRCCS, nata dalla fusione tra l'attuale Ausl e l'Azienda ospedaliera "Arcispedale Santa Maria Nuova".

Il nuovo assetto porta ad un rafforzamento dei servizi per i cittadini, accompagnato dal contenimento della spesa pubblica e da una maggiore efficienza organizzativa, sia dal punto di vista strutturale che amministrativo.

L'AUSL di Reggio Emilia ha affrontato l'emergenza Covid-19 attraverso la riorganizzazione di tale assetto.

L'Ospedale Guastalla è stato interamente focalizzato sui pazienti affetti da Covid, l'Ospedale Santa Maria è diventato un ibrido diviso tra casi Covid e gestione di urgenze chirurgiche e ortopediche, mentre gli Ospedali di Scandiano e Montecchio sono stati chiusi per recuperare risorse professionali.

L'alleanza con il privato accreditato ha svolto un ruolo cruciale nella riorganizzazione dell'attività chirurgica programmata.



Indicatore 4.1. Voci dal campo

L'esperienza dell'AUSL di Reggio Emilia: processi di integrazione nella presa in carico dei pazienti/soggetti Covid-19 (2/3)



Risultati

A seguito della riorganizzazione aziendale è stato possibile conseguire i seguenti risultati:

- sospensione di gran parte dell'attività chirurgica programmata;
- utilizzo delle sale operatorie per le sole procedure con codice A;
- chiusura di tre punti nascita coerente con una riduzione del tasso di natalità dovuta ad una riduzione dei flussi migratori in entrata;
- accordo con il privato accreditato per il trasferimento di casi di tumore provenienti da tre unità (vascolare, urologica e toracica). Le strutture private sono state utilizzate da chirurghi del pubblico remunerando il privato con il 15% del DRG;
- recupero all'interno delle strutture della rete di posti letto e anestesisti da dedicare ai pazienti Covid;
- creazione di un reparto interamente Covid chirurgico;
- creazione di una sala operatoria unicamente per Covid;
- programmazione attività grazie ad un Network informale con Piacenza che forniva i dati necessari;
- miglioramento continuo del ragionamento clinico e delle prestazioni sanitarie grazie al confronto con un network di anestesisti lombardi e l'Istituto Mario Negri;
- costante comunicazione interna per dare ritmo a organizzazione e favorire unità aziendale.



Indicatore 4.1. Voci dal campo

L'esperienza dell'AUSL di Reggio Emilia: processi di integrazione nella presa in carico dei pazienti/soggetti Covid-19 (3/3)



Apprendimento per il futuro

Organizzazione a rete

- Incontri giornalieri (i cosiddetti CORONA 16) con medici e infermieri creano coesione e garantiscono una tensione continua verso il miglioramento dei processi di cura.
- Rilevanza del dato a supporto delle decisioni del gruppo di lavoro COVID.
- E' opportuno sfruttare il momento «epocale» per realizzare cambiamenti rilevanti nella progettazione e ridisegno dei processi di cura.

Alleanza con privato accreditato

- L'obiettivo è quello di ridurre le liste di attesa per il pubblico e saturare l'attività del privato.

Visione orizzontale di rete

- La creazione di una azienda unica garantisce una maggiore rapidità decisionale ed una più facile redistribuzione di compiti e responsabilità tra i nodi della rete.
- E' importante avere una visione integrata del processo di cura ed assistenza.

Network nazionale

- Il bollettino della Protezione Civile non è sufficiente, è necessario favorire il flusso di informazioni tra regioni e aziende sanitarie.

Ringraziamenti - Si ringrazia l'AUSL di Reggio Emilia, per la condivisione dell'esperienza, in particolare la dottoressa Maria Teresa Montella (Responsabile gestione operativa) per le informazioni fornite ai fini della realizzazione del presente documento.



Voci dal campo: overview



Conessioni e supporti per la comunicazione digitale

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



Indicatore 4.2. Connessioni e supporti per la comunicazione digitale



Contenuti siti web aziende sanitarie regionali relative a Covid-19

| Regione | Numero contenuti mappati | Instant Report ALTEMS |
|----------------|--------------------------|------------------------------------|
| Emilia-Romagna | 449 (21,1%) | Instant Report #7 |
| Lazio | 447 (21,0%) | Instant Report #10 |
| Lombardia | 335 (15,7%) | Instant Report #6 |
| Marche | 109 (5,1%) | Instant Report #11 |
| Piemonte | 319 (15,0%) | Instant Report #9 |
| Veneto | 469 (22,0%) | Instant Report #8 |
| Totale | 2128 (100%) | |

Approfondimento
[Instant Report #13](#)

Commento

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





Analisi della programmazione vaccinale

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

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

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



Analisi della programmazione vaccinale – 1/3



| Regione | Programmazione vaccinale |
|-----------------------|---|
| Lombardia | <p>Programmata la fornitura di vaccinazioni antinfluenzali e anti-pneumococciche per la campagna vaccinale 2020/2021. Con un totale di 12 procedure aperte da marzo in poi, è stato ad ora aggiudicato un quantitativo di circa 2,3 mln di dosi di vaccino antinfluenzale. È stata aperta una nuova procedura (scadenza 21 settembre) per la fornitura di altre 1,5 mln di dosi entro il 21 novembre.</p> |
| Piemonte | <p>Sottoscritta la convenzione, a favore delle Aziende del Servizio Sanitario della Regione Piemonte e dell'Azienda USL Valle d'Aosta, per la fornitura di vaccino antinfluenzale inattivo tetravalente (Vaxigrip Tetra) per la campagna di vaccinazione stagione 2020-2021 con 1.100.000 dosi in capitolato per il Piemonte. Il vaccino è destinato ai soggetti a partire dai 6 mesi di età, a rischio perché affetti da patologie croniche predisponenti a complicanze, o per età, o perché appartenenti ad altre "categorie a rischio", come da raccomandazioni ministeriali. La vaccinazione antinfluenzale sarà gratuita anche nei soggetti over 60. Anticipata la campagna di promozione della vaccinazione antinfluenzale nei mesi di agosto e settembre per essere operativi dal mese di ottobre.</p> |
| Veneto | <p>Il Piano di Emergenza Covid-19 per l'autunno 2020 della Regione Veneto ribadisce l'importanza della vaccinazione antinfluenzale (anche nella popolazione pediatrica), in previsione di una co-circolazione di virus influenzali e SARS-CoV-2. Azienda Zero ha acquistato oltre 1,3 mln di dosi di vaccino antinfluenzale ed è in valutazione un altro appalto specifico per la fornitura di vaccini per le Aziende Sanitarie della Regione Veneto.</p> <p>Si prevede di anticipare la conduzione delle campagne di vaccinazione antinfluenzale e offrire la vaccinazione ai soggetti eleggibili in qualsiasi momento della stagione influenzale. Gli obiettivi di copertura, per tutti i gruppi target, sono il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale.</p> <p>Prevista campagna di vaccinazione anti-pneumococcica rivolta ai soggetti fragili ospiti delle strutture residenziali per anziani, nonché campagna vaccinale anti-pneumococcica per tutti i nuovi 65enni e di recupero rispetto ai soggetti già invitati ma non vaccinati (drop out).</p> <p>In corso di ultimazione interfaccia (integrata con anagrafe vaccinale regionale) per la registrazione puntuale delle vaccinazioni effettuate da operatori e servizi diversi dal Servizio Vaccinale del SISP.</p> <p>I medici delle USCA saranno coinvolti in modo diretto nelle campagne vaccinali, in integrazione con i servizi del SISP e del Distretto e a supporto dei MMG.</p> |
| Emilia-Romagna | <p>Anticipato l'avvio della campagna per la vaccinazione antinfluenzale 2020-2021 all'inizio di ottobre 2020. Il quantitativo complessivo disponibile ha visto un incremento del 20% rispetto alla campagna precedente, per un totale di 1.200.000 dosi (con la possibilità, prevista dal contratto, di un incremento ulteriore del 20% in caso di necessità).</p> <p>Attiva dal 16 luglio la Convenzione per la fornitura del vaccino antinfluenzale split quadrivalente "Fluarix Tetra".</p> |
| Liguria | <p>In riferimento alla campagna antinfluenzale 2020/2021, si evidenzia l'esistenza di un appalto specifico nell'ambito del sistema dinamico di acquisizione su piattaforma informatica Consip Spa, ai sensi dell'art. 55 D.Lgs. n. 50/2016, per l'affidamento della fornitura di Vaccini Antinfluenzali occorrenti alle AA.SS.LL., EE.OO. e I.R.C.C.S. della Regione Liguria, per la Campagna Vaccinale 2020/2021 (con opzione di rinnovo per ulteriori dodici mesi). Lotti n. 4. Numero gara Anac 7782511. Importo complessivo biennale presunto di gara comprensivo del quinto d'obbligo € 7.617.600,00 (IVA esclusa).</p> <p>Stanziati 2.5 milioni di euro complessivi per offrire gratuitamente la vaccinazione antinfluenzale ai cittadini in età pediatrica (tra i 6 mesi e fino al compimento dei 6 anni) e tra i 60 e i 64 anni, fasce di popolazione per le quali a livello nazionale è prevista una 'raccomandazione' ma non la gratuità. Le risorse stanziati serviranno anche per offrire gratuitamente la vaccinazione anti-pneumococcica ai soggetti di età compresa tra i 66 e i 75 anni, nel momento in cui effettueranno la vaccinazione antinfluenzale. Avvio della campagna vaccinale antinfluenzale per la stagione 2020/2021 il 5 ottobre 2020.</p> <p>Sono state acquistate il 50% in più delle dosi di vaccino rispetto allo scorso anno (complessivamente oltre 500mila dosi). Avvio azione di informazione sanitaria nei confronti della popolazione, rivolta in particolare alla popolazione over 60, alle Rsa e al personale sanitario, ovvero sulle categorie maggiormente esposte.</p> |

Analisi della programmazione vaccinale – 2/3



| Regione | Programmazione vaccinale |
|------------------------------|--|
| Valle d'Aosta | Gara regionale centralizzata per l'affidamento della fornitura di vaccini antinfluenzali per la campagna di vaccinazione stagione 2020-2021 e la prestazione dei servizi connessi a favore delle Aziende sanitarie delle regioni Piemonte e Valle d'Aosta – lotti 1 e 2, per un valore economico pari a €5.436.100,00. L'AUSL Valdostana ha ordinato il 40% di dosi di vaccino in più rispetto al 2019, per un totale di 30.000 dosi. |
| Friuli Venezia Giulia | In riferimento alla campagna antinfluenzale 2020/2021, le dosi acquistate sono state 1 milione 306mila 830 (cifra incrementabile di un ulteriore 20% fino a 1.567.000). Incremento del 40%, rispetto alla stagione precedente, per un totale di 350.000 dosi di vaccino per dare avvio alla campagna antinfluenzale 2020-2021 anticipata alla prima settimana di ottobre. |
| PA di Trento | In riferimento alla campagna antinfluenzale 2020/2021, non si registra nessuna gara avviata per la fornitura dei vaccini. |
| PA di Bolzano | In riferimento alla campagna antinfluenzale 2020/2021, si evidenzia un appalto relativo alla fornitura di vaccini antinfluenzali all'azienda sanitaria della P.A. di Bolzano per le campagne vaccinali 2020/2021, 2021/2022 e 2022/2023, per un valore economico pari a €1.150.500. In attesa di 73.500 dosi, il 47% in più rispetto allo scorso anno. |
| Marche | Ad oggi non risultano presenti linee di programmazione per la campagna vaccinale 2020/2021. |
| Lazio | A decorrere dal 15 settembre 2020, la vaccinazione antinfluenzale e la vaccinazione anti-pneumococcica saranno obbligatorie per tutti i cittadini over-65 anni e per tutto il personale sanitario. Sarà svolta inoltre sul territorio un'attività di rinforzo per la raccomandazione ai bambini dai 6 mesi ai 6 anni tramite i Pediatri di Libera Scelta. Attivate convenzioni per la fornitura di 1,5 mln di dosi di vaccinazione anti-pneumococcica e 2,4 mln di dosi di vaccinazione antinfluenzale. |
| Toscana | Ad oggi non risultano presenti linee di programmazione per la campagna vaccinale 2020/2021. |
| Abruzzo | Anticipazione campagna antinfluenzale all'1 ottobre. Forte raccomandazione per i bambini tra i 6 mesi e i 6 anni, per tutti i cittadini over 60 e per gli operatori sanitari e sociosanitari. Per tali categorie la vaccinazione sarà gratuita. Aggiudicato l'appalto per l'affidamento della fornitura del Vaccino Influenzale occorrente alle Aziende del Servizio Sanitario della Regione Abruzzo e della Regione Molise. L'aggiudicazione soddisfa la metà del quantitativo richiesto dalle due Regioni a 188.000 e 60.000 dosi. |

Analisi della programmazione vaccinale – 3/3



| Regione | Programmazione vaccinale |
|-------------------|--|
| Molise | Ad oggi non risultano presenti linee di programmazione per la campagna vaccinale antinfluenzale 2020/2021. Aggiudicato l'appalto per l'affidamento della fornitura del Vaccino Influenzale occorrente alle Aziende del Servizio Sanitario della Regione Abruzzo e della Regione Molise. L'aggiudicazione soddisfa la metà del quantitativo richiesto dalle due Regioni che ammonta rispettivamente a 188.000 e 60.000 dosi. |
| Umbria | Deliberate linee di indirizzo per le aziende sanitarie per la realizzazione della campagna di vaccinazione antinfluenzale e del programma di vaccinazione antipneumococcica per la stagione 2020-2021. Il documento prevede che la campagna di vaccinazione antinfluenzale dovrà essere avviata all'inizio del mese di ottobre. |
| Basilicata | Aggiudicazione Appalto per l'affidamento della fornitura di vaccinazioni antinfluenzali e anti-pneumococciche per la campagna vaccinale 2020/2021. Determina dirigenziale n°20AB.2020\ d.00186 DEL 4 SETTEMBRE 2020. Al fine di evitare la dissimulazione di focoli di contagio è stato previsto la promozione e l'incentivazione nel coinvolgimento dei MMG e PLS. |
| Calabria | Programmata la fornitura di vaccinazioni antinfluenzali, con appalto specifico per la fornitura di vaccini antiinfluenzali per la campagna 2020/2021. A decorrere dal 15 settembre 2020 si dispone nel territorio regionale l'obbligo di vaccinazioni anti influenzali per soggetti di età superiore ai 65 anni; medici e personale sanitario, socio sanitario e di assistenza, operatori di servizio delle strutture di assistenza, anche se volontariato. Il tutto deve essere assolto entro e non oltre il 31 gennaio 2021, salvo proroghe dettate dal provvedimento di attuazione in relazione alla curva pandemica. Indetto un appalto specifico per l'acquisizione di vaccini vari ad uso umano occorrenti alle Aziende Sanitarie della Regione Calabria (scadenza bando 23/7/2020). |
| Puglia | Programmata la fornitura di vaccinazioni antinfluenzali, con appalto specifico per la fornitura di vaccini antiinfluenzali per la campagna 2020/2021. Al fine di ridurre la circolazione del virus influenzale, approvato regolamento per l'esecuzione obbligatoria della vaccinazione per gli operatori sanitari. |
| Campania | Delibera DG n° 1081 del 31/08/2020 -01/09/2020 -16/09/2020. Convenzioni SO.RE.SA. Spa per l'affidamento della Fornitura Di Vaccini Per Le AA.SA.LL, Della Regione Campania XIV Appalto Specifico da Vaccini Presa D'atto Determinazione SORESA n. 244 Del 12.06.2020 Adesione alle Convenzioni. |
| Sicilia | Programmata la campagna vaccinale 2020/2021. La campagna vaccinale partirà il 5 ottobre 2020 Decreto Assessoriale n. 743 del 13 agosto 2020. Obbligo di vaccinazioni anti influenzali per gli operatori sanitari e operatori pubblica utilità. |
| Sardegna | Programmata la fornitura di vaccinazioni antinfluenzali e anti-pneumococciche per la campagna vaccinale 2020/2021. Delibera G.R. n°31 del 18 giugno 2020 linee guida regionali per progetto aziendale per la campagna vaccinale antinfluenzale 2020\2021, per un totale di 189.000 dosi, con mandato alle ATS. |



Analisi dei profili regionali

In vista della ripresa delle attività di settembre, si continuano ad adoperare i dati pubblicati giornalmente dalla Protezione Civile per seguire l'andamento epidemiologico nelle varie Regioni; il Ministero della Salute ha regolamentato il rientro da Paesi a rischio con una ordinanza del 12 agosto, che diverse Regioni hanno successivamente recepito ed ampliato con provvedimenti ad hoc. I modelli di risposta all'emergenza nelle varie Regioni vengono caratterizzate secondo le dimensioni epidemiche, la sorveglianza epidemica e la programmazione per la ripresa (recupero prestazioni sanitarie, sicurezza scolastica, etc).

Approfondimento
[Instant Report #19](#)





Appendice Metodologica

Approfondimento
Instant Report #14



Chi Siamo



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

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

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

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



Gruppo di Lavoro Covid19

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

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

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

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

Rocco Reina, Professore di Organizzazione Aziendale, Università Magna Graecia

Michele Basile, Ricercatore ALTEMS

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

Eugenio Di Brino, Ricercatore ALTEMS

Maria Giovanna Di Paolo, Ricercatore ALTEMS

Andrea di Pilla, Medico di Sanità Pubblica in Formazione

Fabrizio M. Ferrara, Ricercatore ALTEMS

Luca Giorgio, Ricercatore ALTEMS e Università di Bologna

Maria Teresa Riccardi, Medico di Sanità Pubblica in Formazione

Filippo Rumi, Ricercatore ALTEMS

Martina Sapienza, Medico di Sanità Pubblica in Formazione

Andrea Silenzi, Medico di Sanità Pubblica

Angelo Tattoli, Ricercatore ALTEMS

Entela Xoxi, Ricercatore ALTEMS



Contatti:

americo.cicchetti@unicatt.it

Special Credits



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

Gruppo di Organizzazione Aziendale

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

In collaborazione con i gruppi di lavoro di:

Giovanni Schiuma, Ingegneria Gestionale, Università della Basilicata;

Primiano Di Nauta, Organizzazione Aziendale, Università di Foggia;

Raimondo Ingrassia, Organizzazione Aziendale, Università di Palermo

Paola Adinolfi, Organizzazione Aziendale, Università di Salerno

Chiara di Guardo, Organizzazione Aziendale, Università di Cagliari

