

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

Instant REPORT#14: 02 Luglio 2020

Gruppo di Lavoro

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



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Indice del Documento



OBIETTIVI

NOTA METODOLOGICA E FONTE DEI DATI

CONTESTO NORMATIVO

PROVVEDIMENTI NAZIONALI

PREPAREDNESS

RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

LIBRARY INSTANT REPORT

INDICATORI DI MONITORAGGIO DEL CONTAGIO

1.1. INCIDENZA SETTIMANALE X 100.000

1.2. ANDAMENTO ATTUALMENTE POSITIVI

1.3. ANDAMENTO OSPEDALIZZATI

1.4. POSITIVITÀ AL TEST

INDICATORI EPIDEMIOLOGICI

2.1. TOTALE ATTUALMENTE POSITIVI

2.2. TOTALE CASI

2.3. TOTALE TAMPONI

2.4. PREVALENZA PERIODALE E PREVALENZA PUNTUALE

2.5. PREVALENZA PERIODALE 23/6/2020 – 30/6/2020

2.6. PREVALENZA PUNTUALE 23/6/2020 – 30/6/2020

INDICATORI CLINICO-ORGANIZZATIVI

3.1. RICOVERI TI / RICOVERI TOTALI 23/6/2020 E 30/6/2020

3.2. PAZIENTI RICOVERATI IN TI/POSITIVI

3.3. TASSO SETTIMANALE NUOVI TAMP. X 1.000 AB

3.4. POPOLAZIONE SOTTOPOSTA AL TEST SU RESIDENTI

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

3.6. CASI DA SCREENING/CASI TOTALI

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

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

3.9. PL DI TI PRE-EMERGENZA COVID - 19, DURANTE LA FASE 1 E A REGIME COME DA PROGRAMMAZIONE REGIONALE (DL34/2020)

3.10. RAPPORTO TRA PL TI ATTIVATI DURANTE LA FASE 1 E QUELLI PREVISTI A REGIME DALLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

3.11. SOLUZIONI DIGITALI

3.12. LIVELLI DI ASSISTENZA PER AREA TERAPEUTICA

3.13. SPERIMENTAZIONI CLINICHE

3.14. 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 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 30 Giugno hanno il 90% dei positivi al virus rispetto al totale dei positivi sul territorio nazionale e il 78% dei casi. In queste Regioni sono deceduti l'83% delle 34.767 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 **30 Giugno** [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 (1/4):

Principali provvedimenti nazionali (1/2)



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 (2/4):

Principali provvedimenti nazionali (2/2)



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	<u>Decreto Legge</u> 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 (3/4):

Indirizzi clinico organizzativi - Livello nazionale (1/2)



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

Contesto normativo (4/4):

Indirizzi clinico organizzativi - Livello nazionale (2/2)



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

Preparedness (1/2)

Piano Nazionale di Preparazione e Risposta per una Pandemia Influenzale



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

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

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

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

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

Preparedness (2/2)

Piani Pandemici Regionali

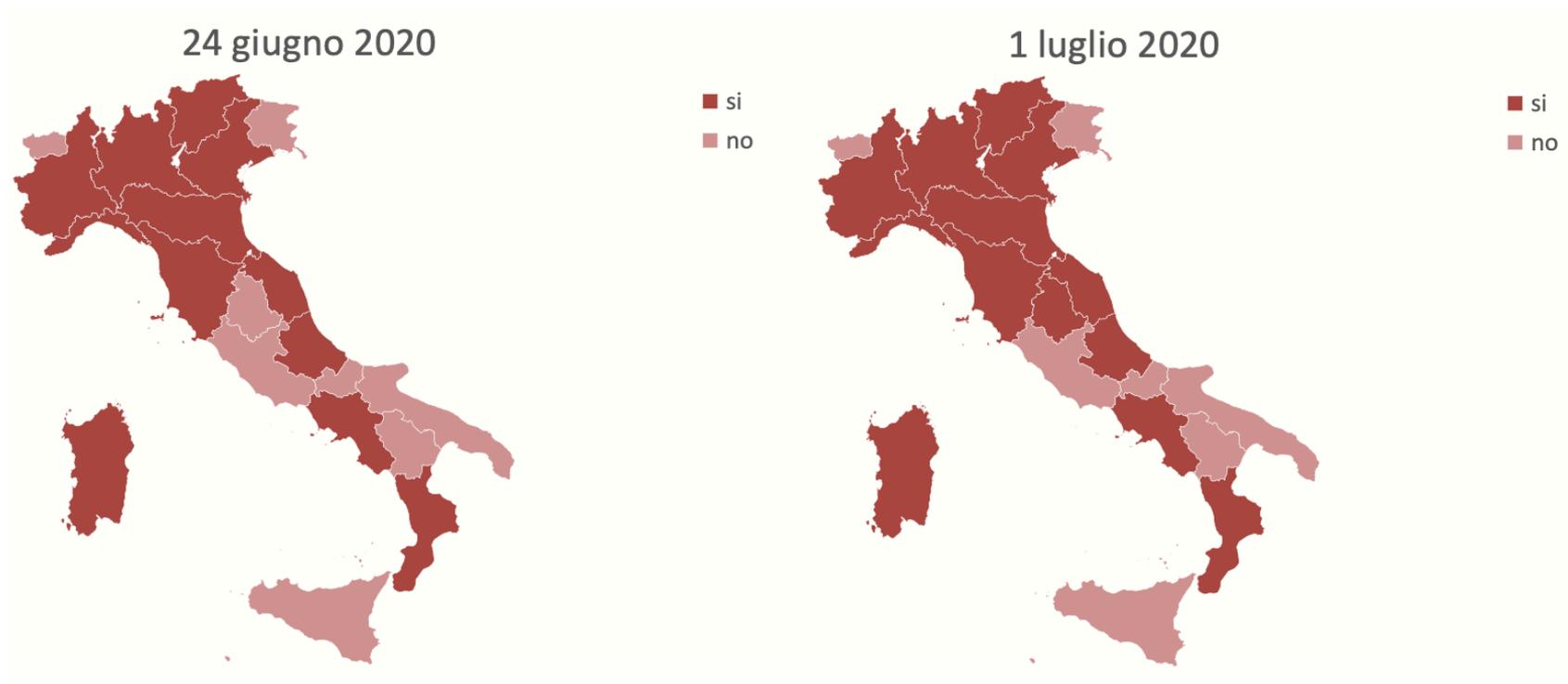


Abruzzo	<ul style="list-style-type: none">DGR n. 389 del 27 luglio 2009 - Strategie e misure di preparazione e risposta a una pandemia influenzale nella Regione Abruzzo
Calabria	<ul style="list-style-type: none">DGR n. 667 del 26 ottobre 2009 - Piano Pandemico Regionale
Campania	<ul style="list-style-type: none">DGR n. 1203 del 3 luglio 2009 - Piano di preparazione e risposta a una pandemia influenzale
Emilia Romagna	<ul style="list-style-type: none">DGR n. 975 del 2 luglio 2007 - Piano regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale
Friuli Venezia Giulia	<ul style="list-style-type: none">DGR n. 1230 del 20 maggio 2009 - Strategie e misure di preparazione e risposta a una pandemia influenzale nella Regione Friuli Venezia Giulia
Lazio	<ul style="list-style-type: none">DGR n. 302 del 24 aprile 2008 - Piano regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale
Liguria	<ul style="list-style-type: none">DGR n. 572 del 01 giugno 2007 - Piano regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale
Lombardia	<ul style="list-style-type: none">DCR VIII/216 del 2 ottobre 2006 - Piano pandemico regionale di preparazione e risposta per una pandemia influenzaleCircolare DG Sanità 22/SAN/2009 del 14 settembre 2009 - Piano Pandemico Regionale - Aggiornamento a seguito del manifestarsi della Pandemia Influenzale A/H1N1v

Marche	<ul style="list-style-type: none">DGR n. 1371 del 26 novembre 2007 - Piano di preparazione e risposta a una pandemia influenzale - Regione Marche
Molise	<ul style="list-style-type: none">DGR n. 1939 del 20 novembre 2006 - Piano Pandemico Regionale per il Molise
Piemonte	<ul style="list-style-type: none">DGR n. 10-11769 del 20 luglio 2009 - Piano per l'organizzazione regionale della risposta alle emergenze infettive
Sardegna	<ul style="list-style-type: none">Nota n. 34990 del 27 dicembre 2006 - Piano regionale della Pandemia influenzaleDeliberazione N. 51/23 del 17 novembre 2009 - Piano pandemia influenzale Regione Sardegna
Sicilia	<ul style="list-style-type: none">Decreto Assessoriale 10 agosto 2009 - Piano regionale per le pandemie
Toscana	<ul style="list-style-type: none">DGR n. 1198 del 29 dicembre 2008 - Piano Pandemico RegionaleDGR n. 828 del 21 settembre 2009 - Rischio di pandemia da influenza umana da virus A/H1N1v: specifiche linee di intervento ad integrazione del Piano Pandemico Regionale approvato con DGR 1198/2008
Umbria	<ul style="list-style-type: none">DGR n. 963 del 11 giugno 2007 - Piano pandemico Regione Umbria
Veneto	<ul style="list-style-type: none">DGR n. 323 del 13 febbraio 2007 - Piano regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale

La riorganizzazione della rete ospedaliera

(art. 2 DL 34 del 19 maggio 2020)



Commento

Il Decreto Legge n. 34 del 19 maggio all'articolo 2 sancisce che le Regioni, tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da COVID-19 in corso, garantiscono l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure. Inoltre, la circolare del Ministero della Salute del 29 maggio 2020 integra e definisce le linee guida per la riorganizzazione.

Al 1 luglio 2020 ben **13** Regioni su 20 (+ 1 rispetto al precedente aggiornamento) hanno deliberato specifici piani di riorganizzazione dell'attività ospedaliera per il potenziamento della rete ospedaliera e delle terapie intensive. A livello nazionale, al momento si conferma l'esistenza di una differenza regionale basata sulla diffusione del virus. La totalità delle regioni, in cui il virus ha **circolato in maniera molto consistente**, ha approvato piani di riorganizzazione della rete ospedaliera. La maggior parte delle regioni, in cui il virus ha **circolato a livello di intensità media**, hanno deliberato i suddetti piani: fanno eccezione il Lazio e la Puglia. Tra le regioni che hanno registrato **un numero di casi limitati**, sono ancora poche quelle che hanno approvato in Giunta Regionale piani di riorganizzazione ospedaliera.

Programmazione della rete ospedaliera per Covid-19



È stato deliberato il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in ottemperanza all' art. 2 del DL 34/2020?*

	SI	NO
Erano stati precedentemente implementati piani di riorganizzazione della rete ospedaliera per fa fase 2?	SI	NO
	Emilia-Romagna Liguria Lombardia Marche Toscana Umbria Veneto	Lazio Sicilia
	Abruzzo Calabria Campania Piemonte Sardegna Trentino Alto-Adige	Basilicata Friuli Venezia Giulia Molise Puglia Valle d'Aosta

Commento

La matrice mette in relazione i diversi approcci programmatori delle regioni adottati per la rete ospedaliera, distinguendo le delibere approvate in ottemperanza all' art 2 del DL 34/2020 da documenti di programmazione ospedaliera precedentemente approvati per la fase 2. Sono **7** le regioni, prevalentemente caratterizzate da una consistente circolazione del virus, che hanno deliberato piani di riorganizzazione della rete ospedaliera in risposta a quanto richiesto dal DL 34/2020 e che avevano già riorganizzato l'assistenza ospedaliera. All'opposto, invece, sono 5 le regioni, tendenzialmente di piccole dimensioni e con una bassa circolazione del virus, che – al momento – non hanno approvato alcun piano di riorganizzazione ospedaliera. Altre **6** regioni, che precedentemente non avevano riorganizzato l'assistenza ospedaliera, hanno approvato piani in risposta all'art. 2 del DL 34/2020. Infine, Lazio e Sicilia, al momento non hanno approvato piani di riorganizzazione ospedaliera come richiesto dal DL 34 ma avevano precedentemente definito un piano di riorganizzazione per la fase 2.

Appendice 1 : fonte delle informazioni



Abruzzo

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

Calabria

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

Campania

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

Emilia Romagna

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

Liguria

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

Lombardia

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

Marche

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

Piemonte

Comunicato stampa regionale (<https://www.regione.piemonte.it/web/pinforma/notizie/nuovo-piano-riorganizzazione-della-rete-ospedaliera>)

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>)

Sardegna

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

Toscana

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

Umbria

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

Veneto

Comunicato stampa regionale (<https://www.regione.veneto.it/article-detail?articleId=4911385>)



Library Instant Report

ALTEMS Instant Report

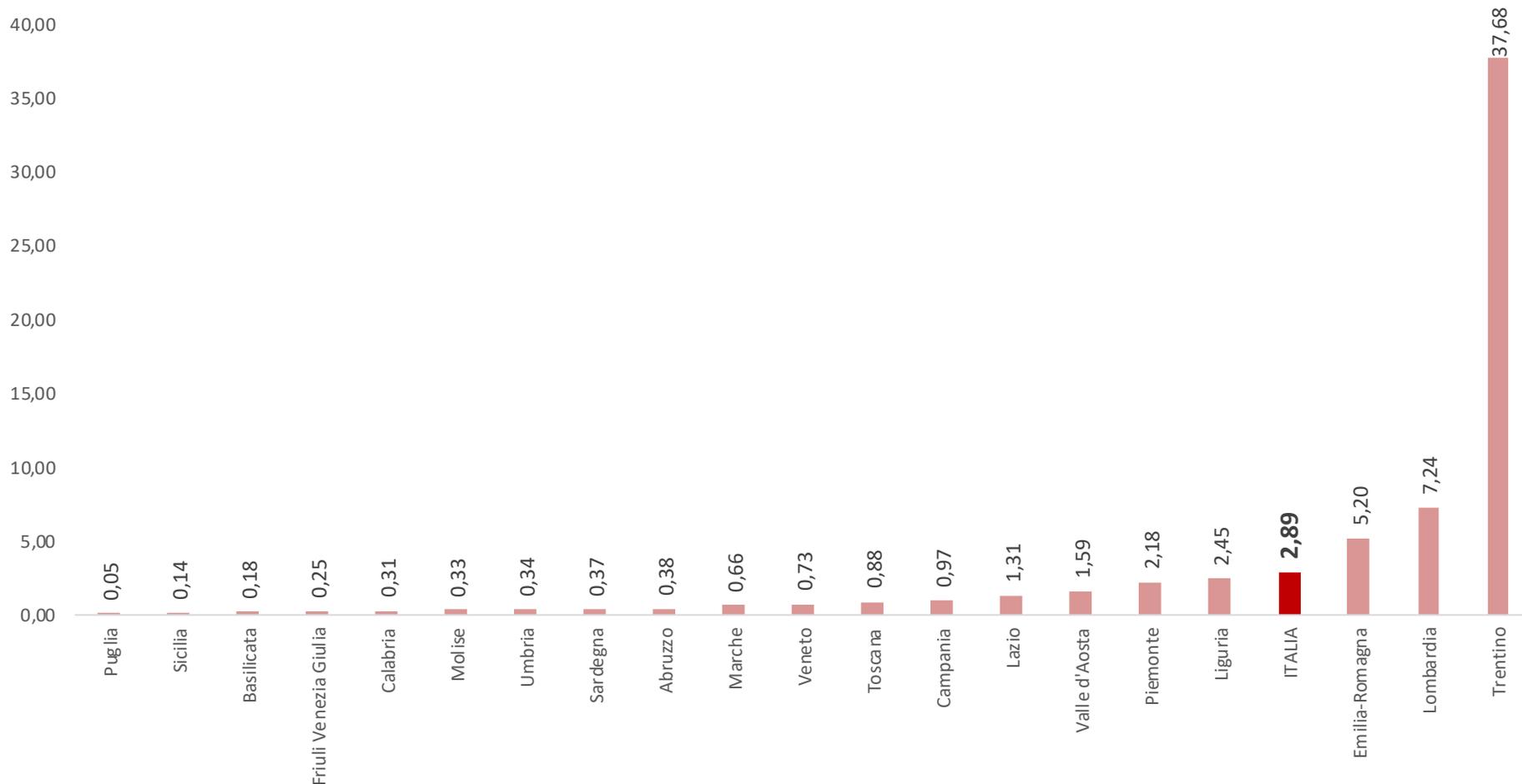
dal 31 marzo 2020 ad oggi





Indicatori di monitoraggio del contagio

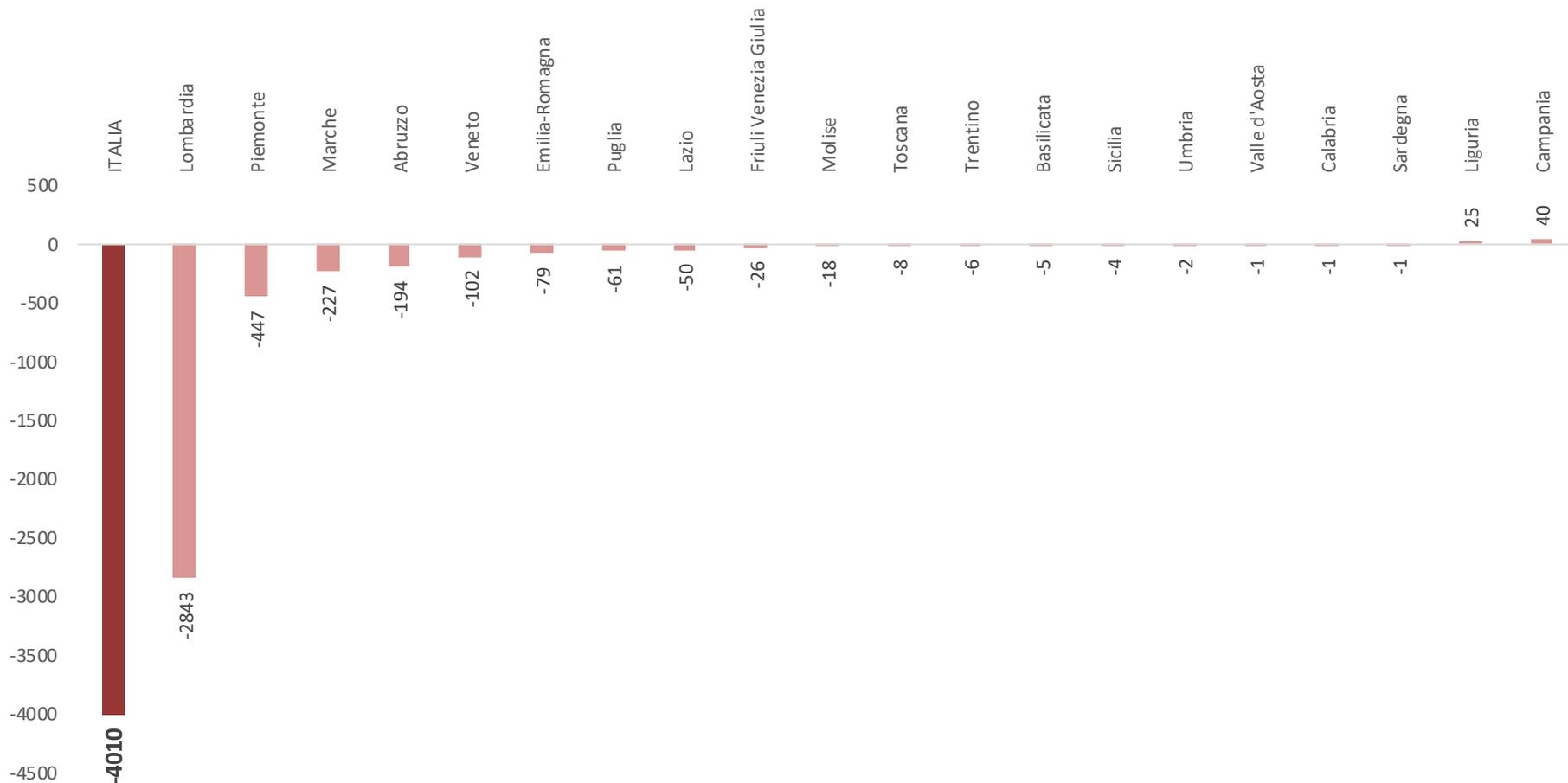
Indicatore 1.1. Incidenza settimanale x 100.000



Commento

Questo indicatore fornisce un'indicazione precoce dell'eventuale sviluppo di nuovi focolai di contagio. Essendoci verosimilmente un numero elevato di casi sommersi, l'indicatore risente delle politiche di monitoraggio attuate dalle varie Regioni sul numero di tamponi effettuati. In termini di incidenza settimanale il Trentino, la Lombardia e l'Emilia Romagna registrano i valori più elevati. Si segnala l'anomali relativa ai dati del Trentino, in cui si rileva un'incidenza settimanale di 37,68.

Indicatore 1.2. Andamento attualmente positivi

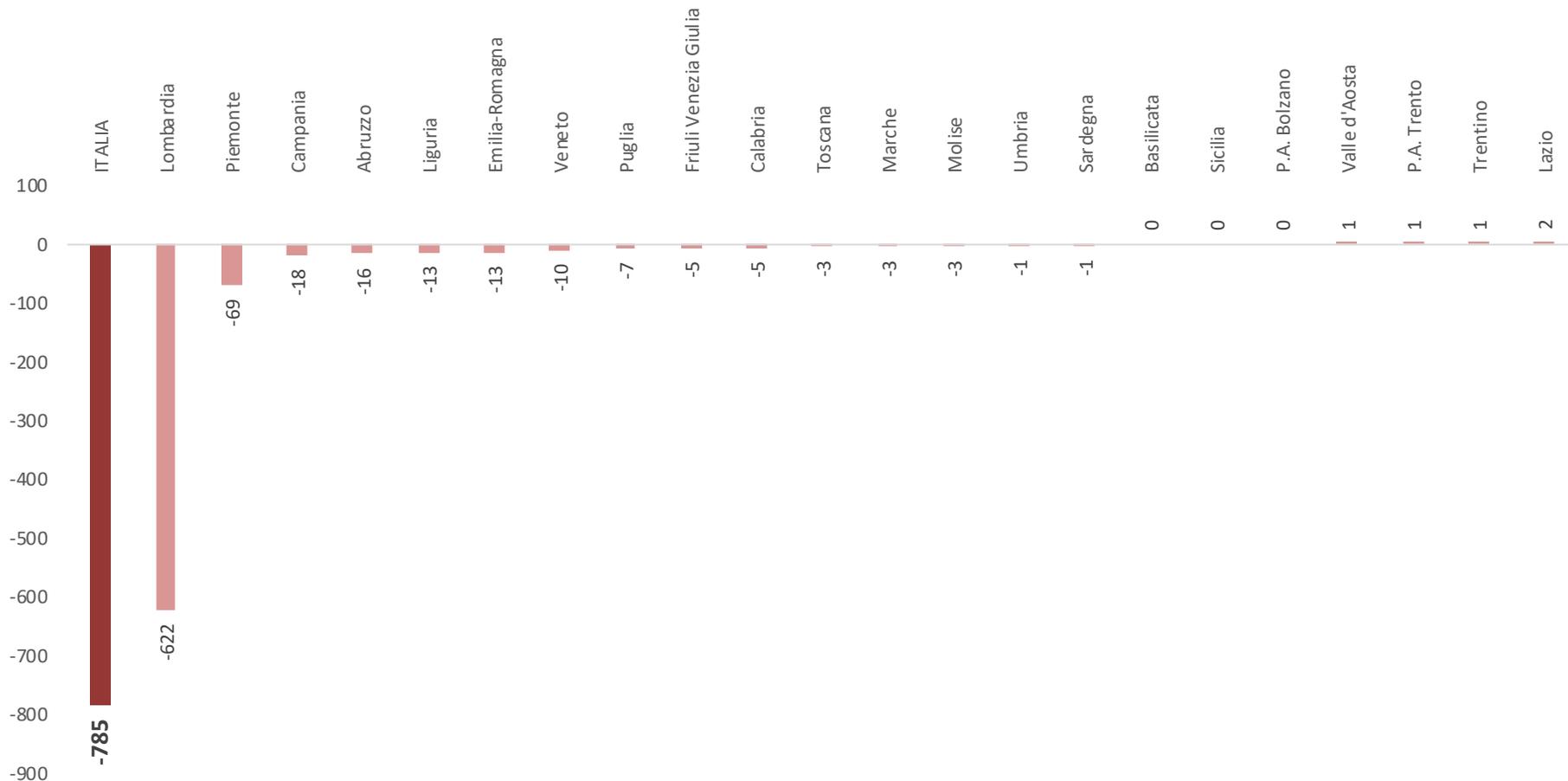


Media	-182,50
Min	-2843,0
Max	40,0
Dev-St	604,1
Var	364989,8

Commento

Questo indicatore fornisce un'indicazione sull'andamento dei casi positivi nelle varie Regioni. La differenza maggiore viene registrata in Lombardia, con una variazione di -2.843, la scorsa settimana era di -2.330 casi. In generale, si sottolinea un andamento negativo in tutte le Regioni con una media di -183 casi, la settimana scorsa erano -250.

Indicatore 1.3. Andamento ospedalizzati

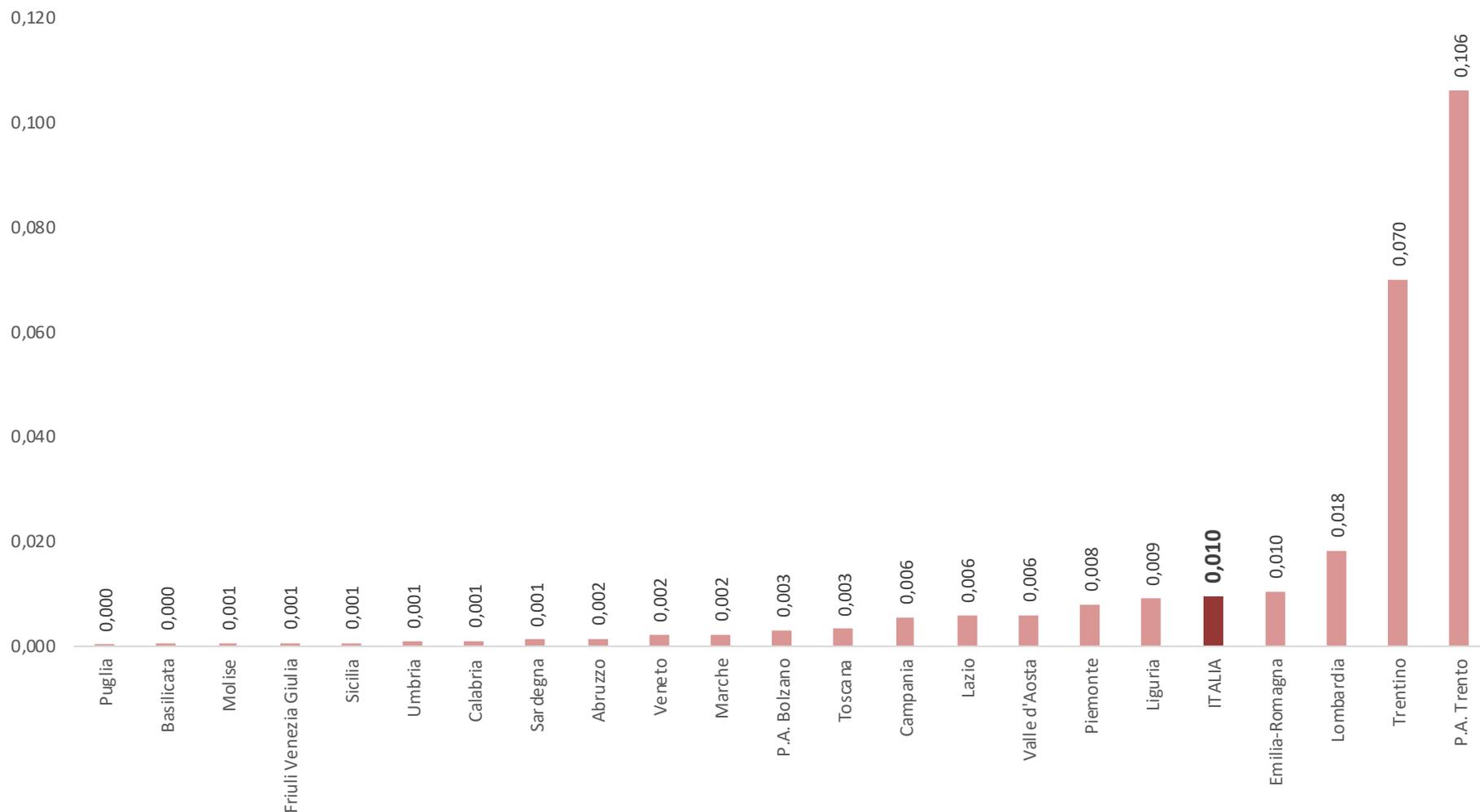


Media	-36,6
Min	-622,0
Max	2,0
Dev-St	131,8
Var	17374,2

Commento

Questo indicatore fornisce un'indicazione sull'andamento dei casi ospedalizzati in tutte le Regioni. La differenza maggiore viene registrata in Lombardia con una variazione di -622 casi ospedalizzati, la settimana scorsa erano -1.010. In generale in tutte le Regioni si registra un andamento negativo pari in media a -36 casi ospedalizzati, la settimana scorsa erano -72.

Indicatore 1.4. Positività al test



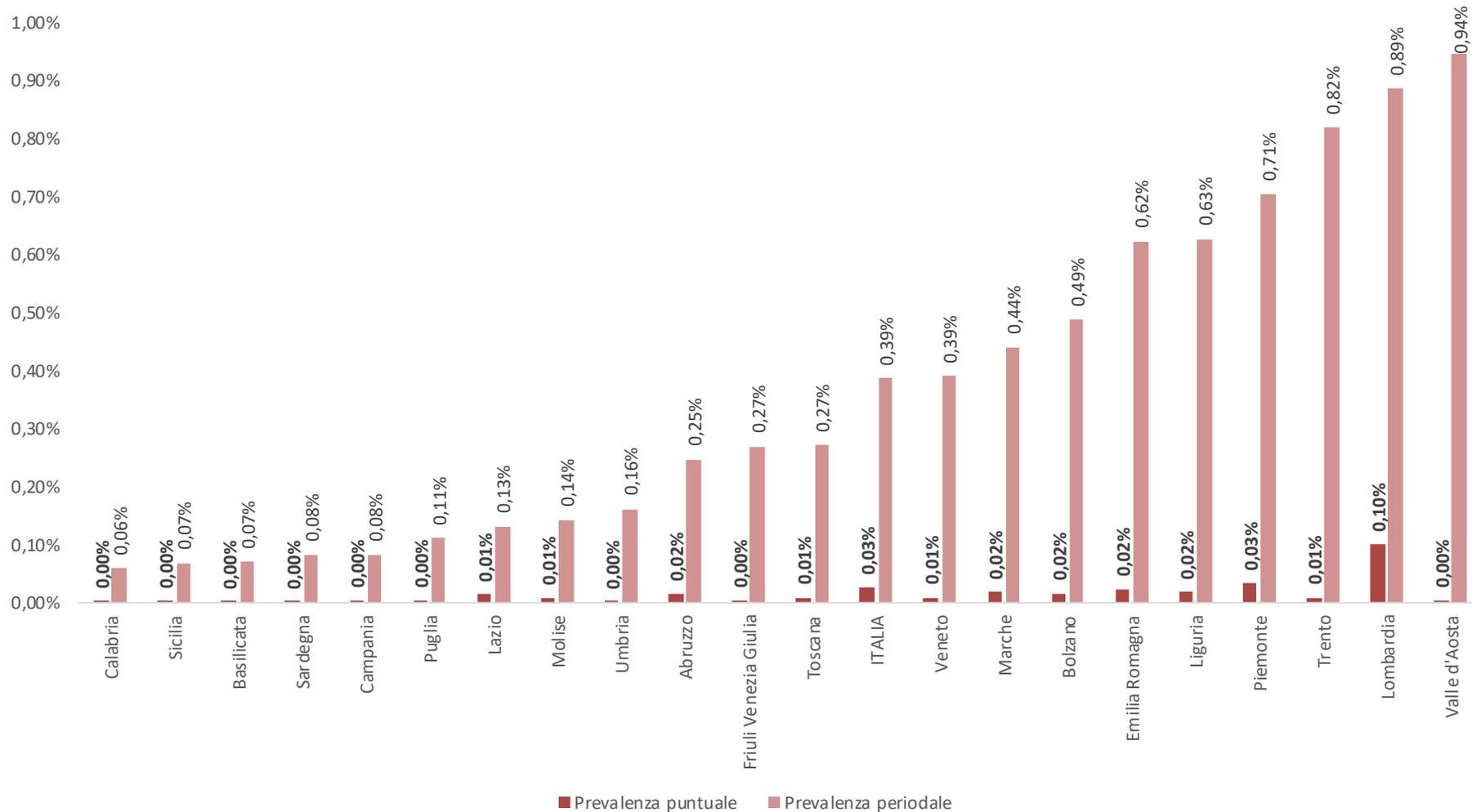
Commento

L'indice di positività rispetto ai test effettuati registra un valore massimo di 0.106 in Regione Lombardia e 0,07 in Regione Trentino Alto Adige. In Italia è positivo un nuovo soggetto testato ogni 100.



Indicatori epidemiologici

Indicatore 2.4. Prevalenza Periodale* e Prevalenza Puntuale

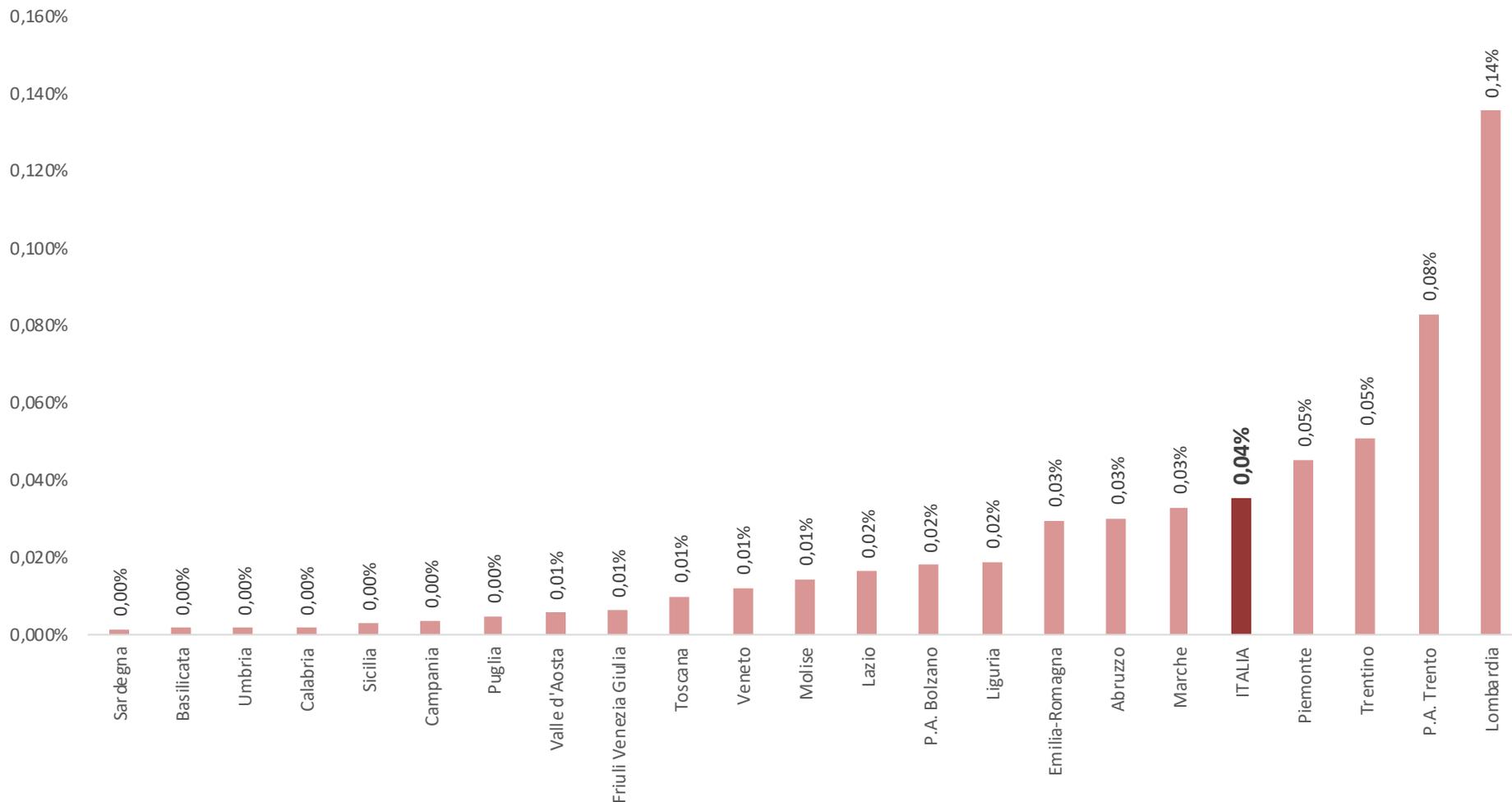


Commento

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

(*) Il dato considera il periodo dal 1 Marzo 2020 al 30 Giugno 2020

Indicatore 2.5. Prevalenza periodale 23/6/2020 – 30/6/2020



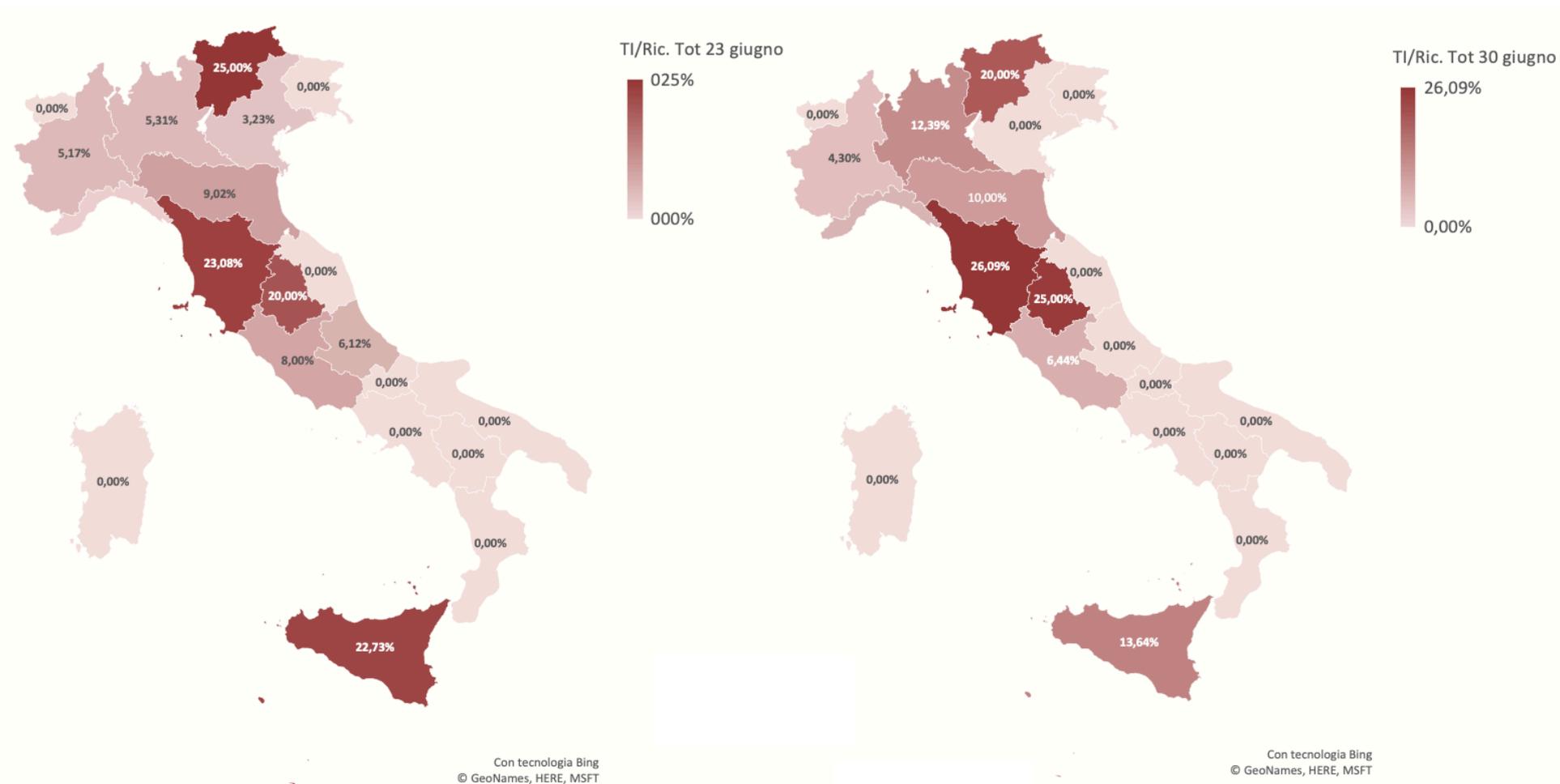
Commento

In termini di monitoraggio della prevalenza settimanale si registra un tasso di prevalenza rispetto alla popolazione residente più elevato rispetto alla media nazionale in Lombardia, Piemonte e nella P.A di Trento. Tra le Regioni del centro l'Abruzzo registra un valore dello 0.03%. La prevalenza nell'ultima settimana registrata nel contesto nazionale è pari a 0.04%.



Indicatori clinico-organizzativi

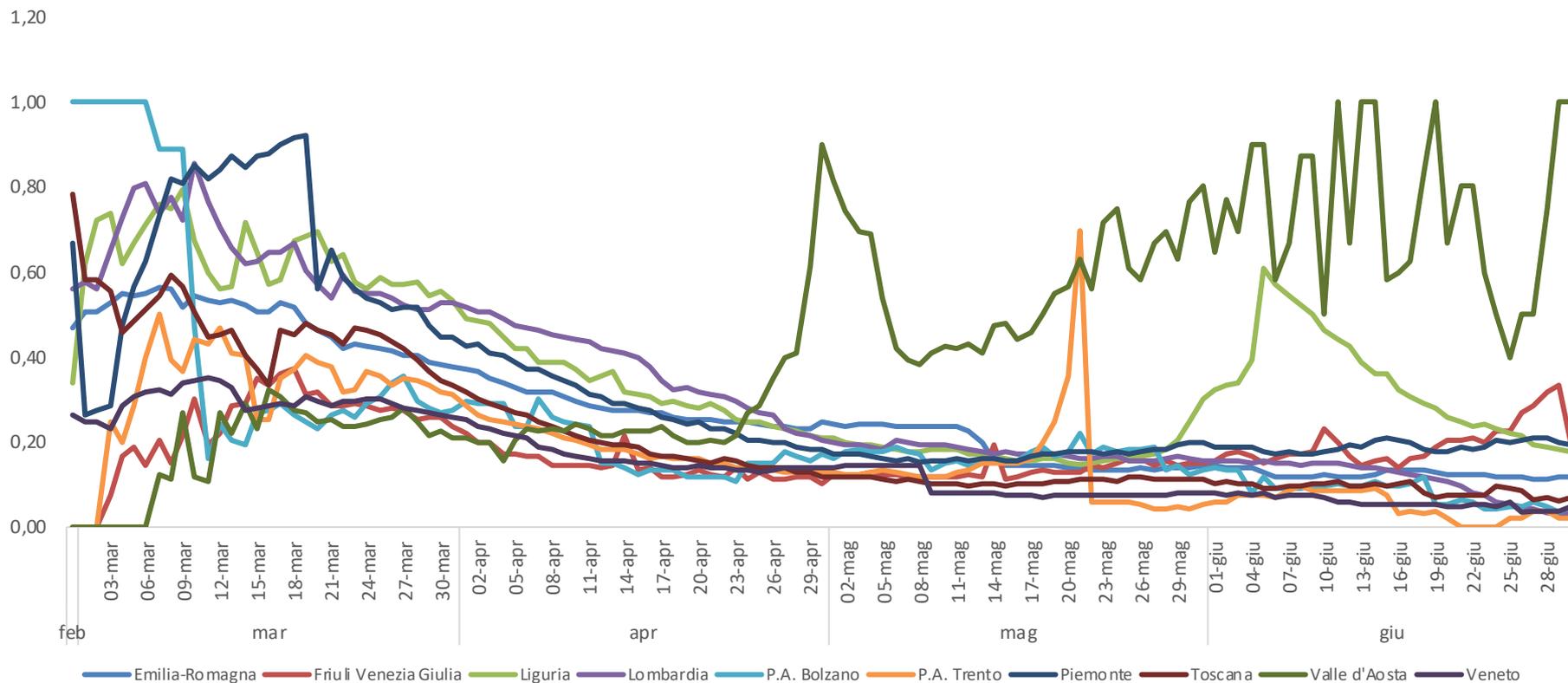
Indicatore 3.1. Ricoveri TI / Ricoveri Totali 23/6/2020 e 30/6/2020



Commento

La Toscana rappresenta la regione che attualmente registra il rapporto più elevato tra ricoverati in terapia intensiva sui ricoverati totali (26,09%; percentuale dovuta presumibilmente ad un numero di ricoverati totali basso) seguita dall'Umbria (25,00%). In media, in Italia, il 7,86% dei ricoverati per COVID-19 ricorre al setting assistenziale della terapia intensiva.

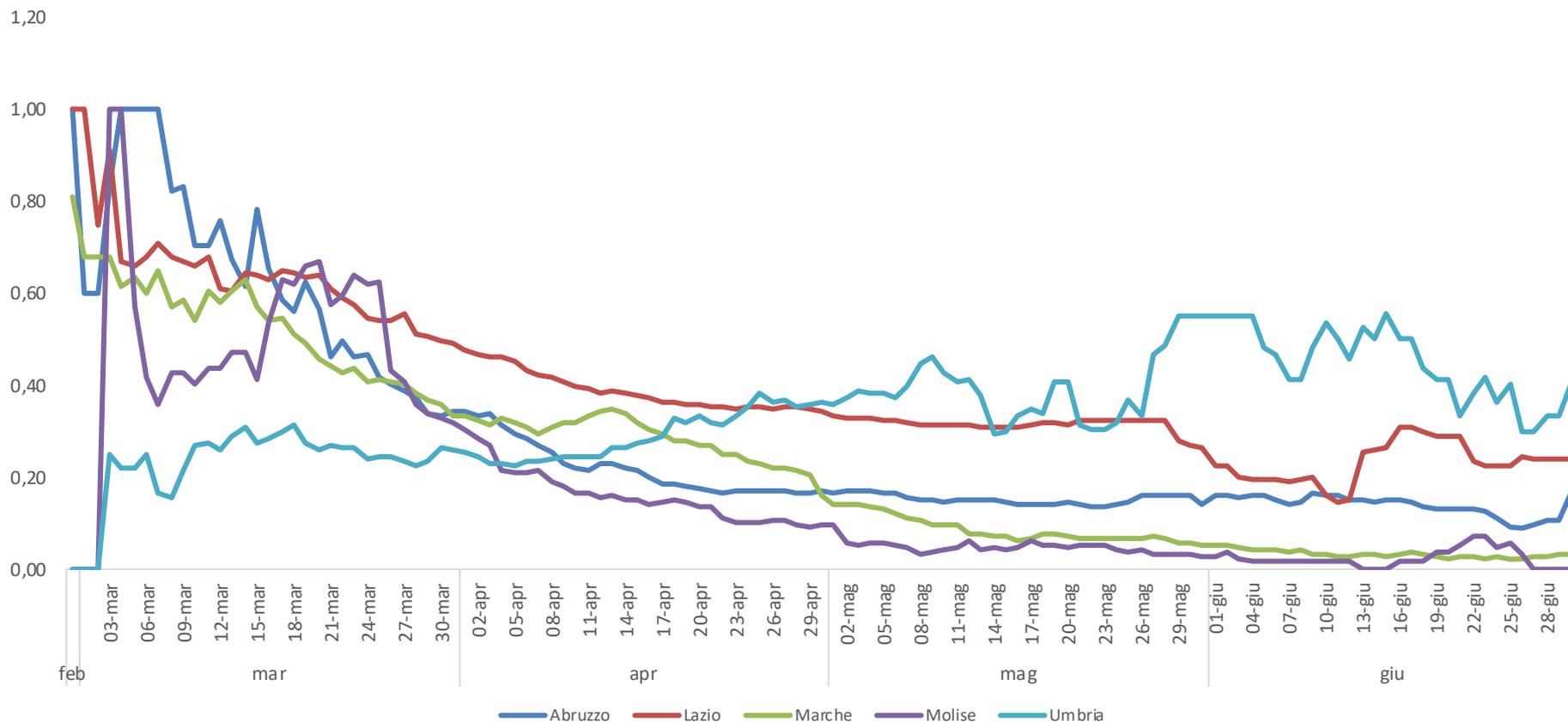
Indicatore 3.2. Pazienti ricoverati / Positivi (1/3)



Data	Emilia-Romagna	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Lombardia	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Piemonte	Toscana	Valle d'Aosta	Veneto	Totale
Media	0,27	0,18	0,37	0,33	0,23	0,18	0,33	0,22	0,44	0,15	0,28
Max	0,56	0,37	0,79	0,85	1,00	0,70	0,92	0,78	1,00	0,35	0,72
Min	0,11	0,00	0,15	0,03	0,04	0,00	0,15	0,06	0,00	0,03	0,06
Deviazione standard	0,14	0,07	0,19	0,22	0,22	0,13	0,22	0,15	0,27	0,09	0,18
Varianza	0,02	0,01	0,03	0,05	0,05	0,02	0,05	0,03	0,07	0,01	0,03

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

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

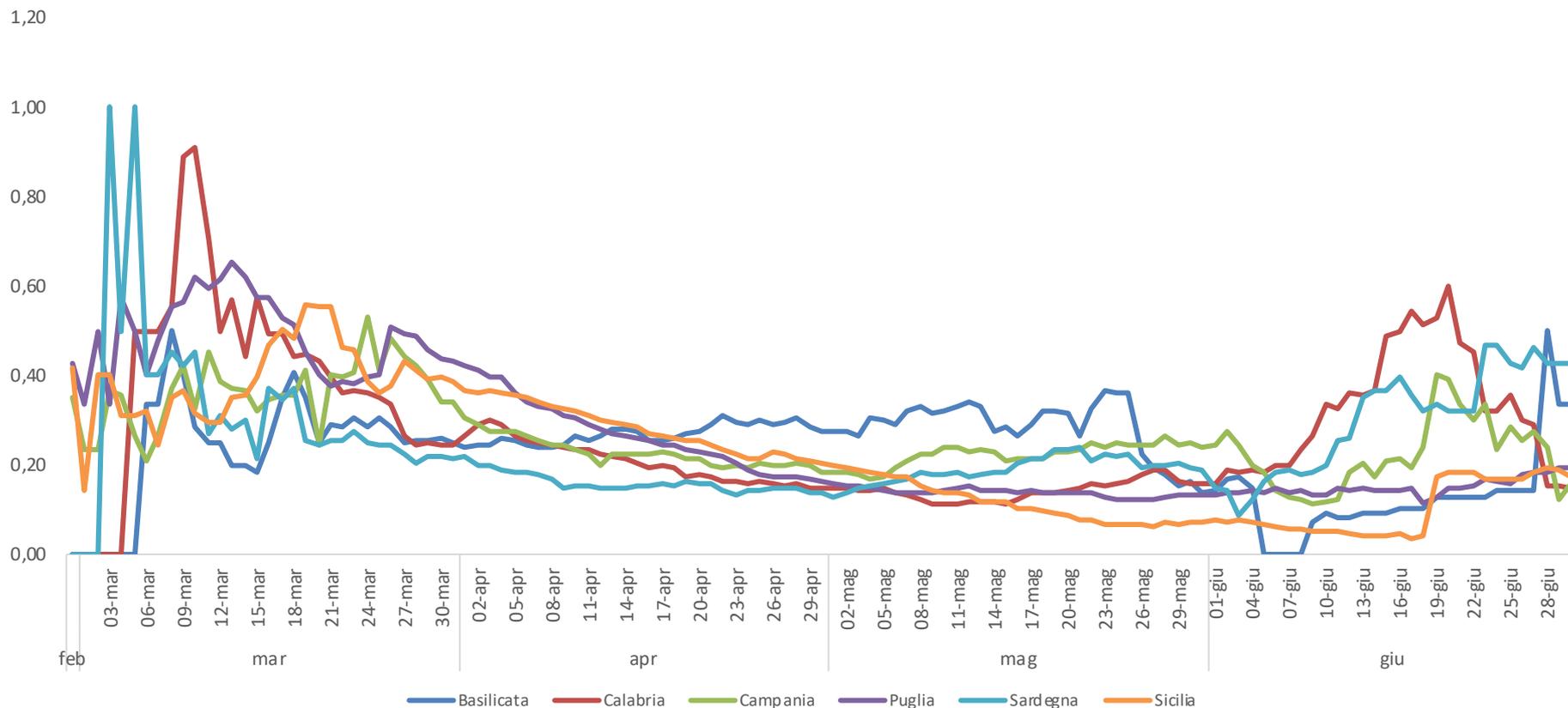


Data	Abruzzo	Lazio	Marche	Molise	Umbria	Totale
Media	0,29	0,40	0,24	0,18	0,34	0,31
Max	1,00	1,00	0,81	1,00	0,56	0,88
Min	0,09	0,15	0,02	0,00	0,00	0,12
Deviazione standard	0,23	0,17	0,21	0,22	0,11	0,16
Varianza	0,05	0,03	0,04	0,05	0,01	0,02

Commento

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

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



Data	Basilicata	Calabria	Campania	Puglia	Sardegna	Sicilia	Totale
Media	0,23	0,27	0,26	0,26	0,24	0,22	0,24
Max	0,50	0,91	0,53	0,65	1,00	0,56	0,45
Min	0,00	0,00	0,11	0,11	0,00	0,03	0,10
Deviazione standard	0,11	0,17	0,08	0,15	0,14	0,14	0,10
Varianza	0,01	0,03	0,01	0,02	0,02	0,02	0,01

Commento

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

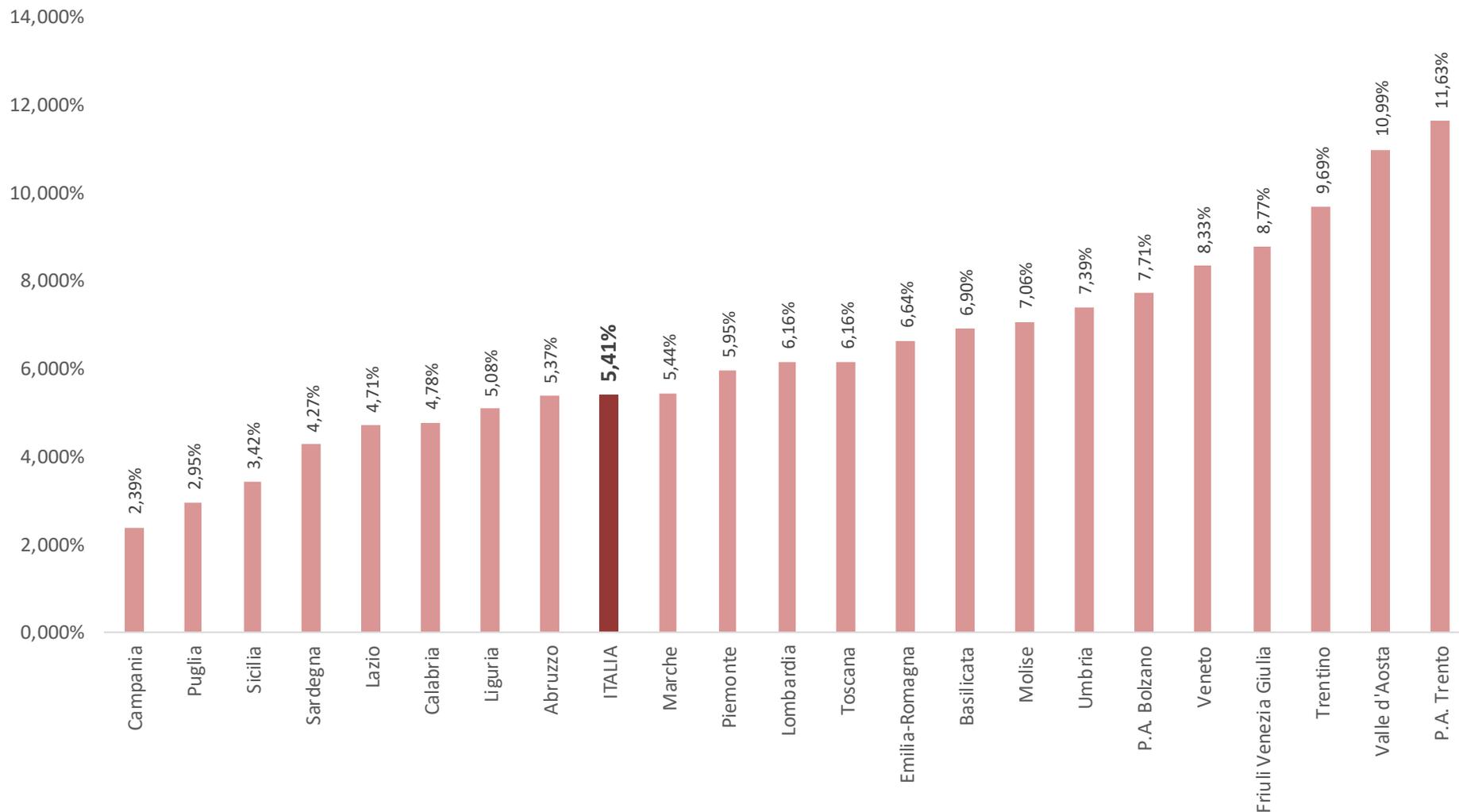
Indicatore 3.3. Tasso settimanale nuovi tamp. x 1.000 ab



Commento

Relativamente al tasso settimanale di nuovi tamponi, i valori più alti di tamponamento vengono registrati nelle regioni del nord (Veneto, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia ed Emilia-Romagna). Il valore più basso viene registrato nella Regione Campania (2,62). In media in Italia viene registrato un valore, in diminuzione rispetto alla scorsa settimana, di 5,57 tamponi effettuati su 1.000 abitanti nella settimana dal 23/06/2020 al 30/06/2020.

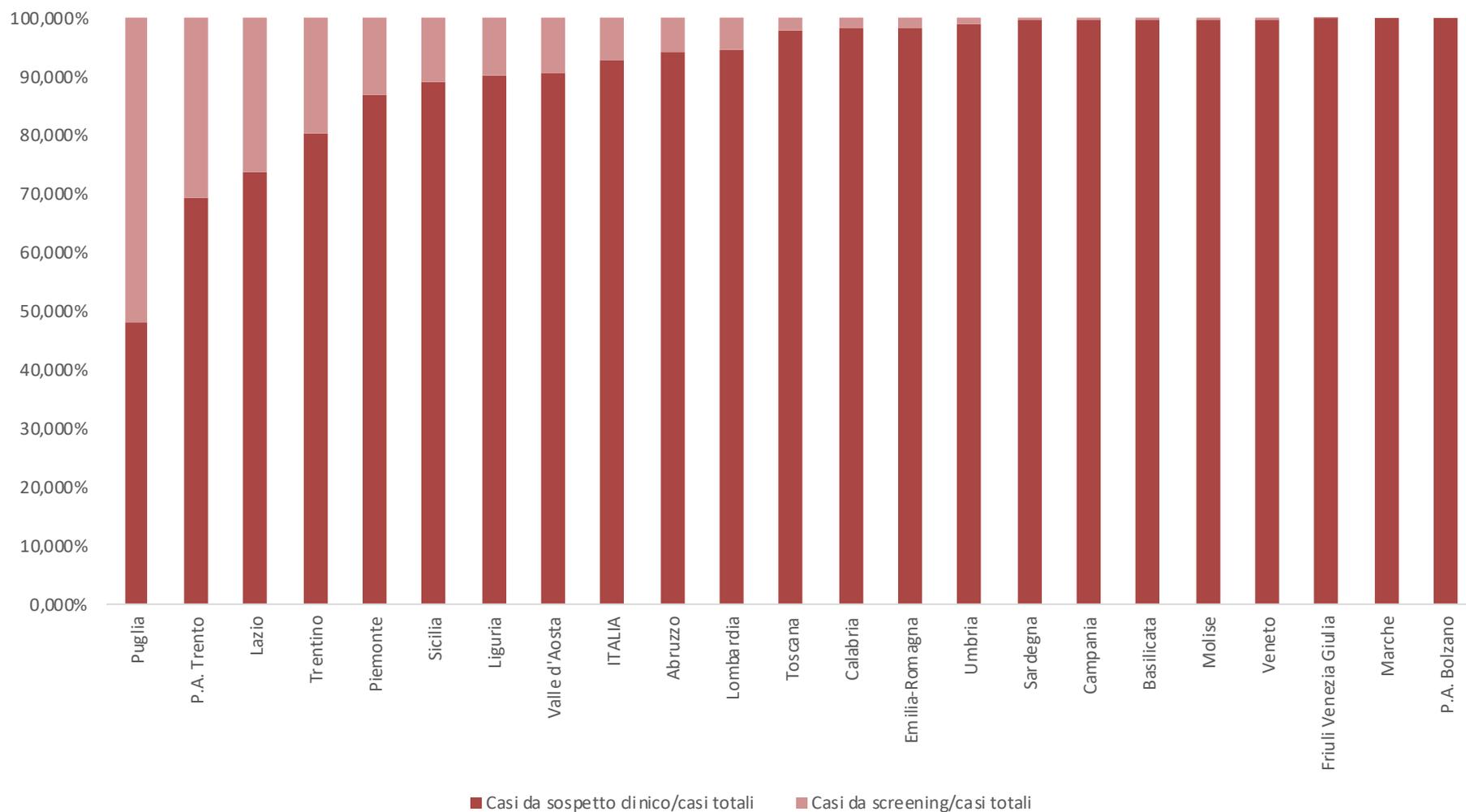
Indicatore 3.4. Popolazione sottoposta al test su residenti



Commento

In termini di testati su residenti totali la Valle D'Aosta e la P.A. di Trento registrano i valori più elevati, rispettivamente 10.99% e 11.63%. In Italia i testati su residenti in media rappresentano il 5.41%.

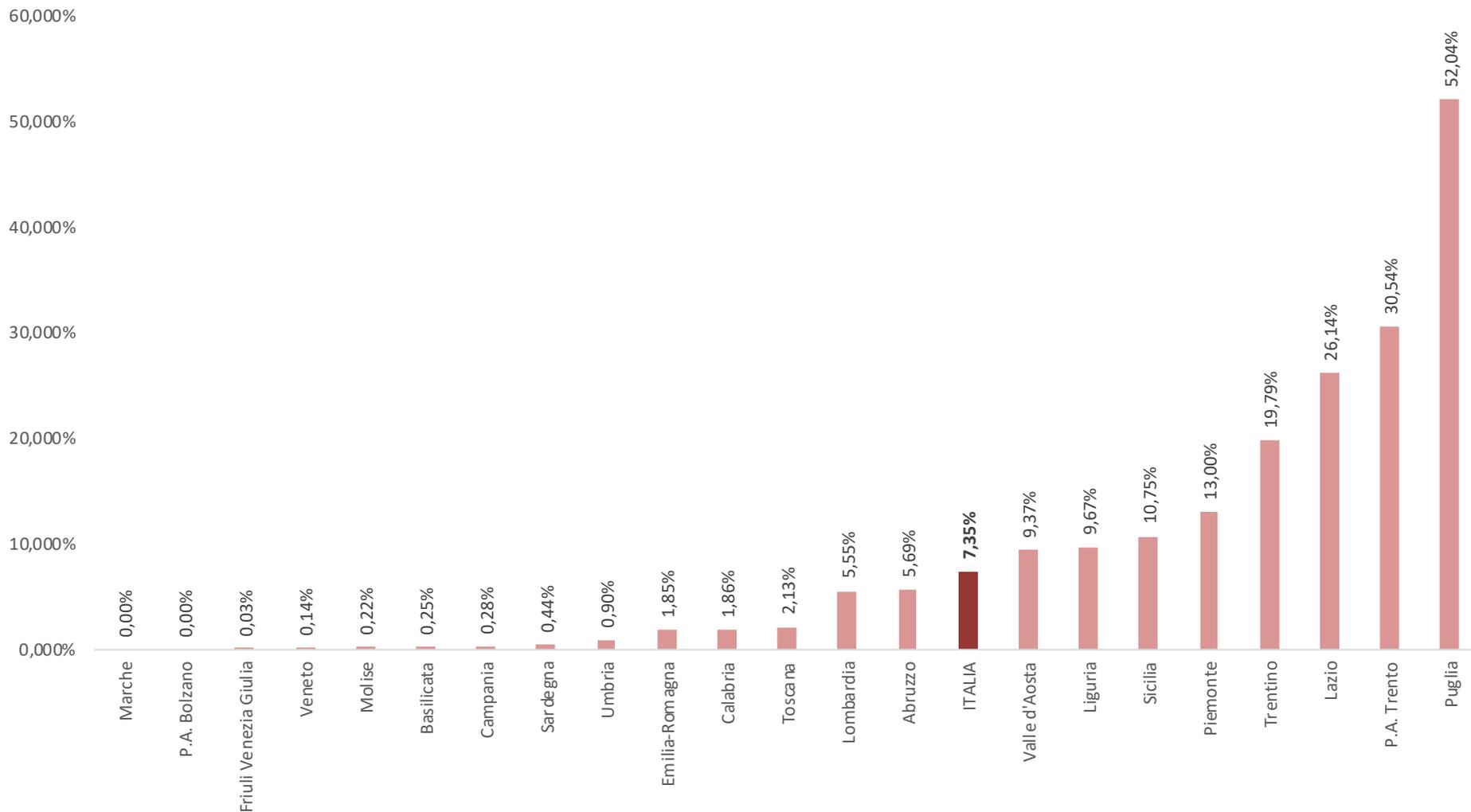
Indicatore 3.5. Casi da sospetto clinico/casi totali & Casi da screening/casi totali



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 la percentuale più bassa tra casi sospetti e casi totali (47,96%). Nella maggior parte delle Regioni la quasi totalità dei casi accertati di COVID-19 risulta diagnosticata a partire dal sospetto clinico.

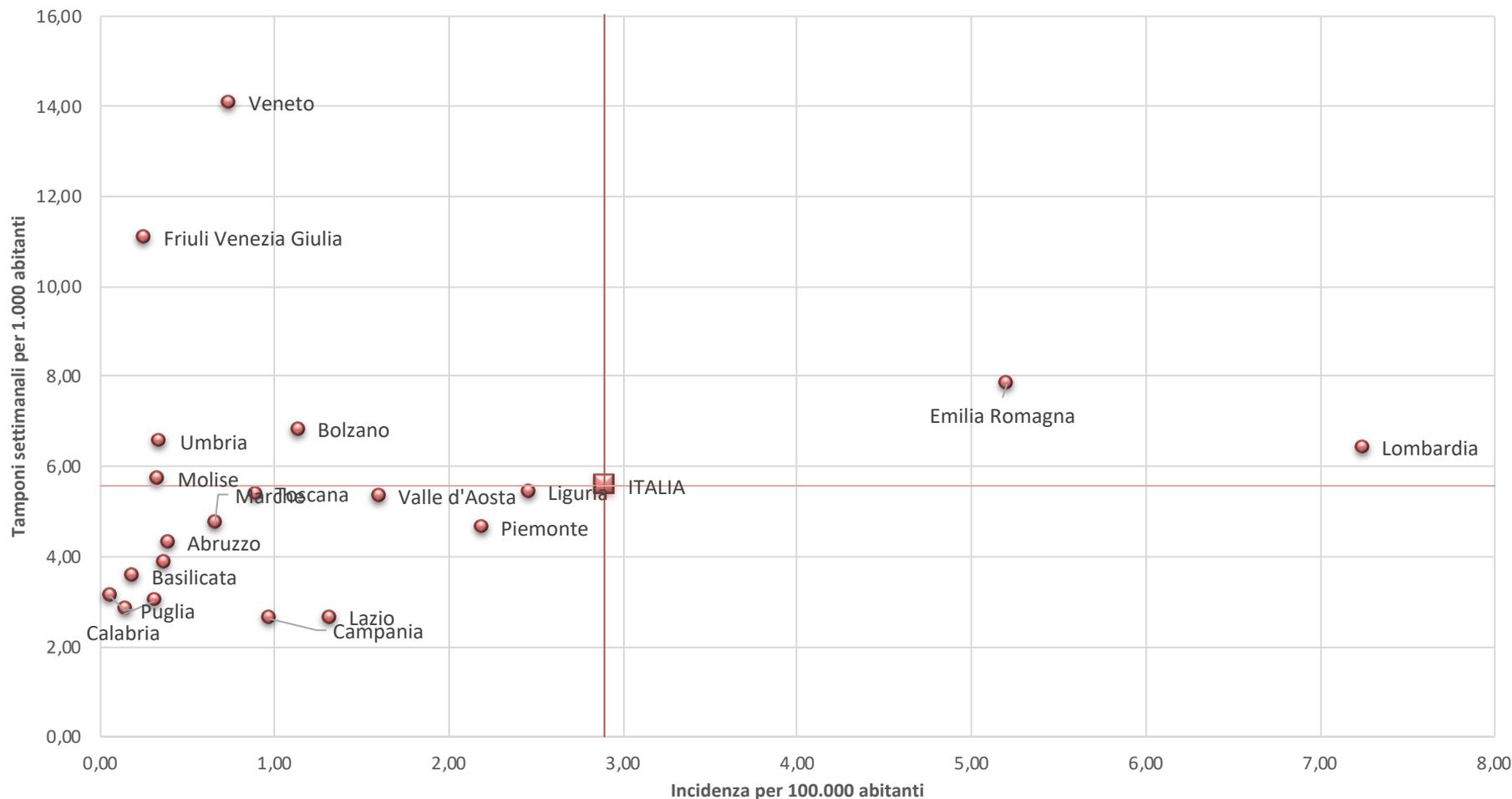
Indicatore 3.6. Casi da screening / casi totali



Commento

L'indicatore rileva la proporzione di pazienti sottoposti a screening sul totale dei casi registrati. La Puglia risulta essere la regione con la percentuale più alta di pazienti monitorati sul totale dei casi accertati. Il valore medio in Italia risulta essere 7,35%.

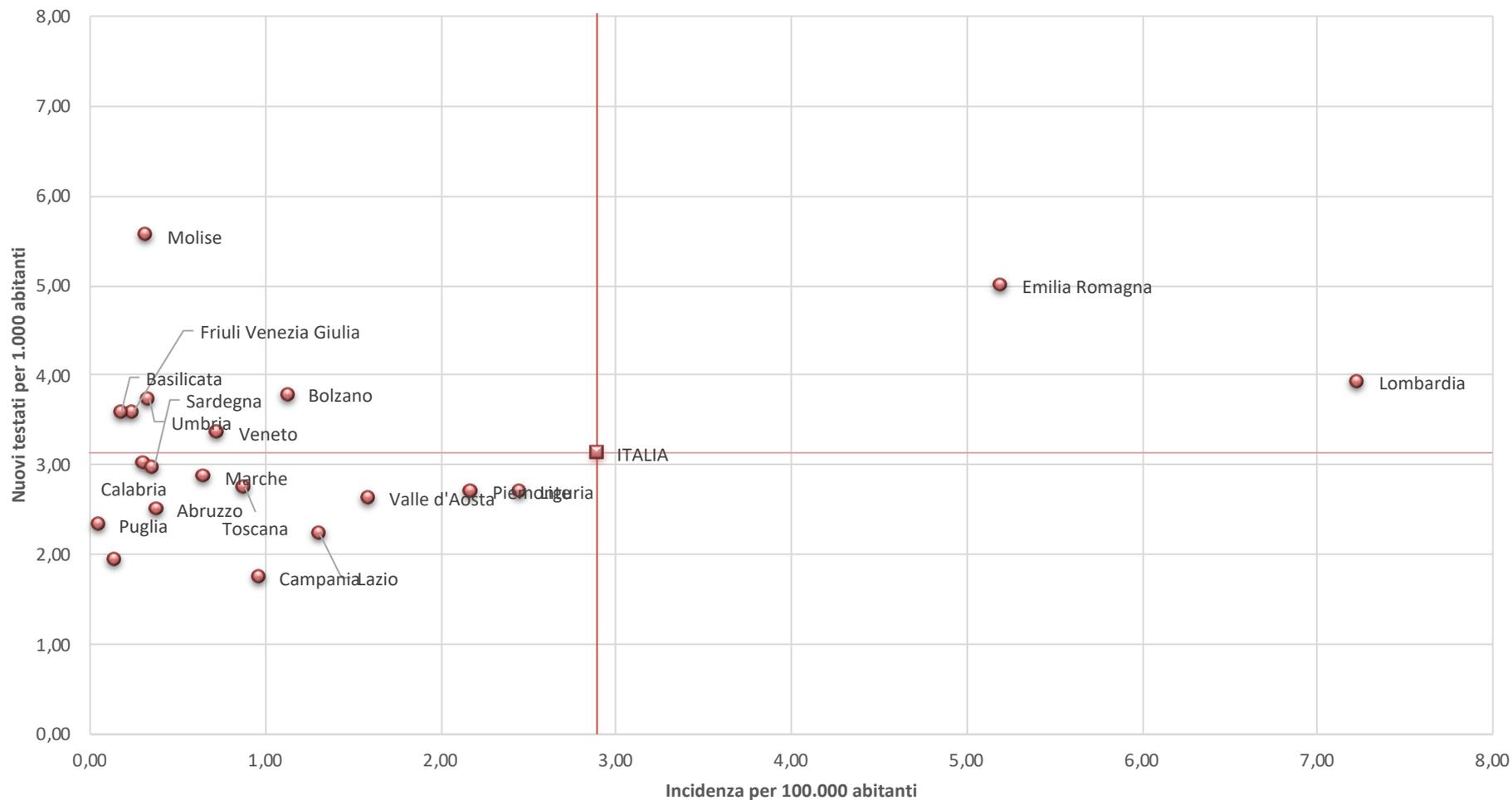
Indicatore 3.7. Relazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N° tamponi effettuati per 1.000 abitanti



Commento

Il grafico mostra la correlazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N° di tamponi effettuati. Dal grafico sembrerebbe emergere che le Regioni associate ad un numero di tamponi realizzati in linea con i casi registrati risultano essere, in particolare, Piemonte e Liguria.

Indicatore 3.8. Relazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N° nuovi casi testati per 1.000 abitanti



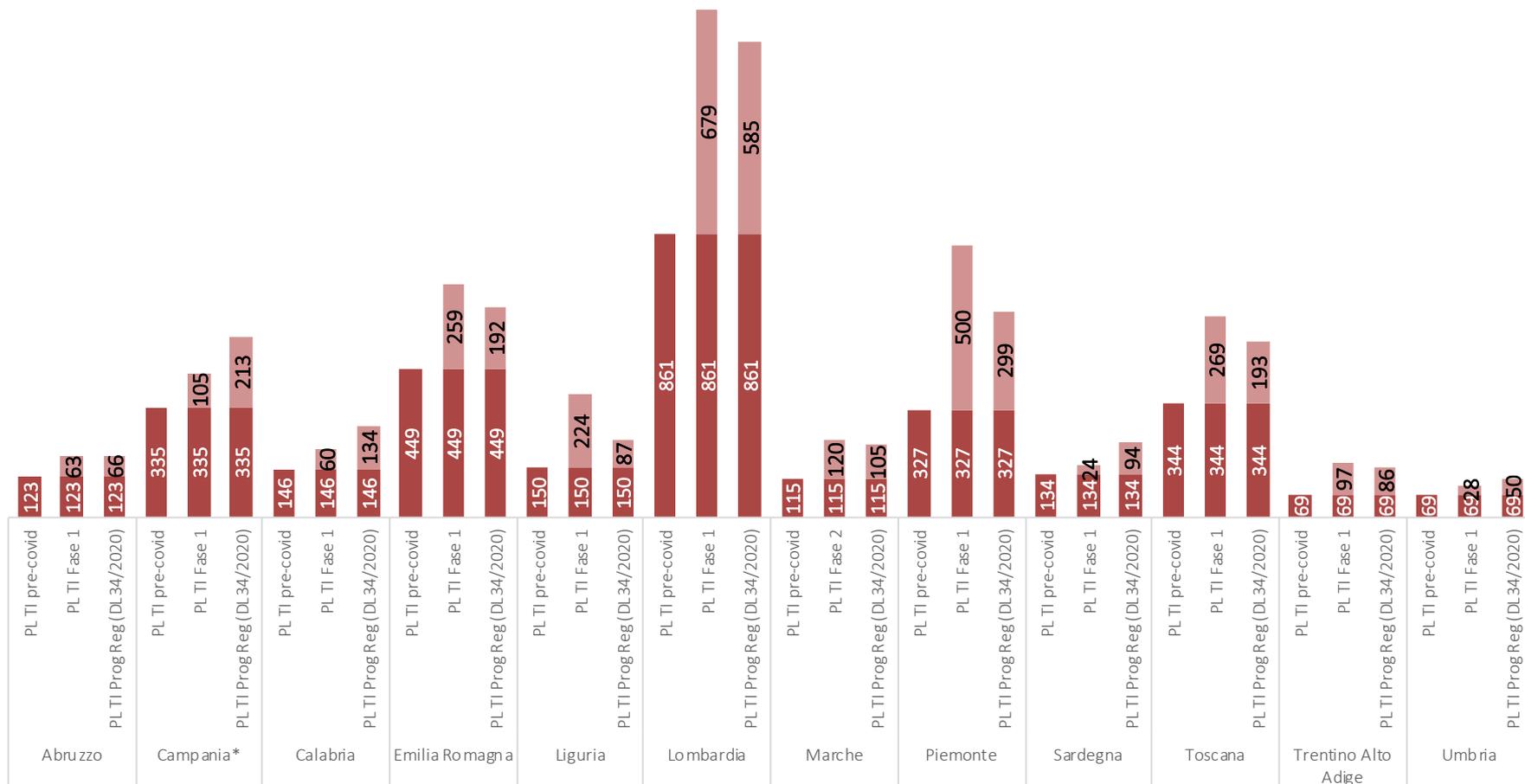
Commento

Il grafico mostra la correlazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N° di nuovi casi testati. Dal grafico sembrerebbe emergere che, eccezion fatta per la Lombardia e l'Emilia Romagna, tutte le Regioni sono associate ad un numero di tamponi realizzati in linea con i nuovi casi registrati.

Indicatori 3.9. PL di TI pre-emergenza Covid - 19, durante la fase 1 e a regime come da programmazione regionale (DL34/2020)



■ Posti TI iniziali ■ incremento



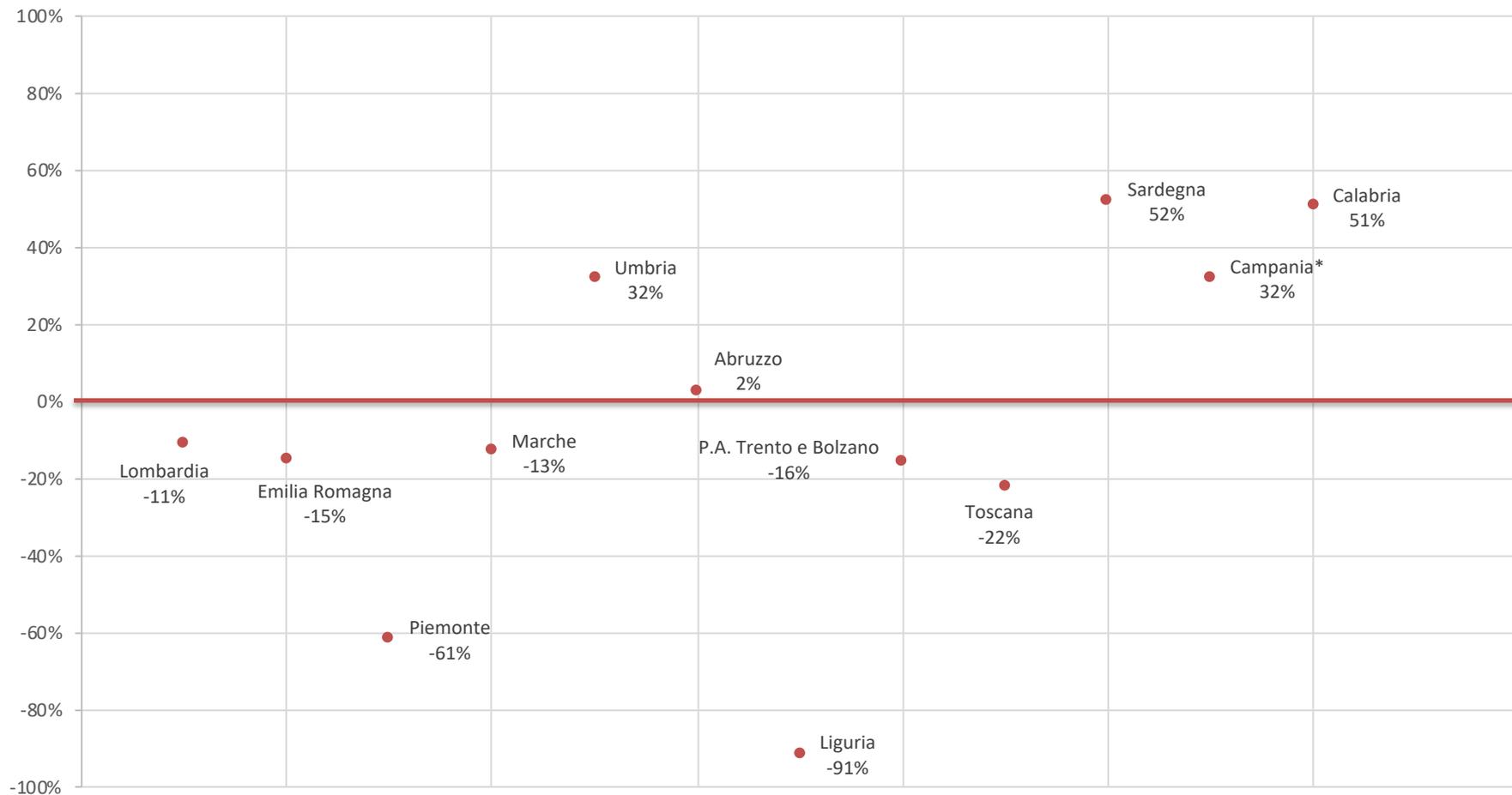
*incremento previsto rispetto ai 621 PL in TI previsti nel DCA 103/2018 (Approvazione del Nuovo Piano Regionale Di Programmazione Della Rete Ospedaliera Ai Sensi Del DM 70/2015).

NB: il piano di riorganizzazione del Veneto al momento non è disponibile e pertanto non inserito nella presente analisi

Indicatori 3.10. Rapporto tra PL TI attivati durante la fase 1 e quelli previsti a regime dalla programmazione regionale



Differenza incremento PL (tra attivati Fase I e previsti da Delibere Regionali)



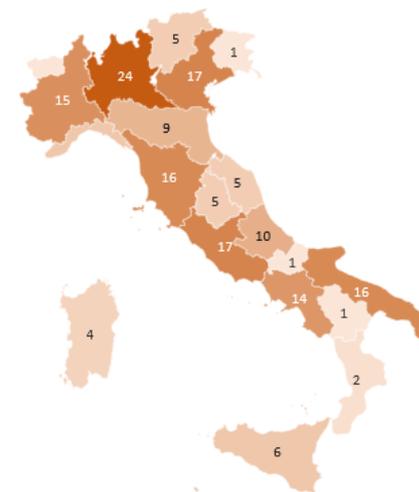
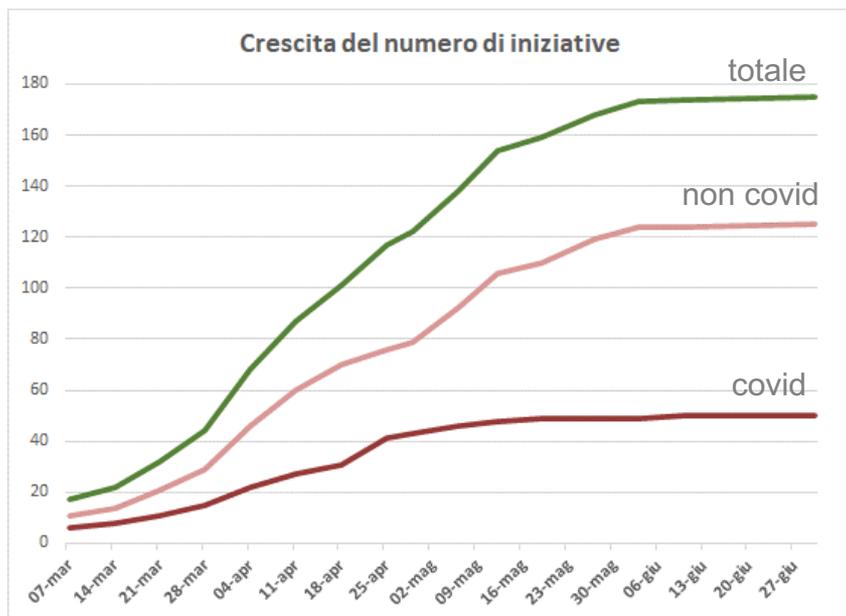
*incremento previsto rispetto ai 621 PL in TI previsti nel DCA 103/2018 (Approvazione del Nuovo Piano Regionale Di Programmazione Della Rete Ospedaliera Ai Sensi Del DM 70/2015).

NB: il piano di riorganizzazione del Veneto al momento non è disponibile e pertanto non inserito nella presente analisi

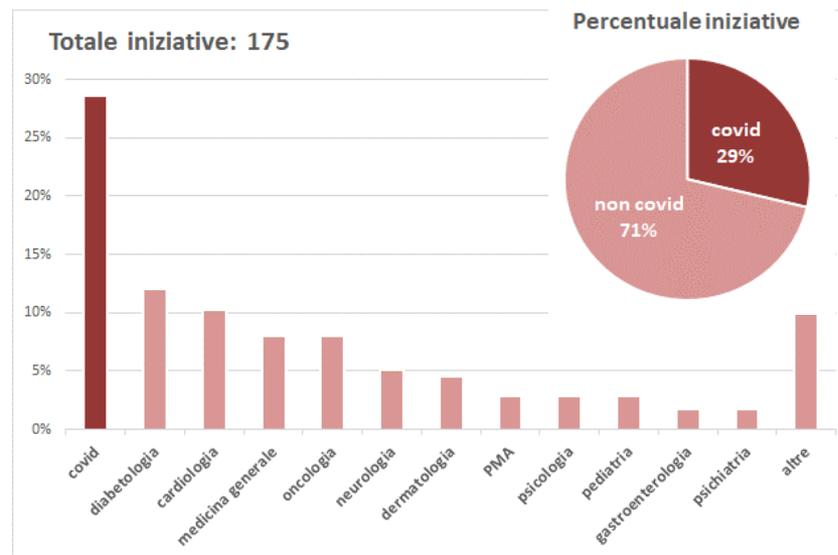
Indicatori 3.11. Soluzioni digitali (1/2)



Iniziative avviate dalle singole aziende dopo il 1 Marzo 2020



Dopo il primo periodo di emergenza, è continuata la crescita delle iniziative di telemedicina dedicate all'assistenza dei pazienti non covid
Dall'inizio di giugno il panorama è stabile



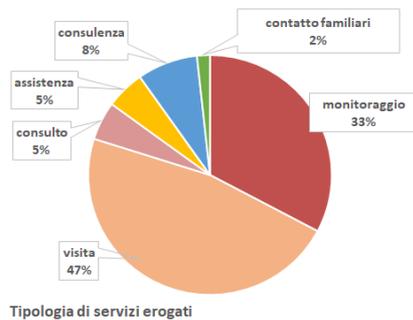
Metodologia di raccolta dati

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

Indicatori 3.11. Soluzioni digitali (2/2)

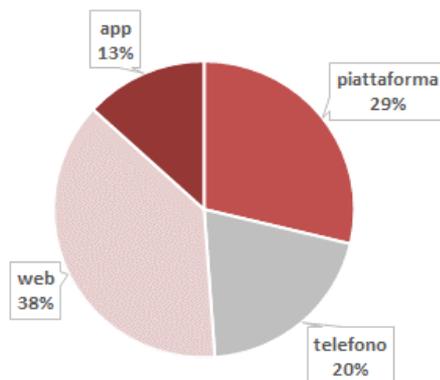


L'erogazione di televisite rappresenta quasi la metà delle iniziative totali



A livello regionale e nazionale sono in corso iniziative per la formalizzazione delle modalità di erogazione delle prestazioni in telemedicina

Circa il 60% di tutte le iniziative si basa su strumenti immediati e di uso comune: telefono e sistemi di comunicazione web



Delibere per la formalizzazione delle prestazioni in telemedicina

Abruzzo	n. 34 - 10 aprile 2020 (relativamente al diabete) n. 33 - 10 aprile 2020 (relativamente allo spettro autistico)
Emilia Romagna	n. 404 - 27 aprile 2020 (prevede la successiva formalizzazione)
Lazio	Decreto U00081 - 25 giugno 2020 (prevede un piano entro l'anno)
Lombardia	n. 3155 - 7 maggio 2020
Toscana	n. 484 - 6 aprile 2020
Provincia di Trento	n. 456 - 9 aprile 2020
Veneto	n. 568 - 5 maggio 2020

Iniziative per la definizione delle modalità tecniche di erogazione

Lazio	25 giugno 2020
Piemonte	6 maggio 2020
Toscana	6 aprile 2020

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.."*

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

Indicatore 3.12. 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 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%).	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 				

Indicatore 3.12. 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		
Associazioni di pazienti		Ruolo cruciale ed auspicato attivo	

Indicatore 3.13. Sperimentazioni cliniche



Studio clinico	Promotore (Profit, No-profit)	Data Parere Unico CE
FASE 1		
<u>GS-US-540-5774 Study</u>	Gilead Sciences, Inc	11/03/2020
<u>GS-US-540-5773 Study</u>	Gilead Sciences, Inc	11/03/2020
<u>TOCIDVID-19 (con RISULTATI)</u>	Istituto Nazionale Tumori, IRCCS, Fondazione G. Pascale Napoli	18/03/2020
<u>Sobi.IMMUNO-101</u>	Sobi	25/03/2020
<u>Sarilumab COVID-19</u>	Sanofi-Aventis Recherche & Développement	26/03/2020
<u>RCT-TCZ-COVID-19 (con RISULTATI)</u>	Azienda Unità Sanitaria Locale-IRCCS di Reggio Emilia	27/03/2020
<u>COPCOV</u>	Università di Oxford (UK)	30/03/2020
<u>Tocilizumab 2020-001154-22</u>	F. Hoffmann-La Roche Ltd	30/03/2020
<u>Hydro-Stop-COVID19</u>	ASUR-AV5 Ascoli Piceno	08/04/2020
<u>SOLIDARITY</u>	Organizzazione Mondiale della Sanità/Università di Verona	09/04/2020
<u>COLVID-19</u>	Azienda Ospedaliera di Perugia	11/04/2020
<u>CoCOVID</u>	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA	20/04/2020
<u>X-COVID</u>	ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda	22/04/2020
<u>BARICVID-19 STUDY</u>	Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana	22/04/2020
<u>INHIXACOV19</u>	Università di Bologna	22/04/2020
<u>COVID-SARI</u>	ASST Fatebenefratelli Sacco	24/04/2020
<u>REPAVID-19</u>	Dompé farmaceutici Spa/ Ospedale San Raffaele	24/04/2020
<u>PROTECT</u>	Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori – IRST IRCCS - Meldola	27/04/2020
<u>XPORT-CoV-1001</u>	Karyopharm Therapeutics Inc	28/04/2020
<u>ESCAPE</u>	INMI "L. Spallanzani" - Roma	28/04/2020
<u>AMMURAVID trial</u>	Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT)	01/05/2020

Studio clinico	Promotore (Profit, No-profit)	Data Parere Unico CE
FASE 2		
<u>AZI-RCT-COVID19</u>	Università del Piemonte Orientale (UPO)	04/05/2020
<u>HS216C17</u>	ASST FATEBENEFRAPELLI SACCO	05/05/2020
<u>FivroCov</u>	Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma	05/05/2020
<u>CAN-COVID</u>	Novartis Research and Development	06/05/2020
<u>COMBAT-19</u>	IRCCS Ospedale San Raffaele – Milano	07/05/2020
<u>PRECOV</u>	IRCCS Ospedale San Raffaele – Milano	07/05/2020
<u>ARCO-Home study</u>	INMI "L. Spallanzani" - Roma	07/05/2020
<u>DEF-IVID19</u>	IRCCS Ospedale San Raffaele – Milano	08/05/2020
<u>EMOS-COVID</u>	ASST-FBF-SACCO	08/05/2020
<u>STAUNCH-19</u>	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	15/05/2020
<u>TOFACOV-2</u>	Ospedali Riuniti di Ancona	15/05/2020
<u>CHOICE-19</u>	Società Italiana di Reumatologia	19/05/2020
<u>COVID-19 HD</u>	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	22/05/2020
<u>IVIG-H-Covid-19</u>	AUO Policlinico Umberto I Roma	22/05/2020

Approfondimento
[Instant Report #12](#)

Aggiornamenti su farmaci autorizzati e azioni regolatorie
[Instant Report #11](#)

Indicatore 3.13. Sperimentazioni cliniche

Raccomandata l'autorizzazione nell'UE per il primo trattamento per COVID-19



- Il 25/06/2020 il CHMP dell'EMA ha raccomandato l'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) subordinata a condizioni per **VEKLURY (remdesivir)**, per il **trattamento del COVID-19 negli adulti e negli adolescenti a partire da 12 anni di età affetti da polmonite e che necessitano di ossigeno supplementare (ossia i paz. con malattia grave)**.
- I dati su remdesivir sono stati esaminati nell'ambito di una tempistica eccezionalmente breve grazie alla revisione ciclica, una procedura attivata dall'EMA nel caso di situazioni di emergenza sanitaria pubblica che permette di valutare i dati appena diventano disponibili. A partire dal 30/04/2020 il CHMP ha avviato la valutazione dei dati relativi alla qualità e al processo produttivo, dei dati non clinici, dei dati preliminari derivanti da studi clinici nonché dei dati di supporto relativi alla sicurezza provenienti dagli EAP, con largo anticipo rispetto alla presentazione della domanda di AIC dell'8/06.
- La valutazione del dossier si basa principalmente sui dati dello studio NIAID-ACTT-1, sponsorizzato dal National Institute of Allergy and Infectious Diseases, (NIAID), e sui dati di supporto provenienti da altri studi su remdesivir.
- Remdesivir è somministrato per infusione (flebo) in vena ed è utilizzato solo all'interno di strutture sanitarie dove i pazienti possono essere attentamente controllati; la funzionalità di fegato e reni deve essere monitorata prima e durante il trattamento, a seconda dei casi. Il trattamento deve iniziare con un'infusione di 200 mg il primo giorno, seguita da un'infusione di 100 mg al giorno per almeno 4 giorni e per non più di 9 giorni.
- L'AIC è subordinata a condizioni, uno degli strumenti regolatori dell'UE che facilita l'accesso precoce a farmaci che rispondono a una esigenza medica insoddisfatta anche in situazioni di emergenza, per far fronte a minacce per la salute pubblica come la pandemia in corso. Questo tipo di approvazione consente all'EMA di raccomandare l'AIC sulla base di dati non completi rispetto a quanto normalmente previsto, qualora i benefici derivanti dalla disponibilità immediata del farmaco per i paz. superino i rischi legati alla mancanza di dati completi.
- Gilead dovrà presentare all'EMA le relazioni finali degli studi su remdesivir entro 12/2020, e ulteriori dati sulla qualità del medicinale + dati finali sulla mortalità entro 08/2020.
- Il RMP garantirà un monitoraggio rigoroso della sicurezza di remdesivir. I dati sull'efficacia e sulla sicurezza nel post-marketing e saranno regolarmente esaminati dal CHMP e PRAC dell'EMA.

Indicatore 3.14. 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**



Analisi a livello aziendale

(Voci dal campo e buone pratiche)

Voci dal campo: overview



Connessioni e supporti per la comunicazione digitale

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

Pratiche di governance nella rete dei servizi locali

- L'esperienza dell'unità di crisi dell'area metropolitana di Bologna: processi di integrazione nella presa in carico dei pazienti/soggetti Covid-19 ([IR#8](#))
- I processi decisionali nell'Azienda Unità Locale Socio Sanitaria (AULSS) 7 Pedemontana della Regione del Veneto al tempo del Covid 19 ([IR#10](#))
- L'esperienza di AUSL Parma – AOU Parma: Istituzione della Centrale Coordinamento Emergenza COVID-19 ([IR#10](#))
- L'approccio di governance integrata di ATS Brescia al tempo del Covid-19 ([IR#13](#))

Pratiche di riorganizzazione intra-organizzativa

- Le sperimentazioni pubblico-privato in tempo di Covid-19: integrabilità e flessibilità nell'esperienza dell'Ospedale di Sassuolo ([IR#9](#))
- L'esperienza della ASST Pini-CTO: Modelli organizzativi flessibili per la gestione dei traumi ortopedici durante l'emergenza COVID ([IR#11](#))
- L'esperienza dell'ospedale COVID Gemelli: processi di integrazione nella presa in carico dei pazienti/soggetti Covid-19 ([IR#12](#))
- Vivere e lavorare post Covid-19: l'esperienza di Fondazione Poliambulanza ([IR#13](#))
- Pratiche di bed management e di transitional care nell'esperienza della ASST di Lodi in tempo di Covid-19 ([IR#14](#))

Indicatore 4.1. Voci dal campo

Pratiche di bed management e di transitional care nell'esperienza della ASST di Lodi in tempo di Covid-19 (1/3)



Razionale ed obiettivi

L'ASST di Lodi ha un bacino di utenza di circa 230.000 abitanti ed articola i propri servizi ospedalieri e distrettuali nei territori di Lodi, Codogno, Casalpusterlengo e Sant'Angelo Lodigiano. Sin dalla sua costituzione, avvenuta nel 2016, sono stati attivati, da un lato, meccanismi innovativi di differenziazione dei servizi ospedalieri e territoriali ispirati ai principi della medicina di iniziativa e dell'appropriatezza organizzativa (es. attivazione di servizi di telesorveglianza per le patologie croniche, introduzione di aree di degenza medica a bassa intensità ad indirizzo riabilitativo-respiratorio) e, dall'altro lato, processi di integrazione volti a garantire una presa in carico dei pazienti continua ed efficace attraverso i nodi in cui si articola la rete dei servizi. All'interno di questo quadro di riorganizzazione e con particolare riferimento al governo dei processi di dimissione dai reparti ospedalieri per acuti alla bassa intensità di cura e al domicilio, un ruolo centrale è stato assunto dalla «Cabina di orientamento», unità operativa complessa la cui *mission* consiste nel valutare i bisogni multidimensionali del paziente e della famiglia, orientare, di conseguenza, la scelta del miglior percorso clinico-organizzativo e rendere fluida la transizione del paziente lungo i vari setting e nodi assistenziali. Il lavoro in equipe multiprofessionali (medici, infermieri e assistenti sociali) si è qualificato come fattore qualificante questa esperienza di *transitional care*.

Nella seconda metà del mese di febbraio, l'ASST di Lodi, prima azienda sanitaria in Italia ad essere impegnata nella gestione di casi di Covid-19, ha immediatamente attivato una serie di processi di riorganizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali, avvalendosi anche delle competenze maturate negli anni precedenti. Tra le numerose esigenze, emerse in maniera dirompente, è stato necessario chiudere temporaneamente il presidio di Casalpusterlengo e riorganizzare l'intera rete ospedaliera in modo da garantire: (i) la disponibilità di posti letto nelle aree intensive e sub-intensive; (ii) cure appropriate, non abituali, in condizioni di sicurezza sia per i pazienti sia per i professionisti.



Indicatore 4.1. Voci dal campo

Pratiche di *bed management* e di *transitional care* nell'esperienza della ASST di Lodi in tempo di Covid-19 (2/3)



Risultati

Al fine di rispondere alle esigenze richiamate nella precedente sezione, l'ASST ha immediatamente agito su tre aspetti strutturali:

- i presidi ospedalieri sono stati interamente dedicati ai pazienti Covid, fatti salvi i servizi oncologici e riabilitativi;
- i posti letto dei tre presidi ospedalieri attivi (Lodi, Codogno e Sant'Angelo Lodigiano), tradizionalmente strutturati in base a criteri di specializzazione clinica, sono stati riorganizzati in 5 aree per intensità clinica e complessità assistenziale crescente (intensive care unit, terapia intensiva respiratoria, reparti Covid ad alta ossigenazione, reparti Covid stabilizzazione o palliazione, reparti non Covid);
- le competenze specialistiche, precedentemente accentrate nei vari reparti, sono state riallocate e convertite in modo da poter disporre del personale necessario per prendere in carico i pazienti Covid.

Data la rapidità e l'intensità dei cambiamenti strutturali in atto, è stato nel contempo necessario attivare agili processi di natura integrativa. In particolare:

- il 14 marzo, il ruolo di *bed and discharge manager*, con funzioni di ottimizzazione dell'utilizzo dei posti letto, è stato istituito ed assegnato a 4 infermieri (nel pronto soccorso di Lodi e nei presidi di Lodi, Codogno e Sant'Angelo Lodigiano); per poter ricoprire questo ruolo, è risultato fondamentale conoscere i posti letto disponibili nel proprio presidio, le esigenze di trasferimento da altri presidi, nonché le caratteristiche di ogni area sia in termini di competenze, sia in termini di dinamica di conversione in atto;
- alla luce della necessità di supportare sia le dinamiche di riassetto delle aree assistenziali sia i continui e pervasivi processi di interfaccia e di coordinamento tra i vari nodi della rete ospedaliera, a partire dal 20 marzo la *Cabina di orientamento* è divenuta un prezioso snodo organizzativo per supportare non solo la riconversione delle aree assistenziali in funzione delle mutevoli esigenze di intensità clinica e di complessità assistenziale, ma anche per guidare e monitorare ogni trasferimento, intra-presidio e inter-presidio, dei pazienti Covid;
- a partire dal 27 marzo, la *Cabina di orientamento* ha ampliato le sue funzioni nei confronti dei pazienti Covid, fungendo anche da snodo per la dimissione dall'ospedale verso le strutture territoriali ed il domicilio;
- nel contempo, al fine di garantire agili processi di transizione del paziente Covid tra aree e setting assistenziali, gli infermieri che ricoprono il ruolo di *bed and discharge manager*, effettuata la valutazione dei bisogni assistenziali, segnalano i pazienti da valutare al medico (per una valutazione clinica con funzioni di *clinical governance*) e agli assistenti sociali (per una valutazione sociale, utile in particolare nelle transizioni verso il territorio).

Indicatore 4.1. Voci dal campo

Pratiche di bed management e di transitional care nell'esperienza della ASST di Lodi in tempo di Covid-19 (3/3)



Apprendimento per il futuro

La gestione del Covid-19, qualificandosi come condizione multi-organica, complessa e spesso critica, ha richiesto cambiamenti dirompenti sotto il profilo sia temporale (velocità) sia spaziale (pervasività) nella rete dei servizi.

In questo contesto, nell'esperienza della ASST di Lodi si è reso subito evidente che la metodologia di confronto multiprofessionale e multidisciplinare, tradizionalmente utilizzata in sanità, non è praticabile in momenti pandemici di emergenza in quanto i professionisti sono completamente assorbiti dall'assistenza diretta.

Viceversa, è risultato indispensabile creare agili soluzioni di integrazione che, valorizzando le esperienze e le competenze pre-Covid, hanno consentito di attivare nuovi ruoli dedicati ai pazienti Covid (nella fattispecie l'infermiere *bed e discharge manager* e il medico con funzioni di *clinical governance*) e di utilizzare la *Cabina di orientamento* come snodo centrale per ogni transizione sia tra servizi ospedalieri (intra e inter-presidi) sia verso il territorio (strutture territoriali e domicilio). Nel loro complesso, tali soluzioni sono risultate cruciali per:

- diffondere tempestive e puntuali informazioni (logistiche, strutturali ed organizzative), indispensabili per poter attivare processi decisionali efficaci;
- assicurare, nonostante l'emergenza in atto, processi di valutazione multidimensionali e, di conseguenza, delineare percorsi (ospedalieri e territoriali) appropriati e sicuri per i pazienti;
- garantire l'uso razionale dei posti letto.

È ferma intenzione della ASST di Lodi non disperdere il patrimonio organizzativo-gestionale generato a seguito dell'emergenza pandemica. A tale scopo, l'esperienza maturata diverrà, con le opportune modifiche e integrazioni, una prassi applicativa anche in regime ordinario.

Ringraziamenti - Si ringrazia l'ASST di Lodi, per la condivisione dell'esperienza, nelle persone di S.Gioia (Direttore generale), P.Bernocchi (Direttore socio-sanitario), C.F. Filippi (Direttore Dipartimento Bassa Intensità R.I.C.C.A.), S.Forlani (Direttore Medicina a Bassa Intensità, POT - Presidio Ospedaliero Territoriale di Sant'Angelo Lodigiano), P.Piccioni (Clinical manager C.d.O.), L.Pozzoli (Coordinatore C.d.O. e Bed manager presidio di S.Angelo L.), M. Gatti (Infermiera C.d.O.), M.Villani (Assistente sociale C.d.O.), L.Ardemagni (Assistente sociale U.O.S. Rete Coordinamento ed Integrazione Ospedale/Territorio).

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 dei profili regionali

Per l'analisi della «Fase II», iniziata 4 maggio 2020 in seguito al DPCM del 26 aprile, si continuano ad adoperare i dati pubblicati giornalmente dalla Protezione Civile per seguire l'andamento epidemiologico nelle varie Regioni; i modelli di risposta all'emergenza nelle varie Regioni vengono caratterizzate secondo le dimensioni di *preparedness* e *responsiveness*, valutando rispettivamente la predisposizione di Piani Pandemici o Piani Emergenziali da parte delle Regioni e la programmazione sanitaria regionale Covid-correlata (compresa la programmazione in ambito vaccinale), con un focus specifico sulla produzione di linee di indirizzo relative al processo assistenziale del paziente Covid.

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

Approfondimento
[Instant Report #13](#)



Appendice Metodologica

Indicatori di monitoraggio del contagio



Indicatore	Significato	Numeratore	Denominatore	Limiti	Fonte dei dati
1.1 INCIDENZA SETTIMANALE (x 100.000)	Velocità di sviluppo di eventuali nuovi focolai di contagio	N° NUOVI POSITIVI DELLA SETTIMANA x 100.000	Popolazione Residente	Il numero dei positivi varia conseguentemente alla politica sui tamponi applicata dalla regione in esame.	Protezione Civile Italiana
1.2 ANDAMENTO ATTUALMENTE POSITIVI	Velocità di sviluppo di eventuali nuovi focolai di contagio	Differenza tra (N° Att. Positivi Giorno 7+1) e (N° Att. Positivi Giorno 1)	Numero relativo	Si tratta di numeri relativi quindi non pesati per la specifica regione.	Protezione Civile Italiana
1.3 ANDAMENTO OSPEDALIZZATI	Monitoraggio dell'interessamento del Servizio Sanitario Regionale	Differenza tra [Ospedalizzati Giorno 1+7] e [Ospedalizzati Giorno 1]	Numero relativo	Si tratta di numeri relativi quindi non pesati per la specifica regione.	Protezione Civile Italiana
1.4 POSITIVITÀ AL TEST	Appropriatezza di ricerca attiva dei possibili casi.	N° NUOVI CASI POSITIVI DELLA SETTIMANA	N° NUOVI CASI TESTATI DELLA SETTIMANA	Il numero dei positivi varia conseguentemente alla politica sui tamponi applicata dalla regione in esame.	Protezione Civile Italiana

Indicatori Epidemiologici



Indicatore	Significato	Numeratore	Denominatore	Limiti	Fonte dei dati
2.1 - 2.3 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
2.4. -2.5 PREVALENZA PERIODALE (%)	Valutazioni settimanali della proporzione dei soggetti positivi sulla popolazione	N° CASI ATTUALMENTE POSITIVI DI COVID-19 (giorno1) + N° NUOVI CASI POSITIVI DI COVID-19 (giorni 1+7) x 100	N° ABITANTI PER REGIONE	Il numero dei positivi varia conseguentemente alla politica sui tamponi applicata dalla regione in esame.	- Protezione Civile Italiana - Istat
2.6. PREVALENZA PUNTUALE (CARTOGRAMMI COMPARATIVI) (%)	Fotografie sulla prevalenza al giorno di uscita del report	N° CASI ATTUALMENTE POSITIVI DI COVID-19 x 100	N° ABITANTI PER REGIONE	Il numero dei positivi varia conseguentemente alla politica sui tamponi applicata dalla regione in esame.	- Protezione Civile Italiana - Istat

Indicatori Organizzativi (1/3)



Indicatore	Significato	Numeratore	Denominatore	Limiti	Fonte dei dati
3.1. RICOVERI TI / RICOVERI TOTALI	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
3.2. 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
3.3. TASSO SETTIMANALE NUOVI TAMP. X 1.000 AB	Questo indicatore, standardizzato per 1.000 abitanti, fornisce indicazioni sulle politiche di esecuzione dei tamponi nelle diverse realtà regionali e sulle capacità dei Laboratori Regionali	N° NUOVI TAMPONI PER SETTIMANA x 1.000	N° ABITANTI PER REGIONE	Il numero di tamponi comprende sia i nuovi tamponi a scopo diagnostico che i tamponi ripetuti.	- Protezione Civile Italiana - Istat
3.4. POPOLAZIONE SOTTOPOSTA AL TEST	Questo indicatore mostra il numero di persone sottoposte a test rispetto alla popolazione residente in Italia.	N° DI TAMPONI EFFETTUATI	POPOLAZIONE RESIDENTE	I dati sono in continua evoluzione.	- Protezione Civile Italiana
3.5. CASI DA SOSPETTO CLINICO/CASI TOTALI & CASI DA SCREENING/CASI TOTALI (%)	Percentuale di casi positivi al tampone emersi da attività clinica	N° casi identificati da sospetto diagnostico e N° casi identificati da attività di screening	N° casi totali	Manca una chiarezza interpretativa del dato.	- Protezione Civile Italiana
3.6. CASI DA SCREENING/CASI TOTALI (&)	Percentuale di casi emersi da indagini e test, pianificati a livello nazionale o regionale, che diagnosticano casi positivi al tampone.	N° casi identificati da attività di screening	N° casi totali	Manca una chiarezza interpretativa del dato.	- Protezione Civile Italiana
3.7. RELAZIONE TRA INCIDENZA / SETT X 100.000 & TAMPONI / SETT. X 1.000 AB	Si vuole indagare la relazione tra l'incidenza settimanale dei casi con il numero di tamponi settimanali.	n.a.	n.a.	n.a.	- Protezione Civile Italiana - Istat
3.8. RELAZIONE TRA INCIDENZA / SETT X 100.000 & NUOVI CASI TESTATI / SETT. X 1.000 AB	Si vuole indagare la relazione tra l'incidenza settimanale dei casi con i nuovi casi testati settimanali.	n.a.	n.a.	n.a.	- Protezione Civile Italiana - Istat

Indicatori Organizzativi (2/3)



Indicatore	Significato	Numeratore	Denominatore	Limiti	Fonte dei dati
3.7. RELAZIONE TRA INCIDENZA / SETT X 100.000 & TAMPONI / SETT. X 1.000 AB	Si vuole indagare la relazione tra l'incidenza settimanale dei casi con il numero di tamponi settimanali.	n.a.	n.a.	n.a.	- Protezione Civile Italiana - Istat
3.8. RELAZIONE TRA INCIDENZA / SETT X 100.000 & NUOVI CASI TESTATI / SETT. X 1.000 AB	Si vuole indagare la relazione tra l'incidenza settimanale dei casi con i nuovi casi testati settimanali.	n.a.	n.a.	n.a.	- Protezione Civile Italiana - Istat
3.9. PL DI TI PRE-EMERGENZA COVID - 19, DURANTE LA FASE 1 E A REGIME COME DA PROGRAMMAZIONE REGIONALE (DL34/2020)	Si vogliono analizzare i PL di TI iniziali, quindi riferiti al periodo precedente all'emergenza Covid-19, e i relativi incrementi realizzati durante la fase 1 e previsti dai piani di riorganizzazione ospedaliera approvati in risposta al DL34/2020.	n.a.	n.a.	n.a.	DL 34 del 19 maggio 2020
3.10. RAPPORTO TRA PL TI ATTIVATI DURANTE LA FASE 1 E QUELLI PREVISTI A REGIME DALLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE	Si vogliono analizzare i PL di TI realizzati durante la fase 1 e previsti dai piani di riorganizzazione ospedaliera approvati in risposta al DL34/2020.	n.a.	n.a.	n.a.	DL 34 del 19 maggio 2020
3.11. 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.

Indicatori Organizzativi (3/3)



Indicatore	Significato	Numeratore	Denominatore	Limiti	Fonte dei dati
3.12. LIVELLI DI ASSISTENZA PER AREA TERAPEUTICA	L'obiettivo di questo indicatore è raccogliere le evidenze in merito all'impatto dell'emergenza COVID-19 sui livelli di assistenza offerti a specifiche categorie di pazienti. Si considerano solamente gli studi pubblicati su riviste scientifiche (nazionali/internazionali) o con report pubblicato da fonti affidabili quali le società mediche.	n.a	n.a	n.a.	- Società scientifiche di riferimento - Letteratura nazionale e internazionale.
3.13 SPERIMENTAZIONI CLINICHE	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
3.14. APPROFONDIMENTO SUI TEST COVID-19	Descrivere il le tipologie di test messe in campo dalle varie regioni.	I programmi dei test sierologici attivati	n.a.	<ul style="list-style-type: none"> • Aggiornamento delle fonti dati • Dettaglio per regione dei dati 	Fonti nazionali e internazionali meglio specificate nella slide.

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, 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