

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#17: 23 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, Giuliana Monolo, Rocco Reina, Michele Basile, Rossella Di Bidino, Eugenio Di Brino, Maria Giovanna Di Paolo, Andrea Di Pilla, Carlo Favaretti, Fabrizio Massimo Ferrara, Marzia Vittoria Gallo, Luca Giorgio, Roberta Laurita, Marta Piria, Maria Teresa Riccardi, Martina Sapienza, Filippo Rumi, Andrea Silenzi, Angelo Tattoli, Entela Xoxi, Marzia Ventura, Concetta Lucia Cristofaro, Walter Vesperi, Anna Maria Melina, Teresa Gentile, Giovanni Schiuma, Primiano Di Nauta, Raimondo Ingrassia, Paola Adinolfi, Chiara Di Guardo



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Indice del Documento



OBIETTIVI

NOTA METODOLOGICA E FONTE DEI DATI

CONTESTO NORMATIVO

PROVVEDIMENTI NAZIONALI

PREPAREDNESS

RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

LIBRARY INSTANT REPORT

INDICATORI DI MONITORAGGIO DEL CONTAGIO

1.1. INCIDENZA SETTIMANALE X 100.000

1.2. ANDAMENTO ATTUALMENTE POSITIVI

1.3. ANDAMENTO OSPEDALIZZATI

1.4. POSITIVITÀ AL TEST

INDICATORI EPIDEMIOLOGICI

2.1. TOTALE ATTUALMENTE POSITIVI

2.2. TOTALE CASI

2.3. TOTALE TAMPONI

2.4. PREVALENZA PERIODALE E PREVALENZA PUNTUALE

2.5. PREVALENZA PERIODALE 14/7/2020 – 21/7/2020

2.6. PREVALENZA PUNTUALE 14/7/2020 – 21/7/2020

2.7. EVOLUZIONE DECESSI: 2020 vs. 2015-2019

INDICATORI CLINICO-ORGANIZZATIVI

3.1. RICOVERI TI / RICOVERI TOTALI 14/7/2020 E 21/7/2020

3.2. PAZIENTI RICOVERATI IN TI/POSITIVI

3.3. TASSO SETTIMANALE NUOVI TAMP. X 1.000 AB

3.4. POPOLAZIONE SOTTOPOSTA AL TEST SU RESIDENTI

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

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

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

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

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

3.10. IMPATTO ECONOMICO

3.11. SOLUZIONI DIGITALI

3.12. LIVELLI DI ASSISTENZA PER AREA TERAPEUTICA

3.13. SPERIMENTAZIONI CLINICHE

3.14. APPROFONDIMENTO SUI TEST COVID-19

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

ANALISI A LIVELLO AZIENDALE

4.1 VOCI DAL CAMPO E BUONE PRATICHE

4.2. CONNESSIONI E SUPPORTI PER LA COMUNICAZIONE DIGITALE

ANALISI DELLA PROGRAMMAZIONE VACCINALE

ANALISI DEI PROFILI REGIONALI

APPENDICE METODOLOGICA

CHI SIAMO



Obiettivi

- Obiettivo di questo documento è presentare un confronto sistematico dell'andamento della diffusione del Sars-COV-2 a livello nazionale e in 6 Regioni italiane, che rappresentano il 52% della popolazione nazionale e che al 21 Luglio hanno l'88% 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 35.073 persone che abbiamo perduto dall'inizio del contagio.
- Il gruppo di lavoro dell'Università Cattolica ha elaborato un sistema di indicatori utile a valutare l'effetto che i diversi provvedimenti emergenziali (adottati a livello nazionale e a livello regionale) hanno avuto sull'andamento del contagio e per comprendere le implicazioni sui modelli organizzativi progressivamente adottati sul territorio nazionale.
- La finalità è comprendere meglio le implicazioni delle diverse strategie adottate dalle Regioni per fronteggiare la diffusione del virus e le conseguenze del 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 **21 Luglio** [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

Piano Nazionale di Preparazione e Risposta per una Pandemia Influenzale



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

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

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

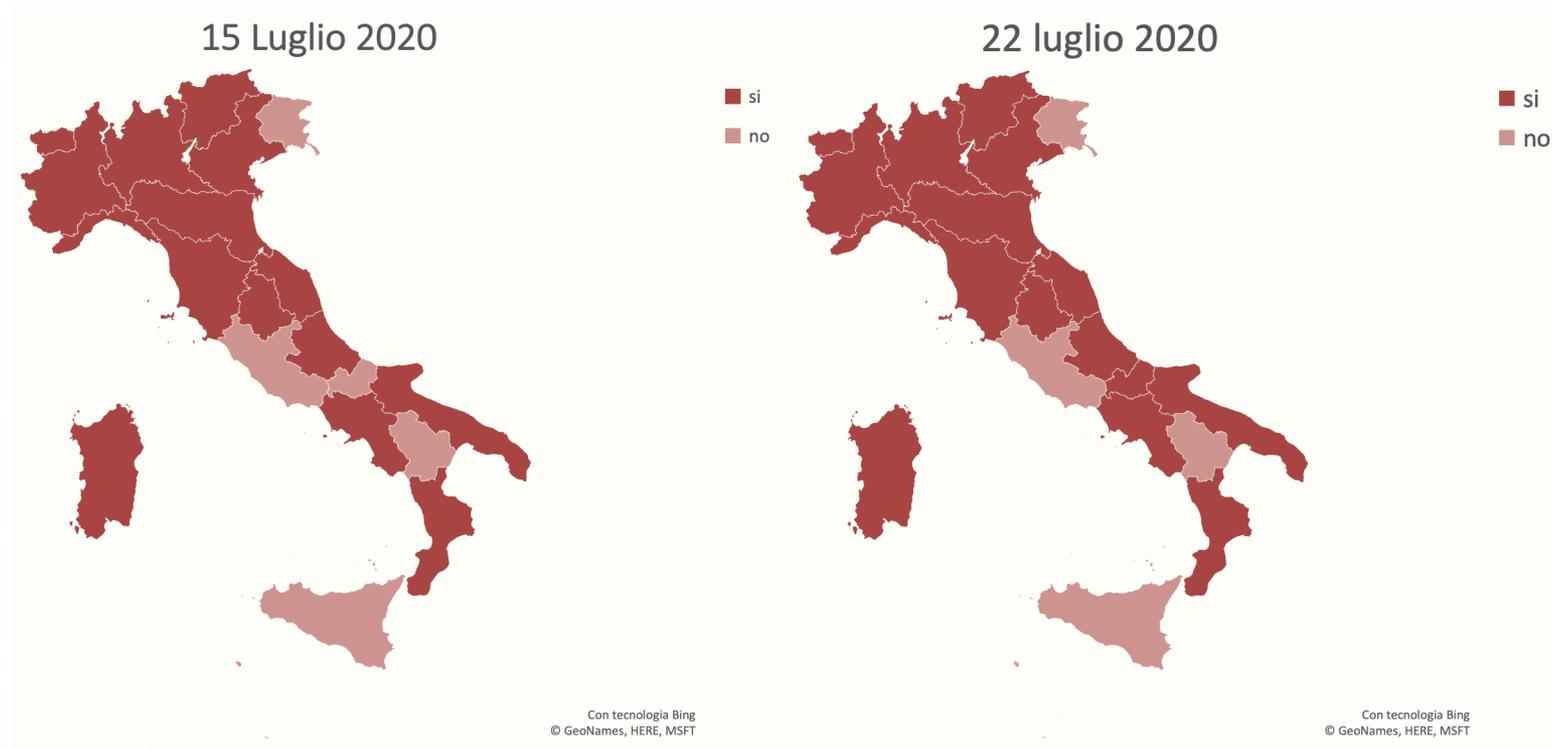
«Le **azioni chiave** per raggiungere gli obiettivi del Piano sono:

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

Approfondimento
[Instant Report #12](#)



La riorganizzazione della rete ospedaliera (art. 2 DL 34 del 19 maggio 2020)



Commento

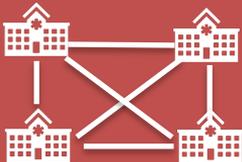
Il Decreto-legge n. 34 del 19 maggio all'articolo 2 sancisce che le Regioni, tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da COVID-19 in corso, garantiscono l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree 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 22 luglio 2020 si registra l'approvazione dei piani di riorganizzazione in Molise. Per questo motivo, a poco più di due mesi dall'approvazione del DL n.34 del 19 maggio, l'**80 %** delle regioni italiane ha deliberato specifici piani di riorganizzazione dell'attività ospedaliera per il potenziamento della rete ospedaliera e delle terapie intensive. All'appello mancano, quindi, Basilicata Friuli Venezia Giulia, Lazio e Sicilia.



Gli approcci Regionali all'organizzazione della rete ospedaliera COVID-19 per la fase 2



Covid – Hospital dedicati 	Modello a rete 	Hub and spoke 
Piemonte	Toscana	Abruzzo
Valle d'Aosta		Calabria
		Campania
		Emilia-Romagna
		Marche
		Molise
		Liguria
		Lombardia
		Puglia
		Umbria
		Veneto

Commento

La tabella riporta i diversi approcci messi in campo dalle regioni nella riprogettazione della rete ospedaliera, ed in particolare nella riorganizzazione della rete delle terapie intensive, come previsto dall' articolo 2 del decreto 34 del 19 maggio 2020. Emerge come la maggior parte delle regioni (**11**) abbia optato per il modello *hub and spoke*. La Toscana, invece, ha optato per un modello a rete mentre Piemonte e Valle d'Aosta si sono orientate verso la definizione di Covid Hospital. In quest'ultimo caso, la scelta del modello è dovuta alla presenza di un unico presidio ospedaliero.

Nota: dalle delibere della Sardegna, P.A di Trento e P.A. di Bolzano non è possibile desumere un modello organizzativo

Gli approcci regionali alla programmazione durante le diverse fasi dell'epidemia Covid-19



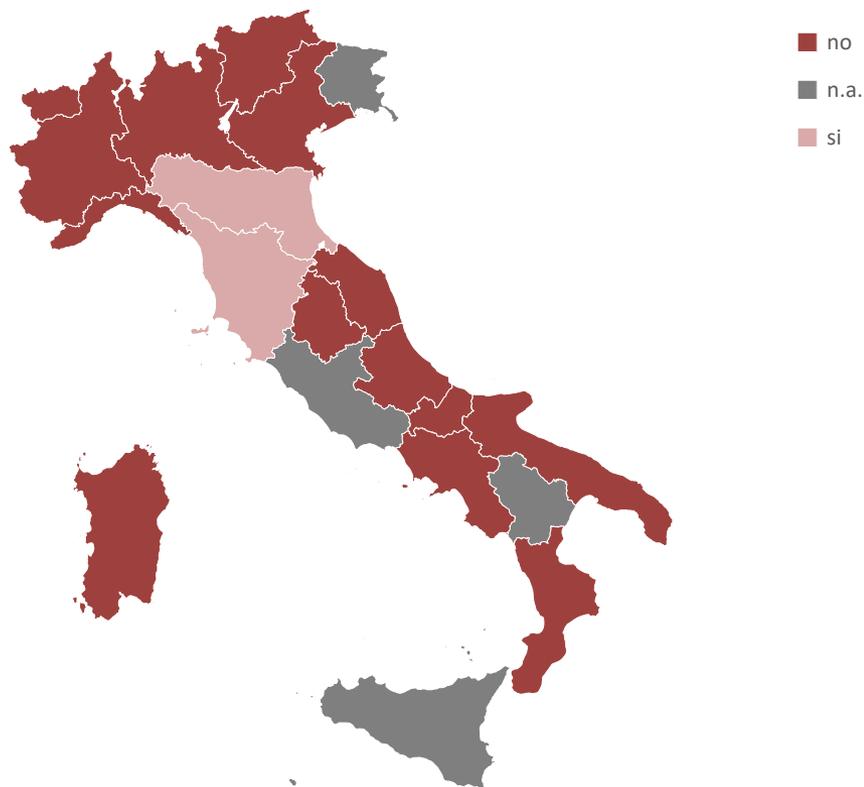
	Fase I (durante il picco dell'emergenza)	Fase II (a partire dal 4 maggio 2020)	Fase III (DL 34/2020)
Covid Hospital	Abruzzo (livello 4), Basilicata Calabria, Campania, Emilia-Romagna (livello 5), Liguria, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Umbria, Veneto	Abruzzo, Basilicata Marche, Sicilia, Sardegna, Umbria	Piemonte, Valle d'Aosta
Modello a rete	Emilia-Romagna (livelli 1-4), Lombardia, Toscana	Lombardia, Liguria, Veneto, Toscana	Toscana
Hub and Spoke	Abruzzo (livelli 1-3), Lazio,	Lazio, Emilia Romagna, Puglia, Calabria	Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Puglia, Umbria, Veneto

Elementi caratterizzanti i piani di riorganizzazione - coordinamento

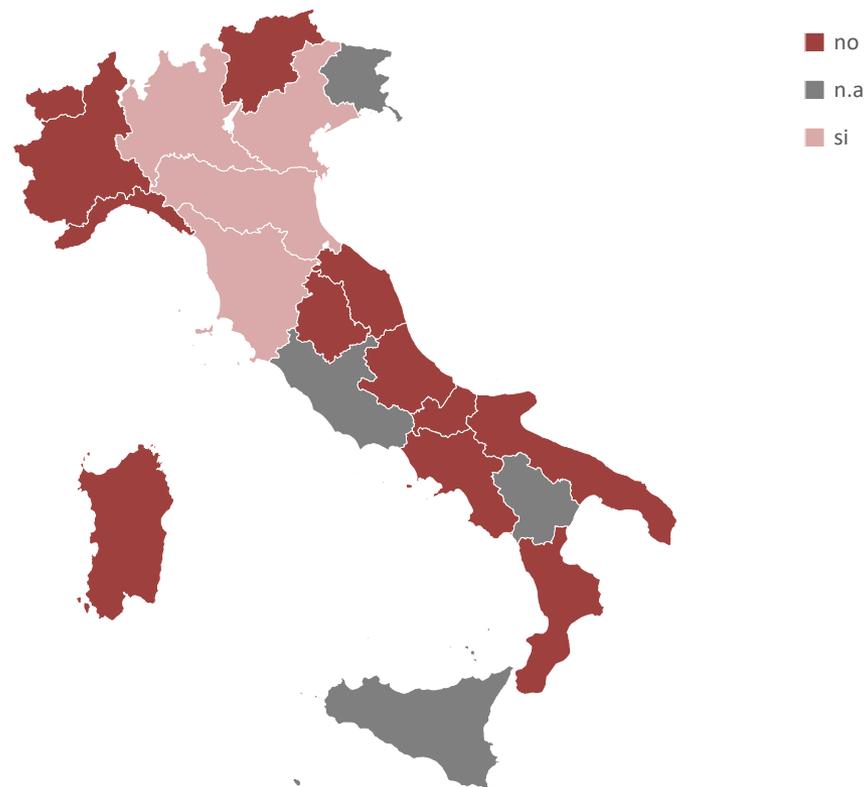


È prevista l'individuazione di strutture organizzative deputate al coordinamento dei posti letto in terapia intensiva?

È prevista l'individuazione di strutture organizzative deputate alla gestione post acuzia del paziente?



Con tecnologia Bing
© GeoNames, HERE, MSFT



Con tecnologia Bing
© GeoNames, HERE, MSFT

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>



Programmazione dell'assistenza 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	Emilia-Romagna Liguria Lombardia Marche Toscana Umbria Veneto	Lazio Sicilia
	no	Abruzzo Calabria Campania Molise Piemonte Sardegna Puglia P.A. Bolzano P.A. Trento Valle d'Aosta	Basilicata Friuli Venezia Giulia Molise

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 2 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 **8** regioni e le **2** Province Autonome, 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.



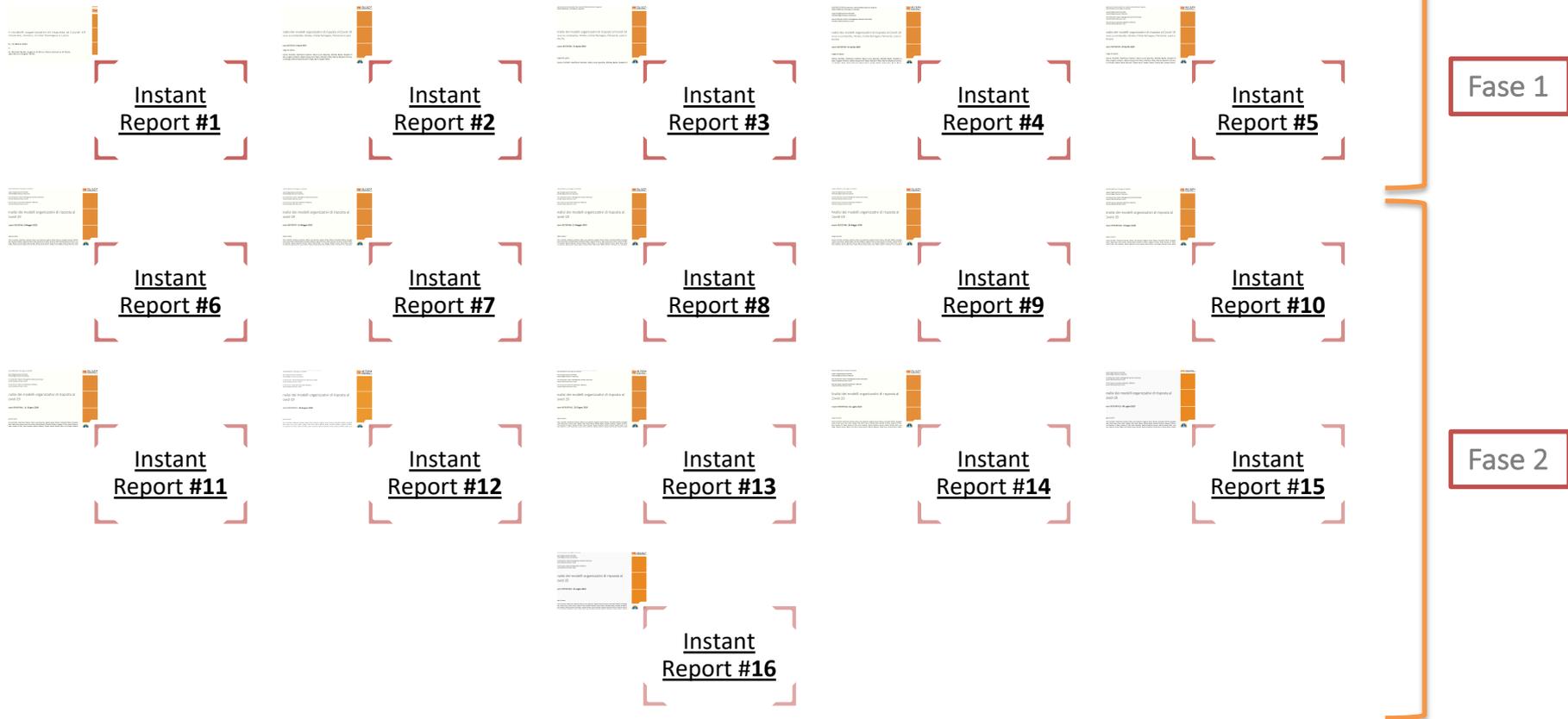


Library Instant Report



ALTEMS Instant Report

dal 31 marzo 2020 ad oggi

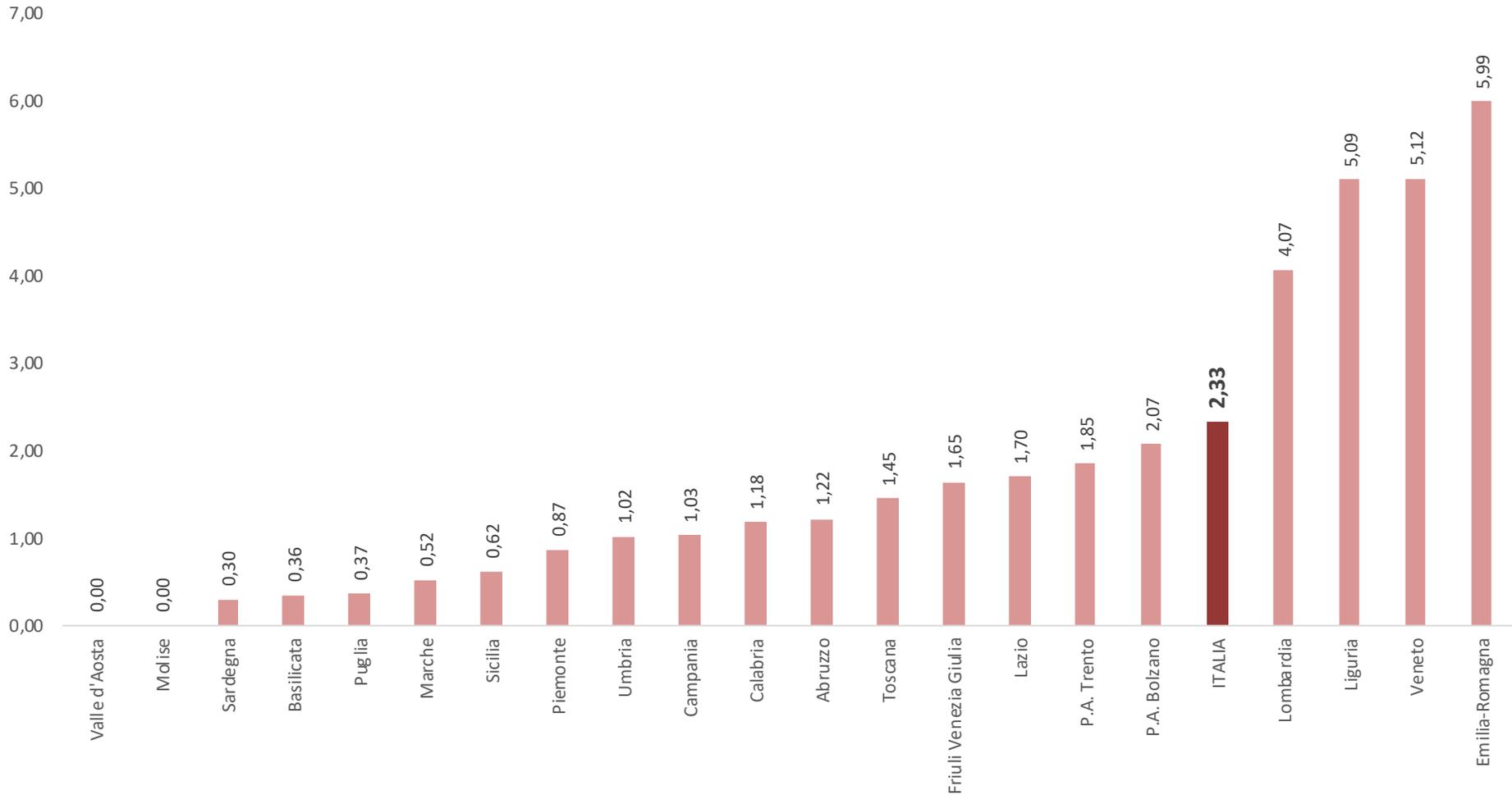




Indicatori di monitoraggio del contagio



Indicatore 1.1. Incidenza settimanale x 100.000

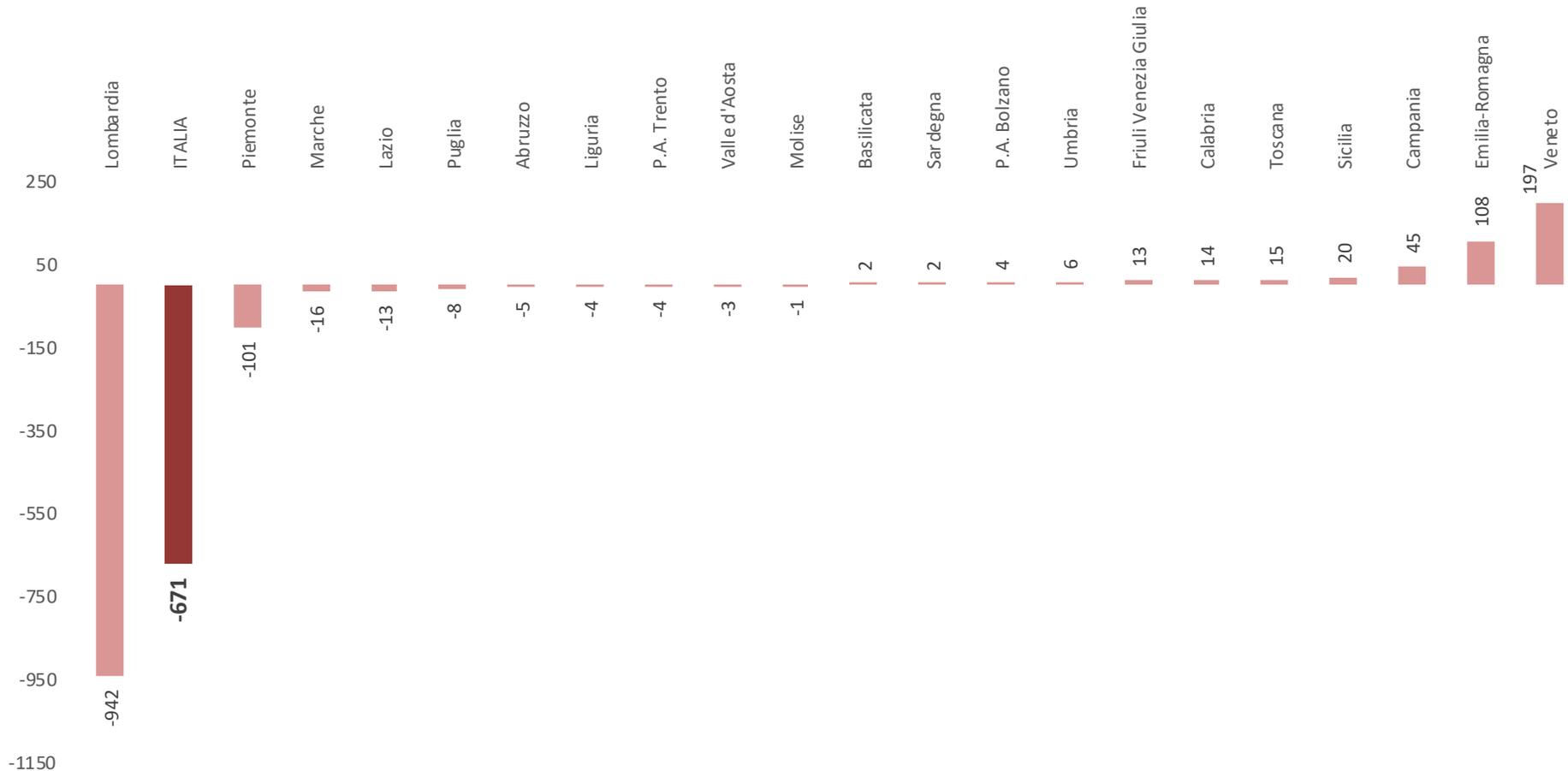


Commento

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



Indicatore 1.2. Andamento attualmente positivi



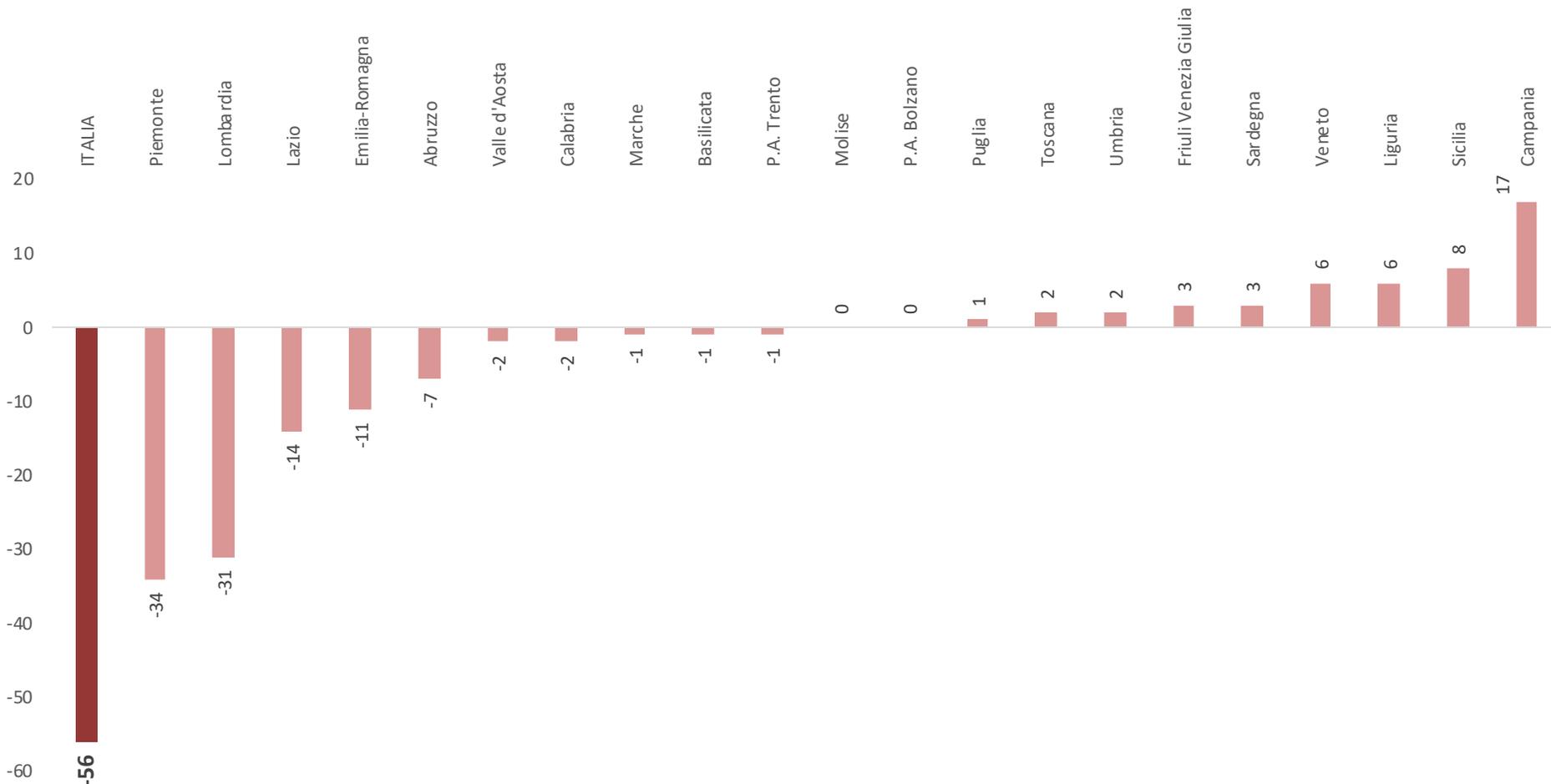
Media	-31,95
Min	-942,00
Max	197,00
Dev-St	215,67
Var	46.511,45

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 -942, la scorsa settimana era di -1.122 casi. In generale, si sottolinea un andamento negativo con una media di -32 casi, la settimana scorsa erano -63. Si registra altresì un aumento degli attualmente positivi in diverse Regioni.



Indicatore 1.3. Andamento ospedalizzati



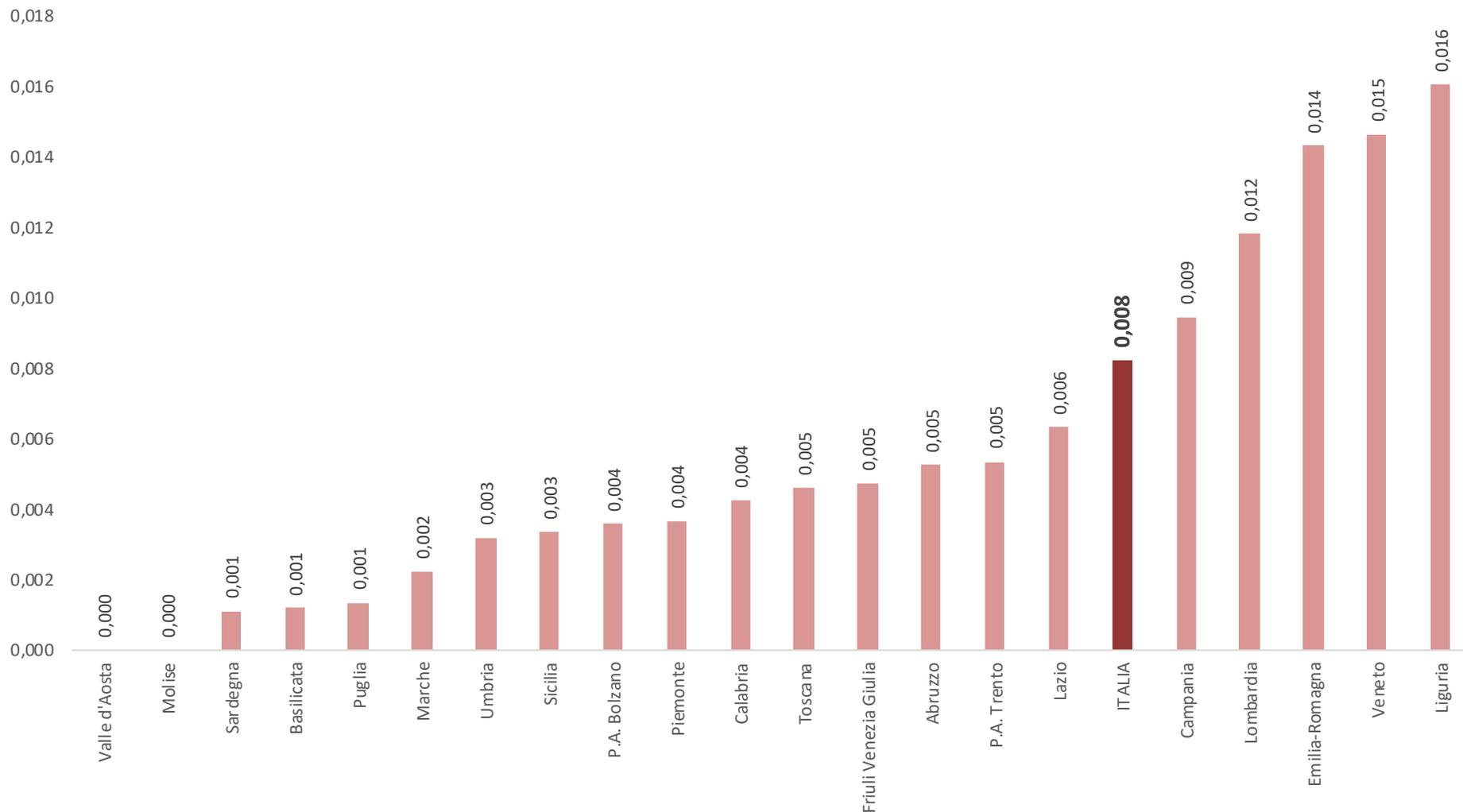
Media	-2,67
Min	-34,0
Max	17,00
Dev-St	11,17
Var	139,83

Commento

Questo indicatore fornisce un'indicazione sull'andamento dei casi ospedalizzati in tutte le Regioni. La differenza maggiore viene registrata in Piemonte con una variazione di -34 casi ospedalizzati. In generale si registra un andamento negativo pari in media a -2,67 casi ospedalizzati. Si segnala un andamento positivo dell'indicatore in diverse Regioni.



Indicatore 1.4. Positività al test



Commento

L'indice di positività rispetto ai test effettuati registra un valore massimo di 0,016 in Liguria e 0,015 in Veneto. In Italia è positivo un nuovo soggetto testato ogni 125.

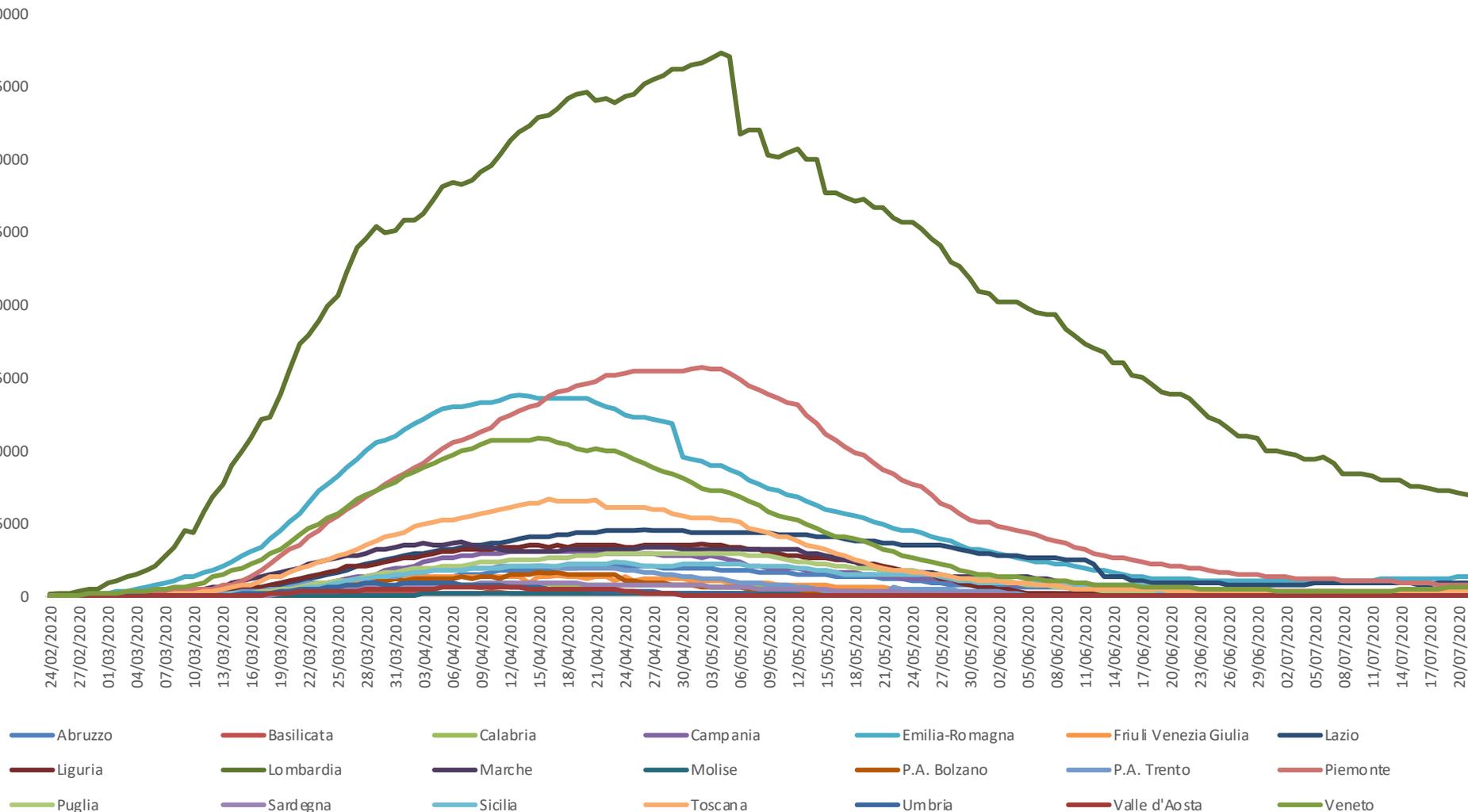




Indicatori epidemiologici



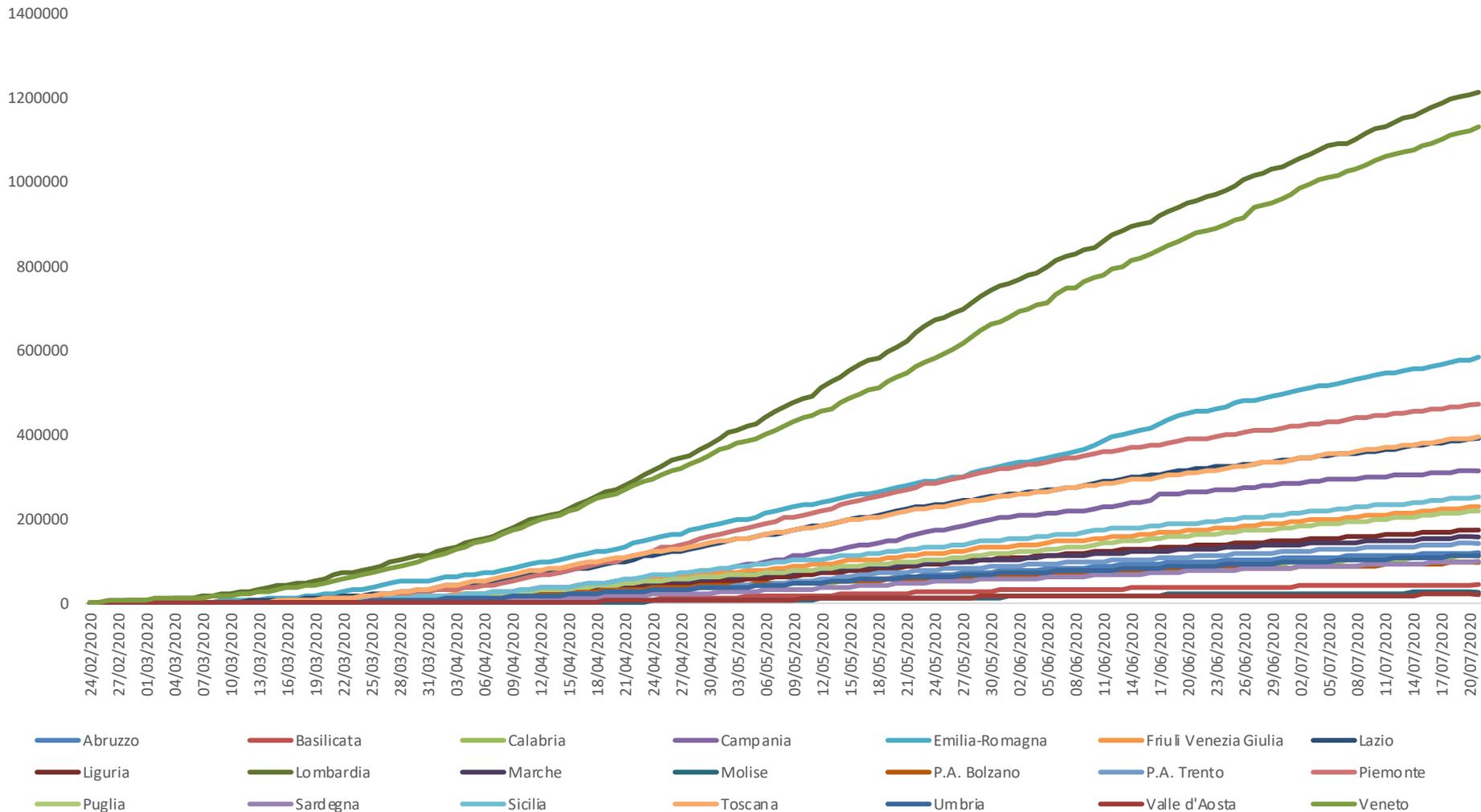
Indicatore 2.1. Totale attualmente positivi



Commento

Si registra in generale un andamento decrescente nella quasi totalità delle regioni considerate. In particolare, il numero di casi risulta decrescere maggiormente nelle regioni Lombardia e Piemonte.

Indicatore 2.3. Totale tamponi

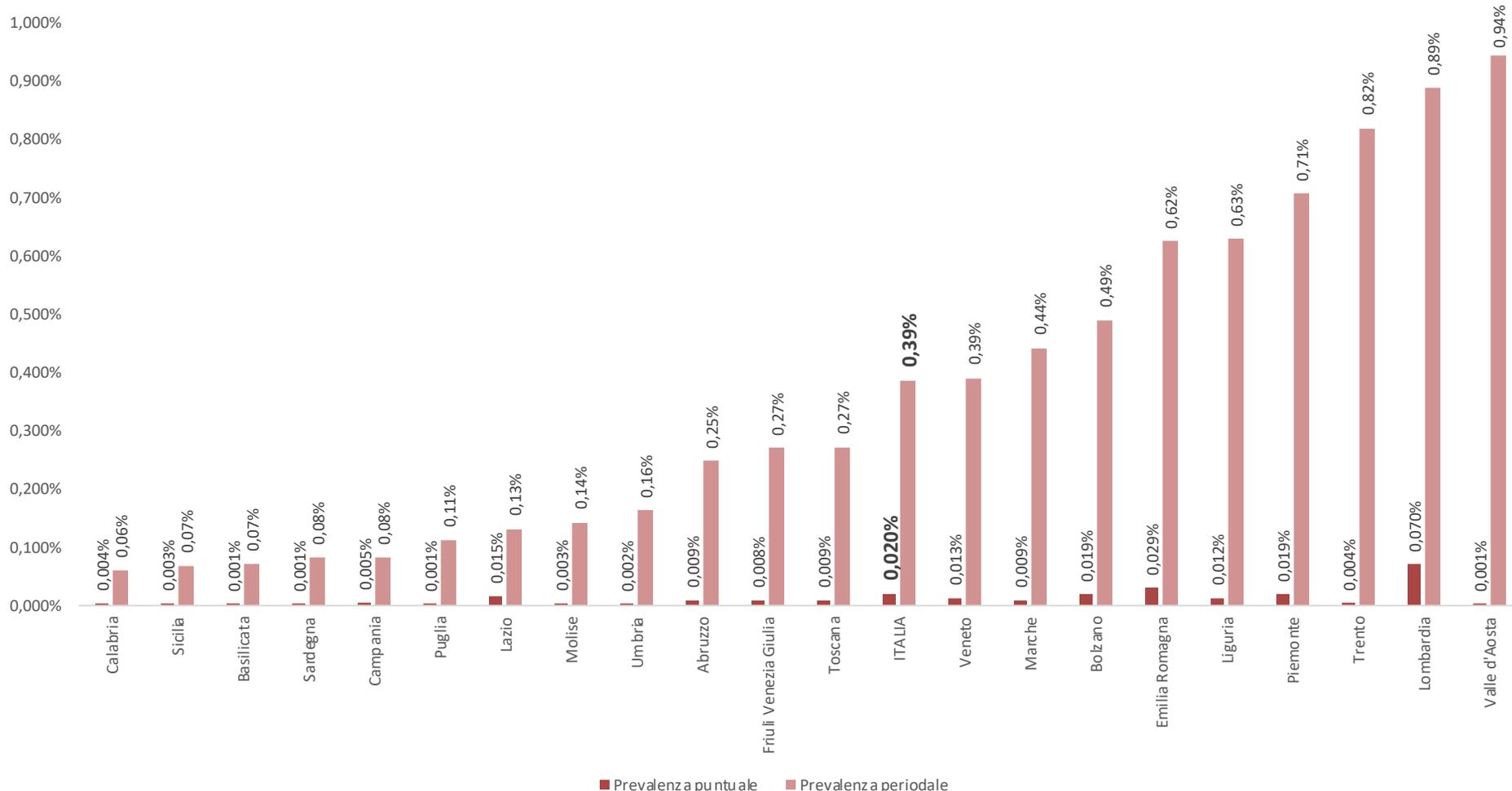


Commento

Si registra in generale un andamento crescente in tutte le regioni considerate. Il numero di tamponi realizzati rimane più elevato nelle regioni Lombardia e Veneto, con un incremento particolarmente significativo per quanto riguarda la regione Lombardia.



Indicatore 2.4. Prevalenza Periodale* e Prevalenza Puntuale

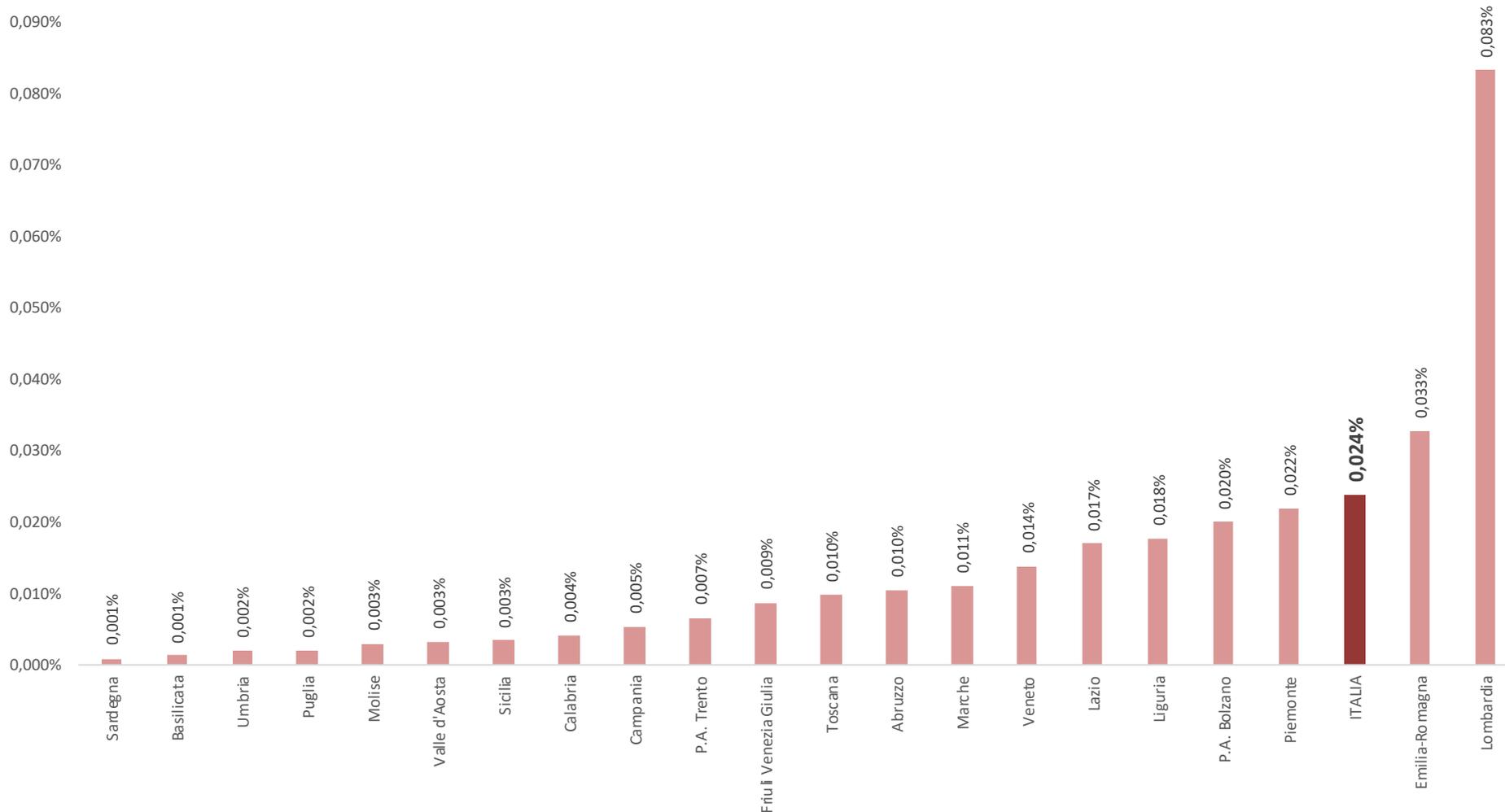


Commento

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 21 Luglio 2020

Indicatore 2.5. Prevalenza periodale 14/7/2020 – 21/7/2020

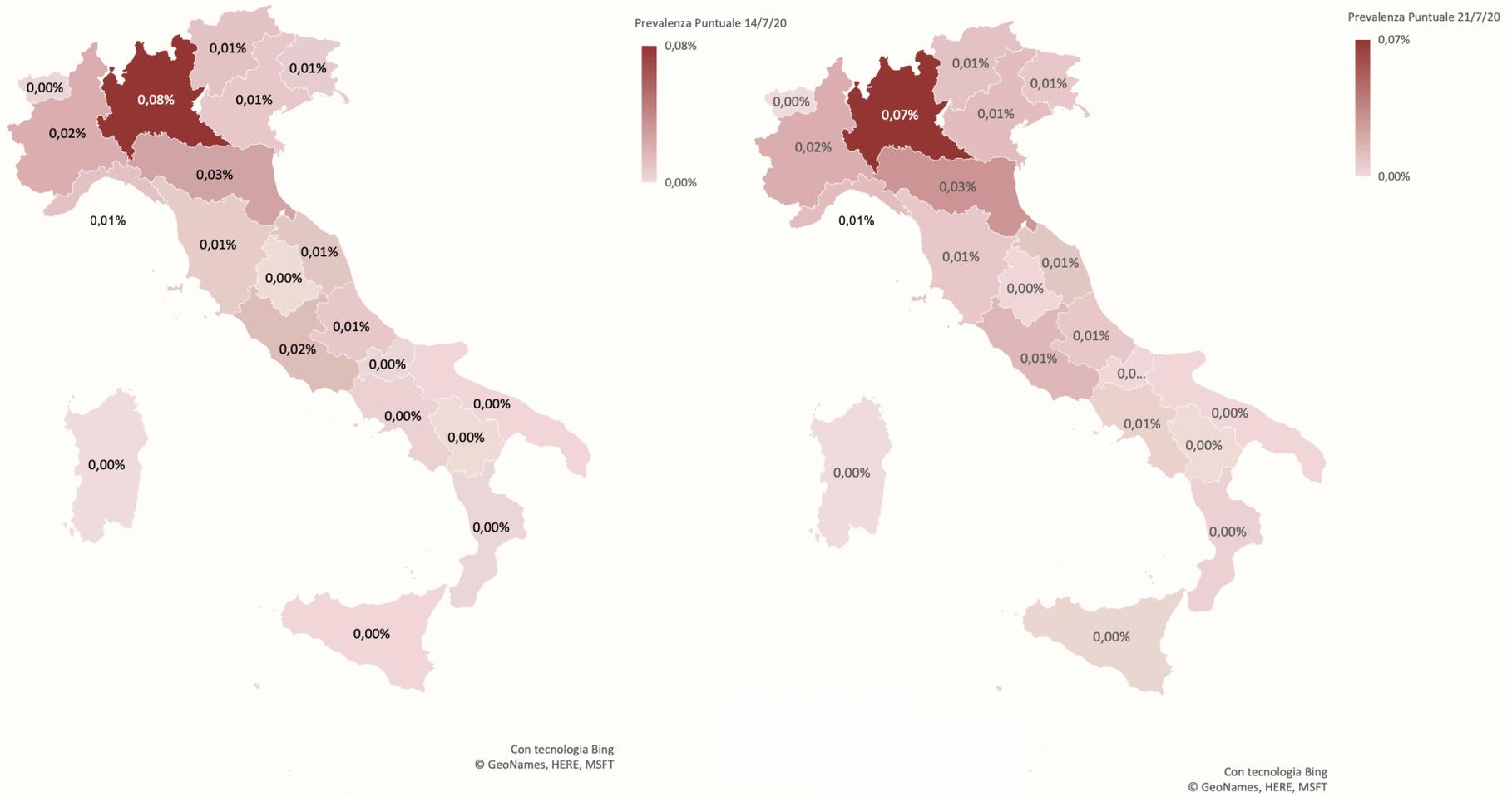


Commento

In termini di monitoraggio della prevalenza settimanale si registra un tasso di prevalenza rispetto alla popolazione residente più elevato rispetto alla media nazionale in Lombardia ed Emilia-Romagna. Tra le Regioni del centro il Lazio registra un valore dello 0.017%. La prevalenza nell'ultima settimana registrata nel contesto nazionale è pari a 0.024%.



Indicatore 2.6. Prevalenza puntuale 14/7/2020 – 21/7/2020



Commento

In termini di monitoraggio puntuale, si registra un aumento della prevalenza in Emilia Romagna e Lazio. In Italia la prevalenza puntuale registrata al giorno 21/07/2020 è pari a 0.020%.



Indicatore 2.7. 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.

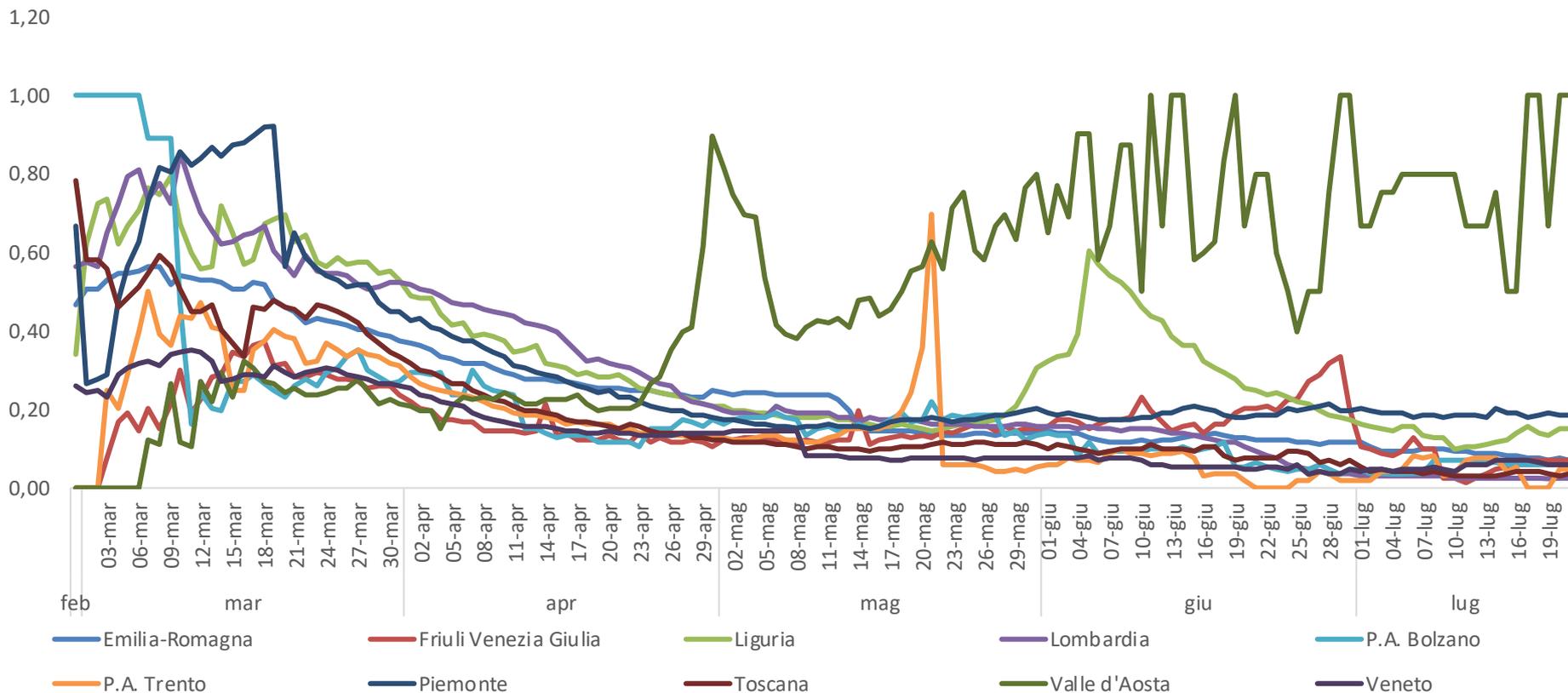
[Rapporto sulla mortalità della popolazione residente a cura di Istat e Isp](#) - **Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità: cause di morte nei deceduti positivi a SARS-CoV-2**



Indicatori clinico-organizzativi



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

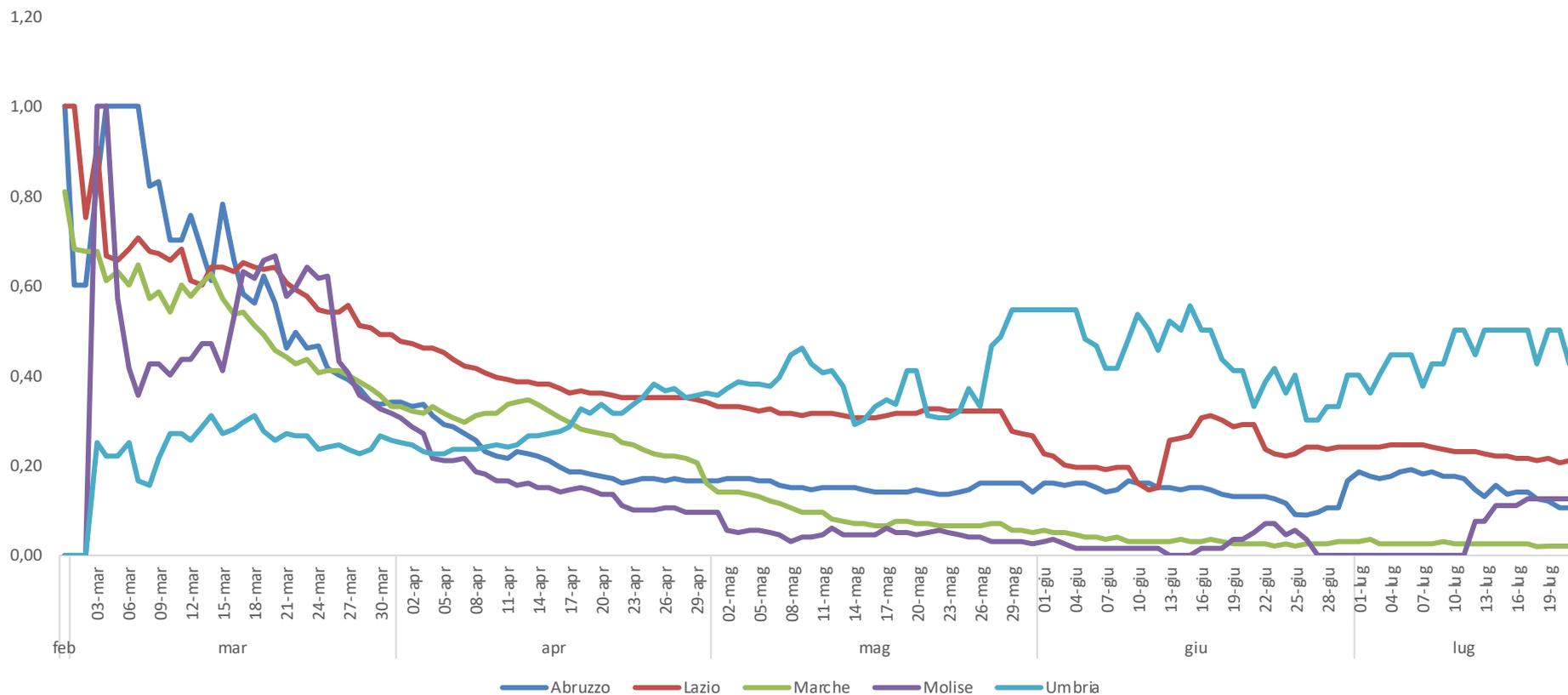


Data	Emilia-Romagna	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Lombardia	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Piemonte	Toscana	Valle d'Aosta	Veneto	Totale
Media	0,24	0,16	0,34	0,28	0,21	0,16	0,31	0,19	0,49	0,14	0,25
Max	0,56	0,37	0,79	0,85	1,00	0,70	0,92	0,78	1,00	0,35	0,72
Min	0,07	0,00	0,10	0,02	0,04	0,00	0,15	0,03	0,00	0,03	0,05
Deviazione standard	0,15	0,08	0,19	0,22	0,21	0,13	0,21	0,16	0,28	0,09	0,18
Varianza	0,02	0,01	0,04	0,05	0,05	0,02	0,04	0,03	0,08	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)

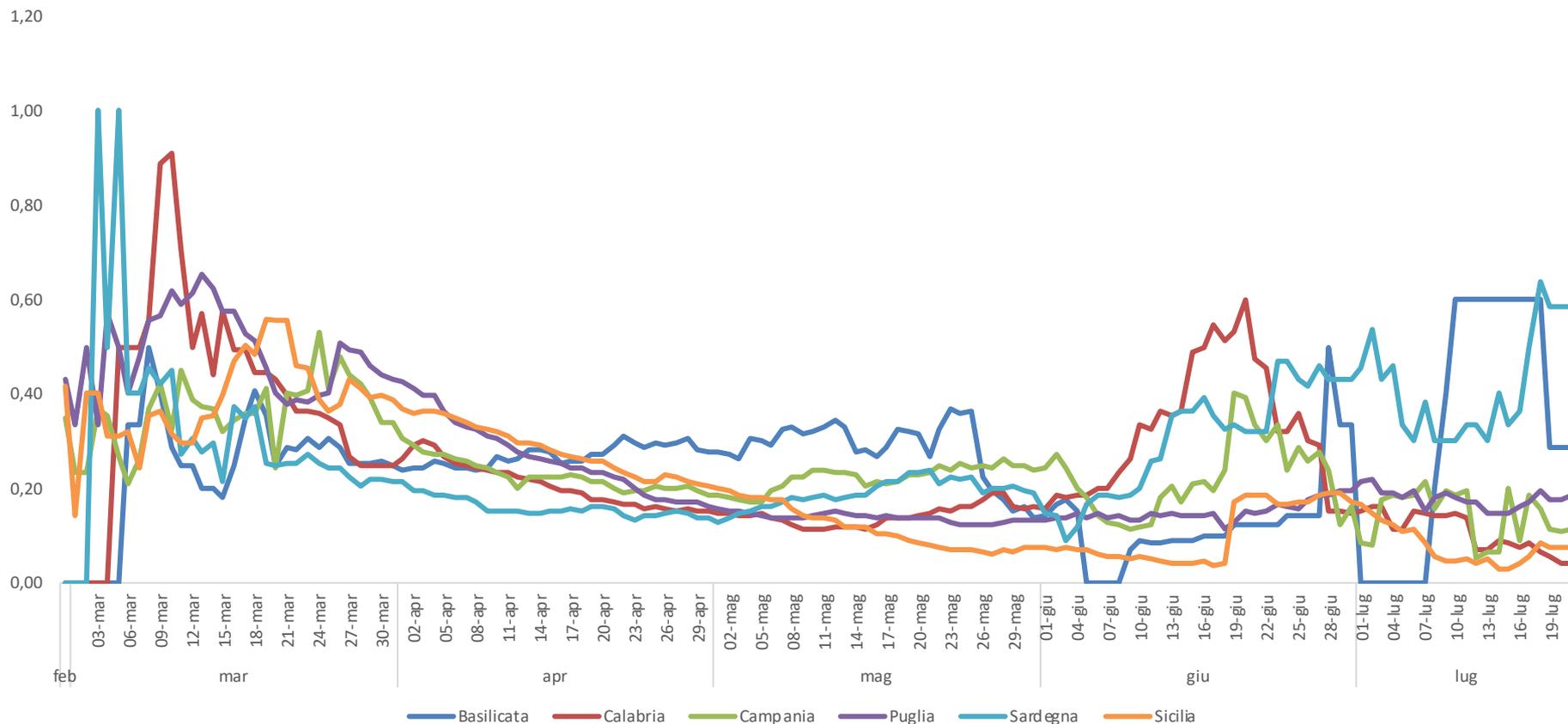


Data	Abruzzo	Lazio	Marche	Molise	Umbria	Totale
Media	0,27	0,37	0,20	0,16	0,36	0,29
Max	1,00	1,00	0,81	1,00	0,56	0,88
Min	0,09	0,15	0,02	0,00	0,00	0,12
Deviazione standard	0,22	0,17	0,20	0,21	0,11	0,15
Varianza	0,05	0,03	0,04	0,04	0,01	0,02

Commento

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

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

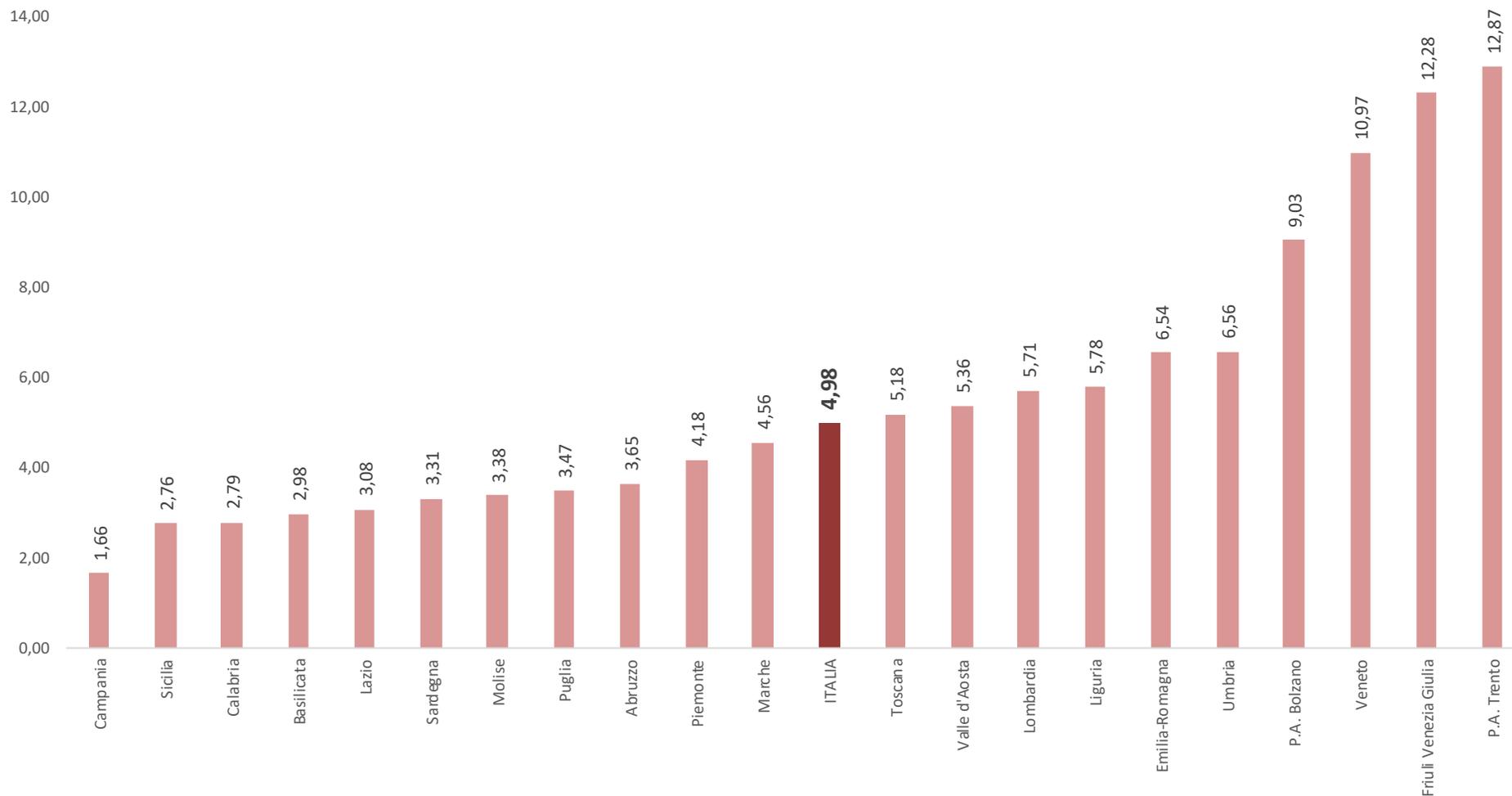


Data	Basilicata	Calabria	Campania	Puglia	Sardegna	Sicilia	Totale
Media	0,24	0,24	0,24	0,25	0,27	0,20	0,24
Max	0,60	0,91	0,53	0,65	1,00	0,56	0,60
Min	0,00	0,00	0,05	0,11	0,00	0,03	0,00
Deviazione standard	0,14	0,16	0,09	0,15	0,15	0,14	0,14
Varianza	0,02	0,03	0,01	0,02	0,02	0,02	0,02

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

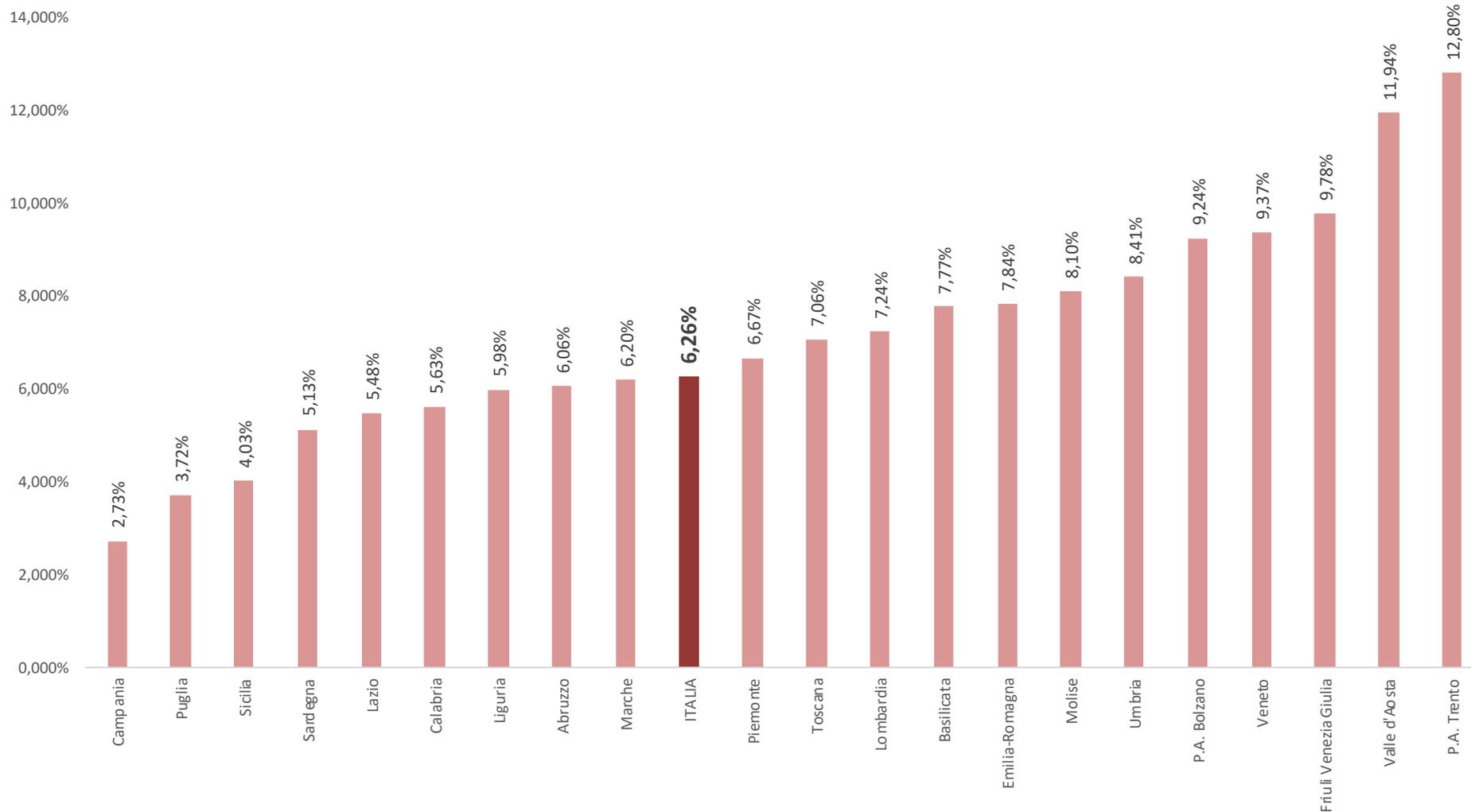


Commento

Relativamente al tasso settimanale di nuovi tamponi, i valori più alti di tamponamento vengono registrati nelle regioni del nord (Trento, Veneto, Friuli-Venezia-Giulia ed Bolzano). Il valore più basso viene registrato nella Regione Campania (1,66). In media in Italia viene registrato un valore, in linea rispetto alla scorsa settimana, di 4,98 tamponi effettuati su 1.000 abitanti nella settimana dal 14/07/2020 al 21/07/2020.



Indicatore 3.4. Popolazione sottoposta al test su residenti

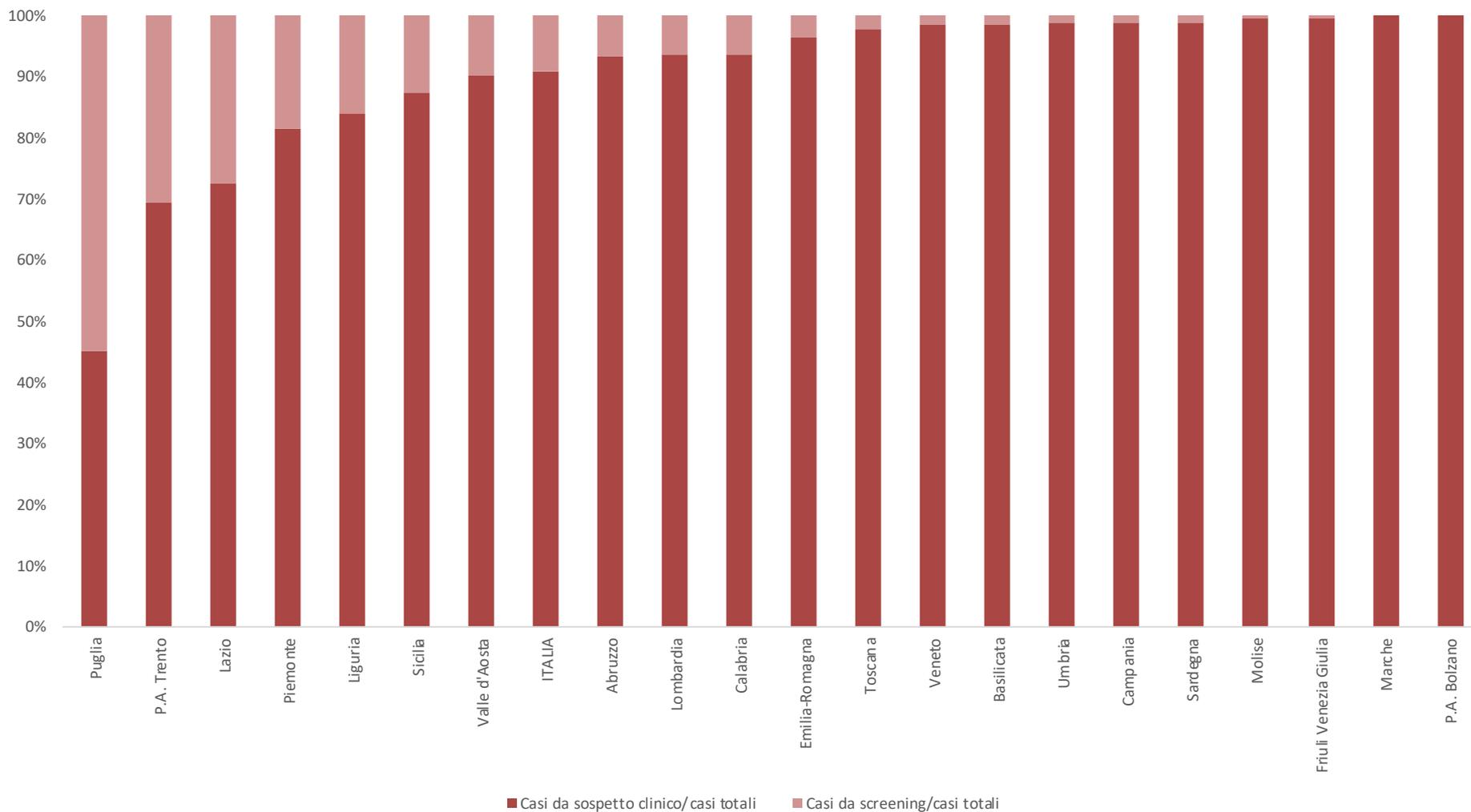


Commento

In termini di testati su residenti totali Trento, la Valle d'Aosta e il Friuli Venezia Giulia registrano i valori più elevati, rispettivamente 12,80% e 11,94% e 9,78%. In Italia i testati su residenti in media rappresentano il 6,26%.



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

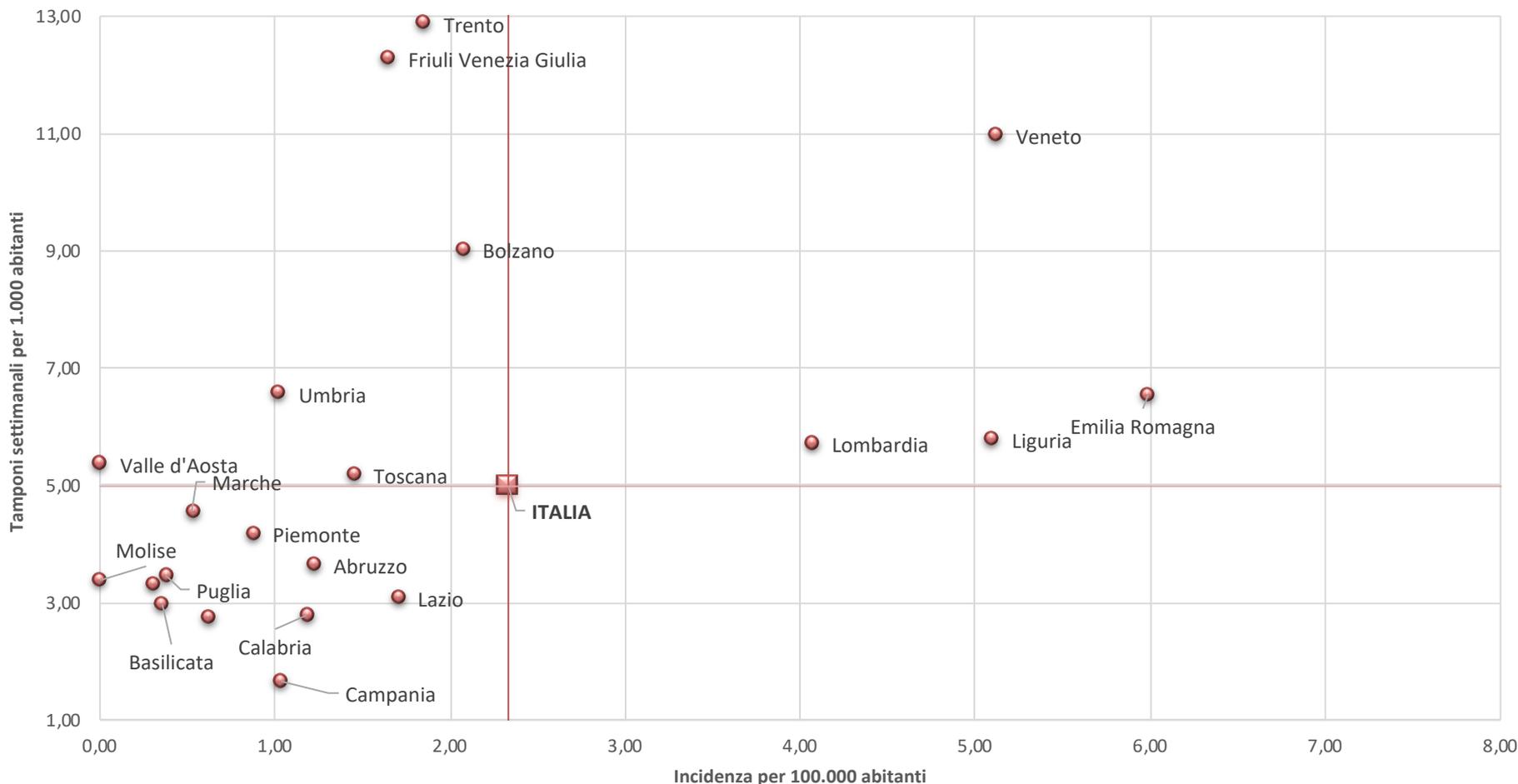


Commento

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 (44,97%). 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

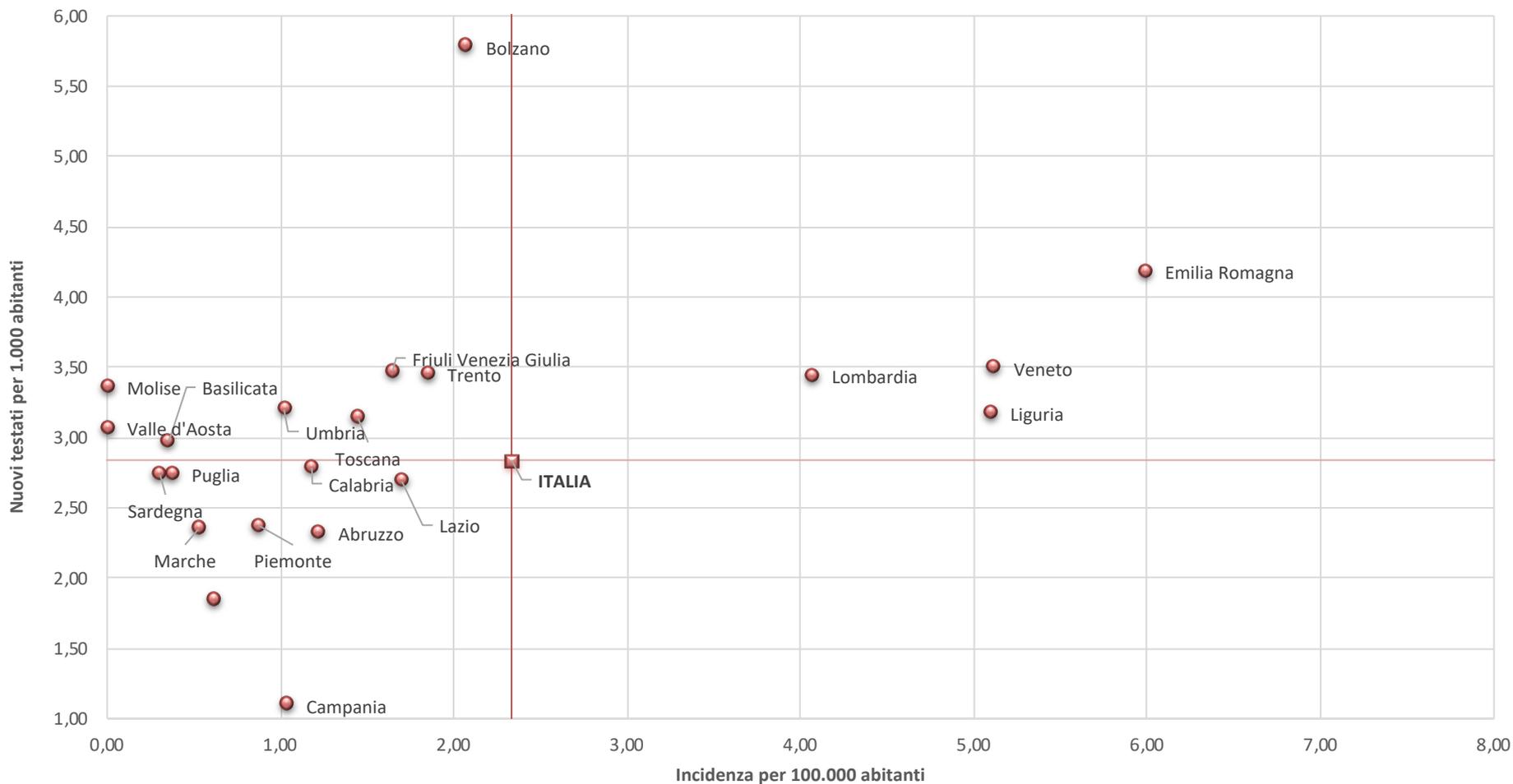


Commento

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, Veneto, Liguria ed Emilia Romagna.



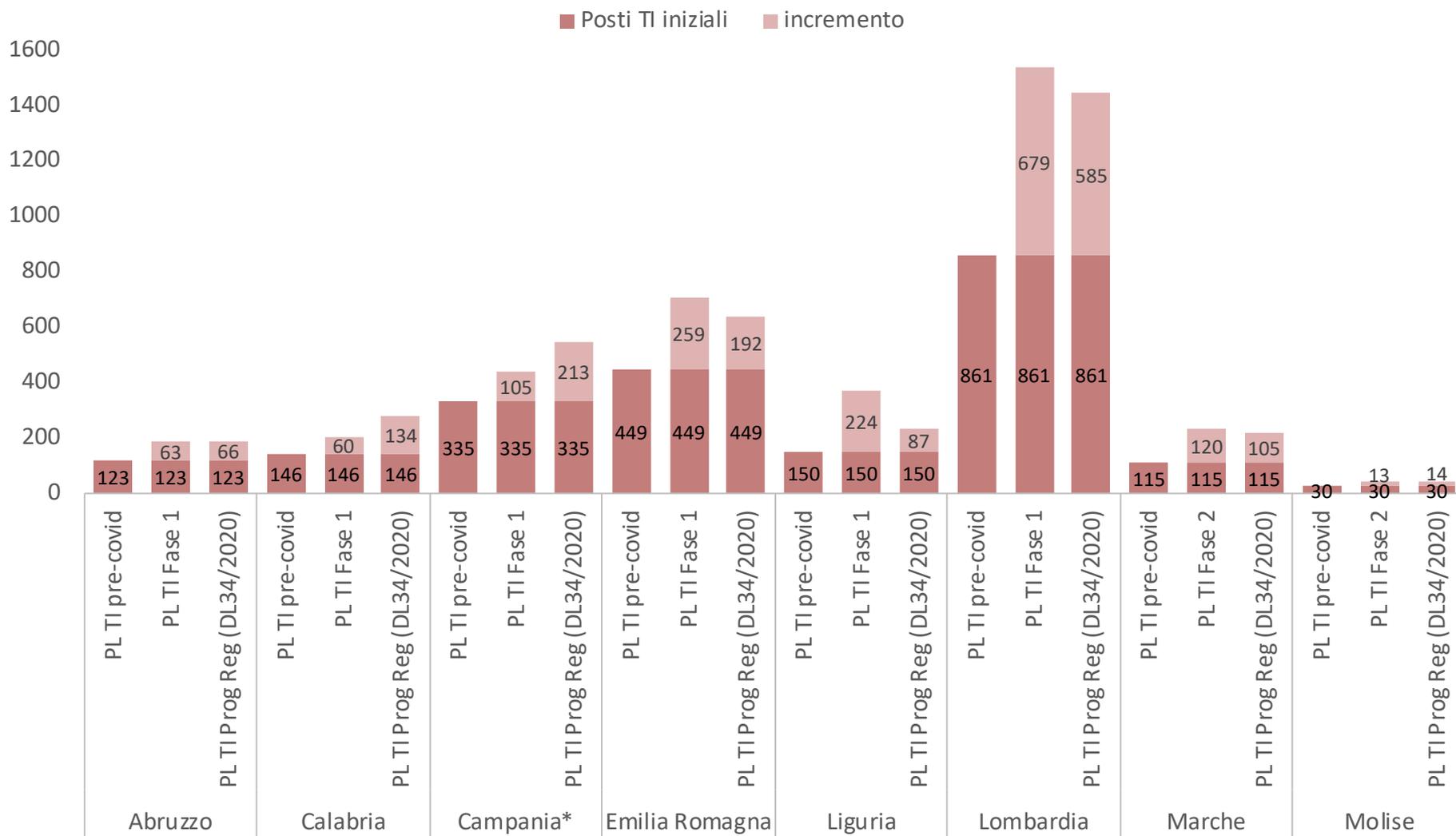
Indicatore 3.7. Relazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N° nuovi casi testati per 1.000 abitanti



Commento

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

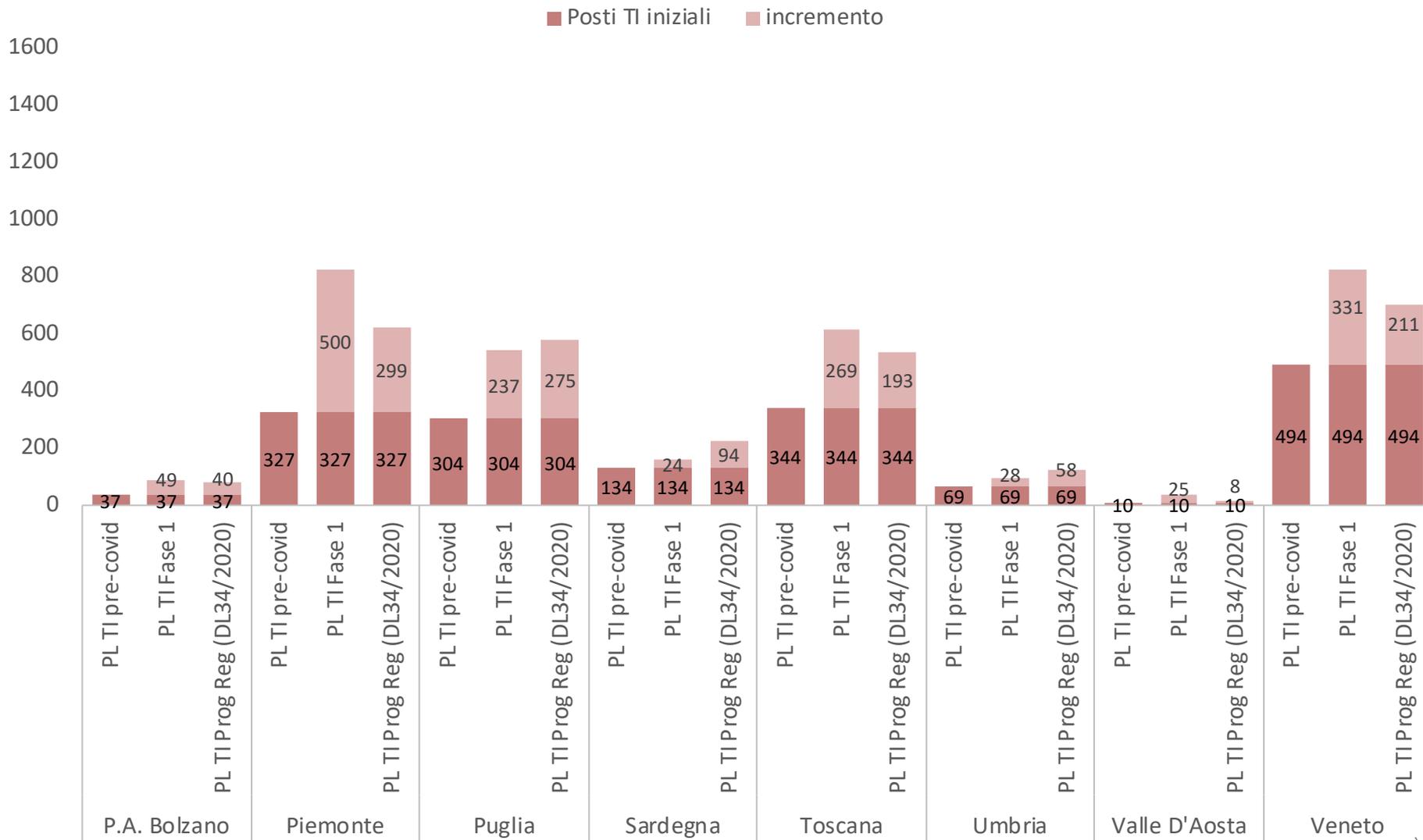
Indicatori 3.8. PL di TI pre-emergenza Covid - 19, durante la fase 1 e a regime come da programmazione regionale (DL34/2020) – 1/2



*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).



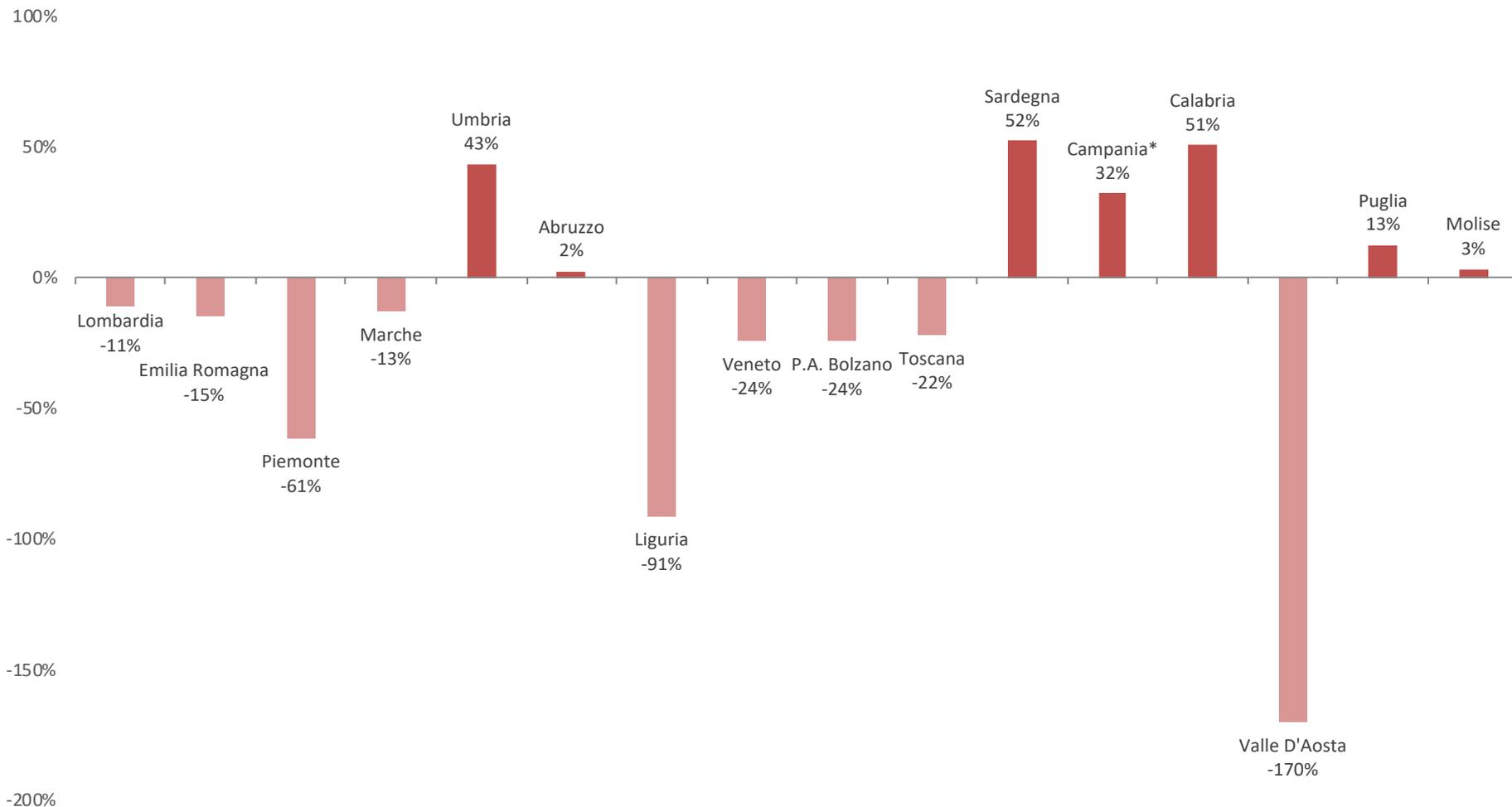
Indicatori 3.8. PL di TI pre-emergenza Covid - 19, durante la fase 1 e a regime come da programmazione regionale (DL34/2020) – 2/2



*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).



Indicatori 3.9. Rapporto tra PL TI attivati durante la fase 1 e quelli previsti a regime dalla programmazione regionale



*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).



Indicatore 3.10. Impatto economico



Sintesi

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

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

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

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

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

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

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



Indicatore 3.10.1. Stima dell'onere per il SSN: dati ufficiali e stime



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

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

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

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

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

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

Indicatore 3.10.2. Costi per TI per i ricoveri COVID-19



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

Commento

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

E' confermato anche che:

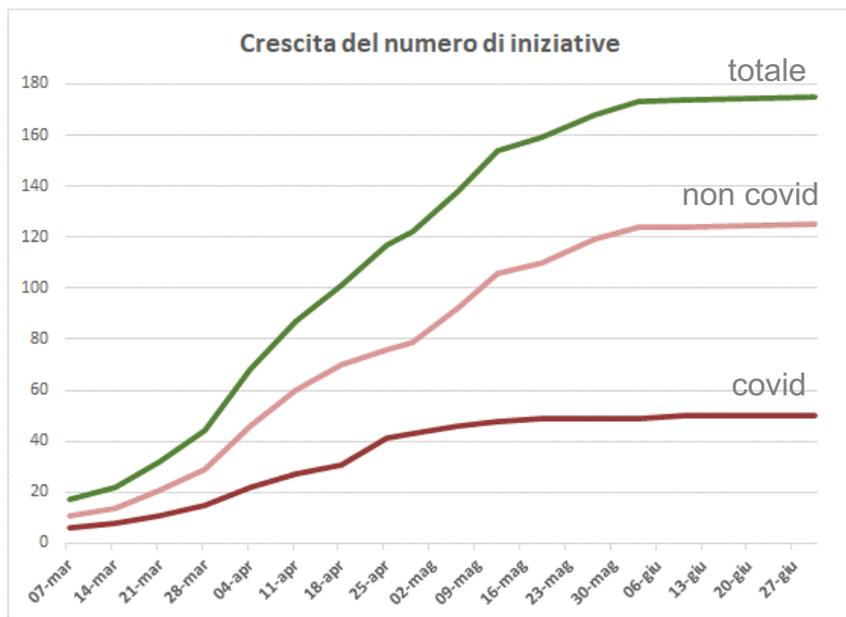
- Il peso del Veneto in termini di giornate e costo di TI è diminuito rispetto ad inizio giugno (dal 7.44% al 7.11%) sul totale nazionale;
- Il peso del Lazio è, invece, aumentato passando dal 5.22% al 5.80%.



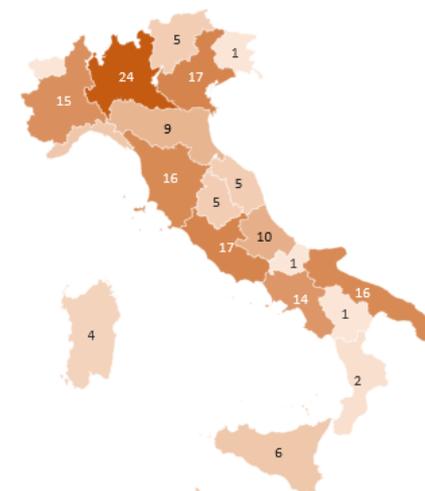
Indicatori 3.11. Soluzioni digitali (1/2)



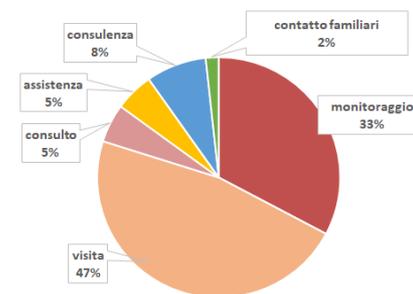
Iniziative avviate dalle singole aziende dopo il 1 Marzo 2020



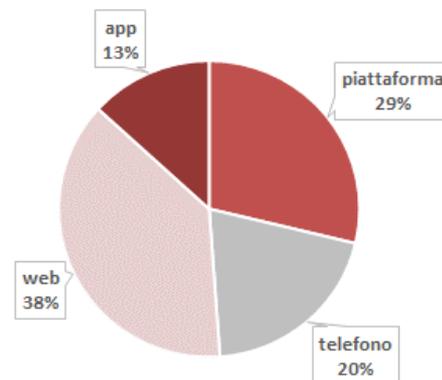
Dopo il primo periodo di emergenza, è continuata la crescita delle iniziative di telemedicina dedicate all'assistenza dei pazienti non covid
 Dall'inizio di giugno il panorama è stabile



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



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



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)



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 tele sorveglianza ed il telemonitoraggio domiciliare pediatrico
Lombardia	n. 3155 - 7 maggio 2020	indica la telemedicina come strumento privilegiato per visite di controllo e follow-up
	n. 3264 - 16 giugno 2020	auspica l'introduzione di servizi di telemedicina di facile utilizzo da parte di tutte le aziende
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 di 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
Sardegna	n. 28/18 - 4 giugno 2020	indicazione di sviluppare modalità di telemedicina per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali
Toscana	n. 464 - 6 aprile 2020	definisce indirizzi operativi, codifiche e tariffe per la gestione di prestazioni ambulatoriali in telemedicina
Umbria	n. 467 - 10/6/2020	promuove l'uso di strumenti e modalità di gestione delle prestazioni in telemedicina, laddove non è richiesto un contatto fisico tra il paziente ed il medico
Veneto	n. 568 - 5 maggio 2020	definisce codifiche e tariffe per le prestazioni in telemedicina
	n. 782 - 16 giugno 2020	riconosce agli enti del servizio sanitario regionale la possibilità di erogare servizi di assistenza sanitaria in modalità di telemedicina, secondo le Linee di indirizzo nazionali



Indicatore 3.12. 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 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 				



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		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 3.13. Sperimentazioni cliniche



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

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

Approfondimento
[Instant Report #12](#)

Approfondimento remdesivir
[Instant Report #14](#)

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

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**

Approfondimento
Instant Report #12



Indicatore 3.14.1. Fotografia dei test sierologici in regione Lombardia (1/3)



Il 23 aprile la Lombardia ha avviato i test sierologici per il rilevamento di anticorpi contro il nuovo Coronavirus (SARS-Cov-2) con un pilota nelle aree più colpite (Brescia, Bergamo, Cremona, Lodi). Il test, basato sulla tecnologia a chemiluminescenza (CLIA), utilizza un test immunologico per la determinazione quantitativa di specifici anticorpi IgG anti-S1 e anti-S2 diretti contro SARS-CoV-2 in campioni di siero o plasma umano.

L'obiettivo dell'intervento è stato quello di facilitare la diagnosi dell'infezione da COVID-19 e consentire alle autorità sanitarie locali di analizzare lo stato immunitario dei pazienti infetti fornendo un'indicazione della presenza di anticorpi IgG neutralizzanti contro SARS-CoV-2. Secondo le linee guida regionali, i risultati di questi test non sono sufficienti per diagnosticare o escludere l'infezione da SARS-CoV-2 o per ottenere informazioni sullo stato dell'infezione.

In questa fase iniziale, i test sono stati indirizzati soltanto a categorie ben definite di cittadini:

- operatori sanitari
- i contatti di casi positivi posti in isolamento volontario, identificati dalle autorità sanitarie locali grazie a indagini epidemiologiche, senza sintomi per almeno 14 giorni, che non hanno ricevuto un test di tampone rinofaringeo;
- persone sintomatiche segnalate alle autorità sanitarie locali dai MMG e dai pediatri, senza sintomi per almeno 14 giorni, che non hanno ricevuto un test di tampone rinofaringeo.

Il 29 aprile, l'attività di test sierologici su queste categorie definite è stata estesa a tutta la regione. In tal modo è stato possibile recuperare tutte quelle persone che, pur in presenza di sintomi gestiti a casa senza ricovero ospedaliero, nel periodo di piena emergenza non avevano potuto accedere al tampone e test molecolare.

Da allora, complice le successive DGR n. XI/ 3131 e 3132, l'esecuzione dei test si è allargata ulteriormente permettendo l'accesso anche privatamente per esigenze del datore di lavoro o per volontà del libero cittadino. Con circolare Protocollo G1.2020.0020885 del 21 maggio 2020, Regione Lombardia ha inoltre previsto l'avvio di percorsi di screening basati su indagini sierologiche destinate ai servizi essenziali (es. forze dell'ordine). Alla data del 16 luglio 2020 sono stati fatti in Regione Lombardia 588.796 test sierologici CLIA per la ricerca delle IgG con una positività del 17.8% (104.286). Di questi, 435.940 sono stati effettuati su cittadini mentre 152.856 sul personale sanitario e socio-sanitario.

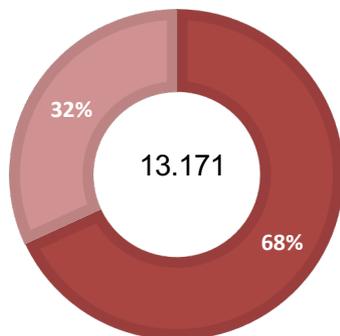


Indicatore 3.14.1. Screening test sierologici sui cittadini – per ATS (2/3)



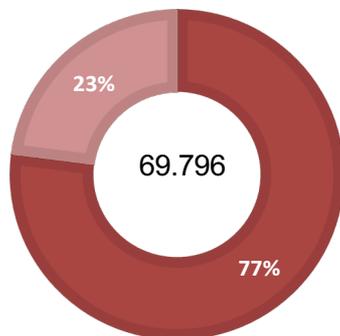
ATS MONTAGNA

■ Negativi ■ Positivi



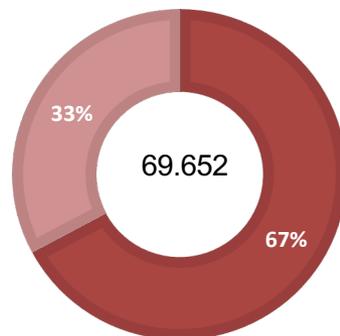
ATS BRESCIA

■ Negativi ■ Positivi



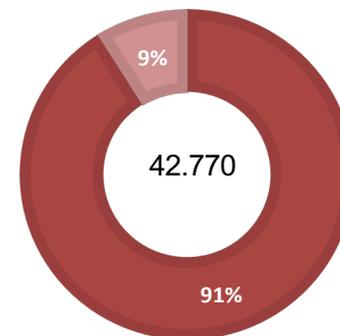
ATS BERGAMO

■ Negativi ■ Positivi



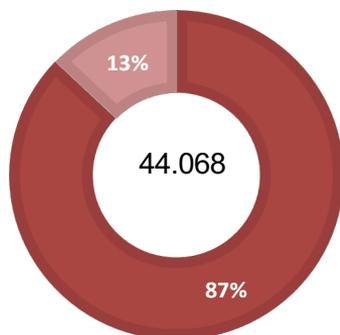
ATS INSUBRIA

■ Negativi ■ Positivi



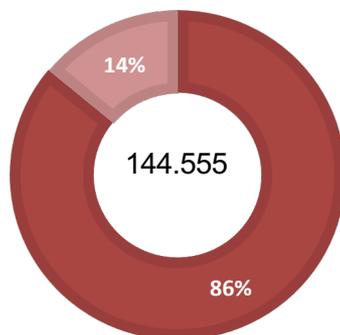
ATS BRIANZA

■ Negativi ■ Positivi



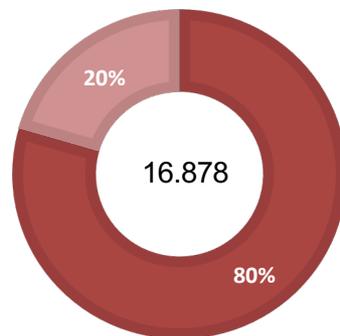
ATS MILANO

■ Negativi ■ Positivi



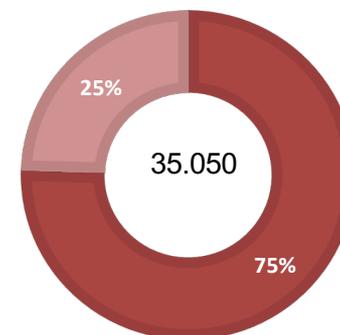
ATS PAVIA

■ Negativi ■ Positivi



ATS VALPADANA

■ Negativi ■ Positivi



Fonte: Regione Lombardia

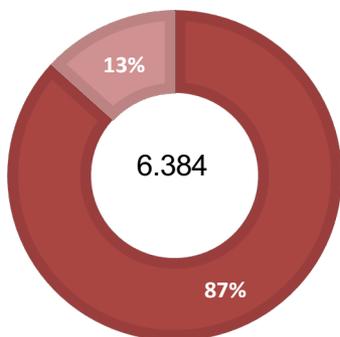


Indicatore 3.14.1. Screening test sierologici sui cittadini – per ATS (3/3)



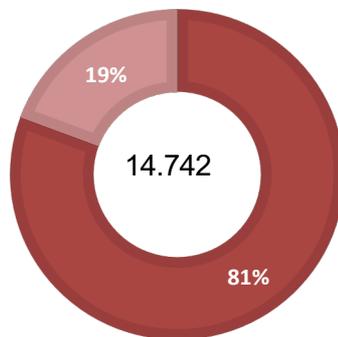
ATS MONTAGNA

■ Negativi ■ Positivi



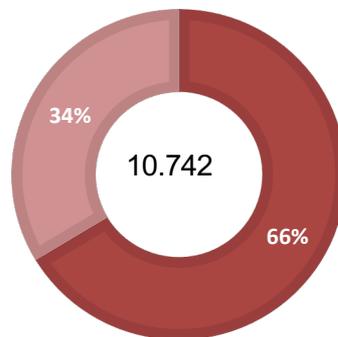
ATS BRESCIA

■ Negativi ■ Positivi



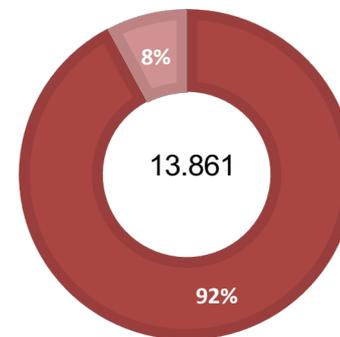
ATS BERGAMO

■ Negativi ■ Positivi



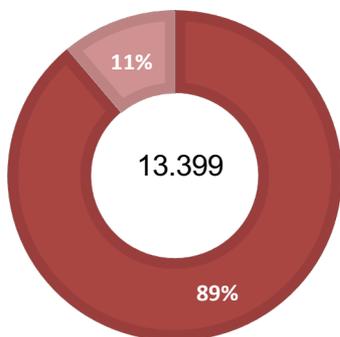
ATS INSUBRIA

■ Negativi ■ Positivi



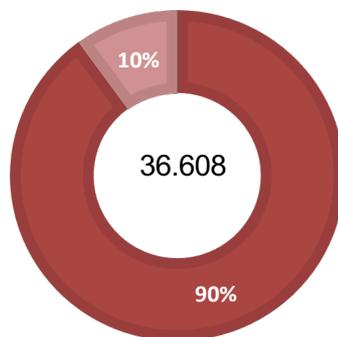
ATS BRIANZA

■ Negativi ■ Positivi



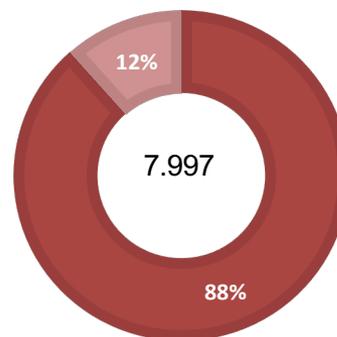
ATS MILANO

■ Negativi ■ Positivi



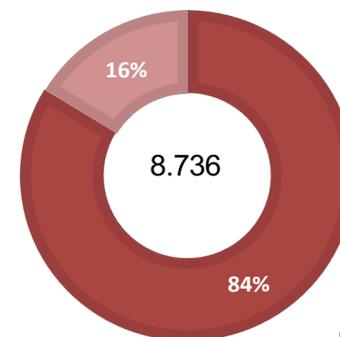
ATS PAVIA

■ Negativi ■ Positivi



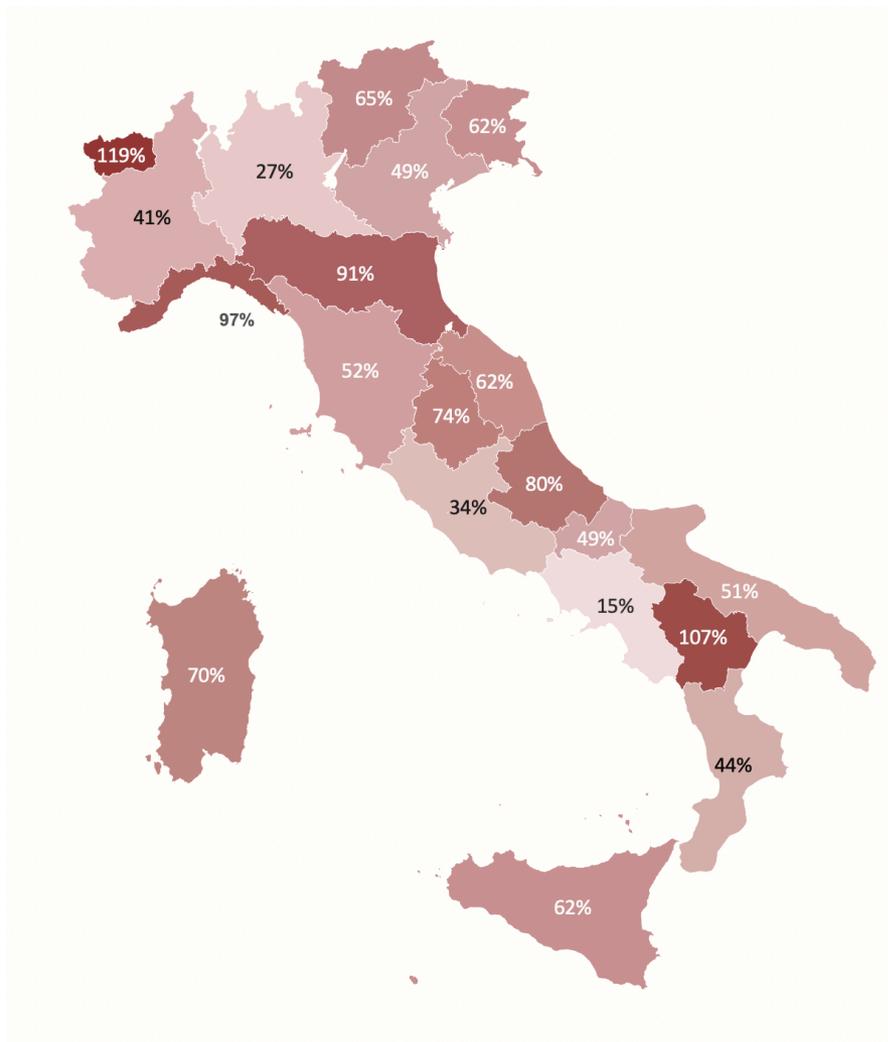
ATS VALPADANA

■ Negativi ■ Positivi



Fonte: Regione Lombardia

Indicatore 3.15. Tasso di Copertura delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale x 50.000 ab.



Commento

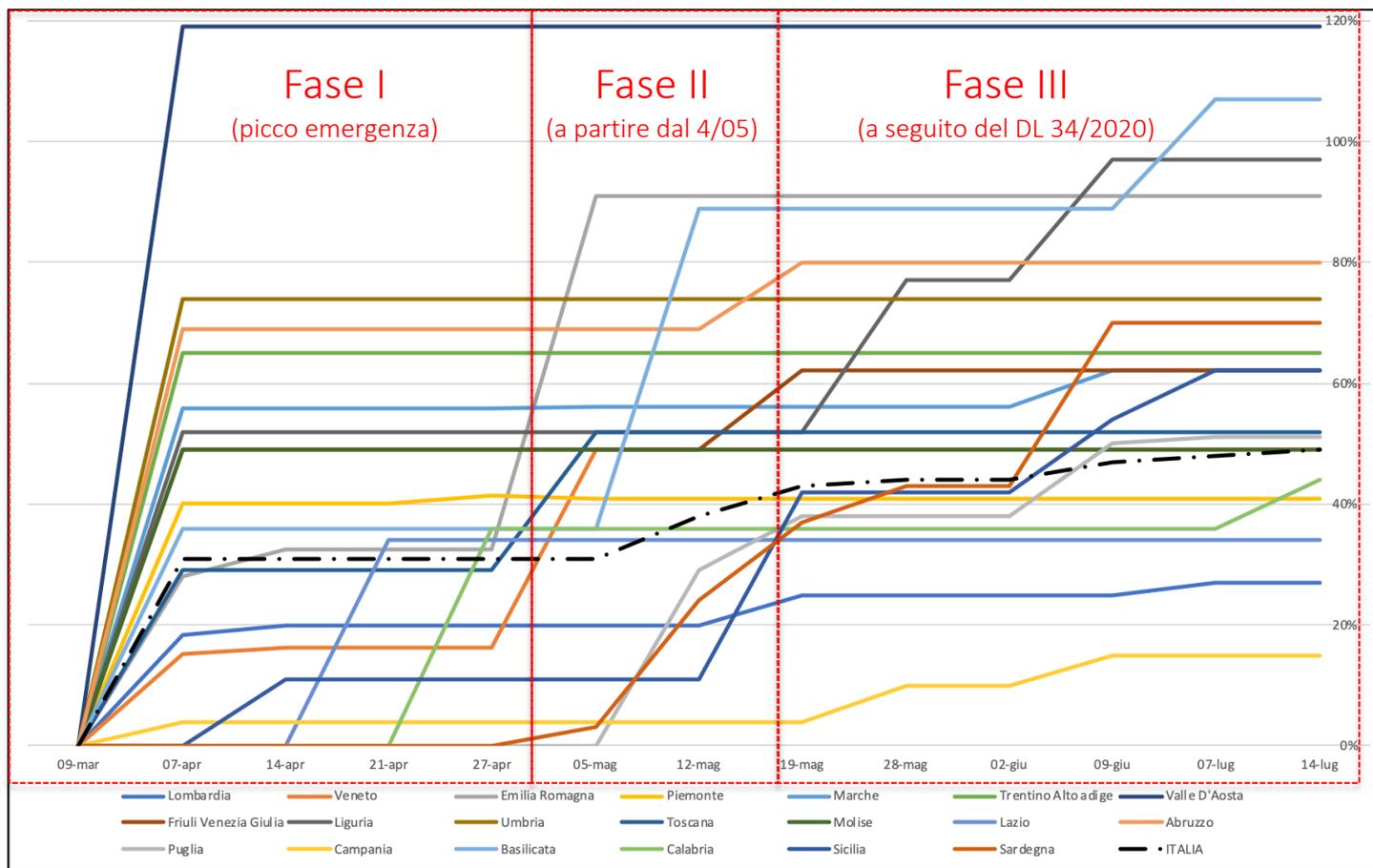
Il Decreto Legge 9 marzo 2020 art 14, prevede l'attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale – USCA nella misura di una ogni 50.000 abitanti e con il mandato di gestire in assistenza domiciliare i pazienti che non necessitano di ricovero. Il cartogramma mostra i dati al 21 luglio 2020,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

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

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

Tasso di copertura Italia = 49%

Indicatore 3.15.1. Andamento Unità Speciali di Continuità Assistenziale x 50.000 ab. durante le diverse fasi dell'emergenza



Commento

Il grafico mostra l'andamento relativo alla progressiva attivazione delle USCA sul territorio nazionale a partire dal DL n.14 del 9 marzo 2020. La linea tratteggiata mostra l'andamento relativo al tasso di copertura dell'Italia, si evidenzia un costante aumento sino al raggiungimento del 49% di copertura registrato nell'aggiornamento odierno del report.

Come preventivabile, gran parte delle USCA è stata attivata nella prima fase dell'emergenza, specie in quelle regioni in cui il **virus** ha circolato in **maniera consistente**. Nella fase II dell'emergenza, le attivazioni sono, invece, ascrivibili principalmente a regioni del centro-sud, caratterizzate da una **modesta** o **bassa circolazione del virus**, mentre **incrementi** - seppur più modesti e riferibili alle regioni del centro/sud - si sono registrati anche nella fase III.



Analisi a livello aziendale

(Voci dal campo e buone pratiche)





AULSS 7 Pedemontana (IR#10)

I processi decisionali al tempo del Covid-19

ATS di Brescia (IR#13)

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

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda (IR#15)

Hub per le reti tempo-dipendenti e di alta specialità

AUSL di Bologna (IR#8)

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

AUSL e AOU di Parma (IR#10)

La Centrale Coordinamento Emergenza Covid-19

AUSL di Imola (IR#17)

Pratiche di gestione strategica nello spegnimento del focolaio di Medicina





ASST Pini-CTO (IR#11)

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

Fondazione Poliambulanza (IR#13)

Vivere e lavorare post Covid-19

ASST di Lodi (IR#14)

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

Istituto Nazionale Tumori (IR#16)

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

Ospedale di Sassuolo (IR#9)

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

AOU di Modena (IR#15)

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

Policlinico San Martino di Genova (IR#16)

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

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

L'esperienza dell'ospedale Covid Gemelli



Indicatore 4.1.1. Voci dal campo

Lo spegnimento del focolaio di Medicina: pratiche di gestione strategica nell'esperienza dell'AUSL di Imola (1/3)



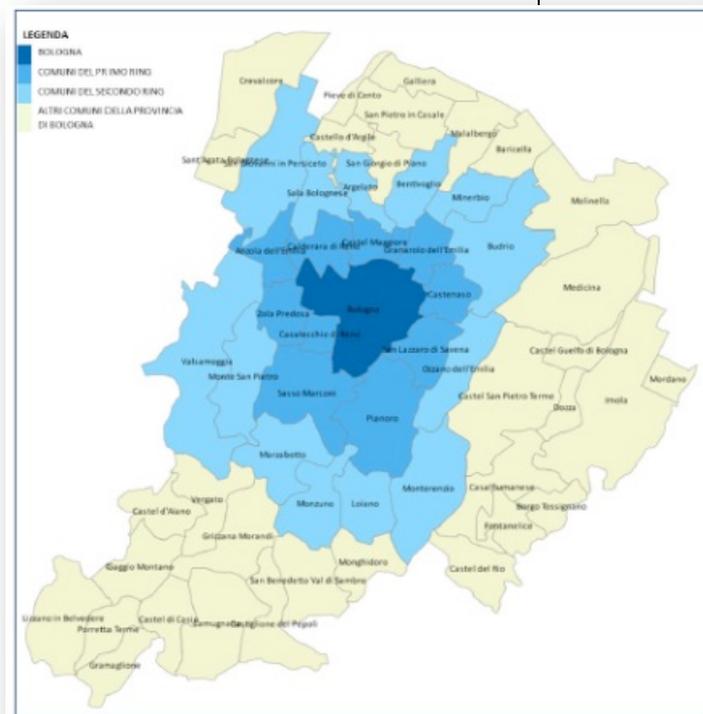
Razionale ed obiettivi

Il focolaio di Medicina va inquadrato nel contesto della città metropolitana di Bologna, territorio complessivamente servito dalla AUSL di Bologna e dalla AUSL di Imola. Quest'ultima, posizionata a Est, serve una popolazione di 133.480 abitanti ed include anche la municipalità di Medicina, un comune di circa 16.900 abitanti situato a 25 km da Bologna e a 24 km da Imola.

Il focolaio è divampato in massima parte fra il 24 febbraio ed il 6 aprile 2020, nel centro storico di Medicina e nella frazione di Ganzanigo (circa 10.500 residenti distribuiti in un'area di 9 Km²), all'interno del territorio del comune di Medicina. In aggiunta alle criticità tipiche di ogni focolaio epidemico, la complessità del caso di specie si ravvede nella sua localizzazione nella cintura dell'area metropolitana di Bologna (1.000.000 di abitanti residenti in un territorio ad alta densità abitativa).

Occorreva, dunque, agire per un immediato contenimento della circolazione epidemica del virus entro le dimensioni di endemia controllata, in modo da evitare il rischio di diffusione ai comuni limitrofi.

La ricostruzione temporale degli eventi ha consentito di datare il caso indice il 24 febbraio. Il picco dei casi incidenti per data di inizio della malattia si è verificato il 7 marzo, con ben 13 soggetti con esordio di sintomi caratteristici. I primi decessi si sono verificati il 9 marzo. In pressoché tutti i primi casi di malattia, le indagini epidemiologiche evidenziano che si tratta di soggetti che avevano frequentato due luoghi di ritrovo conviviale per anziani in cui si svolgevano attività di tipo ricreativo caratterizzate da un inteso uso della voce (gioco delle carte, cene, partite di calcio trasmesse in Tv). Il violento *outbreak* determinatosi è verosimilmente attribuibile alla concomitanza di più condizioni favorevoli: la presenza di uno/più soggetti con infezione ad alta carica virale, concentrati in una area circoscritta, con contatti avvenuti al chiuso, in ambienti ad elevata frequentazione da parte di persone prevalentemente anziane, fragili e del tutto impreparate rispetto ai comportamenti preventivi.



Indicatore 4.1.1. Voci dal campo

Lo spegnimento del focolaio di Medicina: pratiche di gestione strategica nell'esperienza dell'AUSL di Imola (2/3)



Risultati

Complessivamente, l'incidenza cumulativa di casi di Covid-19 notificati a Medicina ha toccato il picco di 17,3 casi x 1000 abitanti, valori equiparabile a quelli delle zone più colpite in Italia (province di Lodi, Piacenza e Bergamo), a fronte di un dato relativo al territorio dell'Azienda USL di Imola pari a 3 casi x 1000 abitanti. Per raggiungere questo risultato sono state messe in pratica le seguenti azioni.

1- **Riconoscimento precoce del focolaio ed analisi di scenario.** Dopo un'intensa attività di consultazione istituzionale (Regione Emilia Romagna, Città Metropolitana, Unione dei Comuni del Nuovo Circondario Imolese, municipalità di Medicina), l'AUSL di Imola, in collaborazione con l'Università di Bologna, elabora una relazione contenente una particolareggiata descrizione epidemiologica dei fatti e un'articolata proposta di adozione di provvedimenti e misure aggiuntive a quelle già definite dai livelli nazionale e regionale. Tale relazione viene trasmessa all'attenzione dei *policy maker* in data 11 marzo e successivamente aggiornata in data 14 marzo. Nel contempo, si svolgono analisi di scenario per prepararsi in via anticipatoria alla gestione degli eventi futuri.

2- **Immediato potenziamento dei servizi territoriali.** Dall'11 marzo l'Azienda USL di Imola attiva, in via sperimentale, l'assistenza domiciliare integrata (Medico di Medicina Generale e Infermiere) per la sorveglianza e cura dei pazienti Covid positivi accertati, in isolamento domiciliare. Inoltre, vengono sospesi gli ambulatori delle cure primarie (ad accesso diretto) ed organizzate le attività di contatto telefonico coi pazienti. Nel contempo, il Comune di Medicina attiva il proprio Centro Operativo Comunale e, in collaborazione con i soggetti pubblici e privati attivi nella comunità locale, potenzia la rete di assistenza sociale, per assicurare i servizi essenziali a domicilio (es. consegna domiciliare di farmaci e generi alimentari per le persone in isolamento domiciliare fiduciario).

3- **Istituzione della zona rossa.** Dopo una interlocuzione col governo nazionale durata alcuni giorni, il 15 marzo il governatore regionale emette l'ordinanza regionale di istituzione del *lock-down* di tre settimane in una circoscritta area sub-comunale. Nei giorni immediatamente precedenti l'ordinanza, il *lock-down* viene preparato grazie ad una stretta collaborazione dei soggetti locali (Regione, Città metropolitana, Comune di Medicina, Prefettura, AUSL di Imola). Nello specifico, viene ridotta drasticamente ogni opportunità di socializzazione e si provvede a limitare allo stretto indispensabile la mobilità delle persone residenti entro l'area verso l'esterno e viceversa. Si controllano rigorosamente gli accessi all'area con il ricorso alle forze dell'ordine e si sospendono tutte le attività produttive e commerciali, ivi comprese quelle degli uffici pubblici e privati. Fanno eccezione i negozi di generi alimentari e di prima necessità, le attività di trasporto connesse al rifornimento di beni essenziali, le Farmacie e dei presidi sociosanitari esistenti (Casa della Salute, Casa di Riposo e Case Residenze per Anziani non autosufficienti).

4- **Ricerca attiva ed isolamento dei casi di Covid-19.** Al fine di circoscrivere la diffusione del contagio, nella zona rossa è svolta una capillare azione di *contact tracing* che ha consentito di sottoporre a tamponi nasofaringei tutti i contatti (anche quelli asintomatici). Inoltre, si predispongono misure di isolamento extra domiciliare di casi e conviventi per rendere più efficace l'isolamento fiduciario in presenza di condizioni non idonee o di eccessivo affollamento degli ambienti domestici.



Indicatore 4.1.1. Voci dal campo

Lo spegnimento del focolaio di Medicina: pratiche di gestione strategica nell'esperienza dell'AUSL di Imola (2/3)



Risultati

(segue)

5- Riorganizzazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale nel comune in cui insite la zona rossa

- A partire dal 16 marzo, al fine di evitare commistione di percorsi, gli assistiti residenti nel territorio sub-comunale della zona rossa sono indirizzati alla Casa della Salute di Medicina (situata dentro alla zona rossa), mentre gli assistiti della restante parte del comune di Medicina che risiedono fuori dalla zona rossa sono riorientati verso un'altra Casa della Salute localizzata in un comune limitrofo. Anche il personale è riorganizzato in modo da essere dedicato esclusivamente ad una sola Casa della Salute.
- Dal 20 marzo viene disposto, in collaborazione con il Comitato di Distretto e l'Ufficio di Piano circondariale, il blocco totale delle ammissioni e dei trasferimenti di pazienti ricoverati sulle due Case Residenze Anziani e nella Casa di Riposo presenti in zona rossa; tale blocco viene successivamente esteso a tutte le strutture residenziali del circondario imolese.
- Il 23 marzo viene siglato con i rappresentanti sindacali dei medici di assistenza primaria l'accordo aziendale per l'attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), e si dà immediatamente il via al reclutamento di medici e infermieri ed alla predisposizione delle risorse di supporto (auto aziendali, saturimetri, termometri contact-less, elettrocardiografi portatili).
- Il 26 marzo viene notificato, all'Assessorato Regionale alla Sanità ed al Comitato Etico Unico Nazionale, il protocollo di intervento per la ricerca attiva dei casi a Medicina e per il trattamento precoce con farmaci ad azione antivirale.
- Il 27 marzo, dopo una videoconferenza con Medici e infermieri USCA per la predisposizione dei dettagli operativi, viene avviata l'attività di ricerca attiva e trattamento precoce delle infezioni Covid-19 da parte delle USCA nel territorio di Medicina, in sostituzione di quella svolta in via preliminare con la collaborazione dei Medici di Medicina Generale. Le USCA, attivate tempestivamente non solo usando gli elenchi dei pazienti predisposti in base alle segnalazioni ai numeri verdi aziendali e alle inchieste epidemiologiche del Dipartimento di Sanità Pubblica, ma anche grazie al sistema di sorveglianza sindromica delle febbri e dei sintomi respiratori suggestivi, realizzato in stretta collaborazione con Medici di Medicina Generale, Medici di Continuità Assistenziale e Pediatri di Libera Scelta, hanno assunto un ruolo centrale nell'identificare precocemente i casi di malattia, tracciare i contatti stretti con tampone nasofaringeo ed avviare empiricamente la terapia domiciliare con farmaci ad attività antivirale.
- Dal 30 marzo viene attivato un ambulatorio specialistico infettivologico presso l'ospedale di Imola, per il monitoraggio clinico dei casi Covid sospetti o accertati; gli assistiti medicesi, qualora posti in isolamento domiciliare, sono stati accompagnati all'ambulatorio con un taxi sanitario.
- Dal 3 aprile, le USCA sono intervenute non solo a domicilio, ma anche nelle Case Residenze Anziani.



Indicatore 4.1.1. Voci dal campo

Lo spegnimento del focolaio di Medicina: pratiche di gestione strategica nell'esperienza dell'AUSL di Imola (2/3)



Risultati

(segue)

6- **Comunicazione alla popolazione.** Lungo l'intero periodo di gestione del focolaio, sono predisposte azioni mirate di comunicazione. La popolazione riceve progressivamente tre messaggi di Alert System, realizzati in collaborazione con la protezione civile, finalizzati ad orientare i cittadini ad un uso appropriato dei servizi privati e pubblici disponibili. Particolare rilevanza assume il messaggio, divulgato il 3 aprile, con il quale si invita la popolazione a contattare i medici delle cure primarie in caso di comparsa di sintomi suggestivi, allo scopo di intercettare tutti i potenziali casi insorgenti. Inoltre, vengono costantemente aggiornati i siti web del Comune di Medicina e dell'AUSL di Imola.

7- **Rimozione dei blocchi** - A seguito del declino verticale dei casi di malattia, a tre settimane di distanza dal provvedimento di *lock-down*, il 5 aprile vengono rimossi i blocchi ed allentate le misure speciali, riportandole al livello di quelle previste per le aree più colpite in regione (province di Piacenza e di Rimini).

8 – **Verso la normalizzazione.** Gli ultimi due casi sintomatici riferibili alla zona rossa hanno manifestato i primi sintomi il 6 aprile. Successivamente, emergono solo casi riscontrati nel corso delle attività di screening diretto (tamponi) o indiretto (sierologico) a cui le diverse popolazioni vengono sottoposte (operatori sanitari, socio-sanitari, dei servizi essenziali, ricoverati e da ricoverare, ecc.). Pertanto, il 14 aprile si provvede a ripristinare le condizioni quo-ante, fatte salve le precauzioni necessarie sopraggiunte (distanziamento, uso dei DPI, ecc.), relative ai servizi presenti presso la Casa della Salute di Medicina. Dal 15 aprile viene attivato, all'esterno della Casa della Salute, il Drive in Clinic per l'effettuazione dei tamponi nei soggetti clinicamente guariti.

Il 20 maggio si registra l'ultimo caso sintomatico insorto nel comune di Medicina; da quel momento si osservano solo sporadici casi asintomatici.

9 – **Medicina Covid-free.** Medicina viene dichiarata Covid-free il 30 giugno, dopo il secondo tampone negativo dell'ultimo paziente asintomatico presente.



Indicatore 4.1.1. Voci dal campo

Lo spegnimento del focolaio di Medicina: pratiche di gestione strategica nell'esperienza dell'AUSL di Imola (3/3)



Apprendimento per il futuro

La lettura retrospettiva dell'esperienza di spegnimento del focolaio di Medicina consente di mettere in luce tre driver strategici che hanno consentito di governare in modo proattivo-anticipatorio la complessità dei fenomeni in atto.

1- Driver tempo

Sotto il profilo temporale, il contenimento del focolaio di Medicina all'interno di una piccola area sub-comunale si è giovato della combinazione di un tempestivo intervento di quarantena rigorosa, attuato con una settimana di anticipo rispetto ai provvedimenti restrittivi presi dal livello nazionale, con un altrettanta pronta attivazione di servizi di assistenza primaria. È, infatti, parso evidente sin dalle prime fasi che la sfida all'epidemia poteva essere affrontata al meglio combinando opportunamente le cure ospedaliere con interventi proattivi e di iniziativa a livello territoriale, basati sull'individuazione precoce sia dei bisogni del malato sia dei fattori di rischio di malattia, oltre che su una specifica pianificazione delle azioni di supporto.

2-Driver spazio

Sotto il profilo spaziale, le azioni messe in campo sono state facilitate da alcuni elementi di peculiarità caratterizzanti il contesto locale in cui hanno avuto luogo. Da un lato, le dimensioni circoscritte della geografia istituzionale, ovvero la presenza di una AUSL di piccole dimensioni e di un solo comune coinvolto dal focolaio, hanno consentito una elevata agilità decisionale. Dall'altro lato, il limitato numero di abitanti coinvolti ha richiesto un quantitativo di risorse umane ed economiche non esorbitante. Nel complesso, è stato dunque possibile prefigurare, organizzare e realizzare in tempi rapidi un articolato e coordinato sistema di interventi afferenti ai diversi ambiti (ospedale, sanità pubblica, assistenza primaria, sociale).

3-Driver integrativo

Da ultimo, le azioni messe in campo sono state caratterizzate da una marcata natura integrativa nelle decisioni istituzionali (es. concertazione tra Regione, AUSL, Comune), negli interventi agiti nei diversi setting assistenziali (ospedaliero, ambulatoriale, domiciliare, residenziale), nelle pratiche professionali (azioni di collaborazione da parte di professionisti afferenti a diverse discipline e linee gerarchiche) e nella comunità (gruppi di volontariato, protezione civile).

Ringraziamenti - Si ringrazia l'AUSL di Imola, per la condivisione dell'esperienza, nelle persone del dott. Andrea Rossi (Direttore generale) e della dott.ssa Orietta Valentini (Staff formazione).



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

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

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

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

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

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



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.</p> <p>Indetta una Procedura negoziata d'urgenza per la fornitura di vaccini antinfluenzali destinati alla campagna vaccinale 2020/2021 ed all'emergenza sanitaria Covid-19, al fine di accelerare la scelta del contraente; è stata programmata l'acquisizione di circa 2,8 mln di dosi, di cui 200.000 dedicate agli operatori sanitari e 70.000 ai pazienti delle RSA.</p>
Piemonte	<p>Programmata la fornitura di vaccinazioni antinfluenzali per la campagna vaccinale 2020/2021, con 950.000 dosi in capitolato.</p> <p>Indetta la Gara Regionale Centralizzata per la fornitura di vaccini ad uso umano e servizi connessi per le aziende del Servizio Sanitario delle Regioni Piemonte, Molise e per l'Azienda USL Valle d'Aosta</p>
Veneto	<p>Programmata la fornitura di vaccinazioni antinfluenzali, con appalto specifico per la fornitura di vaccini antinfluenzali per la campagna 2020/2021 per le Aziende Sanitarie della Regione Veneto; oltre 1,3 mln di dosi in capitolato, specificando per quali popolazioni sono indicate le diverse tipologie di vaccino.</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>Emanato bando di gara d'appalto specifico per la fornitura di un vaccino antinfluenzale split quadrivalente.</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>
Valle d'Aosta	<p>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.</p>
Friuli Venezia Giulia	<p>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).</p>
PA di Trento	<p>In riferimento alla campagna antinfluenzale 2020/2021, non si registra nessuna gara avviata per la fornitura dei vaccini.</p>
PA di Bolzano	<p>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.</p>

Analisi della programmazione vaccinale – 2/3



Regione	Programmazione vaccinale
Marche	Ad oggi non risultano presenti linee di programmazione specifiche per la campagna vaccinale antinfluenzale 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. Indetto un appalto specifico per l'acquisizione di vaccini vari ad uso umano occorrenti alle Aziende Sanitarie della Regione Lazio e Calabria (scadenza bando 23/7/2020).
Toscana	Ad oggi non risultano presenti linee di programmazione specifiche per la campagna vaccinale antinfluenzale 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.
Molise	Ad oggi non risultano presenti linee di programmazione per la campagna vaccinale antinfluenzale 2020/2021. Indetta la Gara Regionale Centralizzata per la fornitura di vaccini ad uso umano e servizi connessi per le aziende del Servizio Sanitario delle Regioni Piemonte, Molise e per l'Azienda USL Valle d'Aosta
Umbria	Indetto un appalto specifico per l'acquisizione di vaccini vari ad uso umano occorrenti alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere dell'Umbria (scadenza bando 06/08/2020).
Basilicata	In aggiudicazione l'appalto specifico per la fornitura di vaccini antinfluenzali per la campagna 2020/2021 alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Previste 125.200 dosi, con oltre 5.000 dosi dedicate agli operatori sanitari.
Calabria	Emanate disposizioni in merito alla campagna di vaccinazione antinfluenzale e al programma di vaccinazione anti-pneumococcica per la stagione 2020-2021, con obbligo di vaccinazione antinfluenzale, a decorrere dal 15 settembre 2020, per soggetti over-65 di età e per operatori sanitari, sociosanitari e operatori di servizio delle strutture di assistenza, anche se volontariato. Programmata la fornitura di vaccinazioni antinfluenzali, con appalto specifico per la fornitura di vaccini antiinfluenzali per la campagna 2020/2021 Indetto un appalto specifico per l'acquisizione di vaccini vari ad uso umano occorrenti alle Aziende Sanitarie della Regione Lazio e Calabria (scadenza bando 23/7/2020)

Analisi della programmazione vaccinale – 3/3



Regione	Programmazione vaccinale
Puglia	Programmata la fornitura di vaccinazioni antinfluenzali per la stagione 2020/2021, con una fornitura di 2,1 mln di dosi, di cui 100.000 dedicate agli operatori sanitari. Raccomandata la vaccinazione nella fascia di età 6 mesi-6 anni, e over 64 anni al fine di ridurre la circolazione del virus influenzale fra gli adulti e gli anziani nell'attuale fase pandemica, così come per le professioni sanitarie
Campania	Programmata la fornitura di vaccinazioni antinfluenzali per la campagna vaccinale 2020/2021, per un totale di 1,55 mln di dosi, alle quali aggiungere 5.000 dosi di vaccino antinfluenzale ad alto dosaggio, oggetto di specifico bando. Emanato un bando per l'acquisizione di vaccini vari ad uso umano occorrenti alle Aziende Sanitarie della Regione Campania, al cui interno figura un fabbisogno annuale stimato di vaccinazione anti-pneumococcica di circa 390.000 dosi. Annunciata la volontà di rendere obbligatoria la vaccinazione antiinfluenzale per i soggetti sopra i 65 anni di età, che sarà inoltre raccomandata e offerta gratuitamente per i bambini dai 6 mesi ai 6 anni di età e per gli adulti sopra i 60 anni
Sicilia	Ad oggi non risultano presenti linee di programmazione specifiche per la campagna vaccinale antinfluenzale 2020/2021.
Sardegna	Programmata la fornitura di vaccinazioni Programmata la fornitura di vaccinazioni antinfluenzali per la stagione 2020/2021, con una fornitura di 530.000 dosi.



Analisi dei profili regionali

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

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



Analisi dei profili regionali (Nord 1) – 1/2



Regione	Preparedness	Dimensioni Epidemiche	Responsiveness	
			Processo Assistenziale del Paziente Covid	Programmazione Sanitaria in era Covid
Lombardia	<p>Piano Pandemico Regionale di preparazione e risposta per una pandemia influenzale emanato nel 2006 e modificato nel 2009</p>	<p>4,07 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 1 nuovo caso ogni 83 nuovi soggetti testati circa.</p> <p>Attualmente positivo lo 0,07% della popolazione regionale (-11% rispetto alla scorsa settimana).</p> <p>Carico ospedaliero in calo (-31 ospedalizzati/sett.)</p> <p>Pubblicato il dato sui test sierologici, 588.796 con 104.286 risultati positivi.</p>	<p>Il 93,5% dei casi è stato diagnosticato a partire dal sospetto clinico. Pubblicate le determinazioni in merito alle attività di sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e contact tracing. Emanate istruzioni operative per la gestione ospedaliera del pz Covid e linee di indirizzo per la gestione della dimissione e del post-dimissione.</p> <p>Prevista la possibilità di dimissione protetta in struttura intermedia.</p> <p>Emanate linee di indirizzo per la gestione dei pz Covid da parte di MMG e PLS; prevista la possibilità, per questi ultimi, di prescrivere il tampone e pubblicate indicazioni sull'utilizzo dei test sierologici.</p> <p>Previsto telemonitoraggio domiciliare dei pazienti Covid (o sospetti tali) e dei soggetti fragili.</p> <p>Presenti indicazioni per il contenimento dell'epidemia nella rete di offerta sociale.</p>	<p>Ristrutturate le reti tempo-dipendenti e emanate disposizioni per le reti oncologiche.</p> <p>Emanati provvedimenti sull'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'andamento dell'epidemia, sottolineando di mantenere attive le aree dedicate all'emergenza e demandando alle strutture erogatrici la predisposizione di un piano organizzativo nel perimetro dei criteri stabiliti dalla Regione.</p> <p>Privilegiate le prestazioni in telemedicina. Emanate le linee di indirizzo per il ripristino in sicurezza delle attività sociosanitarie (RSA, RSD, Centri Diurni, strutture psichiatriche).</p> <p>Attivato programma Regionale di raccolta del plasma iper-immune per Sars-CoV-2.</p>
Piemonte	<p>Piano per l'organizzazione regionale della risposta alle emergenze infettive emanato nel 2009</p>	<p>0,87 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 1 nuovo caso ogni 250 nuovi soggetti testati circa.</p> <p>Attualmente positivo lo 0,02% della popolazione regionale (-10% rispetto alla scorsa settimana).</p> <p>Carico ospedaliero in calo (-34 ospedalizzati/sett.)</p> <p>Pubblicati gli esiti dei test sierologici effettuati dai tecnici del laboratorio B-Life tra Torino e Novara: 331 positivi su 6.005 (5,5%) testati, volontari di associazioni e municipalizzate che hanno svolto servizi di pubblica utilità durante il lockdown.</p>	<p>L'81,6% dei casi è stato diagnosticato a partire dal sospetto clinico. Crea una rete di monitoraggio basate sul modello del medico sentinella, per identificare i casi sospetti su base clinica, in anticipo sulla diagnosi di laboratorio. Prevista la possibilità di attivare protocolli di ADI per i pz Covid.</p> <p>Istituto Dipartimento Regionale «Malattie ed Emergenze Infettive».</p> <p>Laboratorio Mobile per test sierologici e virologici rapidi.</p>	<p>Aumentati i PL in TI, individuati ospedali Covid, ristrutturati i percorsi nei PS e potenziati dotazioni e personale.</p> <p>Emanate indicazioni operative sull'assistenza territoriale e nelle strutture assistenziali sociosanitarie (incluse RSA) e linee di indirizzo per la graduale riattivazione delle attività semiresidenziali dedicate alle persone con disabilità ed ai minori con problematiche psico-socio-relazionali.</p> <p>Emanate linee di indirizzo per le strutture di accoglienza, servizi destinati a minori e per i servizi di prevenzione e contrasto alla violenza.</p> <p>Approvato un provvedimento per consentire alle strutture pubbliche e private accreditate di erogare televisite per sostituire a tutti gli effetti le visite tradizionali.</p>

Analisi dei profili regionali (Nord 1) – 2/2



Regione	Preparedness	Dimensioni Epidemiche	Responsiveness	
			Processo Assistenziale del Paziente Covid	Programmazione Sanitaria in era Covid
Veneto	Piano regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale emanato nel febbraio 2007	5,12 nuovi casi/settimana x 100.000 ab (seconda Regione italiana per incidenza nella scorsa settimana), con un 1 nuovo caso ogni 68 nuovi soggetti testati circa. Attualmente positivi lo 0,013% della popolazione regionale (+44.44%). Carico ospedaliero in aumento (6 ospedalizzati/sett.)	Il 98,3 % dei casi è stato diagnosticato a partire dal sospetto clinico. Estesa offerta di test diagnostici, sin da subito offerti a soggetti anche clinicamente asintomatici collegabili a cluster epidemici. Presenti indicazioni operative per la Presa in Carico del Paziente Sintomatico Sospetto COVID-19 e per la valutazione del rischio in strutture residenziali. Garantita l'assistenza al domicilio dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, ivi compresa la somministrazione dei farmaci. In relazione al numero dei conviventi nell'abitazione, previsto l'isolamento presso strutture extrabitative alternative individuate dall'Azienda Ulss, con oneri a carico dell'interessato. Emanate istruzioni operative per la gestione ospedaliera del paziente Covid e linee di indirizzo per la gestione della dimissione e del post-dimissione (compreso il ricorso a strutture intermedie).	Approvato il piano di potenziamento dell'assistenza territoriale, il piano di potenziamento dei dipartimenti di prevenzione, il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 e le misure urgenti per l'avvio di specifiche funzioni assistenziali per l'emergenza COVID-19. Presenti linee guida per la ripartenza in sicurezza dell'attività ordinaria di assistenza, con l'esplicita indicazione di favorire le attività di telemedicina, che è stata esplicitamente codificata nel Nomenclatore Tariffario Regionale. Presenti linee di indirizzo per strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale
Emilia-Romagna	Piano regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale emanato nel 2007.	5,99 nuovi casi/settimana x 100.000 ab (prima Regione in Italia per incidenza durante la scorsa settimana), con un 1 nuovo caso ogni 70 nuovi soggetti testati circa. Attualmente positivi lo 0,029% della popolazione regionale (+7.41%). Il carico ospedaliero si conferma in diminuzione (-11 ospedalizzati/sett.)	Il 96,4 % dei casi è stato diagnosticato a partire dal sospetto clinico. Emanate linee di indirizzo per la gestione dei pz Covid nelle strutture assistenziali e sul territorio da parte di MMG e PLS; prevista la possibilità, per questi ultimi, di prescrivere il tampone. Deliberate indicazioni per l'accesso di visitatori e accompagnatori presso le strutture ospedaliere regionali. Emanate linee di indirizzo per la gestione di percorsi specialistici (es. pazienti con neoplasia mammaria, procreazione medicalmente assistita...). Per il test sierologico, emanato documento regionale per la raccomandazione dell'intervallo di tempo per la ripetizione, che viene allungato dai 15-20 gg inizialmente previsti a 45-60 gg. Al via i test sierologici gratuiti per i donatori di sangue.	Emanate linee guida e altri documenti per la ripartenza in sicurezza dell'attività ordinaria di assistenza. In previsione di una eventuale seconda ondata epidemica, disposizioni per strutture intermedie e per la gestione dei posti in terapia intensiva. Confermati per le Fasi 2 e 3 il Coordinamento Clinico Regionale ed il Coordinamento Organizzativo Regionale delle terapie intensive. Predisposti indicatori per determinare il passaggio dalla fase 2 alla fase 4, con parallelo percorso di rimodulazione dei posti letto di Terapia Intensiva secondo i parametri del Decreto Rilancio. Deliberato il rafforzamento delle misure di sanità pubblica per contrastare e contenere l'epidemia: i dipartimenti di sanità pubblica delle Aziende USL incaricati di eseguire tamponi per chi proviene da paesi extra-Schengen, verificare l'idoneità del domicilio per i casi di isolamento fiduciario ed eventualmente attivare posti letto in strutture intermedie; effettuare entro il 7 agosto "screening" mediante tampone nasofaringeo a tutti i dipendenti delle Aziende. Incentivati programmi di teleassistenza per particolari categorie di pazienti.

Analisi dei profili regionali (Nord 2) - 1/2



Regione	Preparedness	Dimensioni Epidemiche	Responsiveness	
			Processo Assistenziale del Paziente Covid	Programmazione Sanitaria in era Covid
Liguria	Piano regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale emanato nel 2007	<p>5,09 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 1 nuovo caso ogni 62,5 nuovi soggetti testati.</p> <p>Attualmente positivo lo 0,012% della popolazione regionale, stabile rispetto alla settimana scorsa.</p> <p>Carico ospedaliero in aumento (6 ospedalizzati/sett.)</p>	<p>Risultano presenti linee guida e altri documenti per la ripartenza in sicurezza dell'attività ordinaria di assistenza, sia chirurgia di elezione sia attività ad elevata complessità clinica. Anche a livello territoriale, la Regione ha dato indicazioni alle Aziende Sociosanitarie circa la riattivazione dei servizi sanitari e dell'attività di specialistica ambulatoriale. Inoltre, avvio di un piano di recupero delle attività precedentemente sospese con la collaborazione di strutture private accreditate e contrattualizzate.</p>	<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>
Valle d'Aosta	N.d.	<p>0,0 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con nessun nuovo caso ogni nuovo soggetto testato.</p> <p>Attualmente positivo lo 0,001% della popolazione regionale, stabile rispetto alla settimana scorsa.</p> <p>Carico ospedaliero in calo (-2 ospedalizzati/sett.)</p>	<p>Telemedicina domiciliare e televisita per pazienti COVID a domicilio applicata già durante l'emergenza.</p>	<p>Piano per organizzazione ospedaliera con fondi dedicati, aumento di posti letto per Terapia intensiva e semi-intensiva, potenziamento della rete emergenza-urgenza.</p> <p>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.</p>
Friuli Venezia Giulia	Piano regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale emanato nel 2009	<p>1,65 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 1 nuovo caso ogni 200 nuovi soggetti testati.</p> <p>Attualmente positivo lo 0,008% della popolazione regionale, stabile rispetto alla settimana scorsa.</p> <p>Carico ospedaliero in aumento (3 ospedalizzati/sett.)</p>	<p>Istituzione di Covid Team nei distretti e USCA, con utilizzo di servizi di telemedicina per il monitoraggio a distanza dei parametri.</p>	<p>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).</p>

Analisi dei profili regionali (Nord 2) - 2/2



Regione	Preparedness	Dimensioni Epidemiche	Responsiveness	
			Processo Assistenziale del Paziente Covid	Programmazione Sanitaria in era Covid
PA di Trento	N.d.	<p>1,85 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 1 nuovo caso ogni 200 nuovi soggetti testati.</p> <p>Attualmente positivo lo 0,004% della popolazione regionale, stabile rispetto alla settimana scorsa.</p> <p>Carico ospedaliero in calo (-1 ospedalizzati/sett.)</p>	<p>Creata una rete di monitoraggio sul territorio allo scopo di identificare precocemente i casi sospetti, con l'ausilio di telemedicina.</p>	<p>In riferimento alla campagna antinfluenzale 2020/2021, non si registra nessuna gara avviata per la fornitura dei vaccini.</p>
PA di Bolzano	N.d.	<p>2,07 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 1 nuovo caso ogni 250 nuovi soggetti testati.</p> <p>Attualmente positivo lo 0,019% della popolazione regionale, stabile rispetto alla settimana scorsa. Carico ospedaliero in aumento (0 ospedalizzati/sett.)</p>	<p>Creazione di un piano per la Fase 2. In riferimento all'assistenza ambulatoriale e diagnostica strumentale, le visite prioritarie ed urgenti saranno effettuate in modo tempestivo. L'attività chirurgica riprende in forma ridotta, con priorità ai pazienti oncologici o alle operazioni non prorogabili. Nell'ambito dell'attività territoriale vi è un potenziamento dei distretti. Mantenimento e potenziamento della tele-consulenza e della telemedicina.</p>	<p>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.</p>

Analisi dei profili regionali (Centro) – 1/3



Regione	Preparedness	Dimensioni Epidemiche	Responsiveness	
			Processo Assistenziale del Paziente Covid	Programmazione Sanitaria in era Covid
Umbria	Piano pandemico Regione Umbria emanato nel 2007	1,02 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 1 nuovo caso ogni 313 nuovi soggetti testati. Attualmente positivo lo 0,002% della popolazione regionale (+ 75% rispetto alla settimana precedente). Carico ospedaliero in aumento (+ 2 ospedalizzati/sett.)	Il 98,6% dei casi è stato diagnosticato a partire dal sospetto clinico. Emanata la Procedura Regionale nuovo Coronavirus (Sars-Cov-2) contenente le procedure operative per la gestione dei pazienti Covid sia a livello territoriale che ospedaliero. Negli allegati sono rappresentate le flow-chart relative alla gestione del paziente guarito e rientro in collettività – Setting Domiciliare e paziente guarito e rientro in collettività – Setting Ricovero Ospedaliero.	Emanate le Linee di indirizzo per le attività sanitarie nella fase 3 che si estrinsecano su tre livelli: monitorare l'andamento dell'epidemia sorvegliando in particolare le strutture sanitarie e le persone fragili; progredire nell'apertura dei servizi sanitari fino all'apertura totale delle strutture; mantenere la sorveglianza della popolazione attraverso la strategia delle tre T (testare, tracciare, trattare), integrando tale strategia con l'attivazione dell'app Immuni. Emanato il Piano di riorganizzazione emergenza covid-19 che prevede il ripristino graduale delle attività ordinarie della rete ospedaliera e rendere strutturale la risposta emergenziale che è stata garantita in fase emergenziale nonché l'ulteriore implementazione di 58 posti letto in terapia intensiva necessari al raggiungimento del nuovo standard di 0,14 PL in TI previsti dall'art.2 del DL 34.
Toscana	Piano Pandemico Regionale emanato nel 2008 ed integrato con il rischio di pandemia da influenza umana da virus A/H1N1v nel 2009	1,45 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 1 nuovo caso ogni 217 nuovi soggetti testati. Attualmente positivo lo 0,009% della popolazione regionale (- 0,01% rispetto alla settimana precedente). Carico ospedaliero in aumento (+ 2 ospedalizzati/sett.)	Il 97,8% dei casi è stato diagnosticato a partire dal sospetto clinico. Emanate le Linee di indirizzo per la gestione del percorso COVID-19 in ambito territoriale nelle quali vengono definiti i setting di presa in carico a livello territoriale: domicilio del paziente, albergo sanitario, RSA/RSA a protezione sanitaria, strutture intermedie. Nello stesso documento si demanda alle USCA l'esecuzione di tamponi. Previsto telemonitoraggio domiciliare dei pazienti Covid (o sospetti tali) e dei soggetti fragili. Emanate Linee di indirizzo per la gestione del percorso COVID-19 in ambito ospedaliero e peri-ospedaliero nelle quali vengono definiti i livelli di classificazione dei pazienti ed i rispettivi setting assistenziali, ospedalieri e territoriali. Interrotta la convenzione con i laboratori privati. Si continuerà a garantire screening gratuiti nelle strutture sanitarie e socio sanitarie e, ad avvio delle attività didattiche, al personale scolastico e universitario. Possibilità per i cittadini di effettuare il test privatamente presso laboratori privati, previa ricetta del medico di famiglia, provvedendo direttamente al pagamento.	Emanate Disposizioni in merito alle prestazioni sanitarie e alle attività delle strutture semiresidenziali (centri diurni), per persone con disabilità che autorizza le Aziende e gli Enti del Servizio sanitario Regionale a programmare la ripresa dell'erogazione delle attività sanitarie. Il documento prevede la riorganizzazione sia a livello territoriale che ospedaliero. Deliberato il Piano di riordino della rete ospedaliera in emergenza Covid-19 il quale prevede l'incremento di 193 PL in TI necessari al raggiungimento del nuovo standard di 0,14 PL in TI previsti dall'art.2 del DL 34. Deliberato aumento del numero di posti letto di cure intermedie (+450) afferenti al setting 1 (Low Care) e al setting 2 (Residenzialità Sanitaria Intermedia) al fine del raggiungimento, a regime, del previsto parametro di 0,4/1000 residenti per ogni Azienda USL. Privilegiare le prestazioni di telemedicina.

Analisi dei profili regionali (Centro) – 2/3



Regione	Preparedness	Dimensioni Epidemiche	Responsiveness	
			Processo Assistenziale del Paziente Covid	Programmazione Sanitaria in era Covid
Abruzzo	Strategie e misure di preparazione e risposta a una pandemia influenzale nella Regione Abruzzo emanato nel 2009	1,22 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 1 nuovo caso ogni 190 nuovi soggetti testati. Attualmente positivo lo 0,009% della popolazione regionale (-4,13% rispetto alla settimana precedente). Carico ospedaliero in calo (-7 ospedalizzati/sett.)	<p>Il 93,3% dei casi è stato diagnosticato a partire dal sospetto clinico.</p> <p>Emanata la Procedura per la gestione domiciliare di casi accertati o sospetti Covid-19 nella quale viene istituita l'UCAT (Unità di Coordinamento dell'Assistenza Territoriale) con funzione di raccolta delle informazioni da parte dei MMG, PLS, CA e USCA ed interazione con gli ospedali COVID. Nello stesso documento è definita la stratificazione dei pazienti e la relativa competenza da parte di MMG, PLS, USCA e Medici ADI. Inoltre, vengono esplicitati i codici di priorità di esecuzione dei test diagnostici.</p> <p>Previsto telemonitoraggio domiciliare dei pazienti Covid (o sospetti tali) e dei soggetti fragili.</p> <p>Emanate Procedure operative per la gestione del paziente critico Covid-19.</p>	<p>Emanate Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID19 in relazione all'andamento dell'epidemia e demandando alle strutture erogatrici la predisposizione di un piano organizzativo nel perimetro dei criteri stabiliti dalla Regione. Privilegiate le prestazioni in telemedicina.</p> <p>Emanato il documento «Riordino della rete ospedaliera in emergenza Covid-19» il quale prevede maggiore concentrazione delle attività assistenziali associate al COVID-19 nel minor numero di strutture ospedaliere ed un relativo incremento di 66 PL in TI in tali strutture. Inoltre, il documento prevede l'organizzazione della rete Covid per ogni ASL.</p>
Lazio	Piano Pandemico Regionale di preparazione e risposta per una pandemia influenzale emanato nel 2008.	1,70 nuovi casi/settimana x 100.000 ab (in calo dopo un significativo rialzo la settimana scorsa), con un 1 nuovo caso ogni 167 nuovi soggetti testati circa. Attualmente positivo lo 0,02% della popolazione regionale (dato stabile). Carico ospedaliero nuovamente in calo (-14 ospedalizzati/sett.), dopo un periodo in cui si era registrato un aumento degli ospedalizzati. Effettuati 187.498 test sierologici al 14 luglio, rilevando una positività nel 2,3% dei casi.	<p>Il 72,5 % dei casi è stato diagnosticato a partire dal sospetto clinico. Emanate istruzioni operative per la gestione ospedaliera del paziente Covid+.</p> <p>Prevista la possibilità per i Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta, di prescrivere il tampone. Predisposti controlli per passeggeri di voli speciali provenienti da zone del mondo a rischio.</p>	<p>Pubblicato il 30 giugno il Decreto del Commissario ad Acta, n. U00081 «Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021» con indicazioni sul potenziamento della medicina del Territorio, sull'integrazione Ospedale-Territorio e specifici programmi di Patient-Centered Care da implementare entro il 2021.</p>

Analisi dei profili regionali (Centro) – 3/3



Regione	Preparedness	Dimensioni Epidemiche	Responsiveness	
			Processo Assistenziale del Paziente Covid	Programmazione Sanitaria in era Covid
Molise	Piano Pandemico Regionale per il Molise emanato nel 2006	0 nuovi casi/settimana x 100.000 ab. Attualmente positivo lo 0,003% della popolazione regionale (-11,11% rispetto alla settimana precedente). Carico ospedaliero stabile.	Il 99,6% dei casi è stato diagnosticato a partire dal sospetto clinico. Emanate le Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati di Covid-19 e contatti di casi accertati che prevede l'esecuzione di test diagnostici in ambito territoriale di competenza di equipe territoriali di personale infermieristico.	Emanate Indicazioni Regionali per la riattivazione dell'assistenza sanitaria che sottolineano di mantenere attive le aree dedicate all'emergenza, con relativa separazione dei flussi tra pazienti Covid+ e non, demandando ad ogni struttura sanitaria o socio-sanitaria la definizione di un Piano Aziendale per la gestione dei "rischi Covid" sotto la propria responsabilità. Emanato il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per emergenza covid-19 il quale, in ottemperanza dell'art. 2 del DL 34, prevede un incremento di 14 PL in TI. Nello stesso documento viene rimarcata l'importanza di un'integrazione ospedale-territorio attraverso il potenziamento della Casa della Salute e dell'Ospedale di Comunità. Privilegiare le prestazioni in telemedicina.
Marche	Piano di preparazione e risposta a una pandemia influenzale emanato nel novembre 2007.	0,52 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 1 nuovo caso ogni 451 nuovi soggetti testati. Attualmente positivo lo 0,009% della popolazione regionale (-10.00%). Carico ospedaliero in calo (-1 ospedalizzati/sett.)	Il 100% dei casi è stato diagnosticato a partire dal sospetto clinico. Presenza di un PDTA per l'ottimizzazione della presa in carico post-dimissione del paziente Covid-19 positivo, per definire l'organizzazione del percorso di follow up e la valutazione degli outcome a medio e lungo termine. Per positività IgG isolata a cittadino asintomatico che si sottopone spontaneamente al test, discrezionalità al Medico di Medicina Generale sulla successiva indicazione prescrittiva e l'eventuale astensione lavorativa. In caso di positività al tampone la cabina di regia per la gestione del percorso del caso è affidata ai Dipartimenti di Prevenzione.	Presente un piano di riorganizzazione delle Attività di Ricovero ed Ambulatoriali presso le Strutture Ospedaliere Pubbliche e Private accreditate per la ripartenza in sicurezza dell'attività ordinaria di assistenza. Emanato un piano di potenziamento delle attività ambulatoriali per la riduzione dei tempi d'attesa. Incentivati programmi di teleassistenza per particolari categorie di pazienti (sistema di telecardiologia e televideo-consulso per pazienti con sospetto o accertato contagio). Istituzione del Sistema Informativo per la trasmissione e l'interscambio di informazioni e dati relativi all'emergenza COVID 19. Disposte le norme per la riapertura di centri semiresidenziali sanitari e sociosanitari, con proposte parallele di potenziamento dell'assistenza domiciliare.

Analisi dei profili regionali (Sud e Isole) – 1/2



Regione	Preparedness	Dimensioni Epidemiche	Responsiveness	
			Processo Assistenziale del Paziente Covid	Programmazione Sanitaria in era Covid
Basilicata	N.d.	0 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con 0,36 nuovi casi ogni 7,77 nuovi soggetti testati. Attualmente positivo 2 cas 1 (valore relativo). Carico ospedaliero pari a -1 (ospedalizzati/sett.)	<p>Emanate istruzioni operative per la gestione ospedaliera del pz Covid.</p> <p>Prevista la possibilità di dimissione protetta in struttura intermedia.</p> <p>Emanate linee di indirizzo per la gestione dei pz Covid da parte di MMG e PLS.</p> <p>Previsto telemonitoraggio domiciliare dei pazienti Covid (o sospetti tali) e dei soggetti fragili.</p>	<p>Emanate disposizioni per le reti oncologiche.</p> <p>Emanati provvedimenti sull'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'andamento dell'epidemia, sottolineando di mantenere attive le aree dedicate all'emergenza e demandando alle strutture erogatrici la predisposizione di un piano organizzativo.</p> <p>Privilegiare le prestazioni in telemedicina per le cure pediatriche si veda progetto Telepass</p>
Calabria	Piano Pandemico Regionale di preparazione e risposta per una pandemia influenzale emanato nel 2009	1,18 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., Con 5,63 nuovi soggetti testati. Attualmente positivo 14 casi (valore relativo). Carico ospedaliero pari a -2 (ospedalizzati/sett.)	<p>Emanate istruzioni operative per la gestione ospedaliera del pz Covid e linee di indirizzo per la gestione della dimissione e del post-dimissione.</p> <p>Prevista la possibilità di dimissione protetta in struttura intermedia.</p> <p>Emanate linee di indirizzo per la gestione dei pz Covid da parte di MMG e PLS.</p> <p>Previsto telemonitoraggio domiciliare dei pazienti Covid (o sospetti tali) e dei soggetti fragili.</p> <p>Presenti indicazioni per il contenimento dell'epidemia nella rete di offerta sociale.</p>	<p>Emanate disposizioni per le reti oncologiche.</p> <p>Emanati provvedimenti sull'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'andamento dell'epidemia, sottolineando di mantenere attive le aree dedicate all'emergenza e demandando alle strutture erogatrici la predisposizione di un piano organizzativo nel perimetro dei criteri stabiliti dalla Regione.</p> <p>Presente attività di telemedicina attraverso piattaforme online.</p>
Puglia	N.D.	0,37nuovi casi/settimana x 100.000 ab., 3,72 soggetti sottoposti al test. Attualmente positivo -8 valore relativo Carico ospedaliero pari a 1 (ospedalizzati/sett.)	<p>Emanate istruzioni operative per la gestione ospedaliera del pz Covid e linee di indirizzo per la gestione della dimissione e del post-dimissione.</p> <p>Prevista la possibilità di dimissione protetta in struttura intermedia.</p> <p>Emanate linee di indirizzo per la gestione dei pz Covid da parte di MMG e PLS; prevista la possibilità, per questi ultimi, di prescrivere il tampone.</p> <p>Previsto telemonitoraggio domiciliare dei pazienti Covid (o sospetti tali) e dei soggetti fragili.</p> <p>Presenti indicazioni per il contenimento dell'epidemia nella rete di offerta sociale.</p>	<p>Ristrutturate le reti tempo-dipendenti e emanate disposizioni per le reti oncologiche.</p> <p>Emanati provvedimenti sull'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'andamento dell'epidemia, sottolineando di mantenere attive le aree dedicate all'emergenza e demandando alle strutture erogatrici la predisposizione di un piano organizzativo nel perimetro dei criteri stabiliti dalla Regione.</p> <p>Privilegiare le prestazioni in telemedicina.</p>

Analisi dei profili regionali (Sud e Isole) – 2/2



Regione	Preparedness	Dimensioni Epidemiche	Responsiveness	
			Processo Assistenziale del Paziente Covid	Programmazione Sanitaria in era Covid
Campania	Piano Pandemico Regionale di preparazione e risposta per una pandemia influenzale emanato nel 2009	1,03 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 1 nuovo caso ogni 2,73 nuovi soggetti testati. Attualmente positivo lo +45 (valore relativo) della popolazione Carico ospedaliero pari a 17 (ospedalizzati/sett.)	Emanate istruzioni operative per la gestione ospedaliera del pz Covid e linee di indirizzo per la gestione della dimissione e del post-dimissione. Prevista la possibilità di dimissione protetta in struttura intermedia. Emanate linee di indirizzo per la gestione dei pz Covid da parte di MMG e PLS. Previsto telemonitoraggio domiciliare dei pazienti Covid (o sospetti tali) e dei soggetti fragili. Presenti indicazioni per il contenimento dell'epidemia nella rete di offerta sociale.	Emanate disposizioni per le reti oncologiche. Emanati provvedimenti sull'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'andamento dell'epidemia. Presenti le prestazioni in telemedicina.
Sicilia	Piano Pandemico Regionale di preparazione e risposta per una pandemia influenzale emanato nel 2009	0,62 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., 4,03 nuovi soggetti testati. Attualmente positivo 20 (valore relativo) della popolazione. Carico ospedaliero pari a 8 (ospedalizzati/sett.)	Emanate istruzioni operative per la gestione ospedaliera del pz Covid e linee di indirizzo per la gestione della dimissione e del post-dimissione. Prevista la possibilità di dimissione protetta in struttura intermedia. Emanate linee di indirizzo per la gestione dei pz Covid da parte di MMG e PLS. Previsto telemonitoraggio domiciliare dei pazienti Covid (o sospetti tali) e dei soggetti fragili. Presenti indicazioni per il contenimento dell'epidemia nella rete di offerta sociale.	Emanate disposizioni per le reti oncologiche. Emanati provvedimenti sull'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'andamento dell'epidemia. Presenti le prestazioni in telemedicina.
Sardegna	Piano Pandemico Regionale di preparazione e risposta per una pandemia influenzale emanato nel 2009	0,30 nuovi casi/settimana x 100.000 ab., con un 0 nuovo caso ogni 5,13 nuovi soggetti testati. Attualmente positivo 2 (valore relativo) della popolazione. Carico ospedaliero pari a 3 (ospedalizzati/sett.)	Emanate istruzioni operative per la gestione ospedaliera del pz Covid e linee di indirizzo per la gestione della dimissione e del post-dimissione. Prevista la possibilità di dimissione protetta in struttura intermedia. Emanate linee di indirizzo per la gestione dei pz Covid da parte di MMG e PLS. Previsto telemonitoraggio domiciliare dei pazienti Covid (o sospetti tali) e dei soggetti fragili. Presenti indicazioni per il contenimento dell'epidemia nella rete di offerta sociale.	Emanate disposizioni per le reti oncologiche. Emanati provvedimenti sull'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'andamento dell'epidemia. Presenti le prestazioni in telemedicina.



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

