

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#31: 03 Dicembre 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, Francesco Andrea Causio, Rossella Di Bidino, Eugenio Di Brino, Maria Giovanna Di Paolo, Andrea Di Pilla, Carlo Favaretti, Fabrizio Massimo Ferrara, Irene Gabutti, Marzia Vittoria Gallo, Luca Giorgio, 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](#)

[LIBRARY INSTANT REPORT](#)

[INDICATORI DI MONITORAGGIO DEL CONTAGIO](#)

[1.1. INCIDENZA SETTIMANALE X 100.000 ABITANTI: 18 NOVEMBRE– 24 NOVEMBRE 2020](#)

[1.2. ANDAMENTO ATTUALMENTE POSITIVI](#)

[1.3. ANDAMENTO OSPEDALIZZATI](#)

[1.4. POSITIVITÀ AL TEST](#)

[INDICATORI EPIDEMIOLOGICI](#)

[2.1. PREVALENZA PERIODALE E PREVALENZA PUNTUALE](#)

[2.2. PREVALENZA PERIODALE SETTIMANALE X 100.000 ABITANTI: 25 NOVEMBRE – 01 DICEMBRE 2020](#)

[2.3. PREVALENZA PUNTUALE 25/11/2020 E 01/12/2020](#)

[2.4. PREVALENZA PERIODALE 3 OTTOBRE – 1 NOVEMBRE E DEL 2 NOVEMBRE – 1 DICEMBRE \(PER 100.000 ABITANTI\)](#)

[2.5. LETALITÀ GREZZA APPARENTE \(‰\) DEL COVID-19 NELLE REGIONI ITALIANE: 25 NOVEMBRE – 01 DICEMBRE 2020](#)

[2.6. MORTALITÀ COVID-19 NELLE REGIONI ITALIANE \(PER 100.000 AB\): SETTIMANA 25 NOVEMBRE – 01 DICEMBRE 2020](#)

[2.7. CONFRONTO TRA MORTALITÀ \(PER 100.000 AB.\) NEGLI ULTIMI 30 GIORNI](#)

[2.8. ANDAMENTO ISOLATI A DOMICILIO/RESIDENTI PER 100.000 ABITANTI](#)

[2.9. NUOVA PRESSIONE PER SETTING ASSISTENZIALE \(DOMICILIO, TERAPIA MEDICA, TERAPIA INTENSIVA, X 100.000 AB\): 24 NOVEMBRE – 1 DICEMBRE](#)

[2.10. ANDAMENTO DELL'ETÀ DEI CASI](#)

[INDICATORI CLINICO-ORGANIZZATIVI](#)

[3.1. ANDAMENTO RICOVERI/RESIDENTI PER 100.000 ABITANTI](#)

[3.2. SATURAZIONE COVID TERAPIA INTENSIVA \(POSTI LETTO REALI\)](#)

[3.3. RICOVERI TI / RICOVERI TOTALI 24/11/2020 E 01/12/2020](#)

[3.4. PAZIENTI RICOVERATI IN TI/POSITIVI](#)

[3.5. CASI DA SOSPETTO CLINICO/CASI TOTALI & CASI DA SCREENING/CASI TOTALI](#)

[3.6. NUOVI CASI DA SOSPETTO CLINICO/CASI TOTALI & NUOVI CASI DA SCREENING/CASI TOTALI](#)

[3.7. RELAZIONE TRA INCIDENZA PER 100.000 ABITANTI E N°TAMPONI EFFETTUATI PER 1.000 ABITANTI](#)

[3.8. RELAZIONE TRA INCIDENZA PER 100.000 ABITANTI E N°NUOVI CASI TESTATI PER 1.000 ABITANTI](#)

[3.9. IMPATTO ECONOMICO](#)

[3.10. SOLUZIONI DIGITALI](#)

[3.11. SPERIMENTAZIONI CLINICHE](#)

[3.12. APPROFONDIMENTO SUI CANDIDATI VACCINI COVID-19](#)

[3.13. APPROFONDIMENTO SUI TEST COVID-19](#)

[3.14. NUOVO PERSONALE CON SPECIALIZZAZIONE MEDICHE LEGATE ALL'EMERGENZA COVID-19](#)

[3.15. NUOVO PERSONALE CON SPECIALIZZAZIONE MEDICHE NON LEGATE ALL'EMERGENZA COVID-19](#)

[3.16. CONFRONTO TRA ACQUISIZIONE DI PERSONALE CON SPECIALIZZAZIONE LEGATE ALL'EMERGENZA COVID-19 E NON](#)

[3.17. TREND TASSI DI SATURAZIONE DEI POSTI LETTO IN TERAPIA INTENSIVA DAL 14 OTTOBRE ALL' 1 DICEMBRE](#)

[3.18. TREND DISPONIBILITÀ DI POSTI LETTO/1000 ABITANTI IN TERAPIA INTENSIVA DAL 14 OTTOBRE ALL'1 DICEMBRE 2020](#)

[3.19. CONFRONTO TRA PL TI E NUMERO DI ANESTESISTI](#)

[3.20. TASSO DI SATURAZIONE DEI PL DI TERAPIA INTENSIVA AL 01 DICEMBRE 2020](#)

[3.21. TASSO DI SATURAZIONE DELLA CAPACITÀ AGGIUNTIVA DI PL DI TERAPIA INTENSIVA AL 01 DICEMBRE 2020](#)

[3.22. TASSO DI SATURAZIONE DEI POSTI LETTO IN AREA NON CRITICA AL 01 DICEMBRE 2020](#)

[3.23. TASSI DI SATURAZIONE DEI POSTI LETTO IN TERAPIA INTENSIVA E DI AREA NON CRITICA AL 01 DICEMBRE 2020](#)

[3.24. SATURAZIONE TI: POSTI LETTO DL 34 E POSTI LETTO REALI](#)

[3.25. ACQUISIZIONE DI NUOVO PERSONALE MEDICO](#)

[3.26. FINANZIAMENTO AGGIUNTIVO PER TIPOLOGIA](#)

[3.27. NUOVO PERSONALE MEDICO PER TIPOLOGIA](#)

[3.28. VENTILATORI DISTRIBUITI*/POSTI LETTO DI TI ATTIVATI](#)

[3.29. SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO \(CLASSI A, B, C, D\)](#)

[3.30. SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI \(CLASSI DI PRIORITÀ U, B, D, P\)](#)

[3.31. DISPONIBILITÀ DI POSTI IN STRUTTURE INTERMEDIE](#)

[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 01 Dicembre hanno il 58% dei positivi al virus rispetto al totale dei positivi sul territorio nazionale e il 62% dei casi. In queste Regioni sono deceduti il 74% delle 56.361 persone che abbiamo perduto dall'inizio del contagio.
- Il gruppo di lavoro dell'Università Cattolica ha elaborato un sistema di indicatori utile a valutare l'effetto che i diversi provvedimenti emergenziali (adottati a livello nazionale e a livello regionale) hanno avuto sull'andamento del contagio e per comprendere le implicazioni sui modelli organizzativi progressivamente adottati sul territorio nazionale.
- La finalità è comprendere meglio le implicazioni delle diverse strategie adottate dalle Regioni per fronteggiare la diffusione del virus e le conseguenze del Covid-19 in contesti diversi per trarne indicazioni per il futuro prossimo e per acquisire insegnamenti derivanti da questa drammatica esperienza.
- Il documento non pretende di essere esaustivo né tantomeno ha l'obiettivo di stilare classifiche o dare giudizi sulle scelte adottate in una situazione di grave emergenza, ma intende offrire a ricercatori e policy makers una base conoscitiva per sviluppare ulteriori analisi per una migliore comprensione di un evento di portata storica e che, se ben analizzato, permetterà di innescare un processo di apprendimento utile alle decisioni future.





Nota metodologica e fonte dei dati

- I dati utilizzati per la realizzazione dell'analisi sono stati estrapolati dal Sito Ufficiale della Protezione Civile aggiornati al **01 Dicembre** [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>
3. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali; disponibile a <https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php>



Contesto normativo (1/5):

Principali provvedimenti nazionali (1/3)



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

Contesto normativo (2/5):

Principali provvedimenti nazionali (2/3)



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



Contesto normativo (3/5):

Principali provvedimenti nazionali (2/3)



Data	Provvedimento	Sintesi dei contenuti
29 Luglio 2020	Delibera del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2020 – Proroga dello Stato di Emergenza	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proroga dello stato di emergenza fino al 15 Ottobre 2020
14 Agosto 2020	DECRETO-LEGGE 14 agosto 2020, n. 104 i	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disposizioni transitorie per la riduzione delle liste d'attesa; ➤ Modifiche alle disposizioni per gli incentivi per il personale degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale;
13 Ottobre 2020	DPCM del 13 ottobre 2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19».	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proroga dello stato di emergenza fino al 31 Gennaio 2021; ➤ Obbligo, su tutto il territorio nazionale, di portare con sé i dispositivi di protezione delle vie respiratorie e di indossarli nei luoghi al chiuso diversi dalle abitazioni private e in tutti i luoghi all'aperto; ➤ misure di contenimento del contagio per lo svolgimento in sicurezza delle attività produttive commerciali, per le attività sportive e attività scolastiche
3 Novembre 2020	DPCM del 03 Novembre 2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19».	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Misure urgenti di contenimento del contagio sull'intero territorio nazionale ➤ Ulteriori misure di contenimento del contagio su alcune aree del territorio nazionale caratterizzate da uno scenario di massima gravità e da un livello di rischio alto ➤ Individuati tre livelli soglia definiti "giallo", "arancione" e "rosso» (ordinati in base alla gravità e alle relative restrizioni)
3 Novembre 2020	ORDINANZA 4 novembre 2020 – Ministero della Salute Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A06144) (GU n.276 del 5-11-2020)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inserimento delle regioni in tre livelli soglia definiti "giallo", "arancione" e "rosso» (ordinati in base alla gravità e alle relative restrizioni).
3 Novembre 2020	ORDINANZA 10 novembre 2020 – Ministero della Salute Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A06211) (GU n. 280 del 10-11-2020)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inserimento delle regioni in tre livelli soglia definiti "giallo", "arancione" e "rosso» (ordinati in base alla gravità e alle relative restrizioni).

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

Fonte: Garante per la protezione dei dati personali

Contesto normativo (4/5):

Indirizzi clinico organizzativi - Livello nazionale (1/2)



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



Contesto normativo (5/5):

Indirizzi clinico organizzativi - Livello nazionale (2/2)



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



Appendice 1: fonte delle informazioni



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

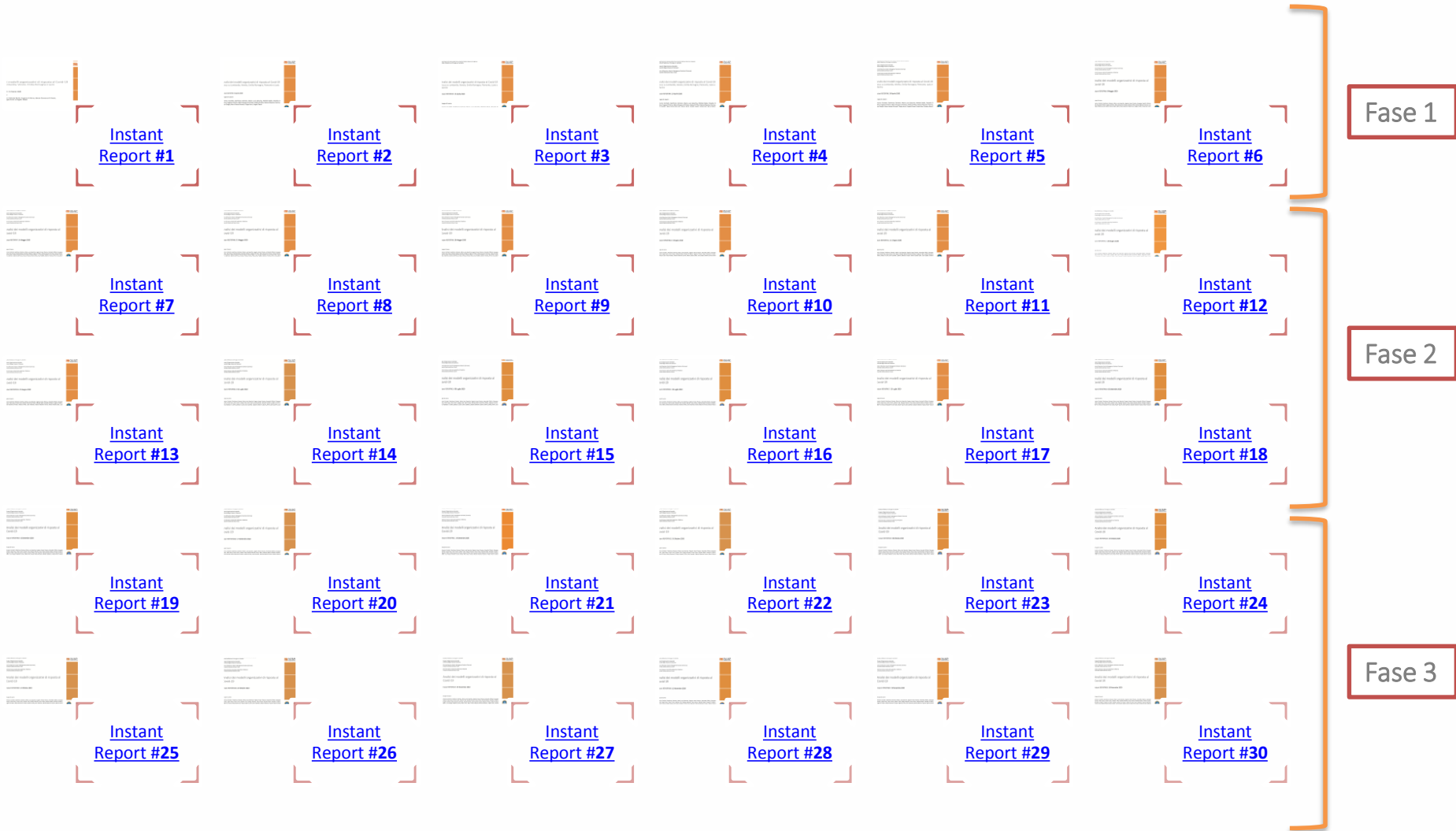




Library Instant Report



ALTEMS Instant Report - *dal 31 marzo 2020 ad oggi*

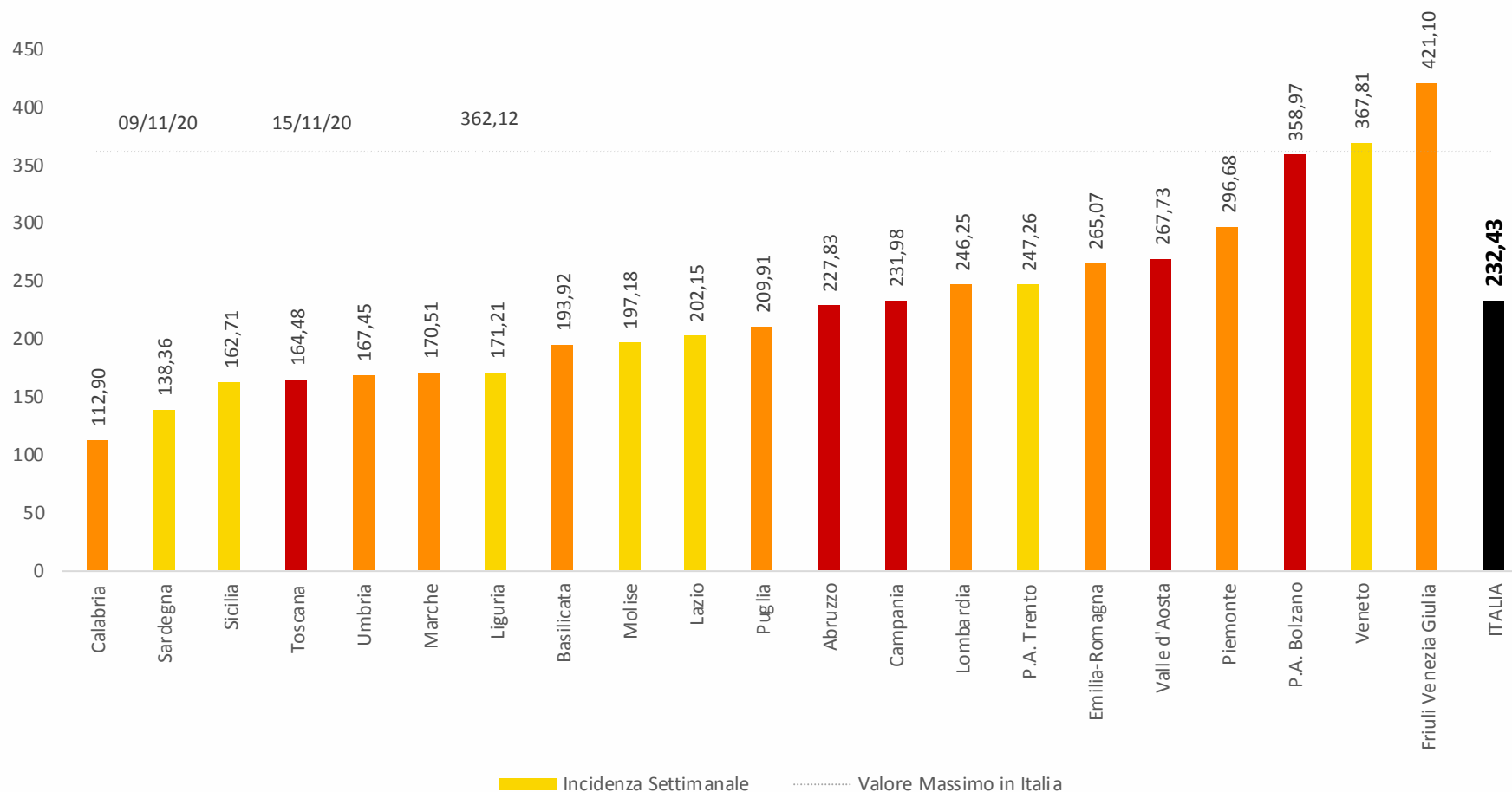




Indicatori di monitoraggio del contagio



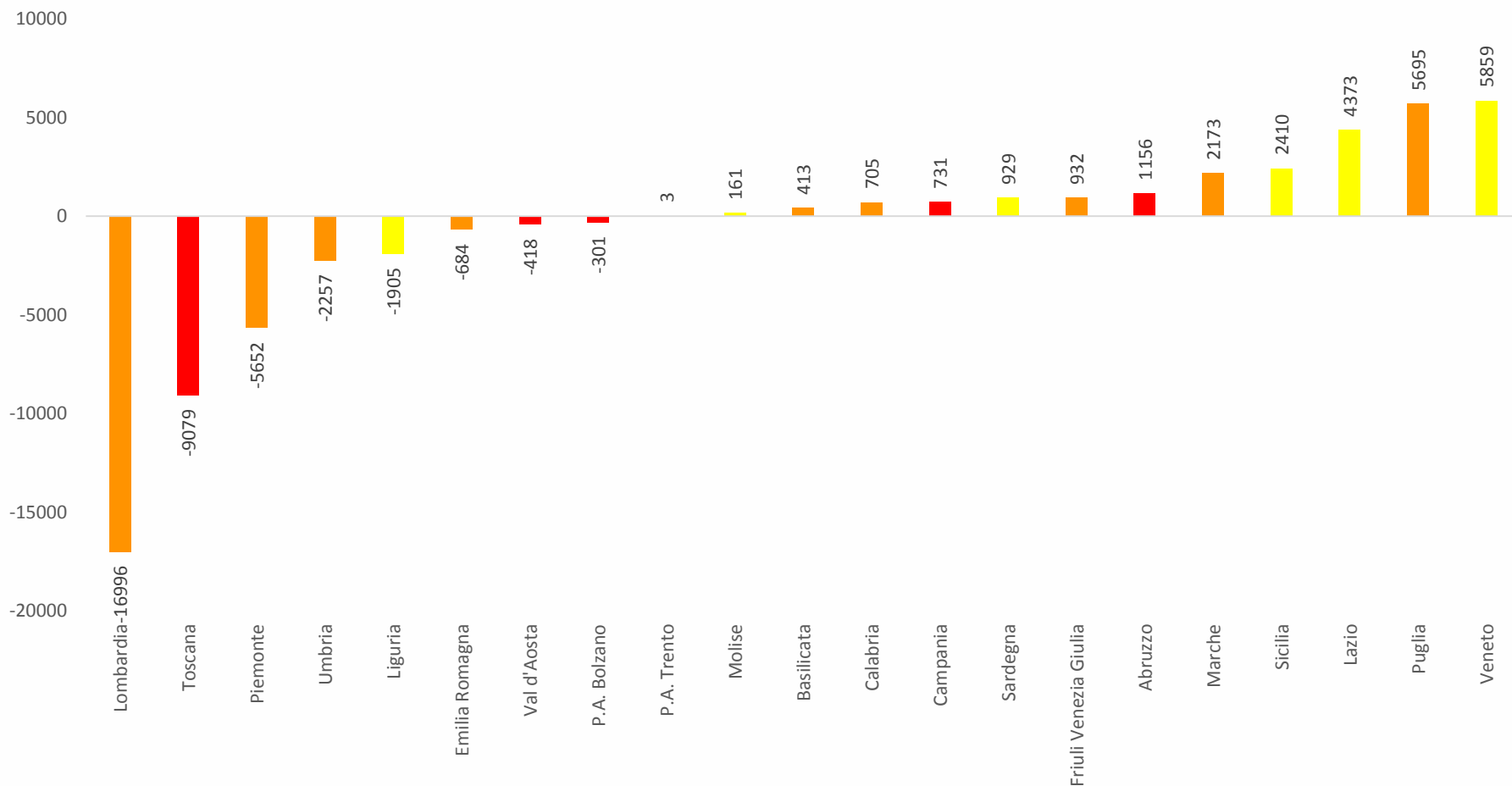
Indicatore 1.1. Incidenza settimanale x 100.000 abitanti: 25 novembre – 1 dicembre 2020



Commento

Il grafico mostra tutte le Regioni italiane in ordine crescente di incidenza settimanale nei 7 giorni tra il 25 novembre – 1 dicembre 2020; l'incidenza settimanale corrisponde al numero di nuovi casi emersi nell'ambito della popolazione regionale nell'intervallo di tempo considerato. È stata individuata, come riferimento, il valore massimo che questa dimensione epidemiologica ha assunto in Italia: nei 7 giorni tra il 9 ed il 15 novembre 2020 i nuovi casi, a livello nazionale, sono stati 362 ogni 100.000 residenti. **La settimana appena trascorsa registra un decremento dell'incidenza settimanale, registrando un valore nazionale pari a 232 ogni 100.000 residenti.**

Indicatore 1.2. Andamento attualmente positivi: 25 novembre – 1 dicembre 2020



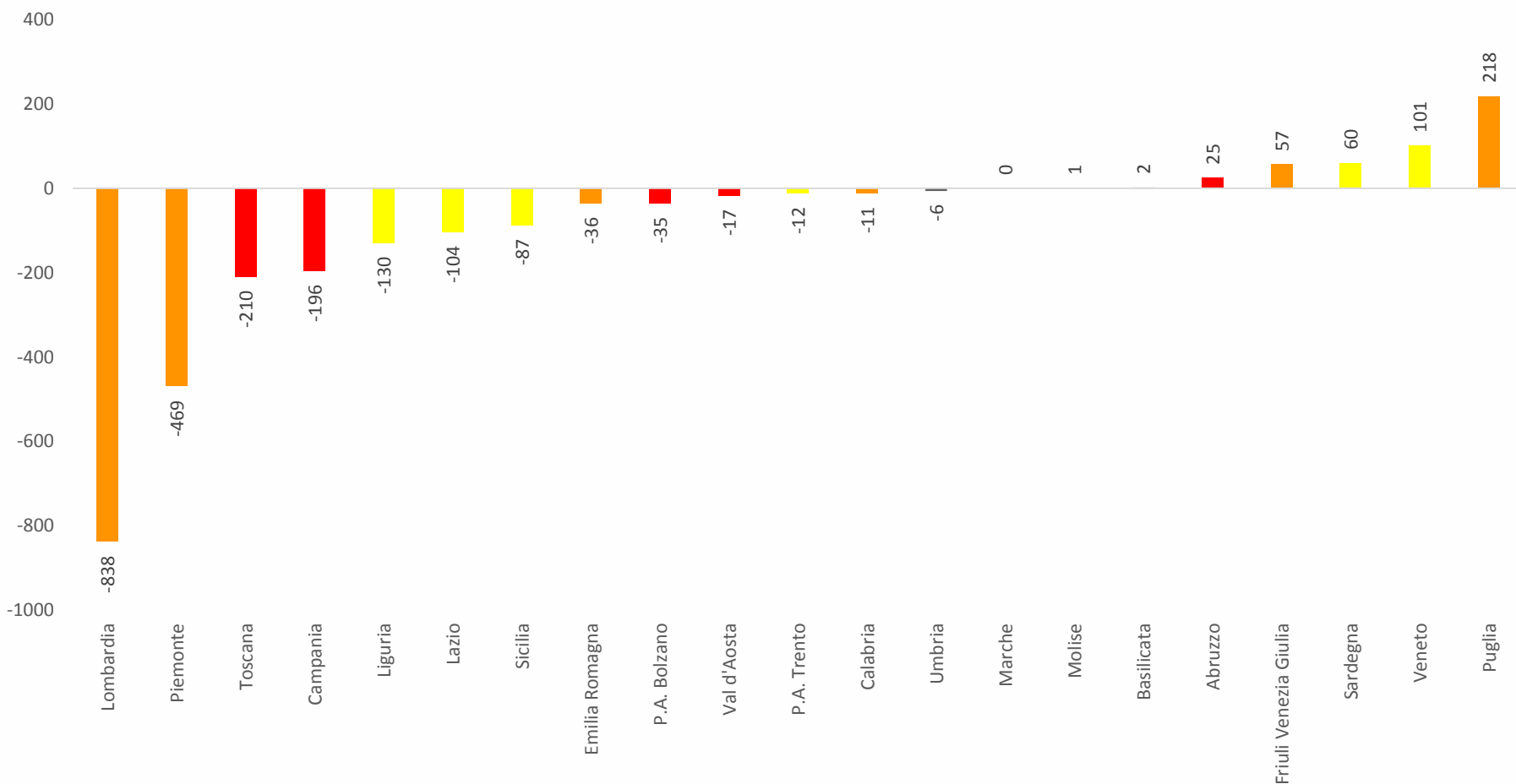
Media	-560
Min	-16996
Max	5859
Dev-St	5034

Commento

Questo indicatore fornisce un'indicazione sull'andamento dei casi positivi nelle varie Regioni. In Lombardia, Toscana, Piemonte, Umbria, Liguria, Emilia Romagna, Valle d'Aosta e P.A di Bolzano si registra un numero di casi positivi minore rispetto alla settimana scorsa. Il valore più alto viene registrato nella Regione Veneto (5859).



Indicatore 1.3. Andamento ospedalizzati: 25 novembre – 1 dicembre 2020



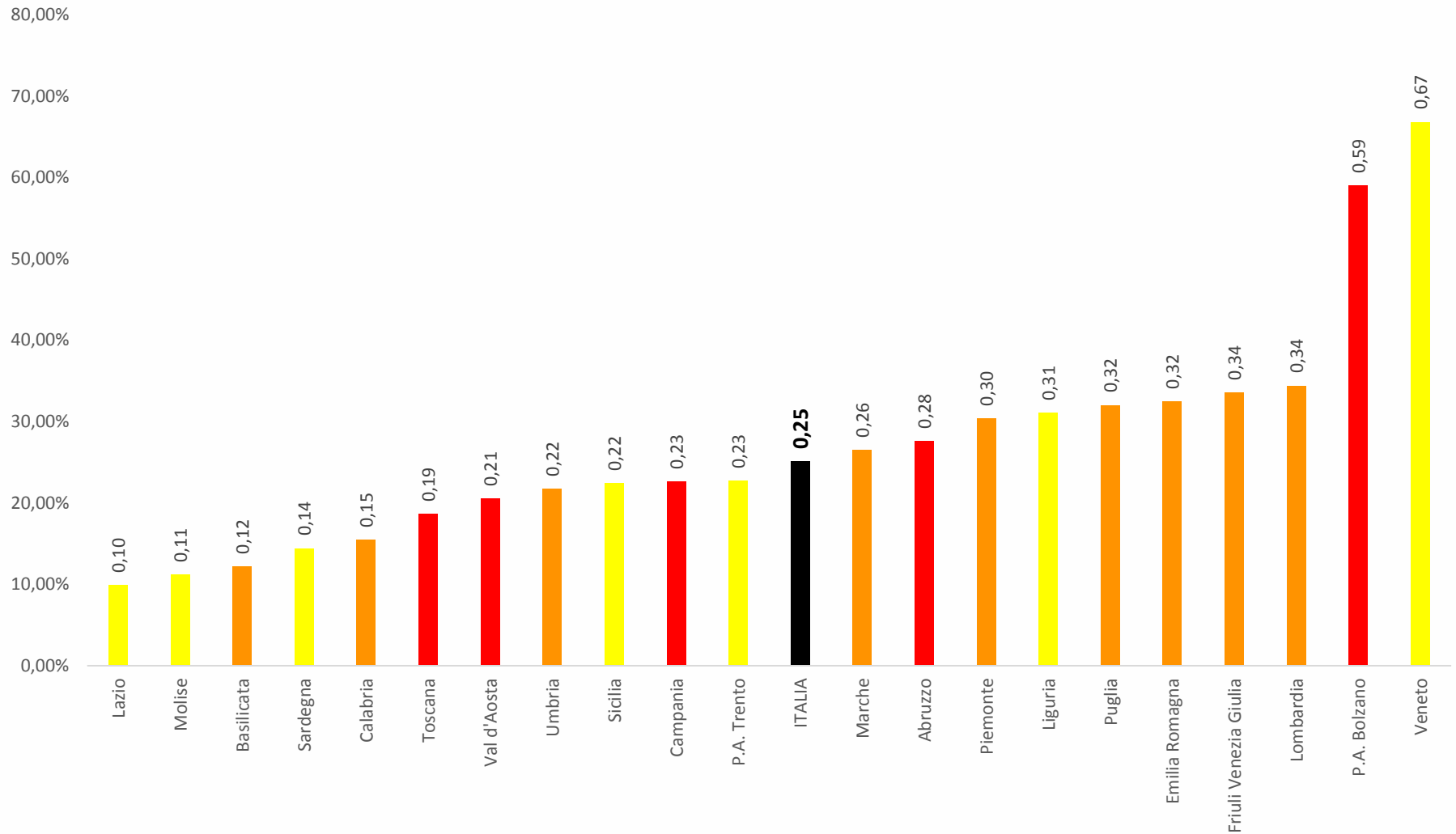
Media	-80
Min	-838
Max	218
Dev-St	220

Commento

Questo indicatore fornisce un'indicazione sull'andamento dei casi ospedalizzati in tutte le Regioni. Nella maggior parte delle Regioni l'indicatore subisce una diminuzione. Il valore più alto viene registrato in Puglia (+218). La media nazionale registra un numero di casi ospedalizzati in diminuzione (-80).



Indicatore 1.4. Positività al test: 25 novembre – 1 dicembre 2020



Commento

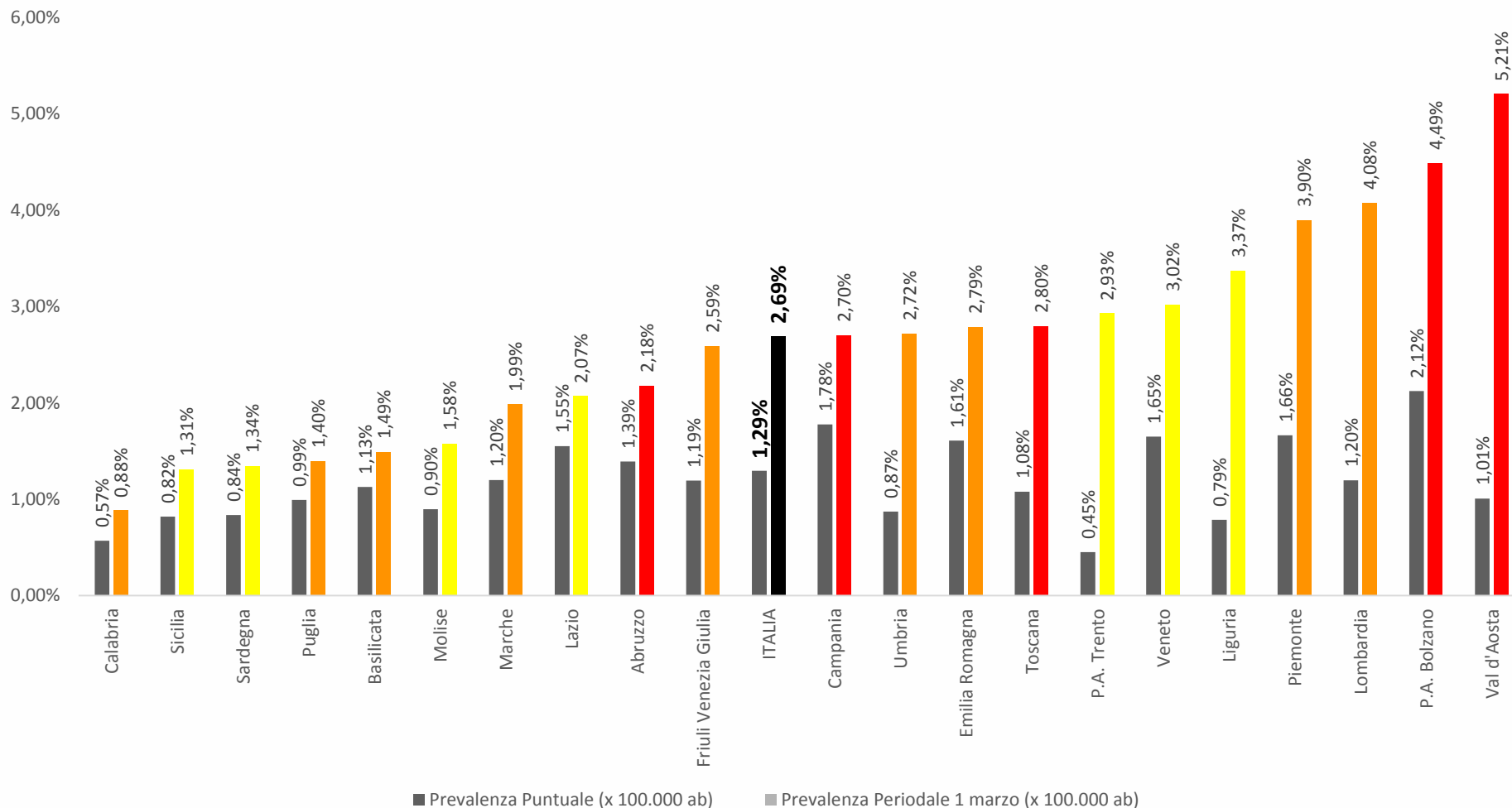
L'indice di positività rispetto ai test effettuati registra un valore massimo di 0,67 in Veneto e 0,59 nella P.A. di Bolzano. In Italia l'indice di positività al test è pari a 0,25: **risulta positivo, dunque, 1 paziente su 4 nuovi soggetti testati. In calo rispetto alla settimana scorsa il valore nazionale che passa da 0,28 a 0,25.**



Indicatori epidemiologici



Indicatore 2.1. Prevalenza Periodale* e Prevalenza Puntuale

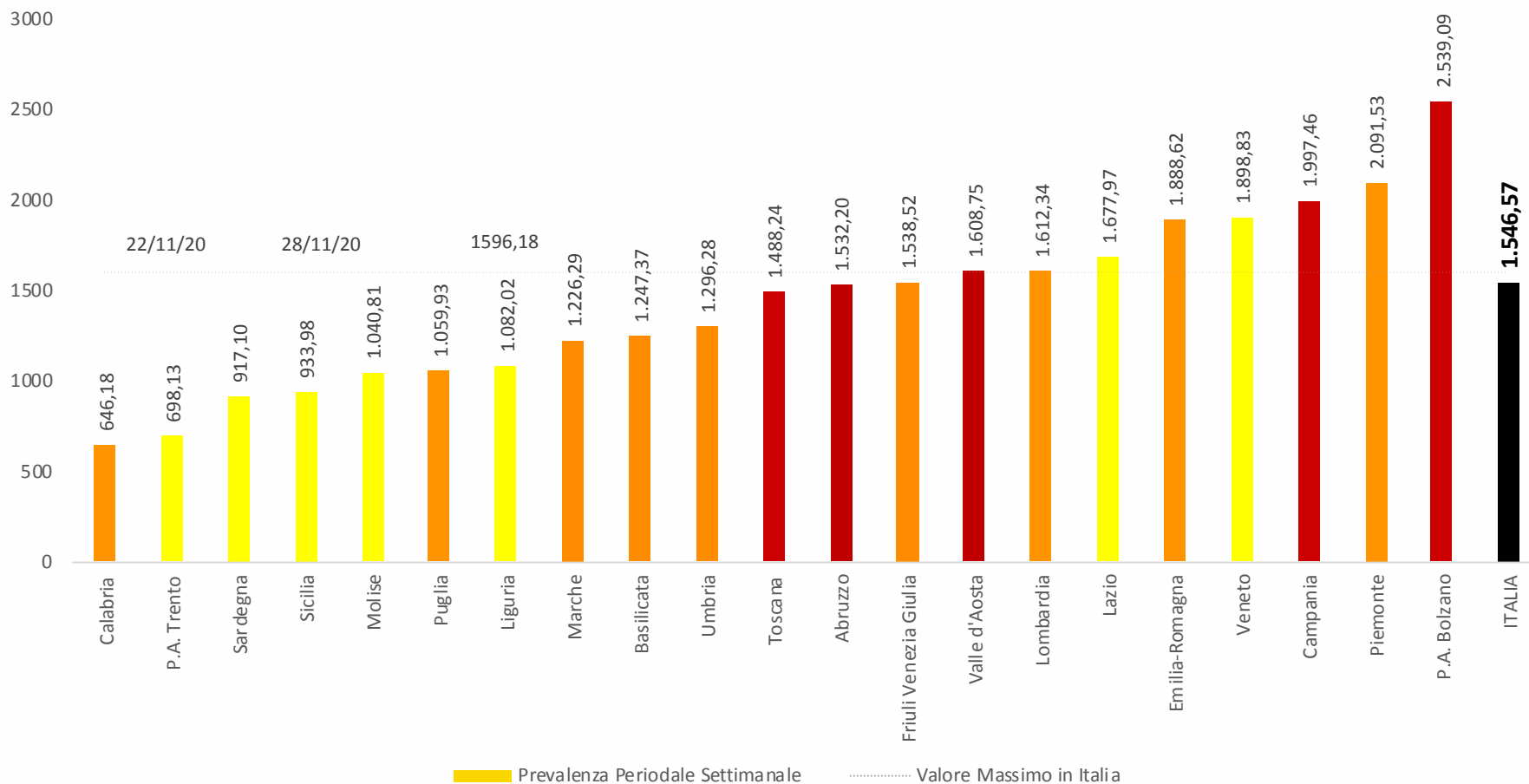


Commento

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

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

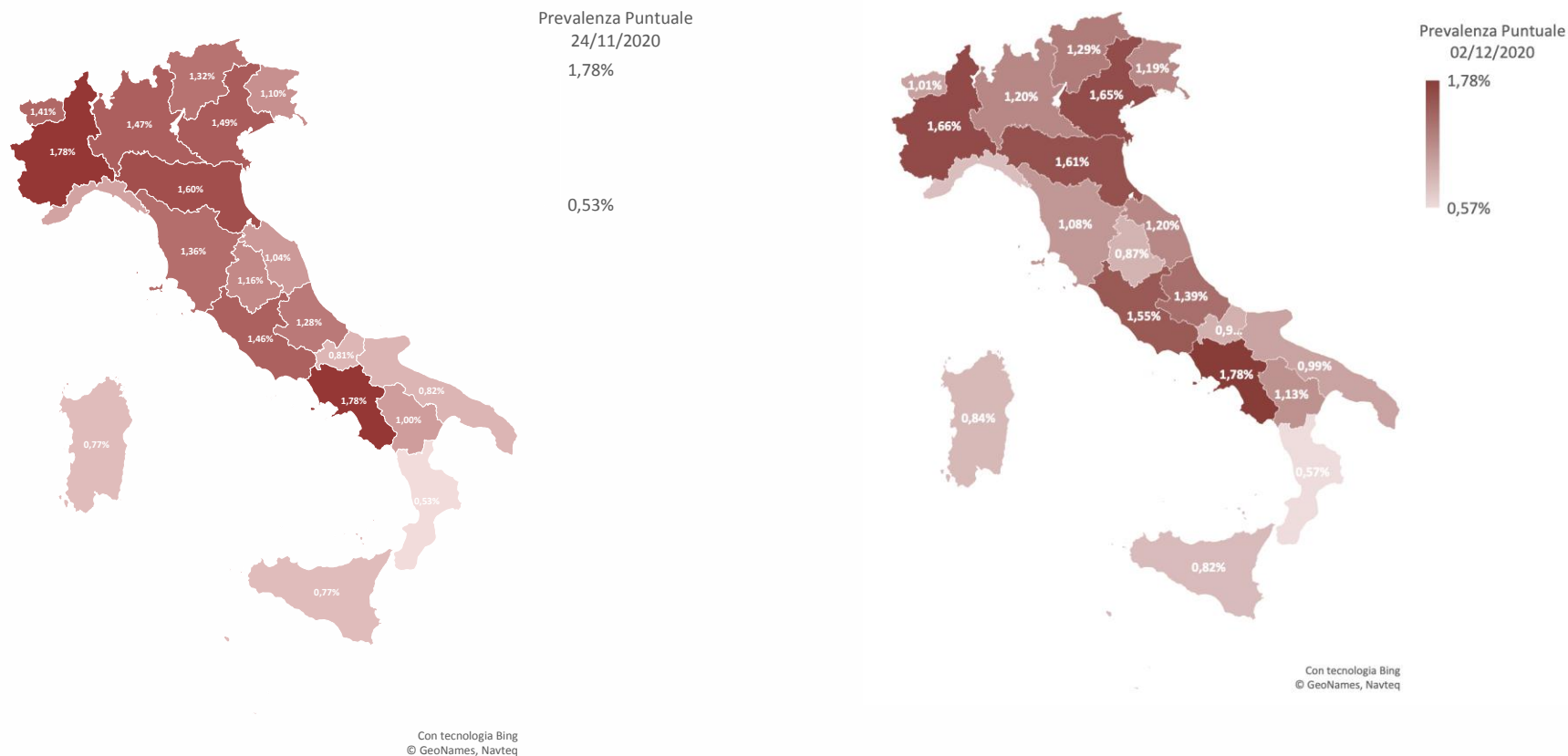
Indicatore 2.2. Prevalenza periodale settimanale x 100.000 abitanti: 25 novembre – 1 dicembre 2020



Commento

Il grafico mostra tutte le Regioni italiane in ordine crescente di prevalenza periodale nei 7 giorni tra il 25 novembre – 1 dicembre 2020; la prevalenza periodale corrisponde alla proporzione della popolazione regionale che si è trovata ad essere positiva al virus nell'intervallo di tempo considerato (casi già positivi all'inizio del periodo più nuovi casi emersi nel corso del periodo). È stata individuata, come soglia di riferimento, il valore massimo che questa dimensione epidemiologica ha assunto in Italia: proprio **la settimana appena trascorsa**, tra il 22 ed il 28 novembre, è ad oggi il periodo in cui si è registrata la **massima prevalenza periodale in Italia** (1.596 casi ogni 100.000 residenti), mentre **nell'ultima settimana la prevalenza periodale in Italia è pari a 1547 casi ogni 100.000 residenti**.

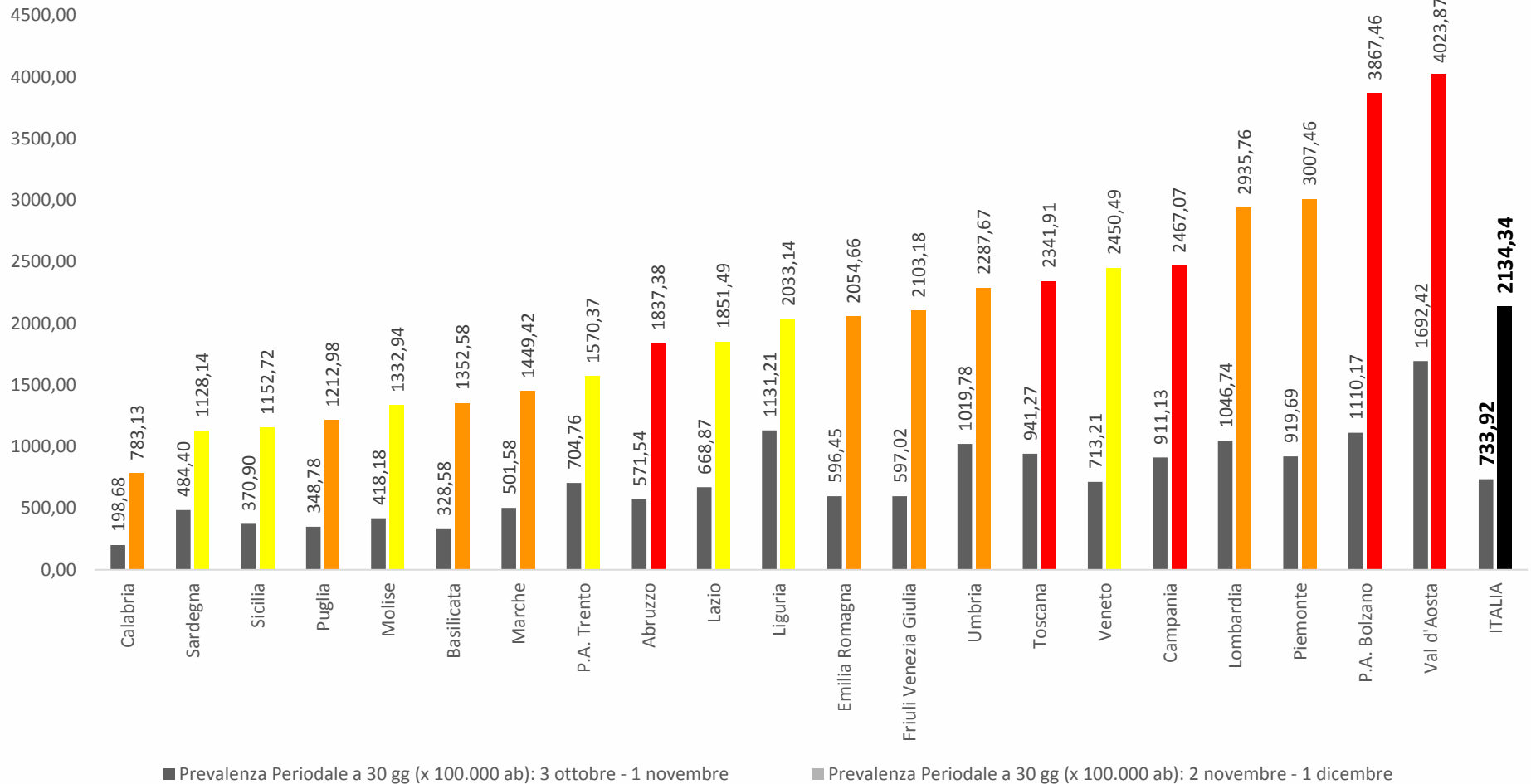
Indicatore 2.3. Prevalenza puntuale 24/11/2020 e 02/12/2020



Commento

Nell'ultima settimana si segnala una diminuzione della prevalenza puntuale in alcune delle Regioni italiane. Si segnala in Piemonte e Campania un valore dell'indicatore pari a 1,66% e 1,78%. Nelle P.A di Bolzano e Trento la prevalenza puntuale è pari rispettivamente a 2,12% e 0,45%.

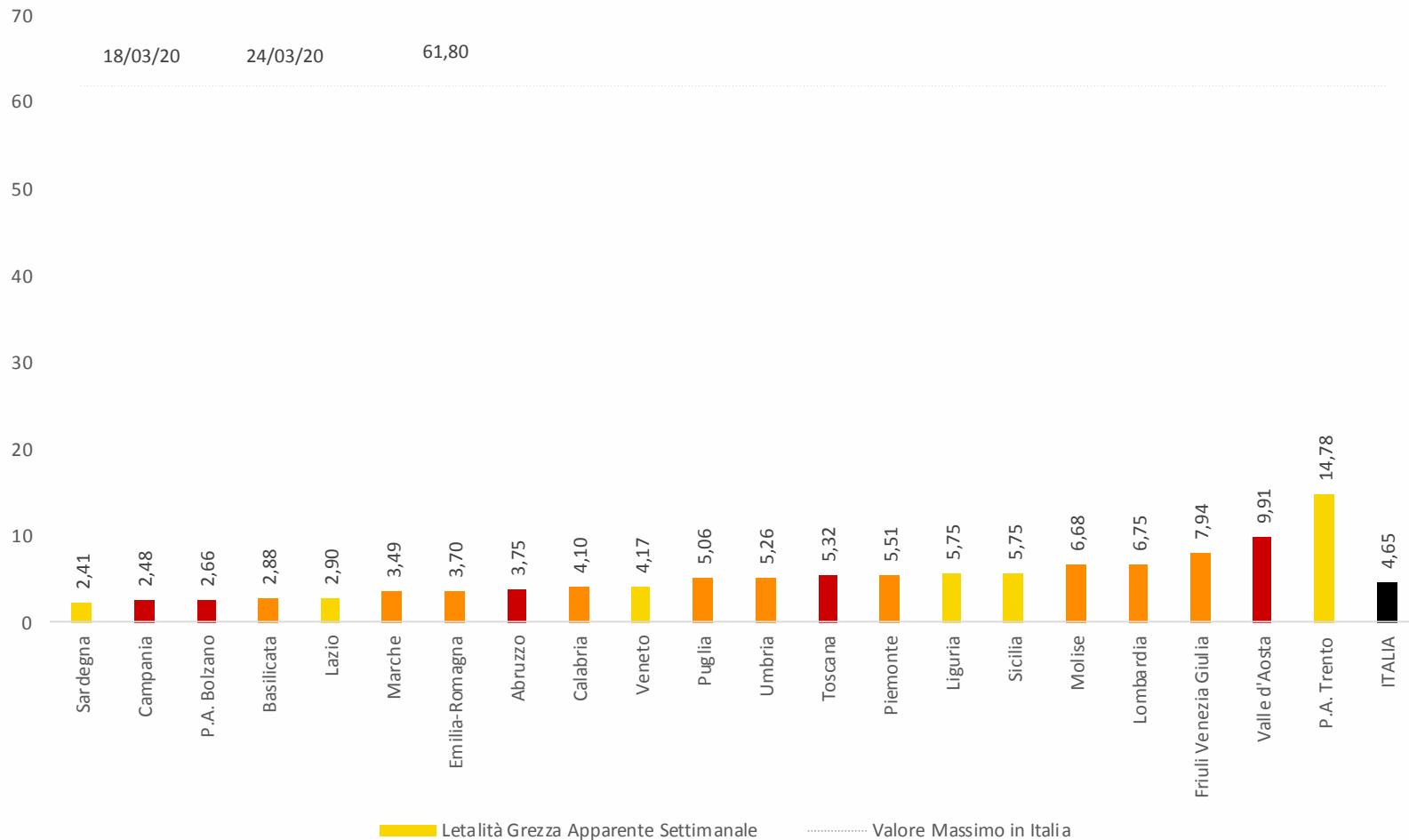
Indicatore 2.4. Prevalenza periodale del 3 ottobre – 1 novembre e del 2 novembre – 1 dicembre (per 100.000 abitanti)



Commento

In termini di monitoraggio della prevalenza derivante dal confronto negli ultimi mesi si denota come nella maggior parte delle regioni tale indice abbia subito un significativo aumento. Le Regioni con una prevalenza periodale più alta nell'ultimo mese sono la Valle d'Aosta, la P.A di Bolzano e il Piemonte.

Indicatore 2.5. Letalità grezza apparente (‰) del COVID-19 nelle Regioni italiane: settimana 25 novembre – 1 dicembre 2020

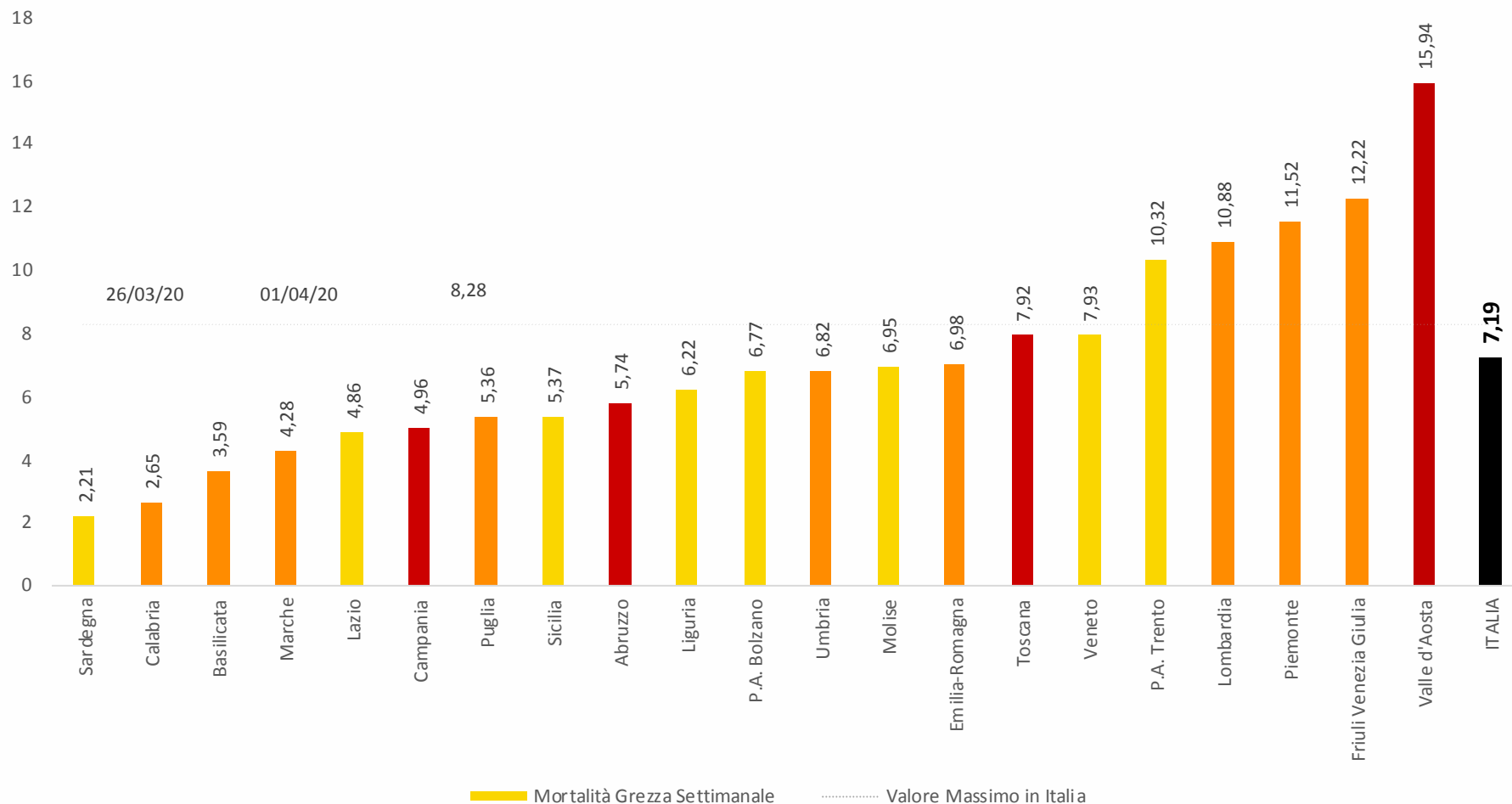


Commento

Il grafico mostra tutte le Regioni italiane in ordine crescente di letalità grezza apparente nei 7 giorni tra il 25 novembre – 1 dicembre 2020; la letalità grezza apparente corrisponde al numero di pazienti deceduti nell'ambito dei soggetti positivi al COVID-19 nell'intervallo di tempo considerato. È stata individuata, come soglia di riferimento, il valore massimo che questa dimensione epidemiologica ha assunto in Italia: nei 7 giorni tra il 18 ed il 24 marzo 2020 la letalità grezza apparente, a livello nazionale, è stata pari al 61,80 x 1.000. **Nell'ultima settimana, la letalità grezza apparente, a livello nazionale, è pari al 4,65 x 1.000.**



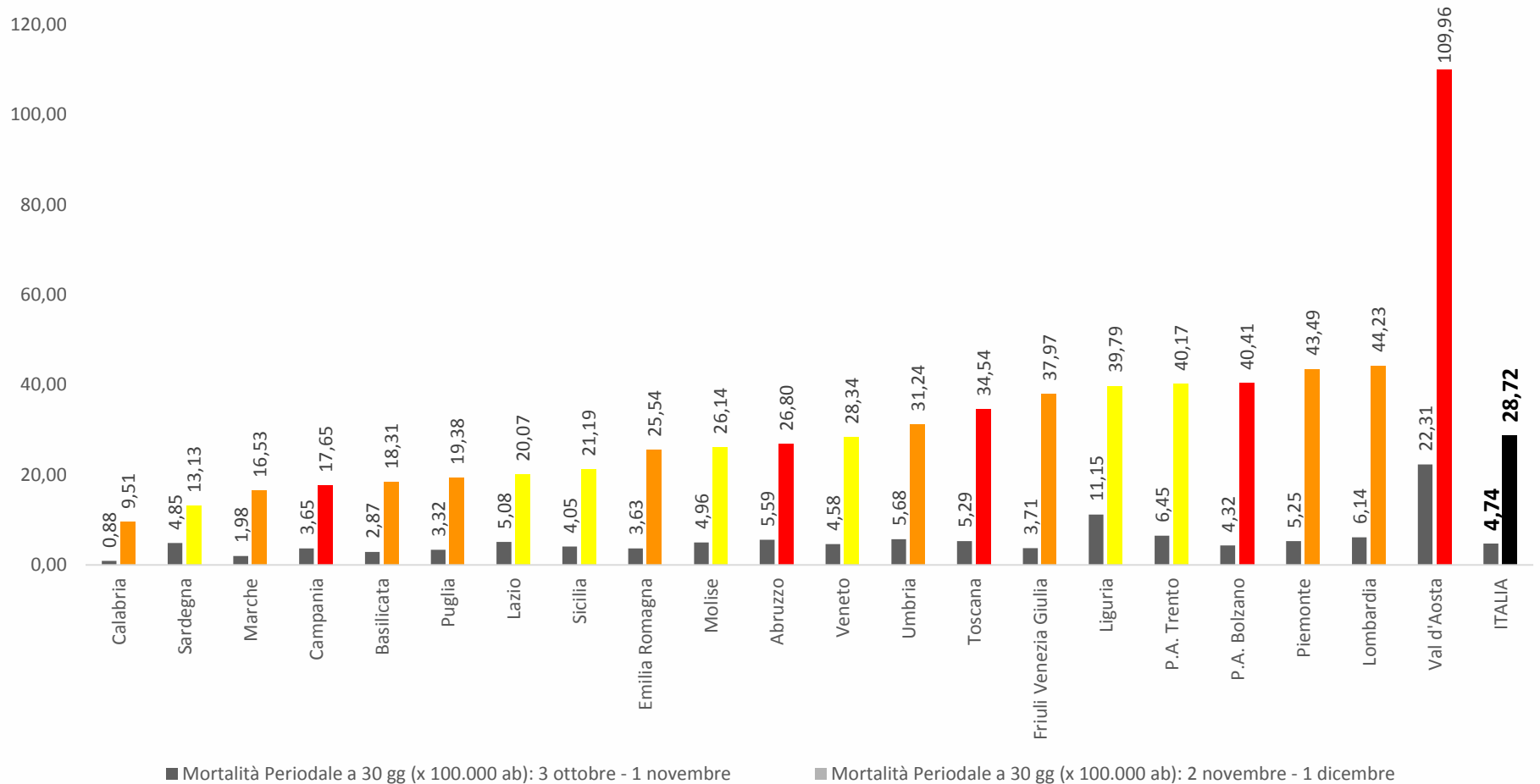
Indicatore 2.6. Mortalità COVID-19 nelle Regioni italiane (per 100.000 ab): settimana 25 novembre – 1 dicembre 2020



Commento

Il grafico mostra tutte le Regioni italiane in ordine crescente di mortalità grezza nei 7 giorni tra il 18 e il 24 novembre 2020; la mortalità grezza corrisponde al numero di pazienti deceduti nell'ambito della popolazione di riferimento nell'intervallo di tempo considerato. È stata individuata, come soglia di riferimento, il valore massimo che questa dimensione epidemiologica ha assunto in Italia: nei 7 giorni tra il 26 marzo ed il 1 aprile 2020 la mortalità grezza, a livello nazionale, è stata pari al 8,28%. **Nell'ultima settimana, la mortalità grezza apparente, a livello nazionale, è pari al 7,19%.**

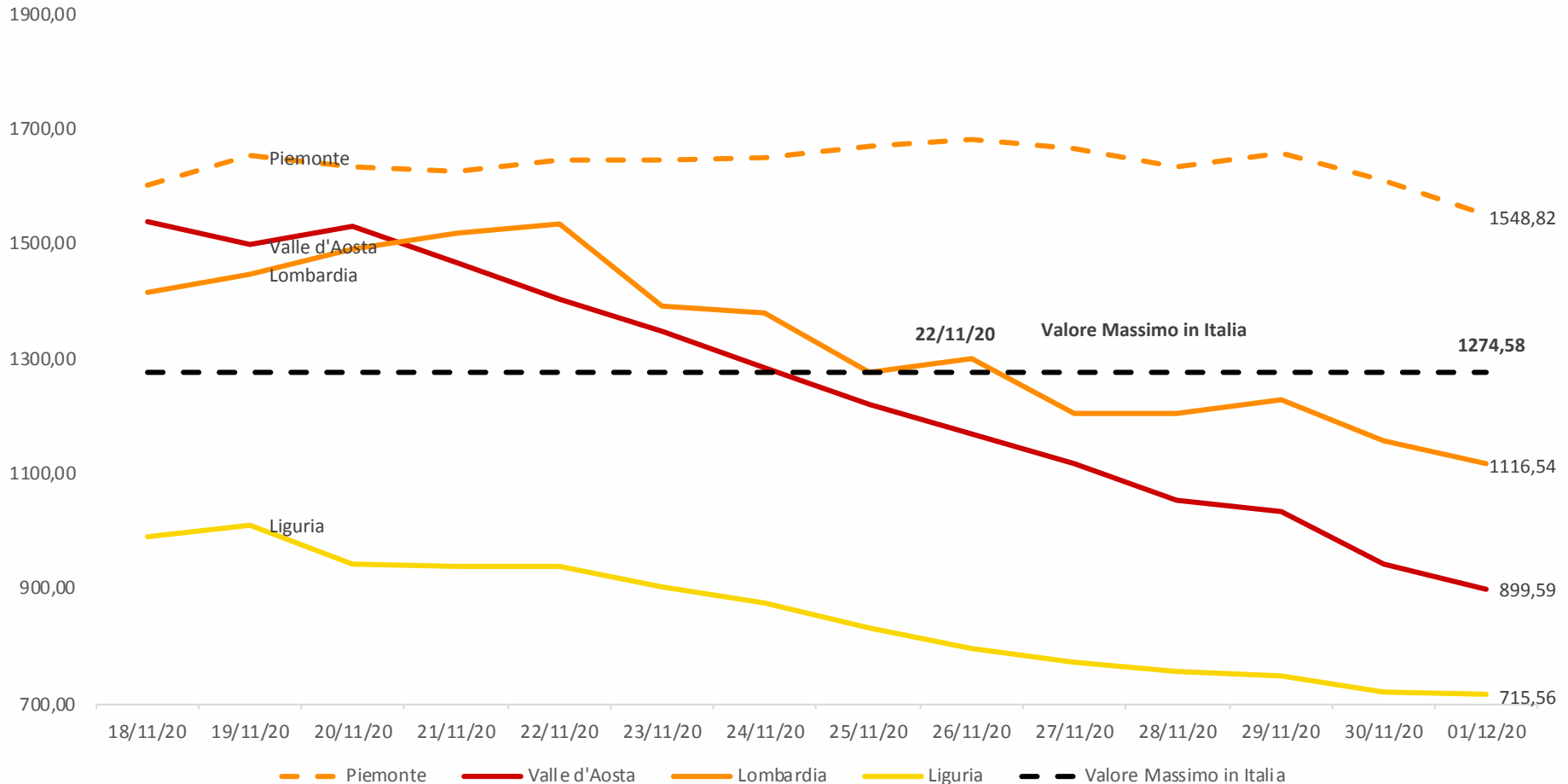
Indicatore 2.7. Confronto tra mortalità (per 100.000 ab.) negli ultimi 30 giorni



Commento

Il grafico mostra un confronto per tutte le Regioni italiane in ordine crescente circa la mortalità grezza negli ultimi 30 giorni (2 novembre – 1 dicembre) e nei 30 giorni precedenti (3 ottobre – 1 novembre); la mortalità grezza corrisponde al numero di pazienti deceduti nell’ambito della popolazione di riferimento nell’intervallo di tempo considerato. È stata individuata, come soglia di riferimento, il valore massimo che questa dimensione epidemiologica ha assunto in Italia: nei 30 giorni tra il 19 marzo ed il 17 aprile 2020 la mortalità grezza, a livello nazionale, è stata pari a 32 per 100.000 abitanti. **Si può vedere come, nel confronto tra i due mesi appena trascorsi, la mortalità in Italia sia cresciuta di oltre 6 volte.**

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

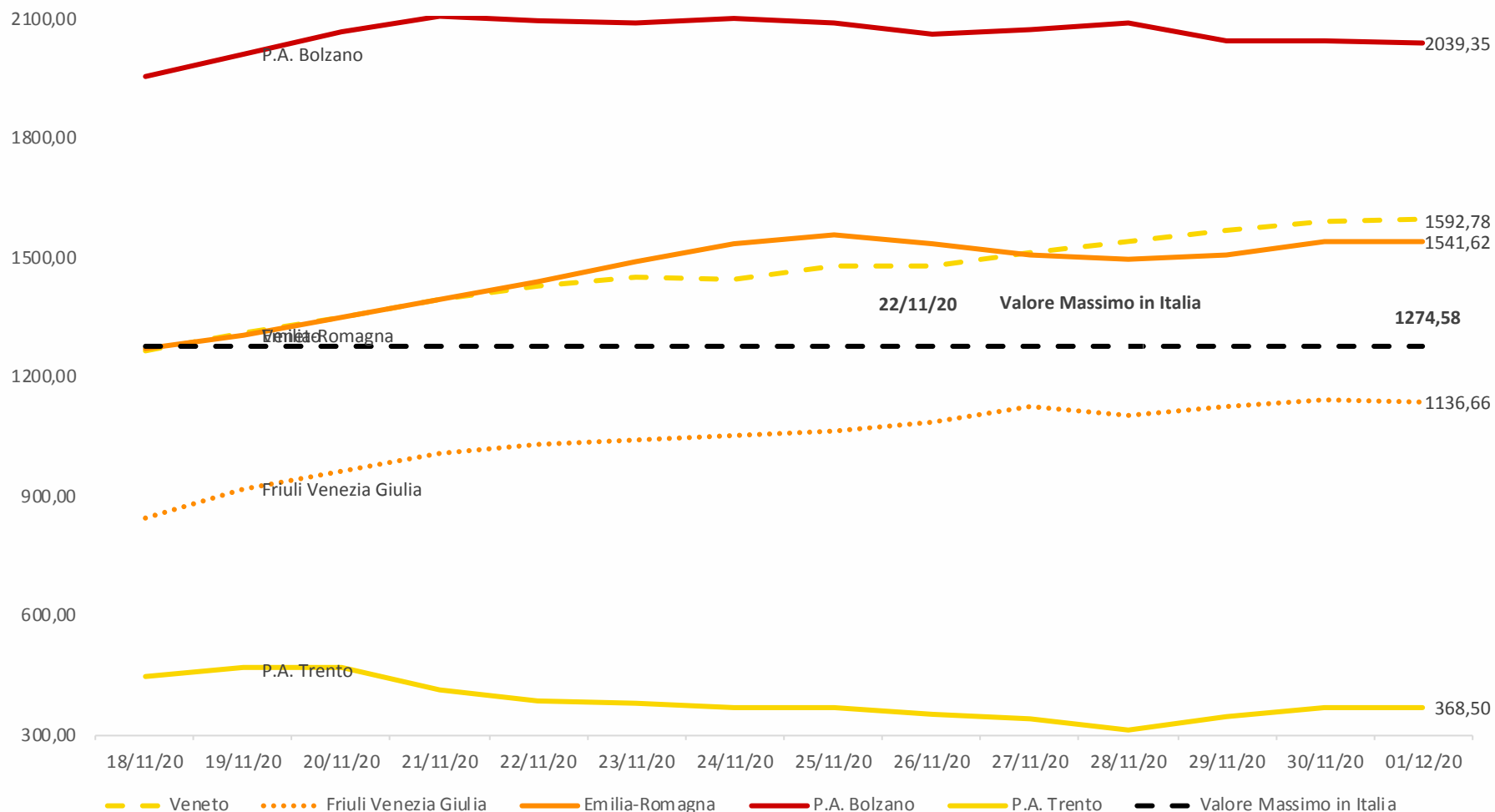


Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, del numero di casi sottoposti a isolamento domiciliare per Covid in relazione alla popolazione residente, rispetto ad un livello di riferimento fissato nell'attuale valore di questo indicatore a livello nazionale, che corrisponde al valore massimo raggiunto sinora dall'inizio dell'epidemia.



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

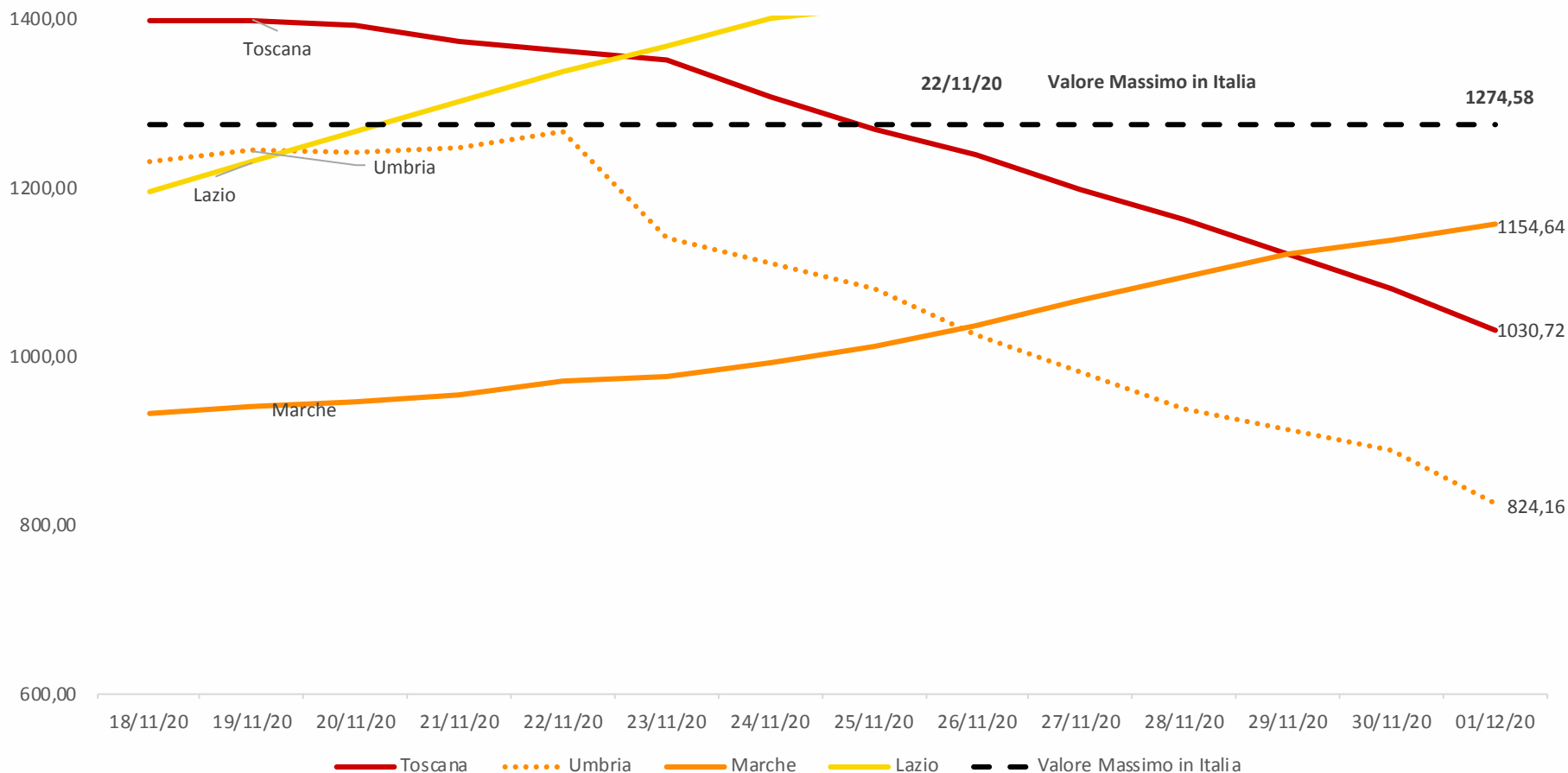


Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, del numero di casi sottoposti a isolamento domiciliare per Covid-19 in relazione alla popolazione residente, rispetto ad un livello di riferimento fissato nell'attuale valore di questo indicatore a livello nazionale, che corrisponde al valore massimo raggiunto sinora dall'inizio dell'epidemia.



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

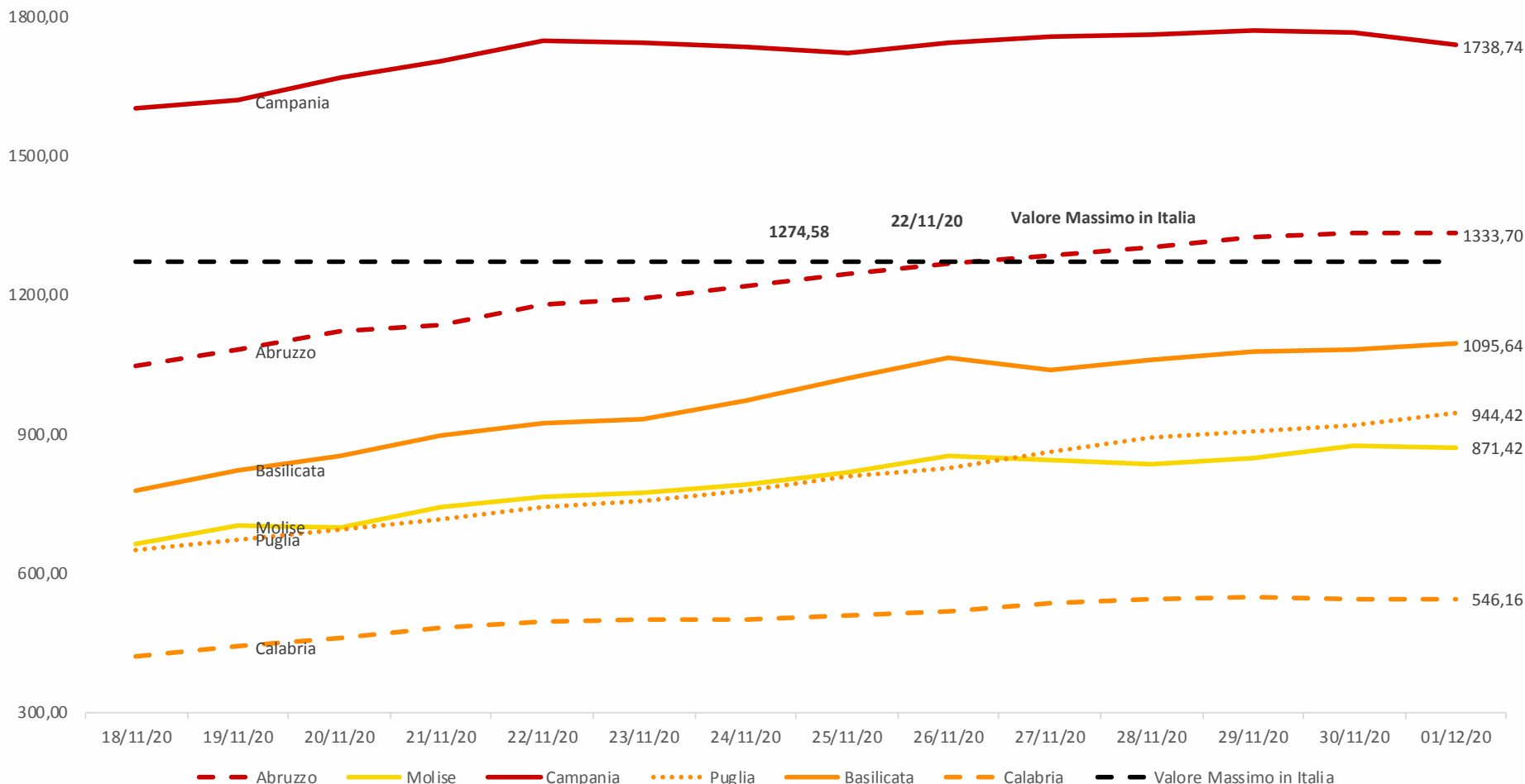


Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, del numero di casi sottoposti a isolamento domiciliare per Covid-19 in relazione alla popolazione residente, rispetto ad un livello di riferimento fissato nell'attuale valore di questo indicatore a livello nazionale, che corrisponde al valore massimo raggiunto sinora dall'inizio dell'epidemia.



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

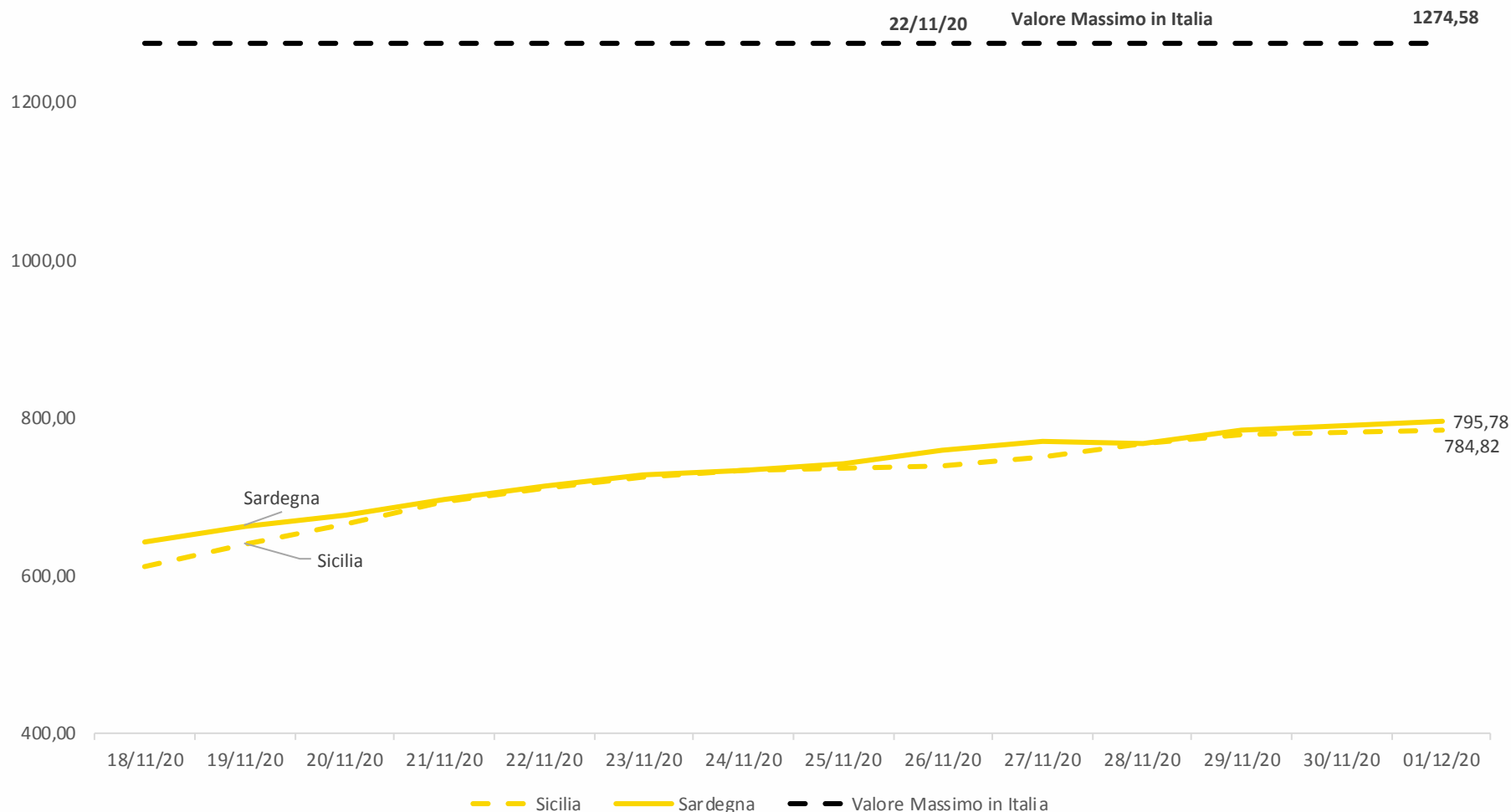


Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, del numero di casi sottoposti a isolamento domiciliare per Covid-19 in relazione alla popolazione residente, rispetto ad un livello di riferimento fissato nell'attuale valore di questo indicatore a livello nazionale, che corrisponde al valore massimo raggiunto sinora dall'inizio dell'epidemia.



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

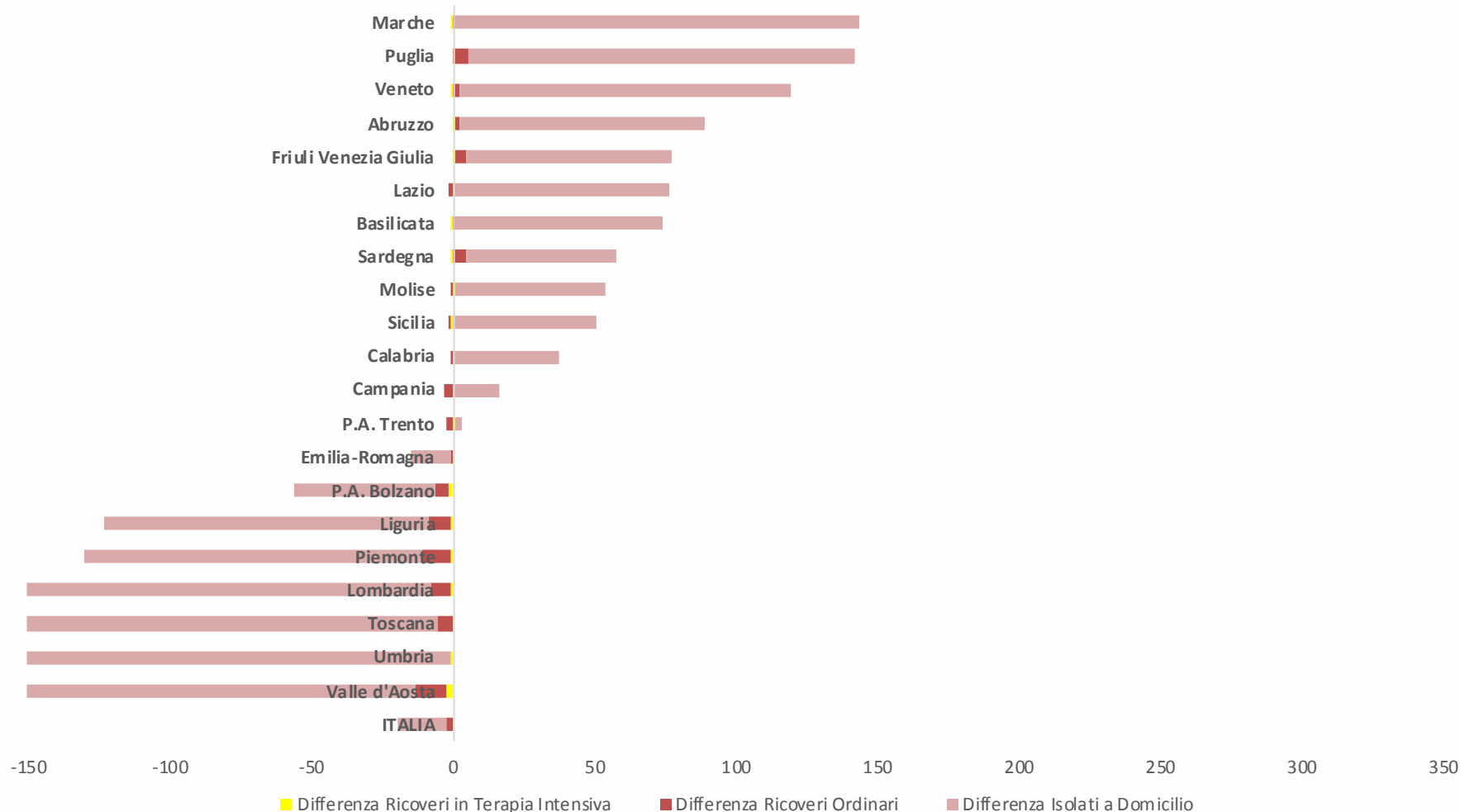


Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, del numero di casi sottoposti a isolamento domiciliare per Covid-19 in relazione alla popolazione residente, rispetto ad un livello di riferimento fissato nell'attuale valore di questo indicatore a livello nazionale, che corrisponde al valore massimo raggiunto sinora dall'inizio dell'epidemia.



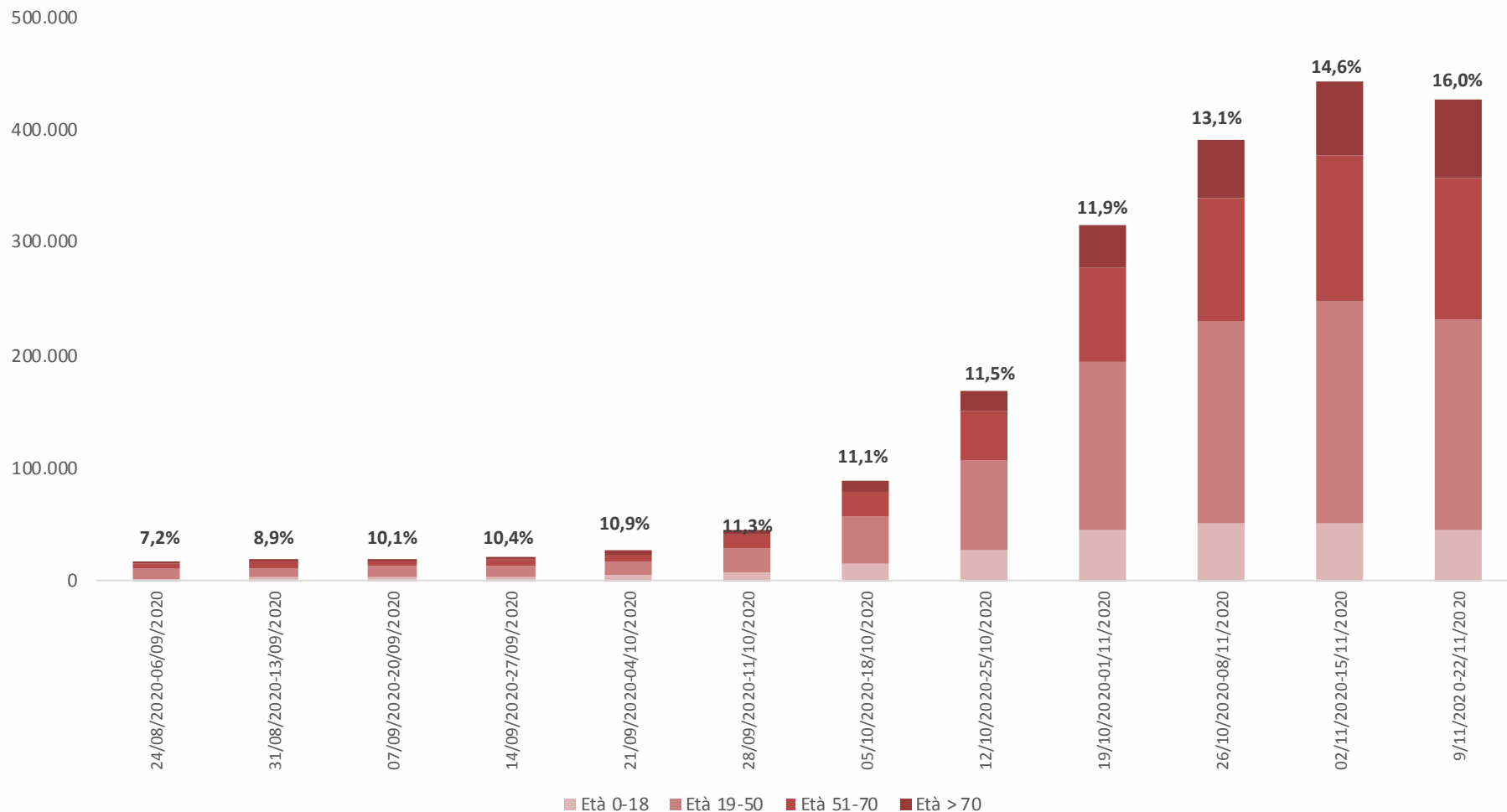
Indicatore 2.9. Nuova pressione per setting assistenziale (Domicilio, terapia medica, terapia intensiva, x 100.000 ab): 25 novembre – 1 dicembre



Commento

Il grafico mostra la distribuzione per setting della nuova pressione (aggiuntiva o sottrattiva) che il sistema sanitario ha registrato nella settimana appena trascorsa. Si può notare come nella settimana appena trascorsa la maggiore parte della nuova pressione si sia tradotta in nuovi casi isolati a domicilio. **Nel complesso, in Italia, ci sono stati -16,71 isolati a domicilio ogni 100.000 abitanti, -2,49 ricoveri ordinari ogni 100.000 abitanti e -0,31 ricoveri intensivi ogni 100.000 abitanti.**

Indicatore 2.10. Andamento dell'età dei casi



Commento

Il grafico mostra l'andamento dell'età dei contagi dal 24 agosto 2020 al 22 novembre 2020. Si nota che i contagi tra gli over-70 sono passati dall'essere il 7,2% di tutti i nuovi contagi, nel periodo 24 agosto – 6 settembre, all'essere il 16%, nel periodo 9-22 novembre.

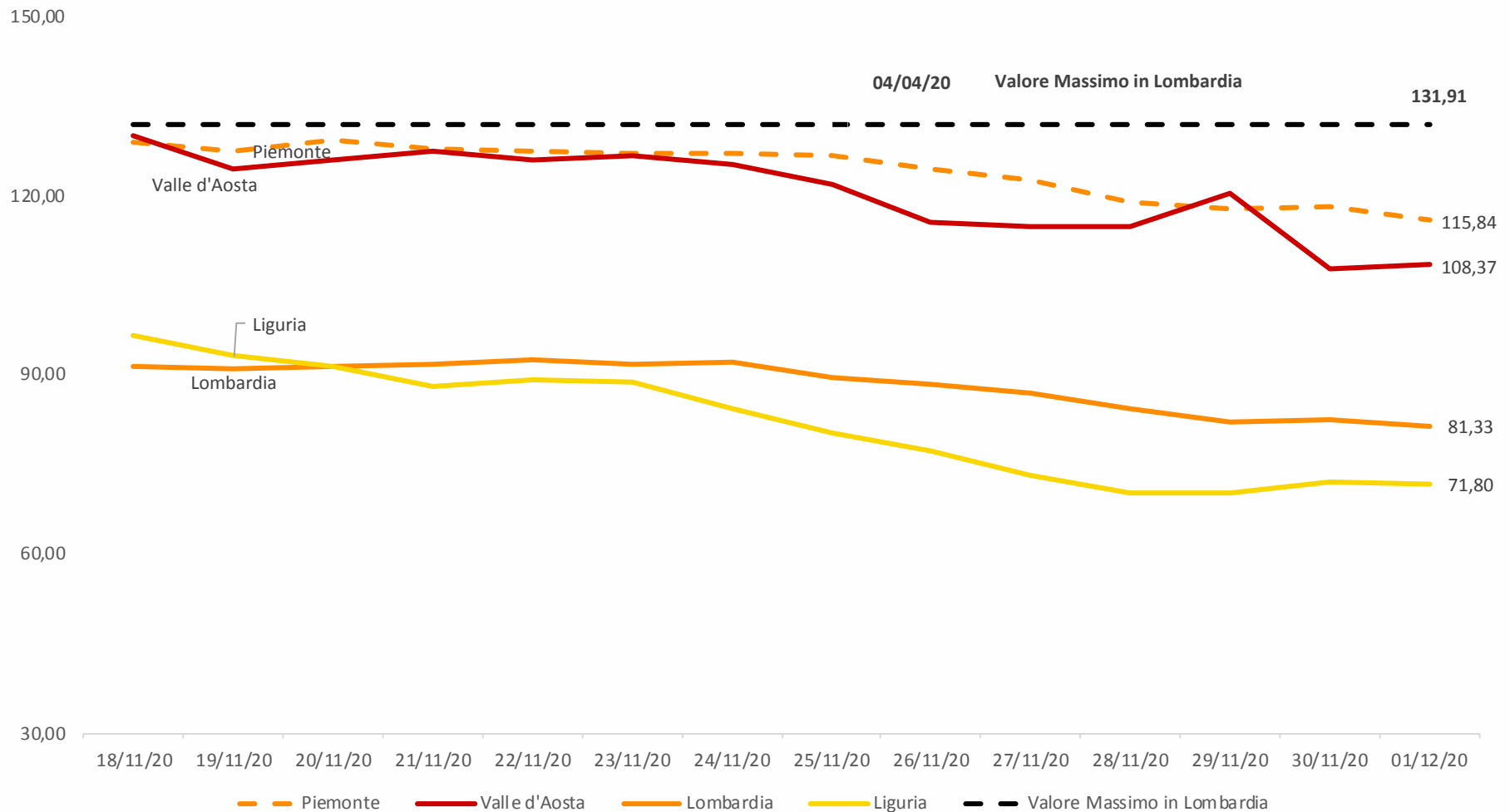
Fonte: Istituto Superiore di Sanità



Indicatori clinico-organizzativi



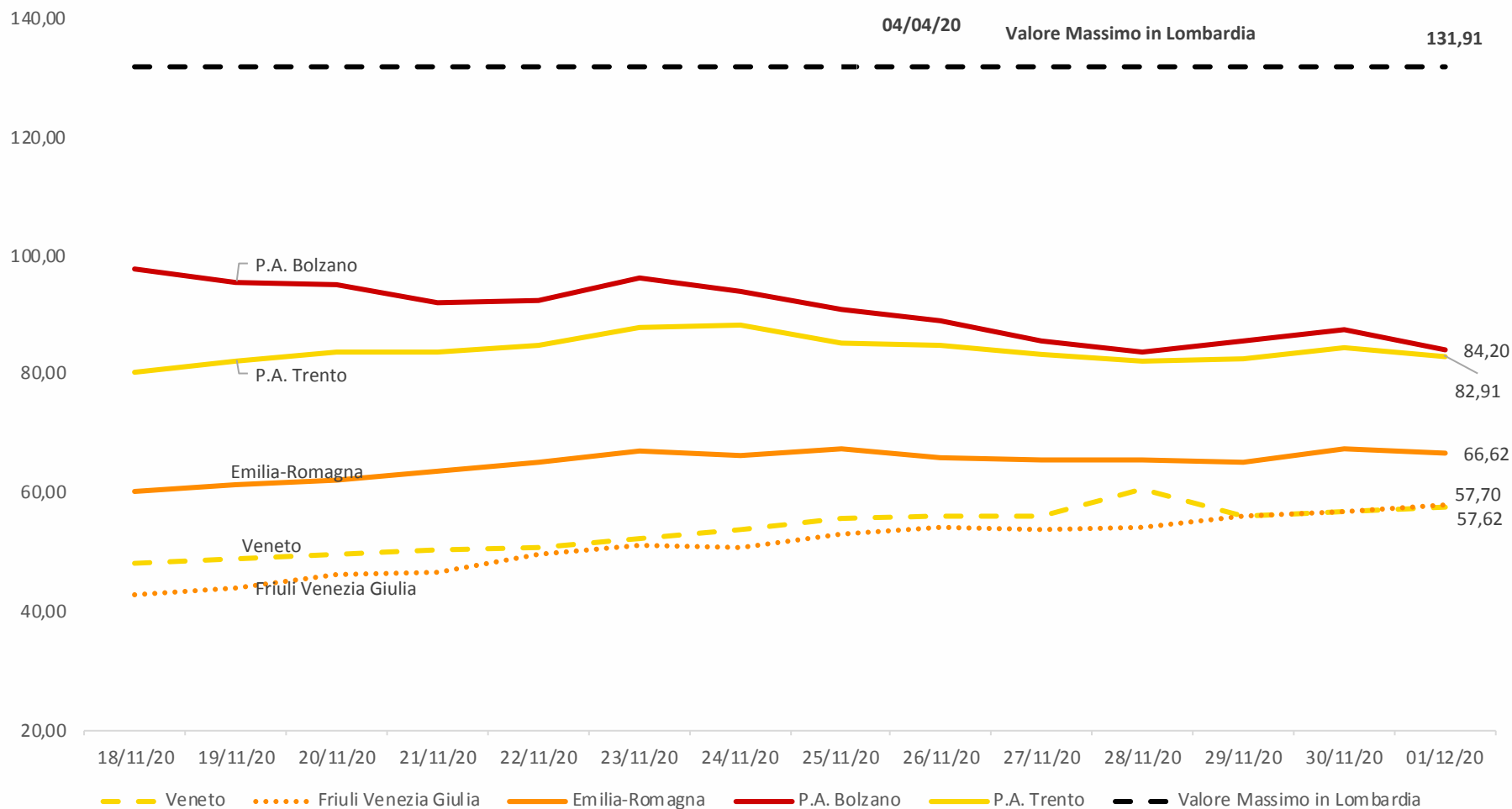
Indicatore 3.1.1. Andamento Ricoveri/Residenti per 100.000 abitanti: Nord Ovest



Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, del numero di ricoverati totale per Covid (ricoveri ordinari e ricoveri in terapia intensiva) in relazione alla popolazione residente. È stata individuata come soglia massima il valore che questo indicatore ha raggiunto in una singola Regione, la Lombardia, durante il picco dell'epidemia, che è stata posta come livello di allerta sull'andamento di questo indicatore. La soglia massima a livello nazionale che questo indicatore ha raggiunto durante la prima ondata (circa 55 ospedalizzati ogni 100.000 residenti) è stata superata.

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

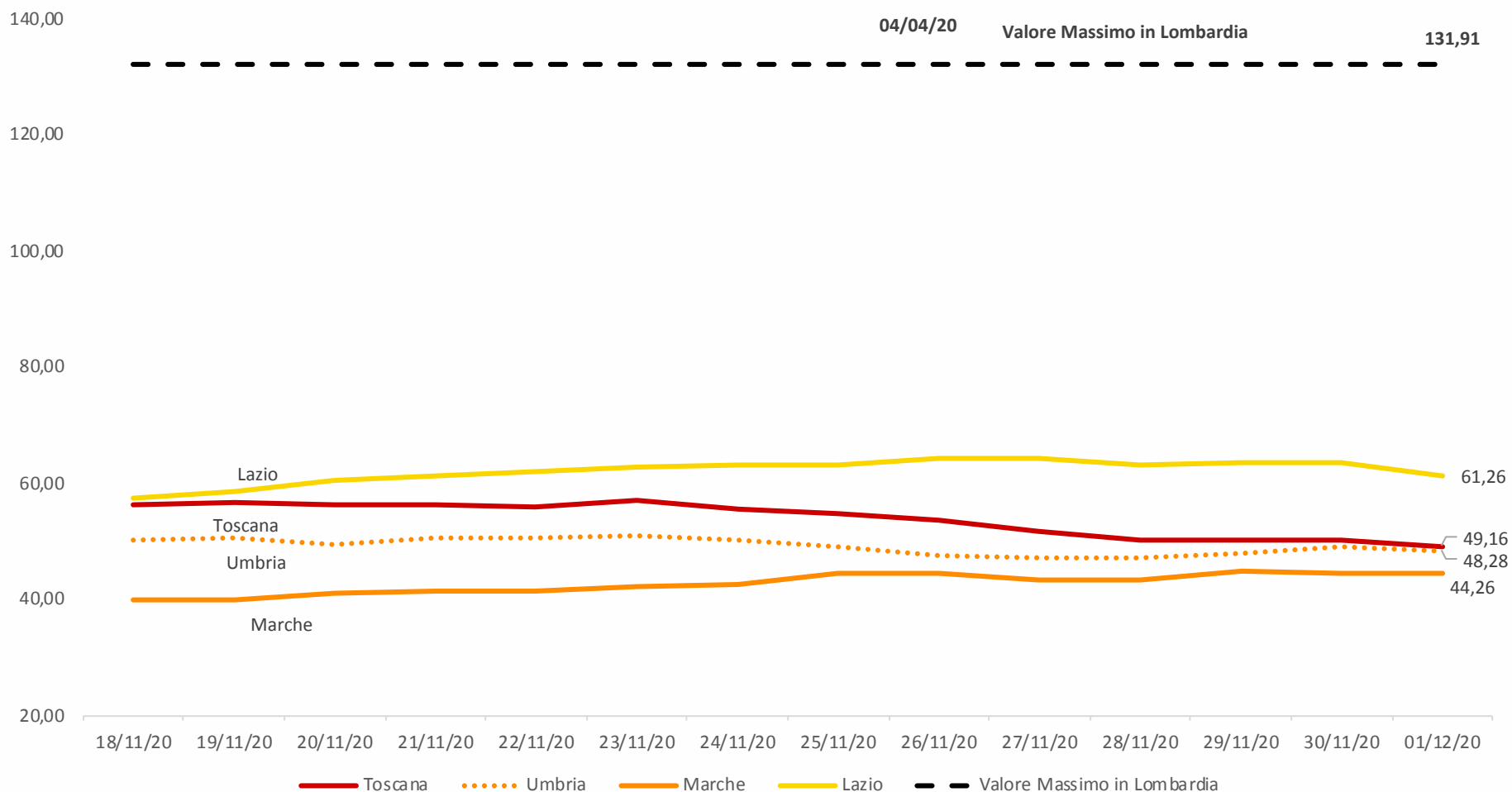


Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, del numero di ricoverati totale per Covid (ricoveri ordinari e ricoveri in terapia intensiva) in relazione alla popolazione residente. È stata individuata come soglia massima il valore che questo indicatore ha raggiunto in una singola Regione, la Lombardia, durante il picco dell'epidemia, che è stata posta come livello di allerta sull'andamento di questo indicatore. La soglia massima a livello nazionale che questo indicatore ha raggiunto durante la prima ondata (circa 55 ospedalizzati ogni 100.000 residenti) è stata superata.



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

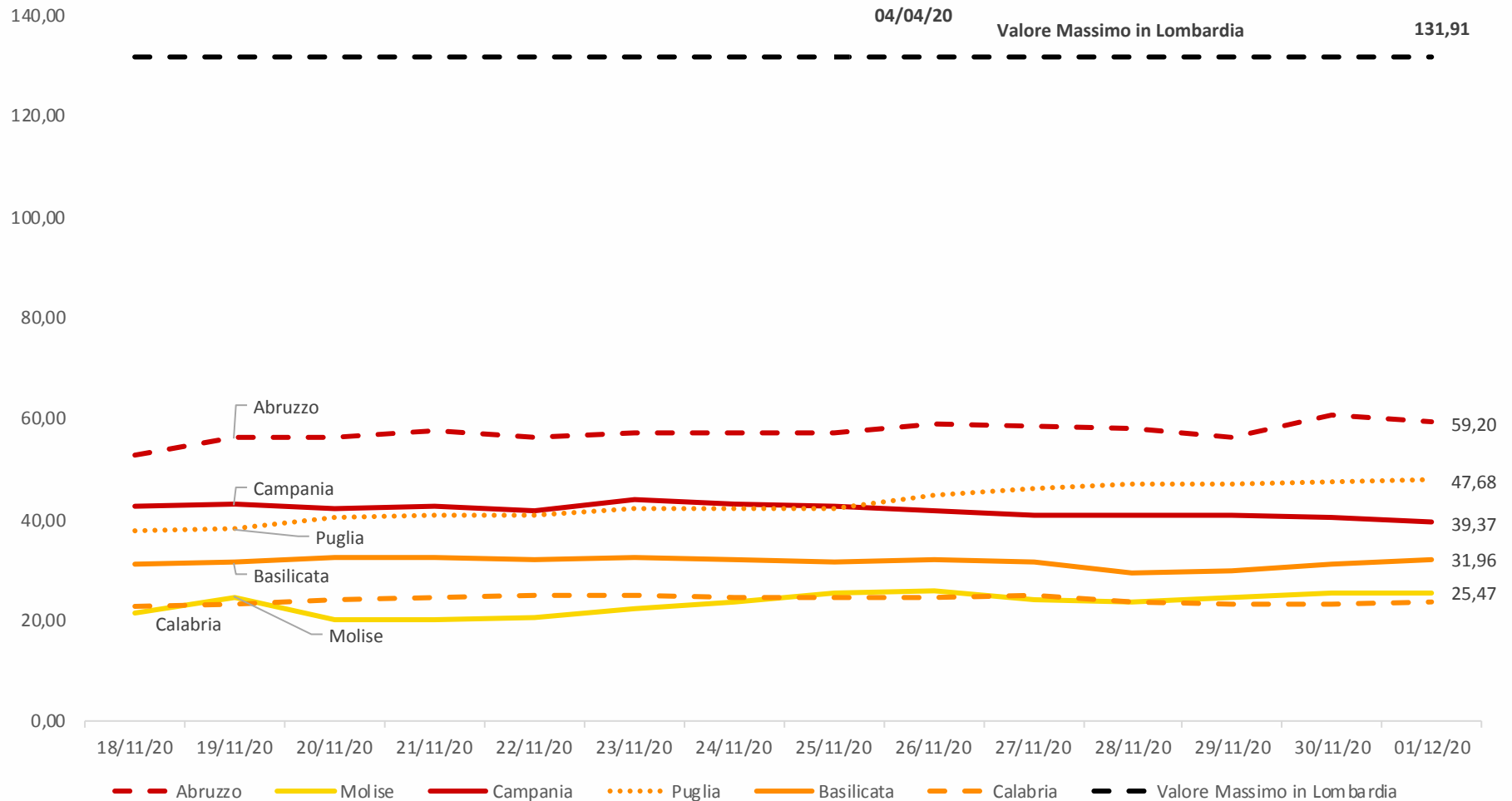


Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, del numero di ricoverati totale per Covid (ricoveri ordinari e ricoveri in terapia intensiva) in relazione alla popolazione residente. È stata individuata come soglia massima il valore che questo indicatore ha raggiunto in una singola Regione, la Lombardia, durante il picco dell'epidemia, che è stata posta come livello di allerta sull'andamento di questo indicatore. La soglia massima a livello nazionale che questo indicatore ha raggiunto durante la prima ondata (circa 55 ospedalizzati ogni 100.000 residenti) è stata superata.



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

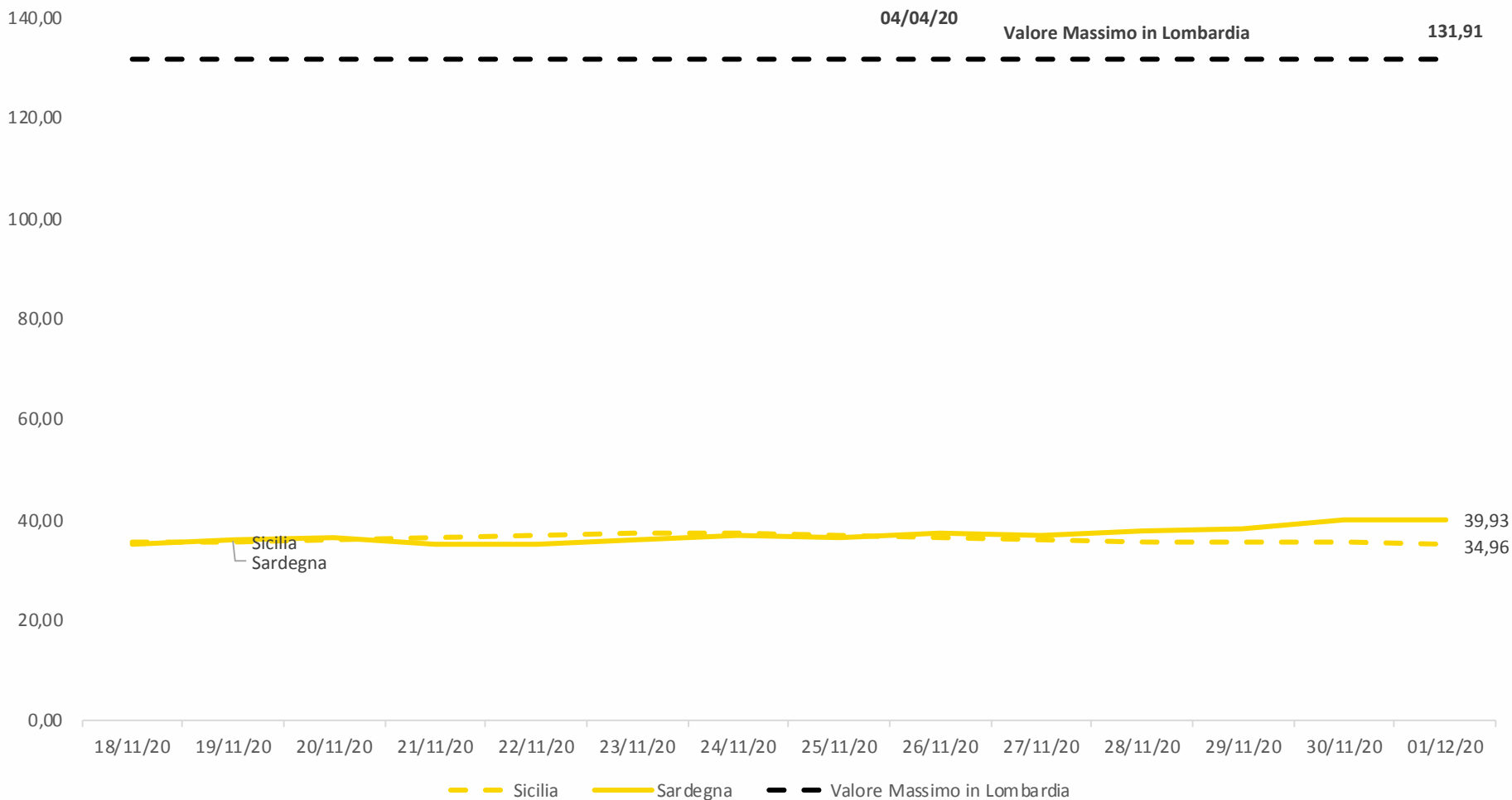


Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, del numero di ricoverati totale per Covid (ricoveri ordinari e ricoveri in terapia intensiva) in relazione alla popolazione residente. È stata individuata come soglia massima il valore che questo indicatore ha raggiunto in una singola Regione, la Lombardia, durante il picco dell'epidemia, che è stata posta come livello di allerta sull'andamento di questo indicatore. La soglia massima a livello nazionale che questo indicatore ha raggiunto durante la prima ondata (circa 55 ospedalizzati ogni 100.000 residenti) è stata superata.



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

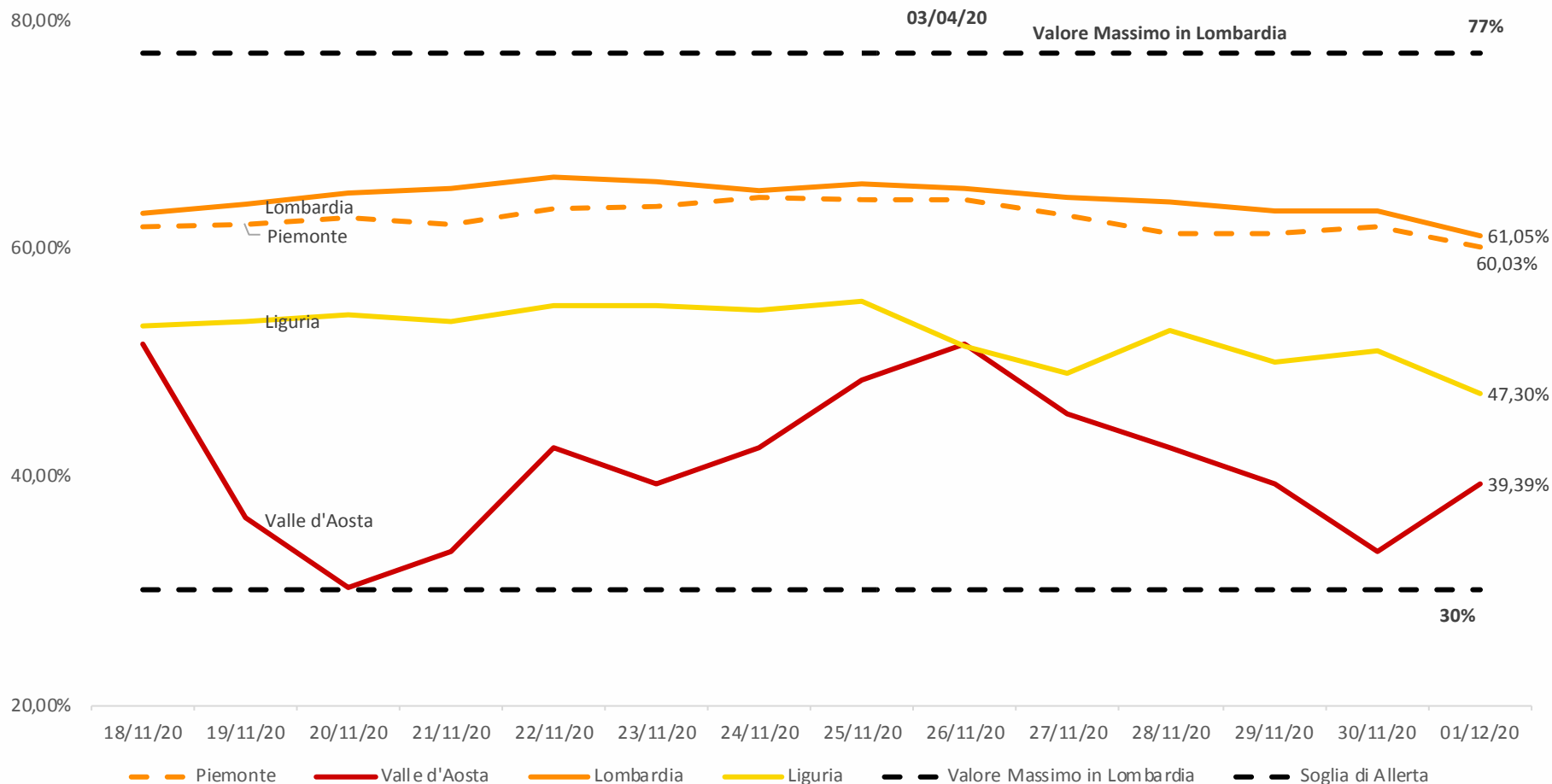


Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, del numero di ricoverati totale per Covid (ricoveri ordinari e ricoveri in terapia intensiva) in relazione alla popolazione residente. È stata individuata come soglia massima il valore che questo indicatore ha raggiunto in una singola Regione, la Lombardia, durante il picco dell'epidemia, che è stata posta come livello di allerta sull'andamento di questo indicatore. La soglia massima a livello nazionale che questo indicatore ha raggiunto durante la prima ondata (circa 55 ospedalizzati ogni 100.000 residenti) è stata superata.



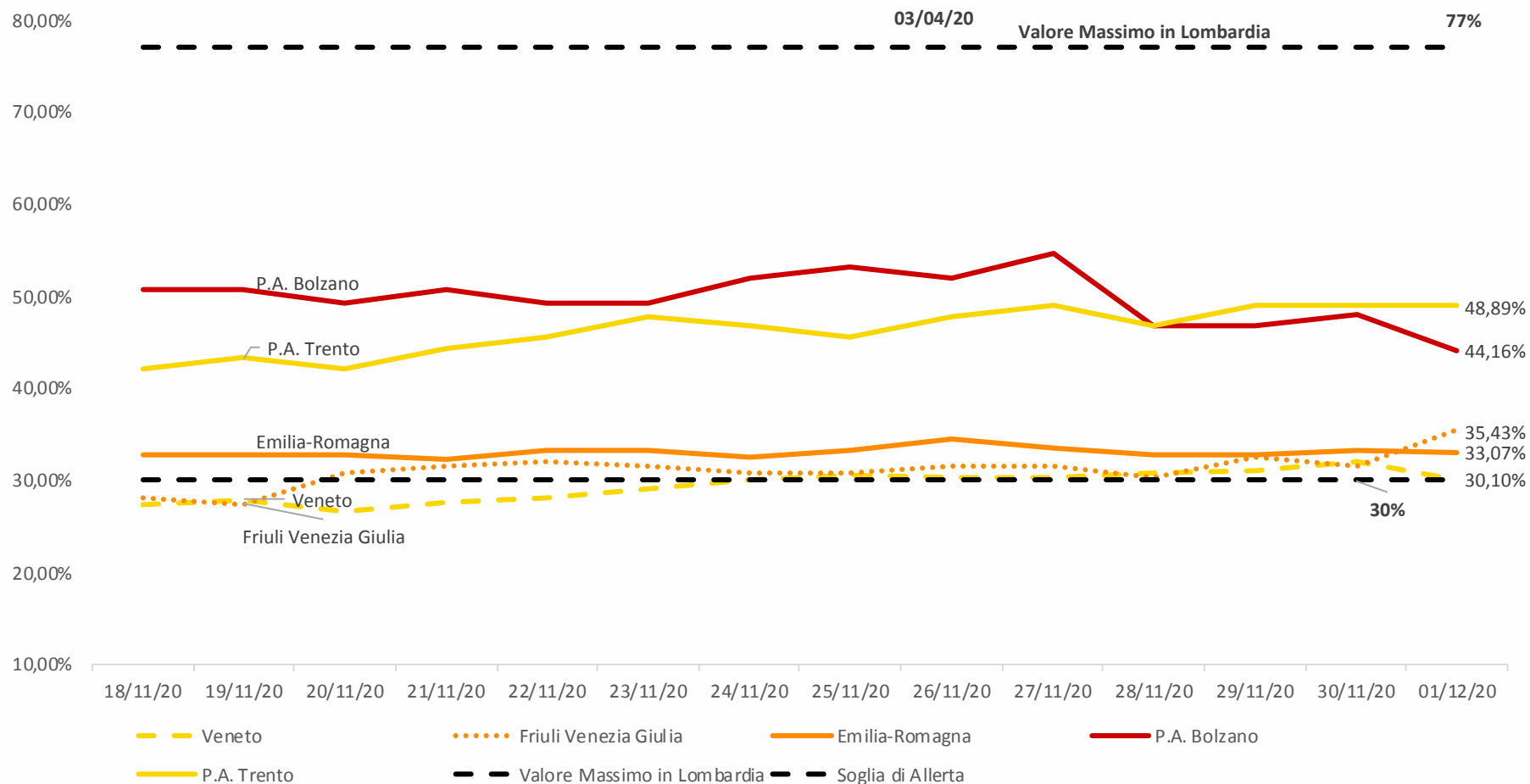
Indicatore 3.2.1. Saturazione Covid Terapia Intensiva (Posti letto reali): Nord Ovest



Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, della saturazione dei posti letto di terapia intensiva effettivamente implementati nelle singole Regioni (Fonte: Agenas). Sono state individuate 2 soglie di allarme: la prima (30%) riprende il valore indicato in tal senso per l'occupazione dei posti letto totali di Terapia Intensiva, previsto dal Ministero della Salute nella circolare sulle attività di monitoraggio del rischio sanitario in emergenza COVID-19 (30 aprile 2020). La seconda (77%) corrisponde alla saturazione massima che è stata raggiunta in una singola Regione sul valore massimo dei posti letto resi disponibili nel corso della crisi (Lombardia e Val d'Aosta).

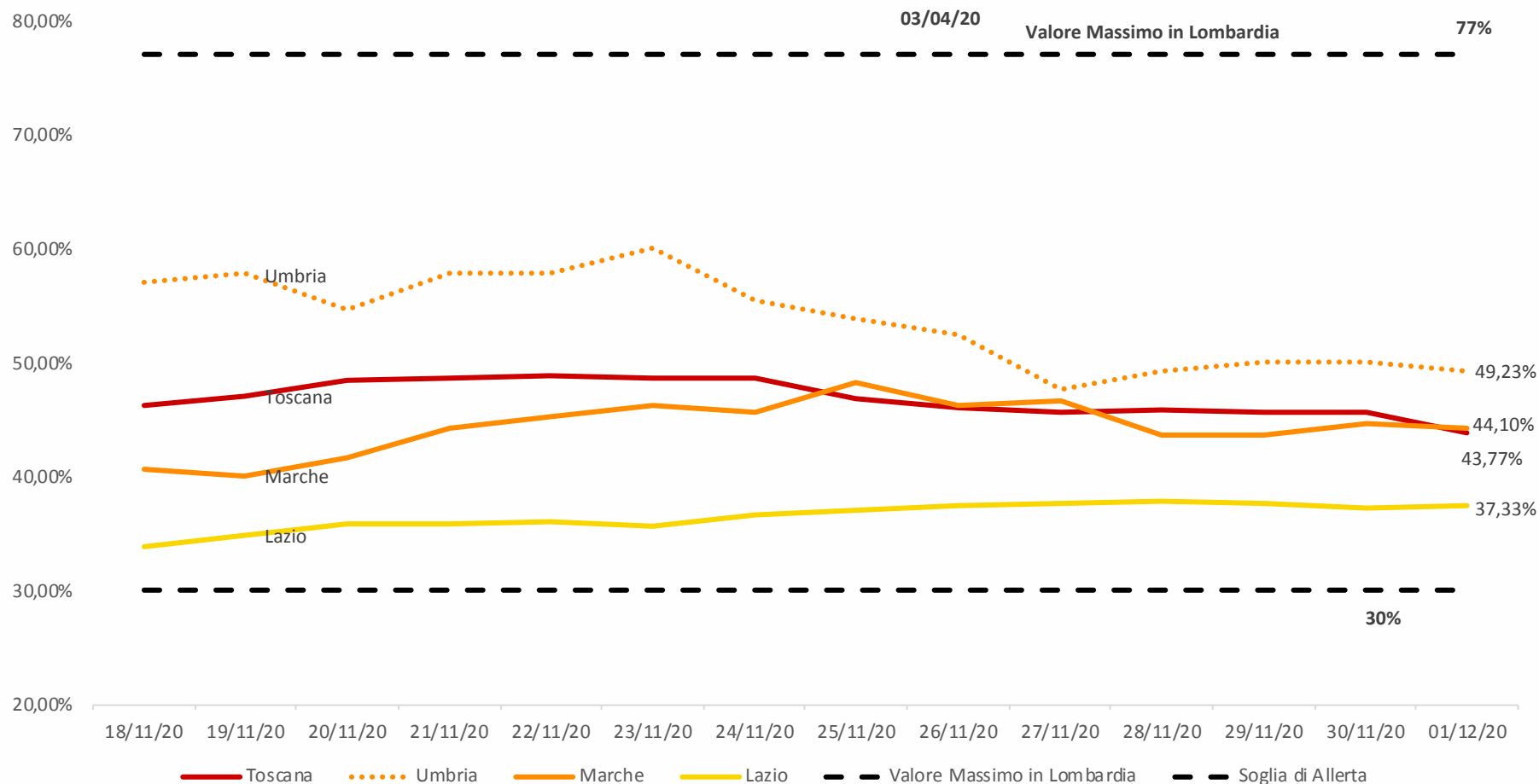
Indicatore 3.2.2. Saturazione Covid Terapia Intensiva (Posti letto reali): Nord Est



Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, della saturazione dei posti letto di terapia intensiva effettivamente implementati nelle singole Regioni (Fonte: Agenas). Sono state individuate 2 soglie di allarme: la prima (30%) riprende il valore indicato in tal senso per l'occupazione dei posti letto totali di Terapia Intensiva, previsto dal Ministero della Salute nella circolare sulle attività di monitoraggio del rischio sanitario in emergenza COVID-19 (30 aprile 2020). La seconda (77%) corrisponde alla saturazione massima che è stata raggiunta in una singola Regione sul valore massimo dei posti letto resi disponibili nel corso della crisi (Lombardia e Val d'Aosta).

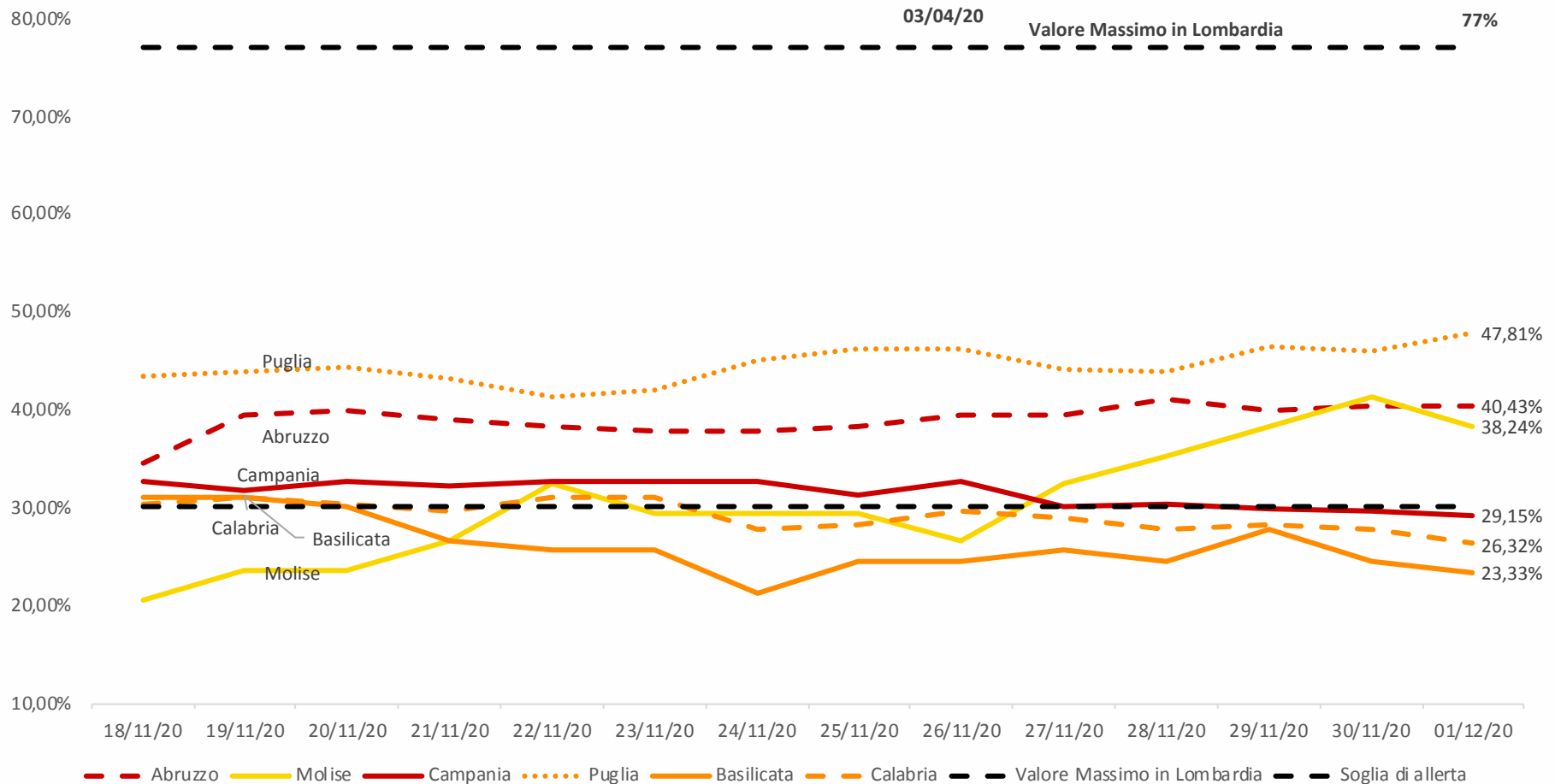
Indicatore 3.2.3. Saturazione Covid Terapia Intensiva (Posti letto reali): Centro



Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, della saturazione dei posti letto di terapia intensiva effettivamente implementati nelle singole Regioni (Fonte: Agenas). Sono state individuate 2 soglie di allarme: la prima (30%) riprende il valore indicato in tal senso per l'occupazione dei posti letto totali di Terapia Intensiva, previsto dal Ministero della Salute nella circolare sulle attività di monitoraggio del rischio sanitario in emergenza COVID-19 (30 aprile 2020). La seconda (77%) corrisponde alla saturazione massima che è stata raggiunta in una singola Regione sul valore massimo dei posti letto resi disponibili nel corso della crisi (Lombardia e Val d'Aosta).

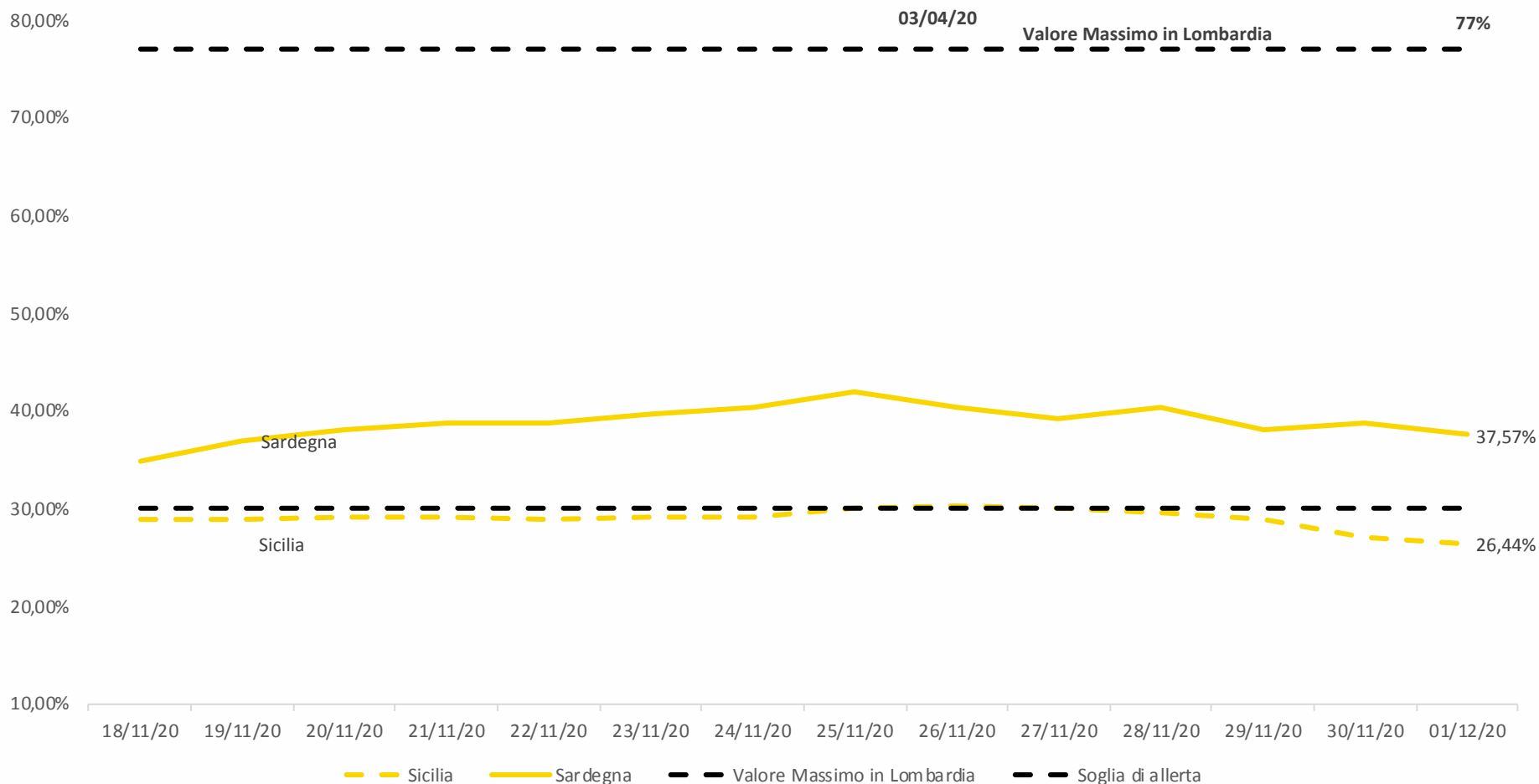
Indicatore 3.2.4. Saturazione Covid Terapia Intensiva (Posti letto reali): Sud



Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, della saturazione dei posti letto di terapia intensiva effettivamente implementati nelle singole Regioni (Fonte: Agenas). Sono state individuate 2 soglie di allarme: la prima (30%) riprende il valore indicato in tal senso per l'occupazione dei posti letto totali di Terapia Intensiva, previsto dal Ministero della Salute nella circolare sulle attività di monitoraggio del rischio sanitario in emergenza COVID-19 (30 aprile 2020). La seconda (77%) corrisponde alla saturazione massima che è stata raggiunta in una singola Regione sul valore massimo dei posti letto resi disponibili nel corso della crisi (Lombardia e Val d'Aosta).

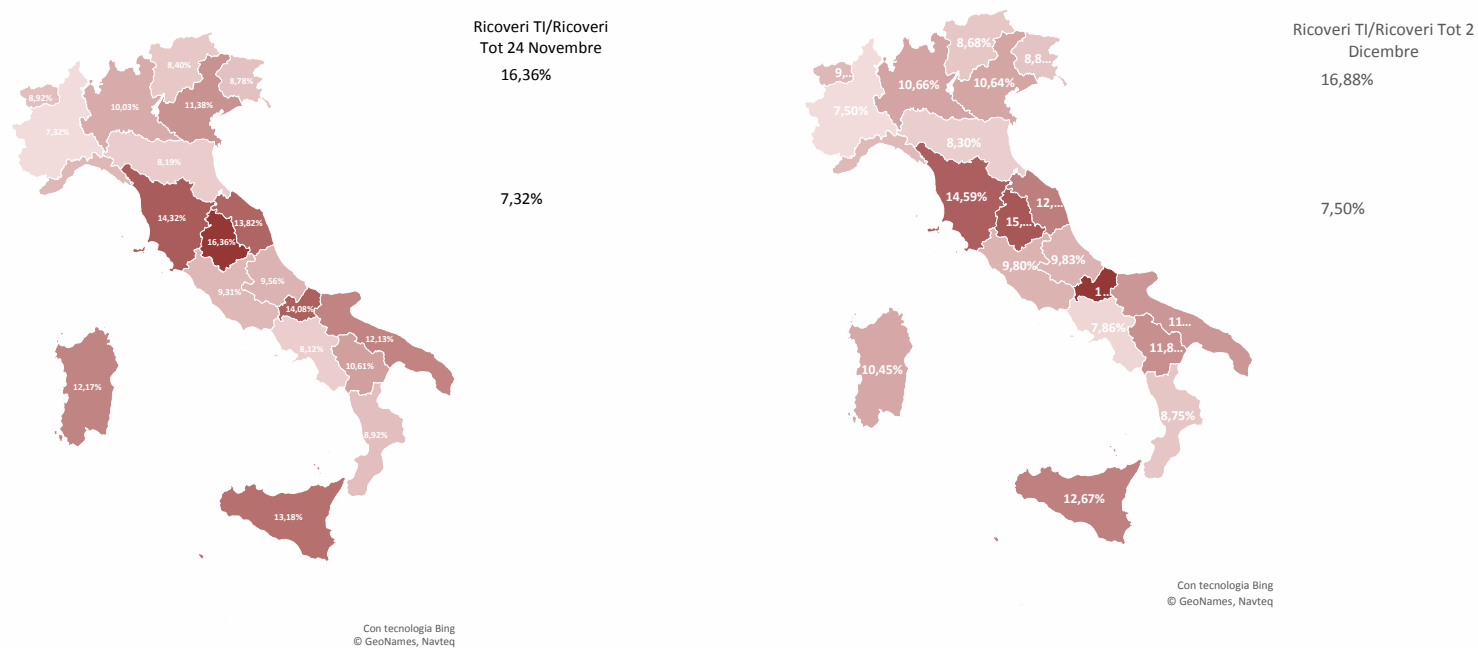
Indicatore 3.2.5. Saturazione Covid Terapia Intensiva (Posti letto reali): Isole



Commento

Il grafico mostra l'andamento, nelle ultime 2 settimane, della saturazione dei posti letto di terapia intensiva effettivamente implementati nelle singole Regioni (Fonte: Agenas). Sono state individuate 2 soglie di allarme: la prima (30%) riprende il valore indicato in tal senso per l'occupazione dei posti letto totali di Terapia Intensiva, previsto dal Ministero della Salute nella circolare sulle attività di monitoraggio del rischio sanitario in emergenza COVID-19 (30 aprile 2020). La seconda (77%) corrisponde alla saturazione massima che è stata raggiunta in una singola Regione sul valore massimo dei posti letto resi disponibili nel corso della crisi (Lombardia e Val d'Aosta).

Indicatore 3.3. Ricoveri TI / Ricoveri Totali 24/11/2020 e 02/12/2020

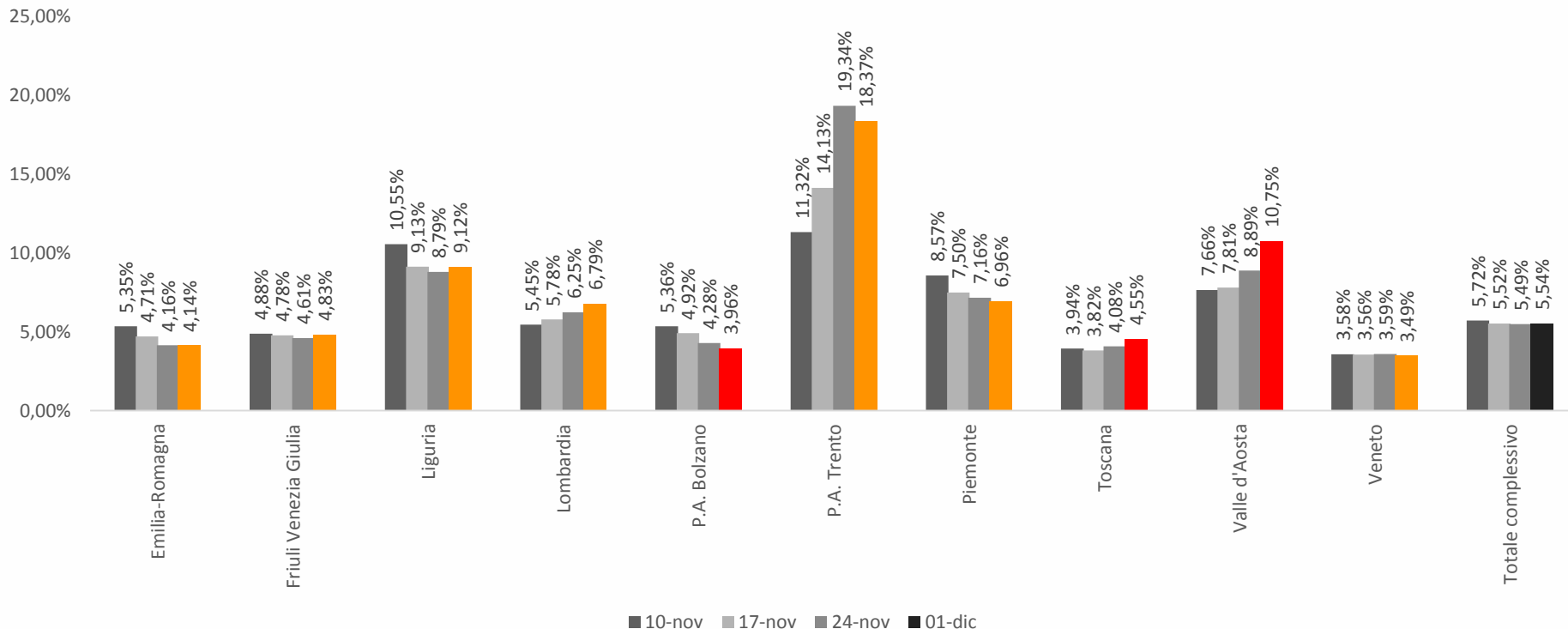


Commento

Il Molise rappresenta la regione che attualmente registra il rapporto più elevato tra ricoverati in terapia intensiva sui ricoverati totali (16,88%). In media, in Italia, il 9,94% dei ricoverati per COVID-19 ricorre al setting assistenziale della terapia intensiva. La settimana scorsa l'indicatore risultava in un valore medio pari a 10,04 %. Le P.A di Trento e Bolzano riportano rispettivamente un rapporto di ricoverati in terapia intensiva sui ricoveri totali pari rispettivamente a 9,78% e 7,59%.



Indicatore 3.4. Pazienti ricoverati / Positivi (Nord)

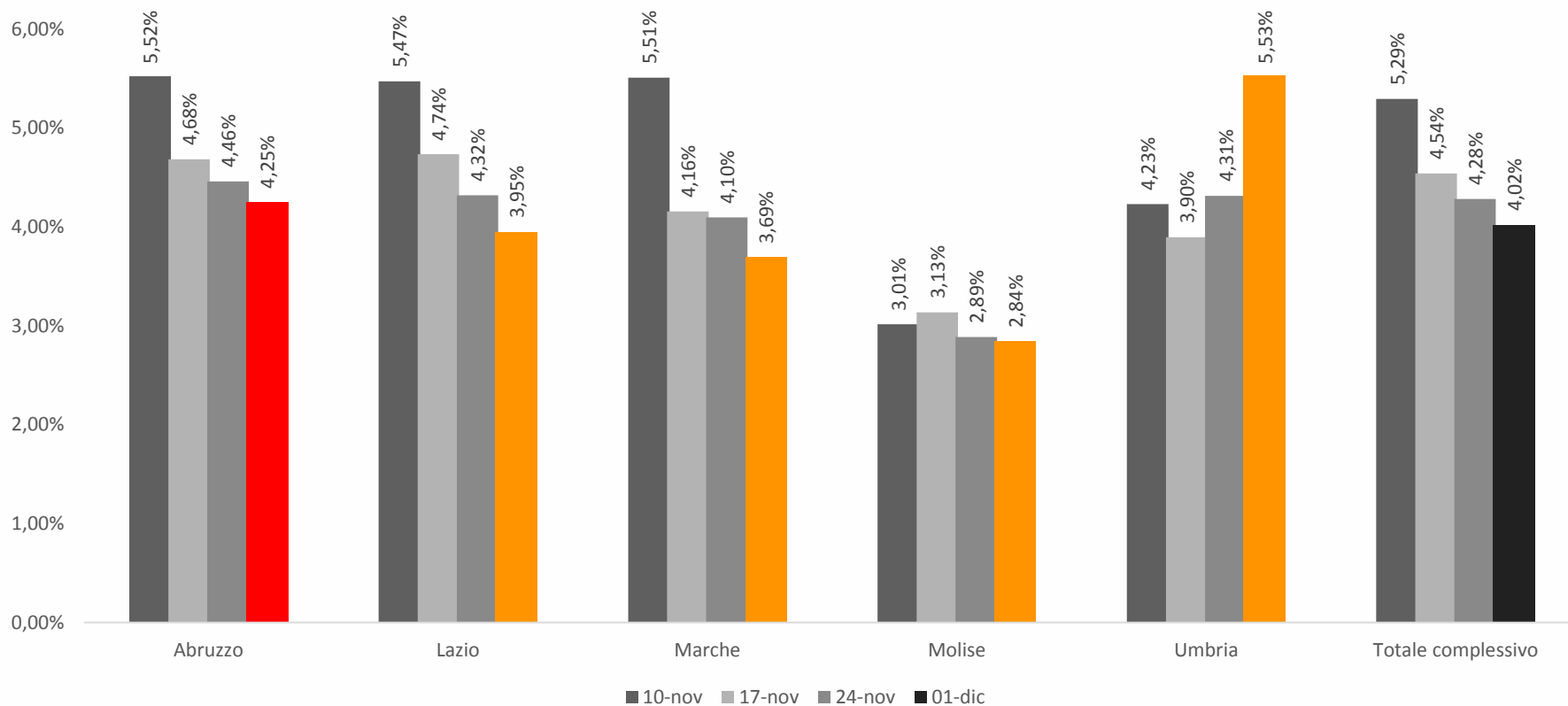


	Emilia-Romagna	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Lombardia	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Piemonte	Toscana	Valle d'Aosta	Veneto	Totale complessivo
10-nov	5,35%	4,88%	10,55%	5,45%	5,36%	11,32%	8,57%	3,94%	7,66%	3,58%	5,72%
17-nov	4,71%	4,78%	9,13%	5,78%	4,92%	14,13%	7,50%	3,82%	7,81%	3,56%	5,52%
24-nov	4,16%	4,61%	8,79%	6,25%	4,28%	19,34%	7,16%	4,08%	8,89%	3,59%	5,49%
01-dic	4,14%	4,83%	9,12%	6,79%	3,96%	18,37%	6,96%	4,55%	10,75%	3,49%	5,54%

Commento

L'andamento generale registra pattern diversi nelle Regioni del Nord. Si segnala un trend in aumento in Valle d'Aosta ed un aumento lieve in Liguria ed in Lombardia. Rimane pressoché stabile o con variazioni non significative il rapporto tra ricoverati e positivi nella regione Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Toscana e Veneto.

Indicatore 3.4. Pazienti ricoverati / Positivi (Centro)

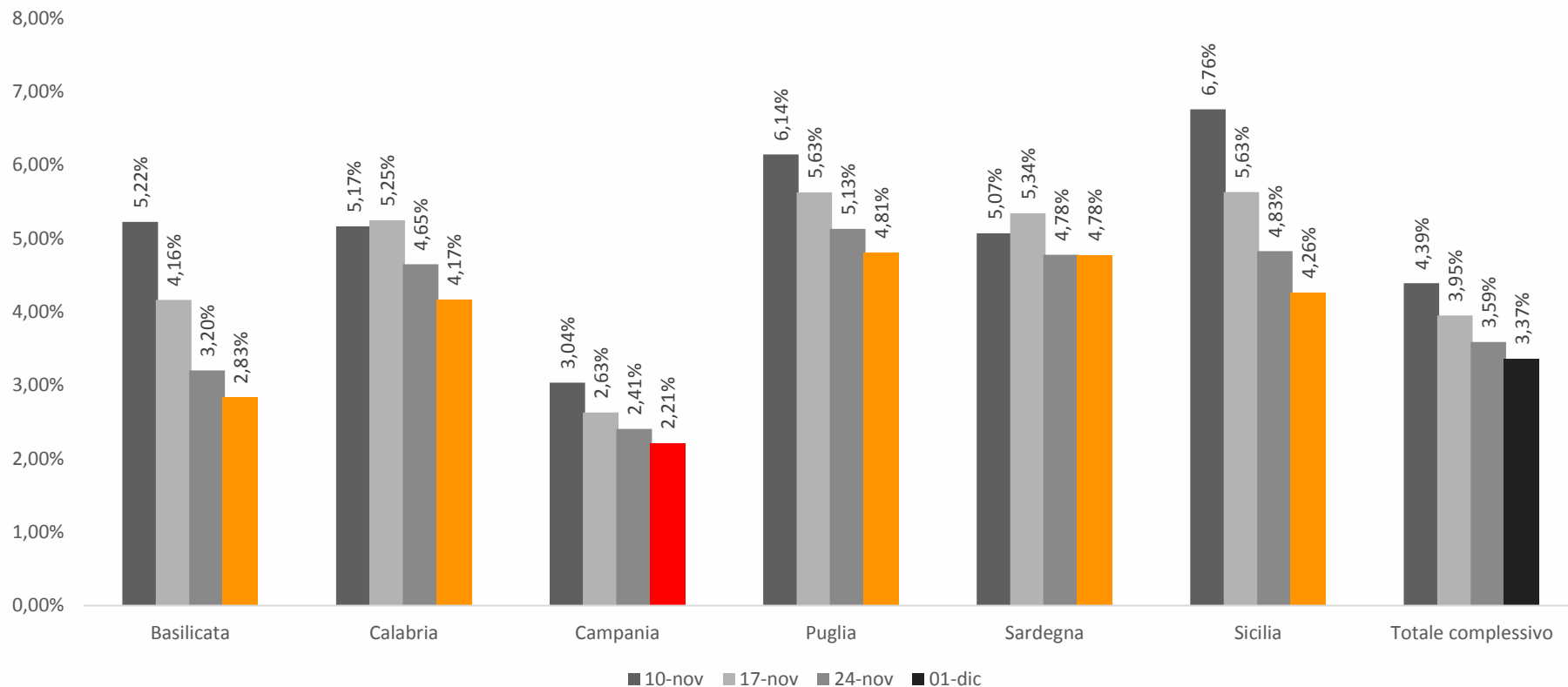


	Abruzzo	Lazio	Marche	Molise	Umbria	Totale complessivo
10-nov	5,52%	5,47%	5,51%	3,01%	4,23%	5,29%
17-nov	4,68%	4,74%	4,16%	3,13%	3,90%	4,54%
24-nov	4,46%	4,32%	4,10%	2,89%	4,31%	4,28%
01-dic	4,25%	3,95%	3,69%	2,84%	5,53%	4,02%

Commento

Nelle Regioni del Centro si registra un andamento in diminuzione in tutte le Regioni del centro eccezion fatta per l'Umbria. La percentuale di ricoverati su positivi nell'ultima settimana risulta pari al 4,02% in diminuzione rispetto alla scorsa settimana.

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

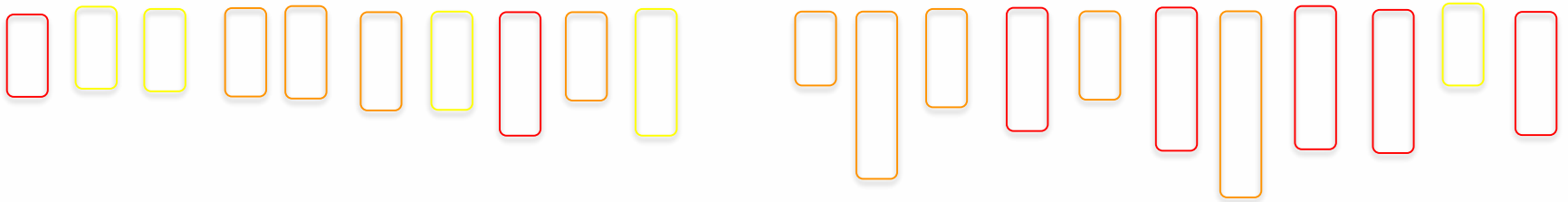


	Basilicata	Calabria	Campania	Puglia	Sardegna	Sicilia	Totale complessivo
10-nov	5,22%	5,17%	3,04%	6,14%	5,07%	6,76%	4,39%
17-nov	4,16%	5,25%	2,63%	5,63%	5,34%	5,63%	3,95%
24-nov	3,20%	4,65%	2,41%	5,13%	4,78%	4,83%	3,59%
01-dic	2,83%	4,17%	2,21%	4,81%	4,78%	4,26%	3,37%

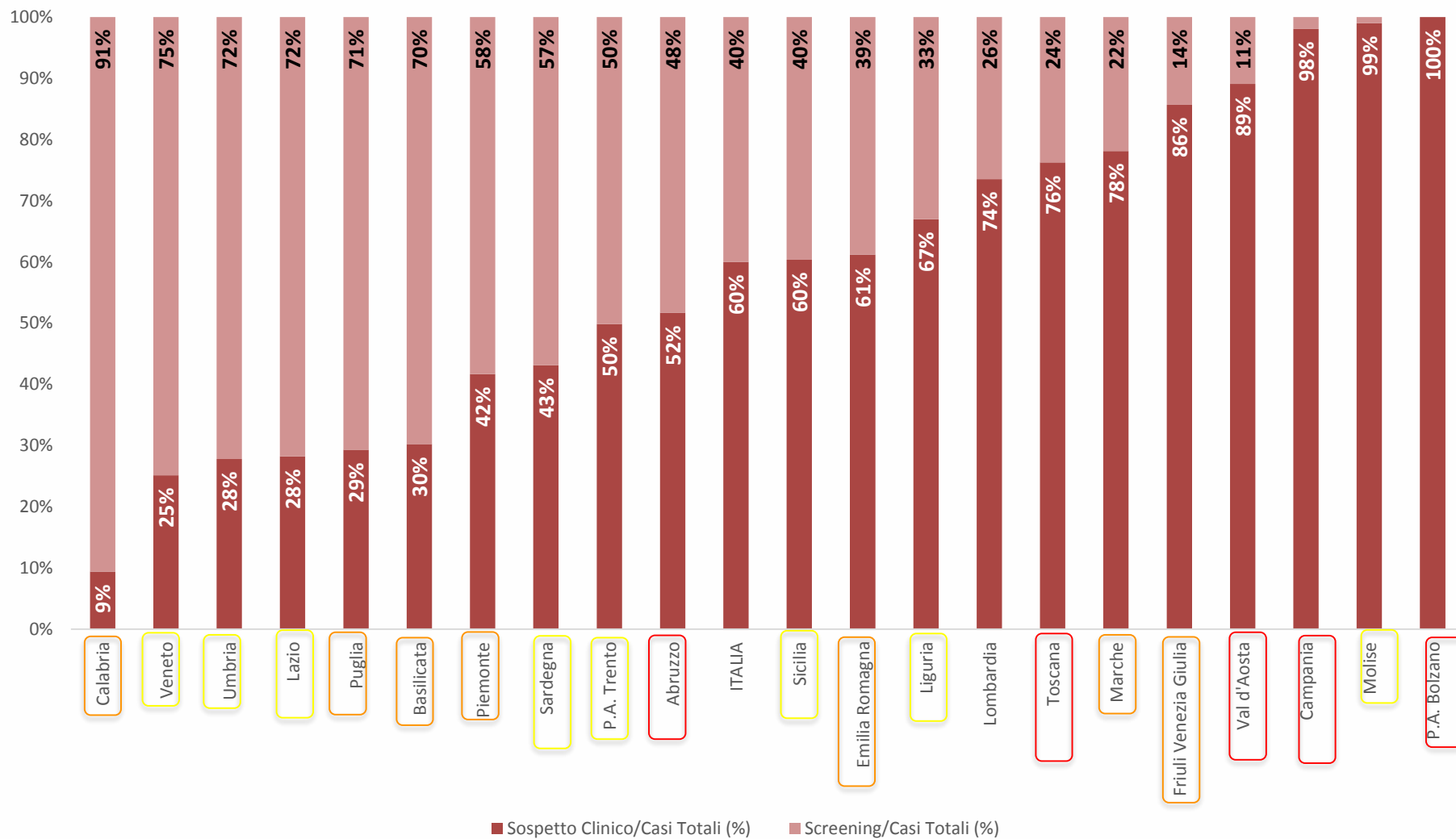
Commento

Si registra un trend in diminuzione in tutte le regioni del Sud. Il rapporto tra i ricoverati e i positivi al virus risulta essere in media pari al 3,37% nell'ultima settimana (in diminuzione rispetto alla scorsa).





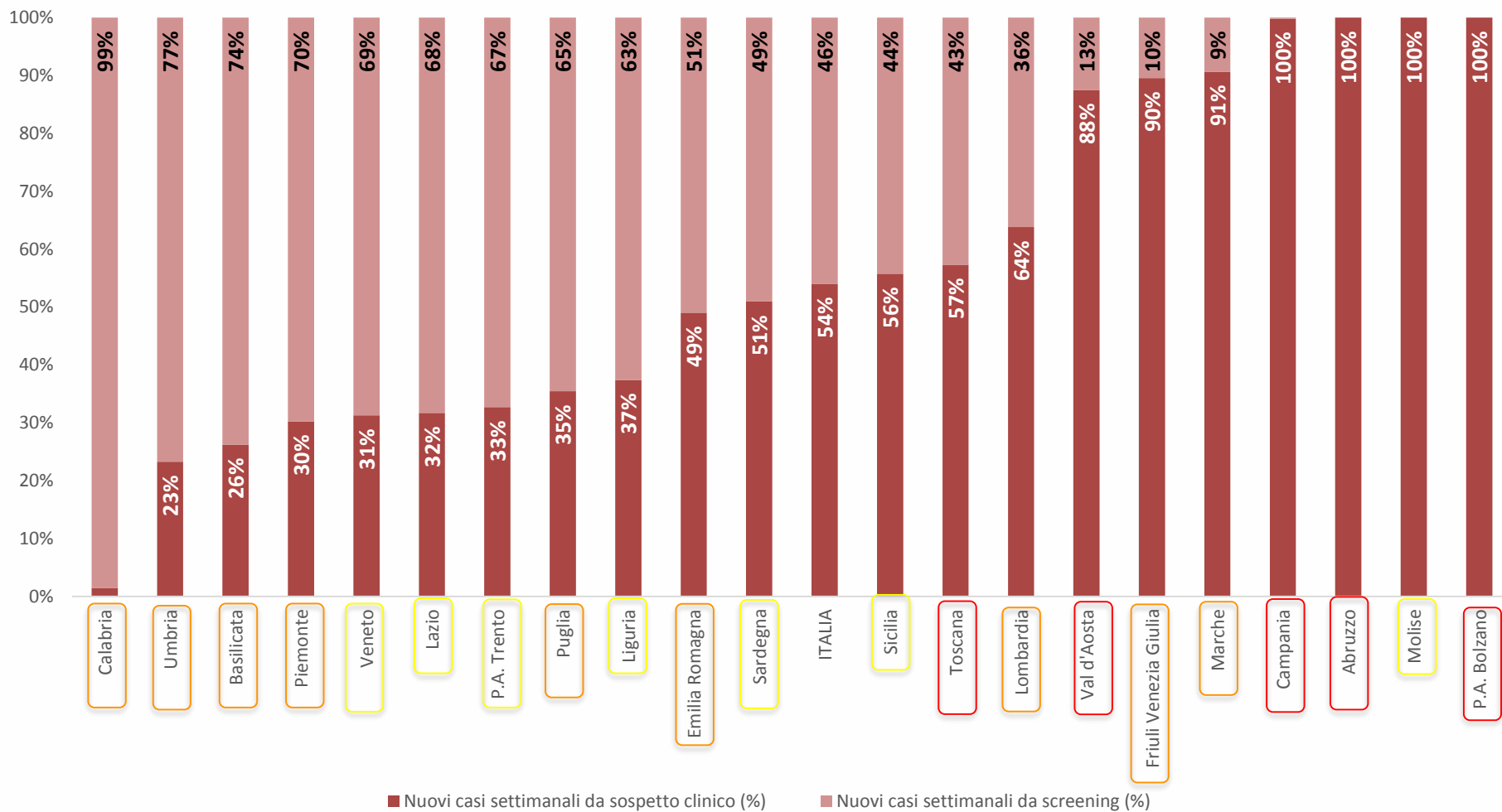
Indicatore 3.5. Casi da sospetto clinico/casi totali & Casi da screening/casi totali



Commento

Nella maggior parte delle Regioni solo una minoranza dei casi accertati di COVID-19 risulta diagnosticata a partire dai test di screening. La Calabria registra il valore più basso nella percentuale di casi totali diagnosticati a partire dal sospetto clinico (11%). Nella P.A. di Bolzano, nelle Marche, in Campania ed in Molise la quasi totalità dei casi vengono accertati da sospetto clinico.

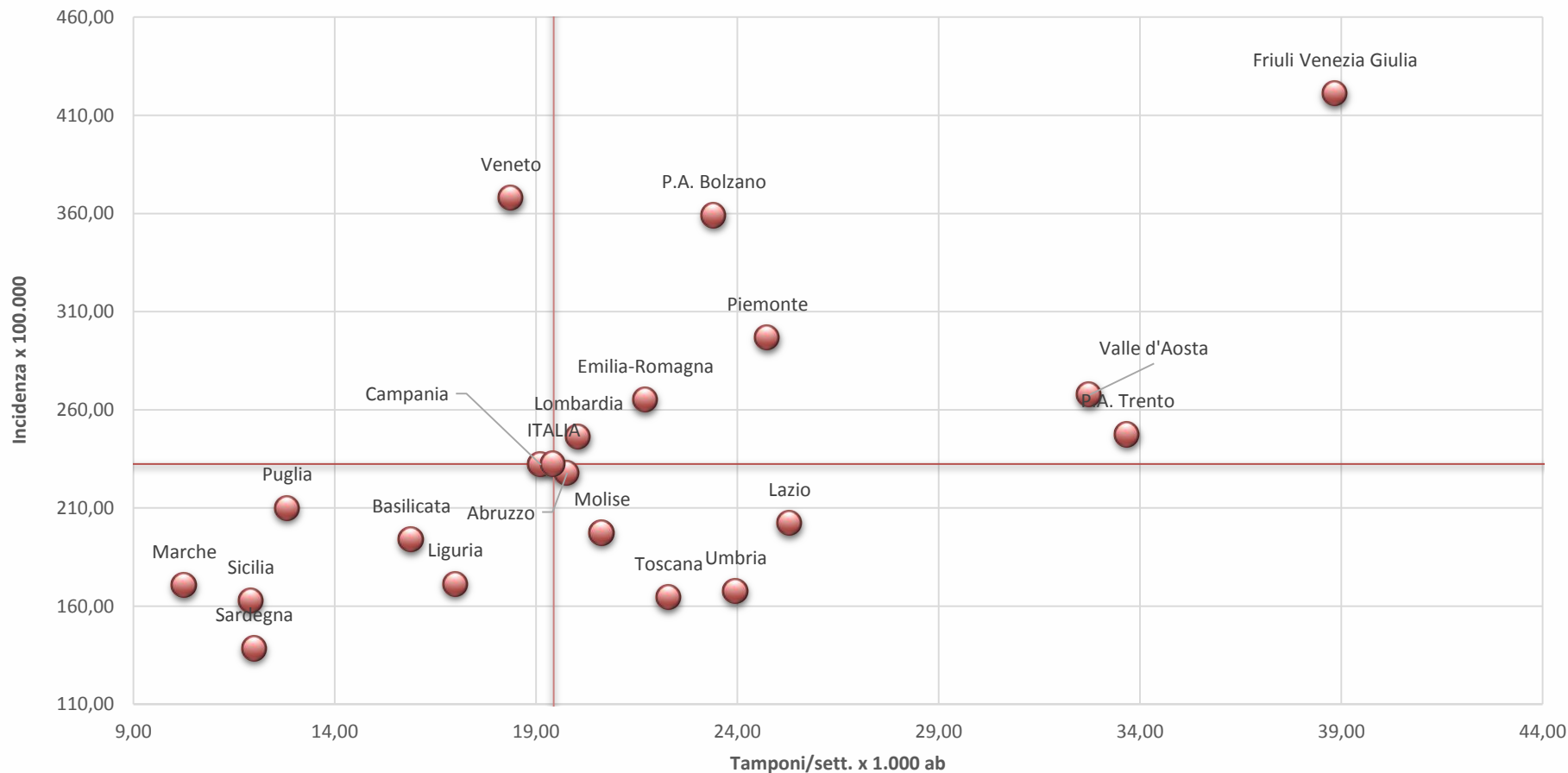
Indicatore 3.6. Nuovi casi da sospetto clinico/casi totali & Nuovi casi da screening/casi totali



Commento

Durante l'ultima settimana una parte significativa dei casi accertati di COVID-19 risulta diagnosticata a partire dal sospetto clinico. Nella P.A. di Trento, in Puglia, Umbria, Basilicata, Veneto, Lazio e Calabria la maggior parte di nuovi casi accertati di COVID-19 risultano essere diagnosticati da screening.

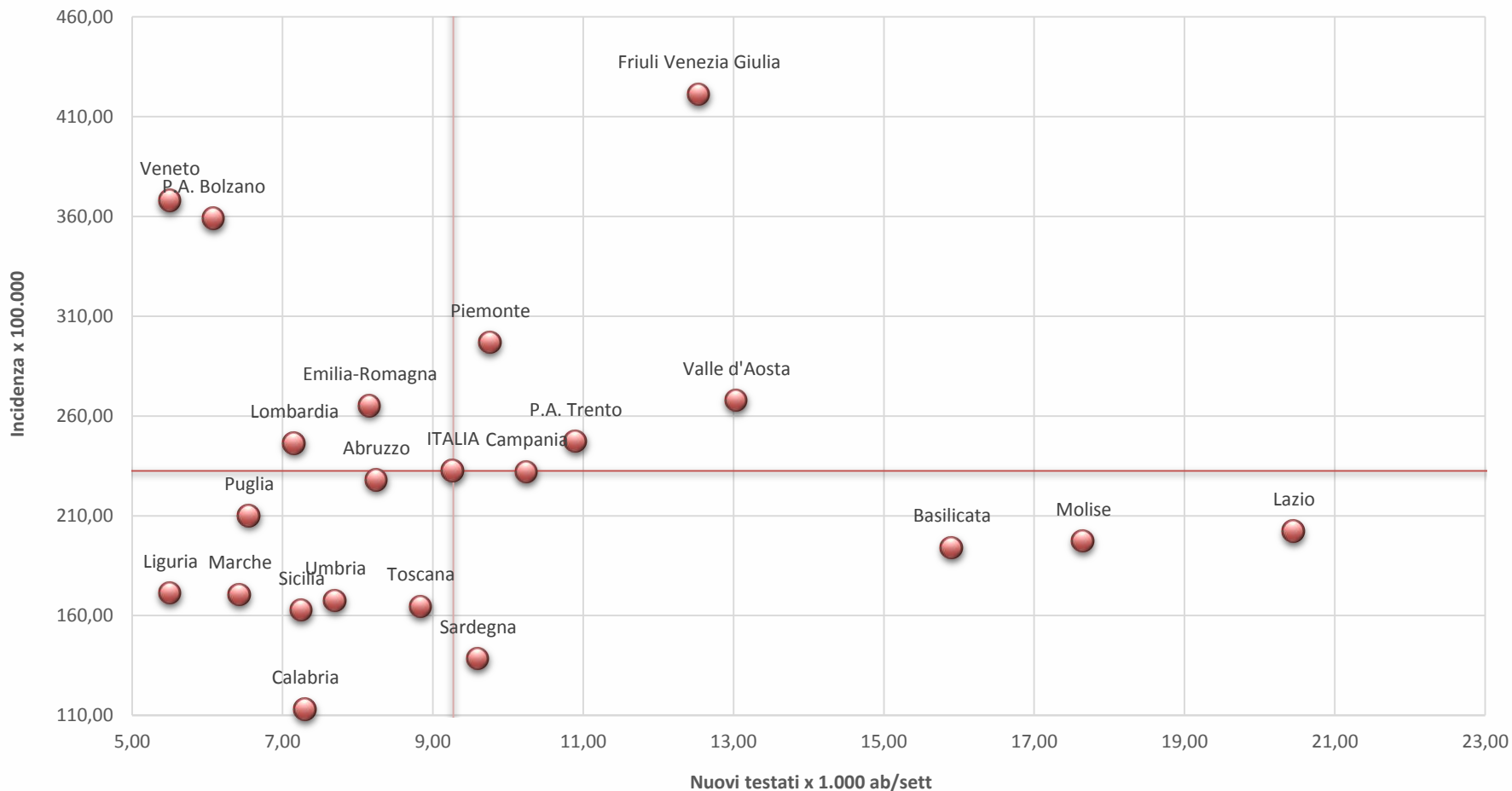
Indicatore 3.7. Relazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N° tamponi effettuati per 1.000 abitanti



Commento

Nella maggior parte delle Regioni solo una minoranza dei casi accertati di COVID-19 risulta diagnosticata a partire dai test di screening. La Calabria registra il valore più basso nella percentuale di casi totali diagnosticati a partire dal sospetto clinico (9,40%). Nella P.A di Bolzano, nelle Marche, in Campania ed in Molise la quasi totalità dei casi vengono accertati da sospetto clinico.

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



Commento

Il grafico mostra la correlazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N° di nuovi casi testati. Dal grafico sembrerebbe emergere che Basilicata, Molise e Lazio hanno registrato incidenze contenute, ma hanno testato un ampio numero di soggetti; Veneto e Bolzano hanno registrato incidenze maggiori, ma hanno condotto una ricerca più mirata.

Indicatore 3.9. 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 volumi di ricoveri e alle giornate di terapia intensiva per COVID-19, quanto in termini di «ricoveri persi».

Si aggiorna l'analisi esplorativa già pubblicata relativa al **quadro pre-COVID 19** che evidenziava una **«perdita» di ricoveri non-COVID** oltre i €3,3 miliardi. Ad oggi, considerando un ulteriore mese di blocco dei ricoveri programmati durante la seconda ondata, tale valore sale a **4,2 miliardi di euro**. Partendo dai dati del Ministero della Salute 2018 relativi al totale dei ricoveri programmati annui, è stato calcolato il numero medio di ricoveri mensile. Per valorizzare i ricoveri non-COVID «persi» durante 5 mesi, dall'inizio dell'emergenza.

E' stata aggiornata l'**analisi di scenario** relativa ai costi per il trattamento dei casi positivi guariti e/o deceduti. Il primo scenario (scenario attuale o a regime, aggiornato con i dati del Bollettino del 11 novembre 2020) considera l'attuale distribuzione per gravità applicata ai casi guariti (dato del 16 novembre 2020). Il secondo scenario (scenario iniziale o estremo) tiene conto della distribuzione per gravità dei casi al 9 marzo 2020. Per i costi sono state considerate le tariffe DRG. Il «costo» stimato per il SSN dei casi (guariti o deceduti) varia da un minimo di €930 a un massimo di €3.791 milioni.

E' stata anche aggiornata la **stima dei costi per giornate in terapia intensiva**. Date le 262.645 giornate di degenza (al 16 novembre, dati Ministero della Salute) in terapia intensiva, ed assunto un costo giornaliero medio di € 1.425, il costo totale a livello nazionale si stima di €374.269.125.

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

Le analisi diffuse relative a dati reali di singole realtà rappresentano un primo passo in avanti anche nella verifica delle ipotesi finora fatte. In particolare, il lavoro realizzato da [HealthCare Data Science Lab dell'Università Carlo Cattaneo](#) conferma come l'assorbimento di risorse economiche è legato sia all'evoluzione del quadro clinico del paziente sia allo stato clinico del paziente al momento della sua presa in carico (per ora in ospedale).

E' stata anche aggiornata la stima relativa al costo sostenuto dalle Regioni per la realizzazione degli oltre 19 milioni di tamponi effettuati sinora per testare la popolazione per motivi di screening, per conferma positività o per sintomi.

Da un punto di vista metodologico, si solleva anche la necessità di indagare ulteriormente la variabilità tra pazienti, strutture, livelli di assistenza nei costi, per poter individuarne i driver e le eventuale zone di miglioramento dei percorsi assistenziali.

Approfondimento

[Instant Report #29](#)



Indicatori 3.10. Soluzioni digitali



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

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



Indicatore 3.11. Sperimentazioni cliniche



[Instant REPORT#27: 05 Novembre 2020](#)

Aggiornamenti nazionali

- AIFA [limita l'uso di remdesivir](#) in casi selezionati





Trattamenti COVID-19 in fase di valutazione ([Marketing authorisation application under evaluation](#))

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

Trattamenti COVID-19 approvati

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





Status EU regolatorio sui Vaccini COVID-19

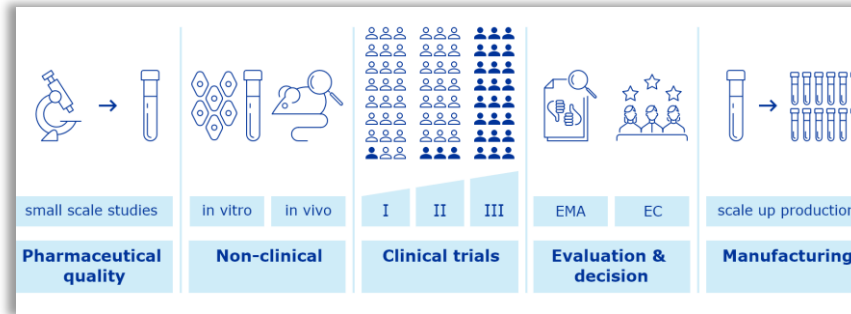
Vaccine	Vaccine developer	Start of rolling review	Stage
Ad26.COV2.S	Janssen-Cilag International N.V.	01/12/2020	Rolling review ongoing
mRNA-1273	Moderna Biotech Spain, S.L.	16/11/2020	Start of Conditional marketing authorisation application under evaluation 01/12/2020
BNT162b2	BioNTech, in collaboration with Pfizer	06/10/2020	Start of evaluation of conditional marketing authorisation application: 01/12/2020
ChAdOx1-SARS-CoV-2	AstraZeneca, in collaboration with the University of Oxford	01/10/2020	Rolling review ongoing

The rolling review of these vaccines began with [CHMP](#) evaluating the **first batches of data** and will continue until enough evidence is available to support a formal [marketing authorisation application](#). EMA cannot reach a conclusion on the safety and effectiveness of these vaccines until the developer has submitted this **evidence** and EMA has assessed it. This evidence includes results from **large-scale clinical trials** already underway, which provide information on how effective the vaccines are in protecting people against COVID-19. The assessment also includes all available data on the **vaccines' safety** that emerge from these studies, as well as data on their **quality**. This includes information on the vaccines' ingredients and on the way they are produced. EMA cannot predict the overall evaluation timeline for these vaccines, but expects the process to be **shorter** than the process for a regular evaluation. This is possible thanks to the time saved during the rolling review.

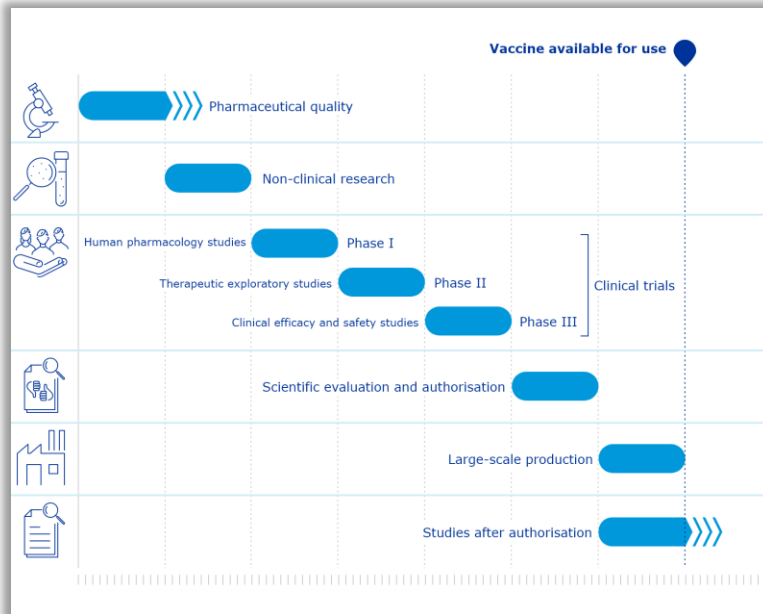




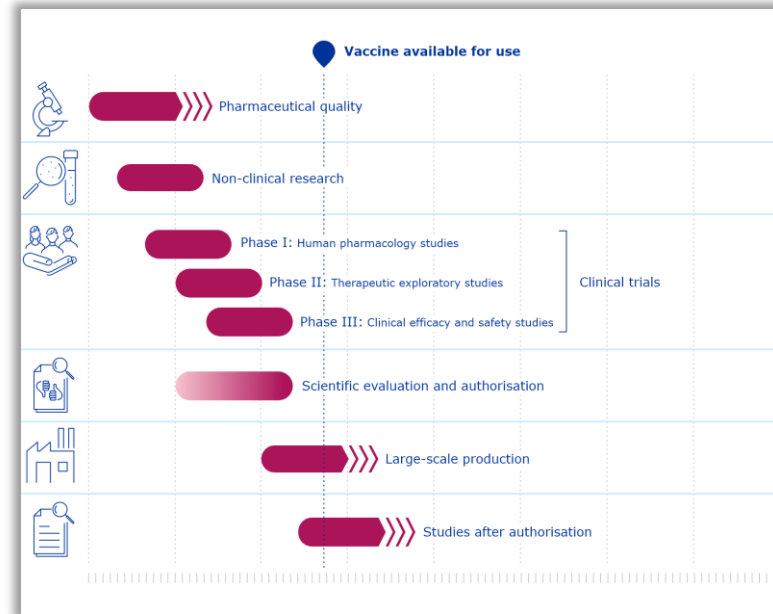
Indicative timelines for COVID-19 vaccines compared with standard vaccines



Timeline for standard vaccines



Timeline for Covid-19 vaccines



Indicatore 3.13. Approfondimento sui test COVID-19



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

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

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

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

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

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

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



Indicatore 3.13.1. Approfondimento sui test rapidi



Alla luce delle evidenze al momento disponibili, della situazione epidemiologica nonché della necessità di garantire test in tempi compatibili con le diverse esigenze di salute pubblica, si sta incrementando l'utilizzo dei cosiddetti test diagnostici antigenici rapidi (TDAR) che, nonostante una sensibilità inferiore rispetto ai test RT-PCR, sono fondamentali nell'ambito di una strategia che preveda la ripetizione del test all'interno di un'attività di sorveglianza, garantendo la sostenibilità e la rapidità di ottenimento del risultato al fine di rilevare quanti più soggetti positivi nella reale finestra di contagiosità (cfr. Figura 1).

Il più recente aggiornamento delle linee guida ECDC¹ del 18/11 sull'uso dei test rapidi definisce l'idoneità di varie strategie di test in diversi contesti epidemiologici, impostazioni e prestazioni cliniche previste, sulla base delle evidenze disponibili. Fino ad ora, gli studi di valutazione clinica dei TDAR mostrano una sensibilità dal 29% al 93,9% e una specificità dall'80,2% al 100%, rispetto al test RT-PCR (gold standard). La loro sensibilità aumenta se vengono utilizzati su soggetti sintomatici e con test su campioni con elevata carica virale.



Mina JM, Parker R, Larremore DB. Rethinking Covid-19 Test Sensitivity — A Strategy for Containment. NEJM Sept 30, 2020 DOI: 10.1056/NEJMp2025631

Il Ministero della Salute già con la circolare DGPREV del 29 settembre 2020 aveva evidenziato l'utilità dei test antigenici rapidi come strumento di prevenzione nell'ambito del sistema scolastico aprendo di fatto a tale utilizzo da parte delle Regioni.

Successivamente l'Istituto Superiore di Sanità ha prodotto un documento di supporto alle Regioni specificando ulteriori occasioni e setting di utilizzo².

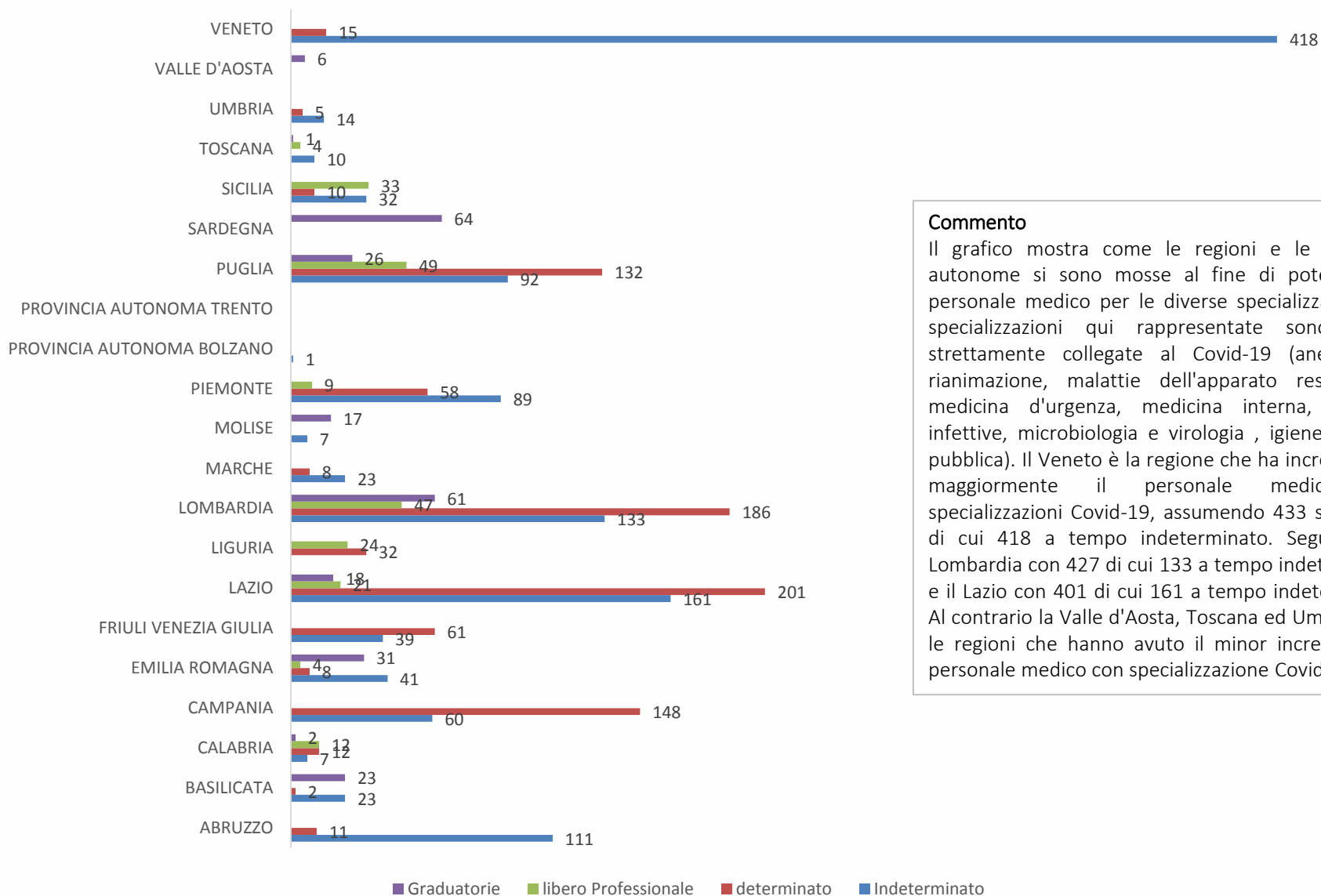
Con la raccomandazione del 18/11 la Commissione Europea³ raccomanda agli Stati membri di utilizzare i TDAR oltre ai test RT-PCR in contesti chiaramente definiti con l'obiettivo di contenere la diffusione del coronavirus, per rilevare infezioni da SARS-CoV-2 e ridurre le misure di isolamento e quarantena.

¹ <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>

² https://www.iss.it/documents/20126/0/COVID+19+_test+v4k_last.pdf/9ab1f211-7d88-bcb1-d454-cfed04aa8b05?t=1604483686312

³ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/preparedness_response/docs/sarscov2_rapidantigentests_recommendation_en.pdf

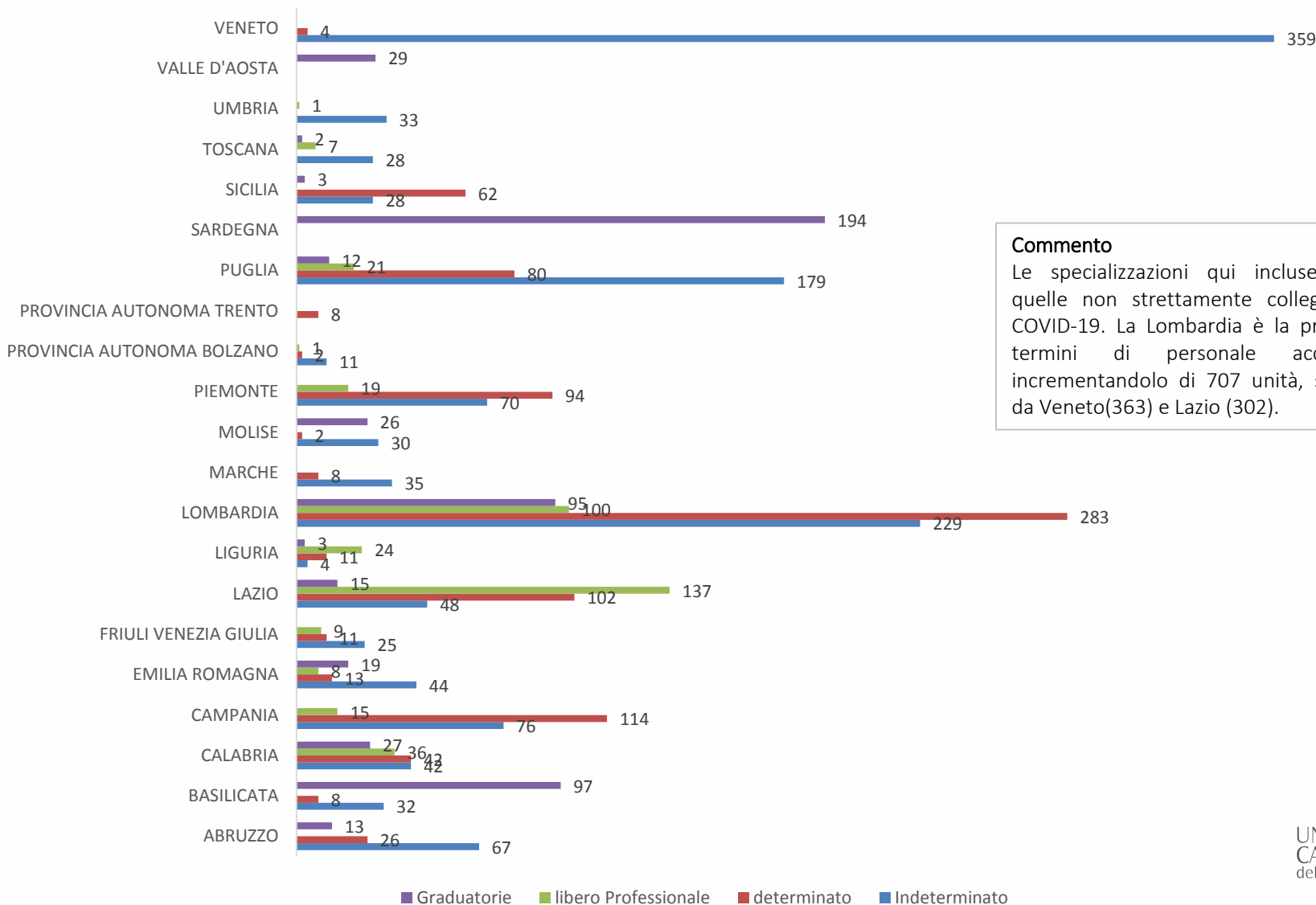
Indicatore 3.14. Nuovo Personale con specializzazione mediche legate all'emergenza COVID-19



Commento

Il grafico mostra come le regioni e le provincie autonome si sono mosse al fine di potenziare il personale medico per le diverse specializzazioni. Le specializzazioni qui rappresentate sono quelle strettamente collegate al Covid-19 (anestesia e rianimazione, malattie dell'apparato respiratorio, medicina d'urgenza, medicina interna, malattie infettive, microbiologia e virologia, igiene e sanità pubblica). Il Veneto è la regione che ha incrementato maggiormente il personale medico con specializzazioni Covid-19, assumendo 433 specialisti, di cui 418 a tempo indeterminato. Seguono la Lombardia con 427 di cui 133 a tempo indeterminato e il Lazio con 401 di cui 161 a tempo indeterminato. Al contrario la Valle d'Aosta, Toscana ed Umbria sono le regioni che hanno avuto il minor incremento di personale medico con specializzazione Covid-19.

Indicatore 3.15. Nuovo Personale con specializzazione mediche NON legate all'emergenza COVID-19



Commento
 Le specializzazioni qui incluse sono quelle non strettamente collegate al COVID-19. La Lombardia è la prima in termini di personale acquisito, incrementandolo di 707 unità, seguita da Veneto(363) e Lazio (302).



Indicatore 3.16. Confronto tra acquisizione di personale con specializzazione legate all'emergenza COVID-19 e non



	Regioni in piano di rientro	Regioni non in piano di rientro
Assunzioni strutturali specialità mediche connesse con l'emergenza Covid-19	49%	43%
Assunzioni strutturali specialità mediche non connesse con l'emergenza Covid-19	51%	57%

Commento

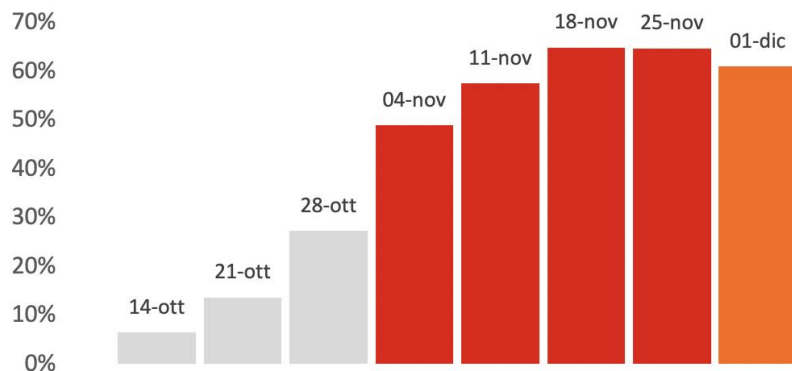
La matrice mostra i diversi approcci all'acquisizione di personale strutturale a tempo determinato o indeterminato da parte delle regioni al 1 dicembre 2020. L'analisi del personale assunto o in via di assunzione rileva approcci leggermente diversi. Le regioni non in piano di rientro hanno dedicato il 43% dei nuovi posti a specializzazioni mediche legate all'emergenza COVID-19 (Anestesia e rianimazione; malattie apparato respiratorio; malattie infettive; medicina d'urgenza; medicina interna; microbiologia e virologia; sanità pubblica) ed il restante 57% ad altre specialità. Le regioni in piano di rientro hanno incrementato la propria forza lavoro per il 49% con specialisti legati all'emergenza COVID-19, ed il restante 51% con altri specialisti.



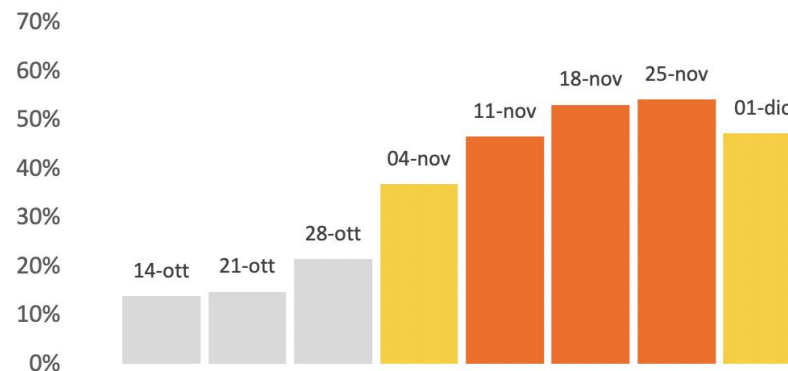
Indicatore 3.17.1. Trend tassi di saturazione dei Posti Letto in Terapia Intensiva dal 14 ottobre all' 1 dicembre – Nord Ovest



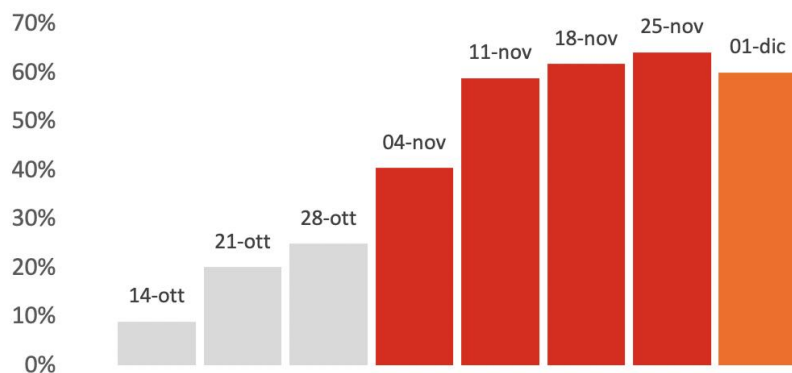
Lombardia



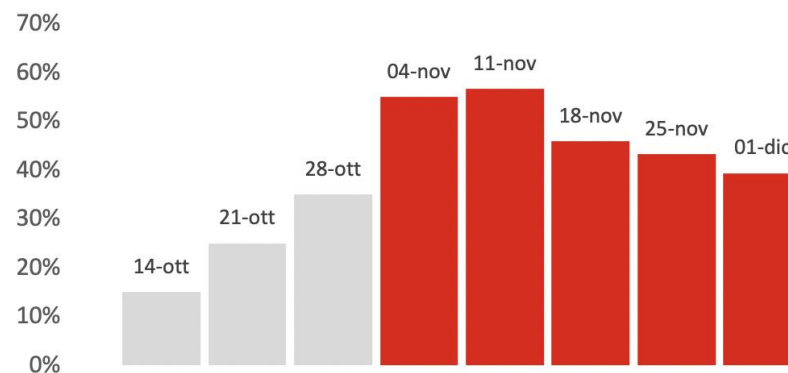
Liguria



Piemonte



Valle d'Aosta



Commento

I grafici mostrano l'andamento, dal 14 ottobre all'1 dicembre, del tasso di saturazione dei Posti Letto in Terapia Intensiva effettivamente implementati per fronteggiare l'epidemia da Covid-19. Il colore delle Regioni rappresenta la classificazione prevista dal DPCM 3 novembre 2020. I cambiamenti di colore sono avvenuti in base alle seguenti Ordinanze: Ordinanza 04 novembre 2020 (n. 276 del 05 novembre 2020); Ordinanza 10 novembre 2020 (n. 280 del 10 novembre 2020); Ordinanza 13 novembre 2020 (n. 284 del 14 novembre 2020); Ordinanza 20 novembre 2020 (n. 290 del 21 novembre 2020); Ordinanza 27 novembre 2020 (n. 296 del 28 novembre 2020).

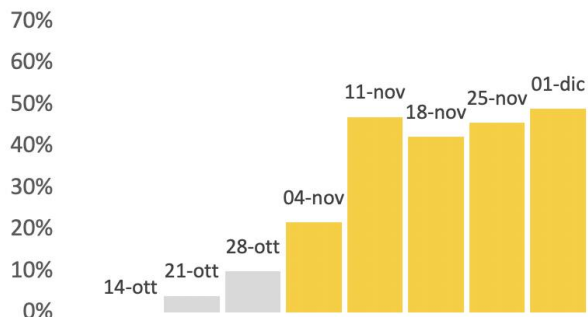
Fonte dei dati: Rapporto Covid-19 Agenas dell' 1 dicembre 2020 -Ministero della Salute - Protezione Civile



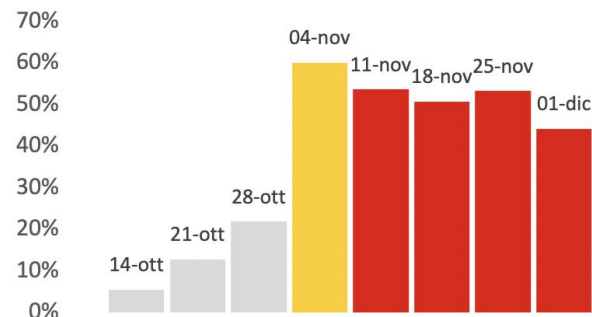
Indicatore 3.17.2. Trend tassi di saturazione dei Posti Letto in Terapia Intensiva dal 14 ottobre all' 1 dicembre – Nord Est



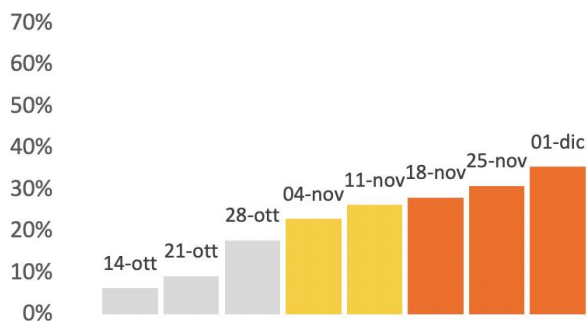
P.A. Trento



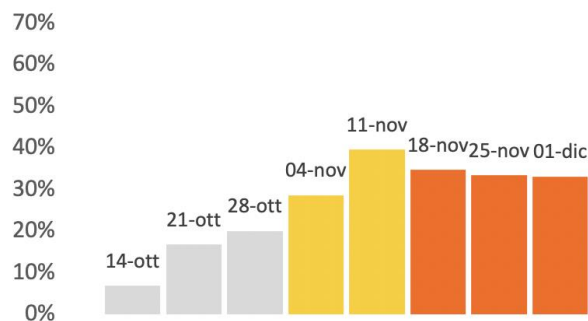
P.A. Bolzano



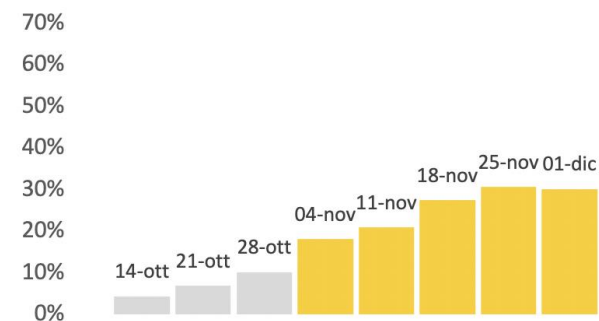
Friuli Venezia Giulia



Emilia Romagna



Veneto



Commento

I grafici mostrano l'andamento, dal 14 ottobre all'1 dicembre, del tasso di saturazione dei Posti Letto in Terapia Intensiva effettivamente implementati per fronteggiare l'epidemia da Covid-19. Il colore delle Regioni rappresenta la classificazione prevista dal DPCM 3 novembre 2020. I cambiamenti di colore sono avvenuti in base alle seguenti Ordinanze: Ordinanza 04 novembre 2020 (n. 276 del 05 novembre 2020); Ordinanza 10 novembre 2020 (n. 280 del 10 novembre 2020); Ordinanza 13 novembre 2020 (n. 284 del 14 novembre 2020); Ordinanza 20 novembre 2020 (n. 290 del 21 novembre 2020); Ordinanza 27 novembre 2020 (n. 296 del 28 novembre 2020).

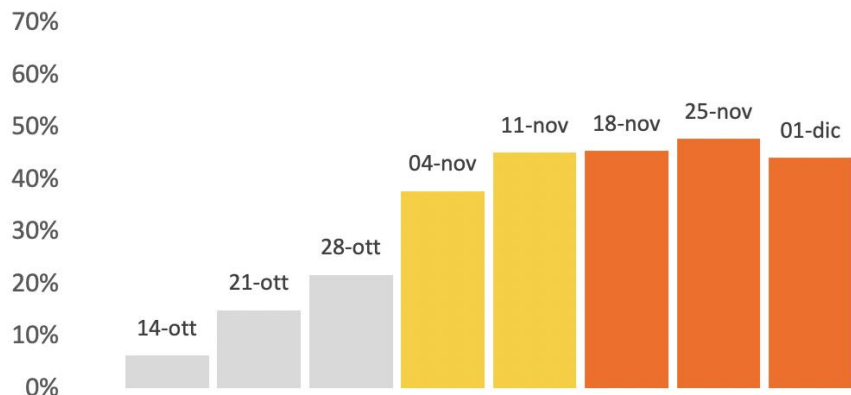
Fonte dei dati: Rapporto Covid-19 Agenas dell' 1 dicembre 2020 -Ministero della Salute - Protezione Civile



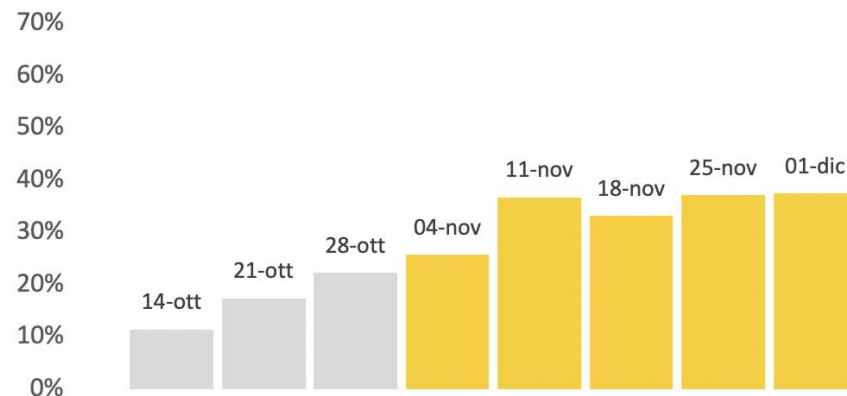
Indicatore 3.17.3. Trend tassi di saturazione dei Posti Letto in Terapia Intensiva dal 14 ottobre all' 1 dicembre – Centro



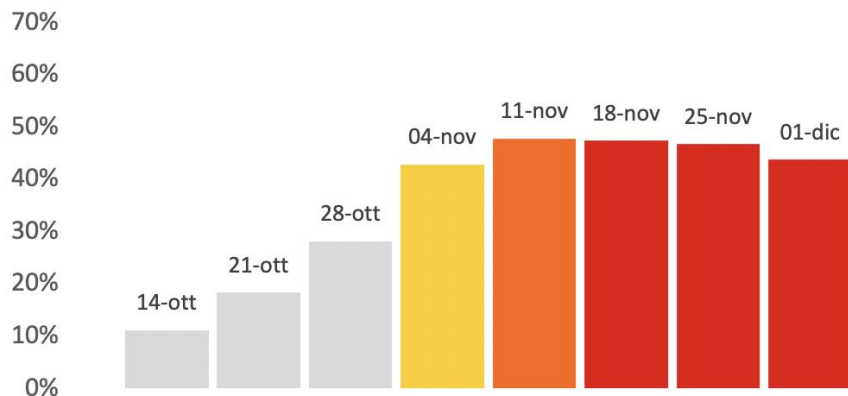
Marche



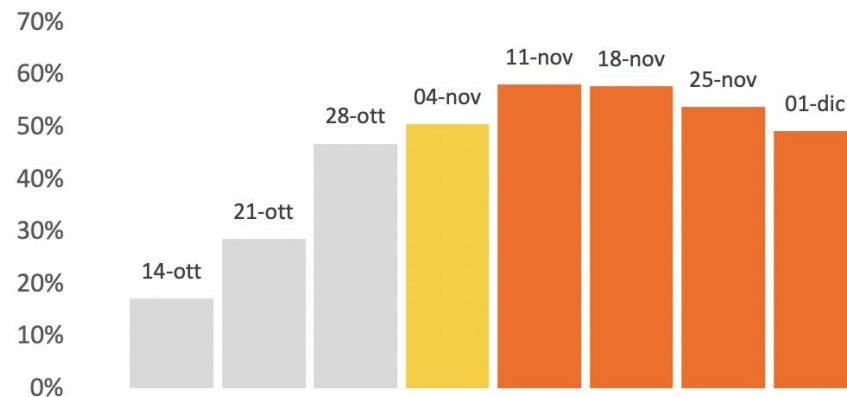
Lazio



Toscana



Umbria



I grafici mostrano l'andamento, dal 14 ottobre all'1 dicembre, del tasso di saturazione dei Posti Letto in Terapia Intensiva effettivamente implementati per fronteggiare l'epidemia da Covid-19. Il colore delle Regioni rappresenta la classificazione prevista dal DPCM 3 novembre 2020. I cambiamenti di colore sono avvenuti in base alle seguenti Ordinanze: Ordinanza 04 novembre 2020 (n. 276 del 05 novembre 2020); Ordinanza 10 novembre 2020 (n. 280 del 10 novembre 2020); Ordinanza 13 novembre 2020 (n. 284 del 14 novembre 2020); Ordinanza 20 novembre 2020 (n. 290 del 21 novembre 2020); Ordinanza 27 novembre 2020 (n. 296 del 28 novembre 2020).

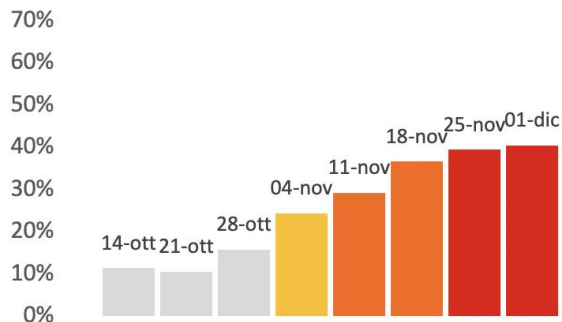
Fonte dei dati: Rapporto Covid-19 Agenas dell' 1 dicembre 2020 -Ministero della Salute - Protezione Civile



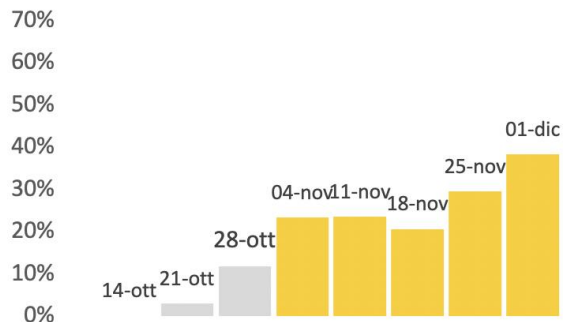
Indicatore 3.17.4. Trend tassi di saturazione dei Posti Letto in Terapia Intensiva dal 14 ottobre all' 1 dicembre – Sud



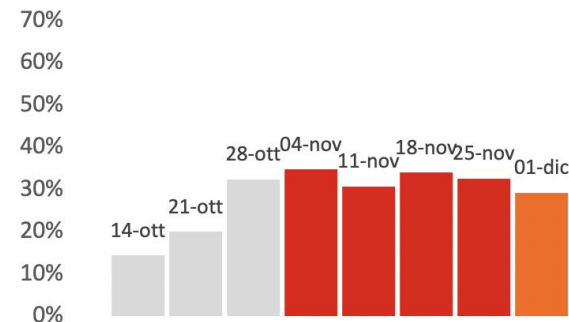
Abruzzo



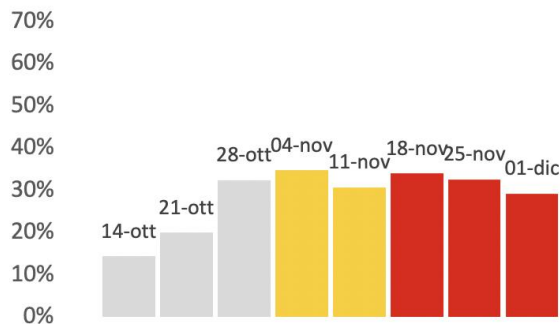
Molise



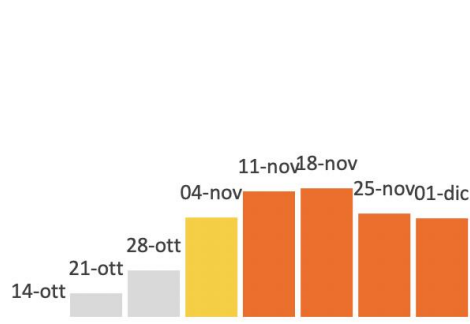
Calabria



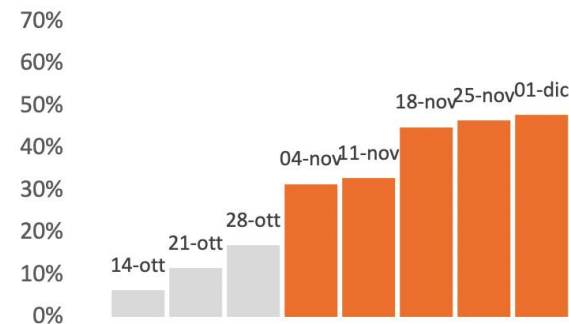
Campania



Basilicata



Puglia



Commento

I grafici mostrano l'andamento, dal 14 ottobre all'1 dicembre, del tasso di saturazione dei Posti Letto in Terapia Intensiva effettivamente implementati per fronteggiare l'epidemia da Covid-19. Il colore delle Regioni rappresenta la classificazione prevista dal DPCM 3 novembre 2020. I cambiamenti di colore sono avvenuti in base alle seguenti Ordinanze: Ordinanza 04 novembre 2020 (n. 276 del 05 novembre 2020); Ordinanza 10 novembre 2020 (n. 280 del 10 novembre 2020); Ordinanza 13 novembre 2020 (n. 284 del 14 novembre 2020); Ordinanza 20 novembre 2020 (n. 290 del 21 novembre 2020); Ordinanza 27 novembre 2020 (n. 296 del 28 novembre 2020).

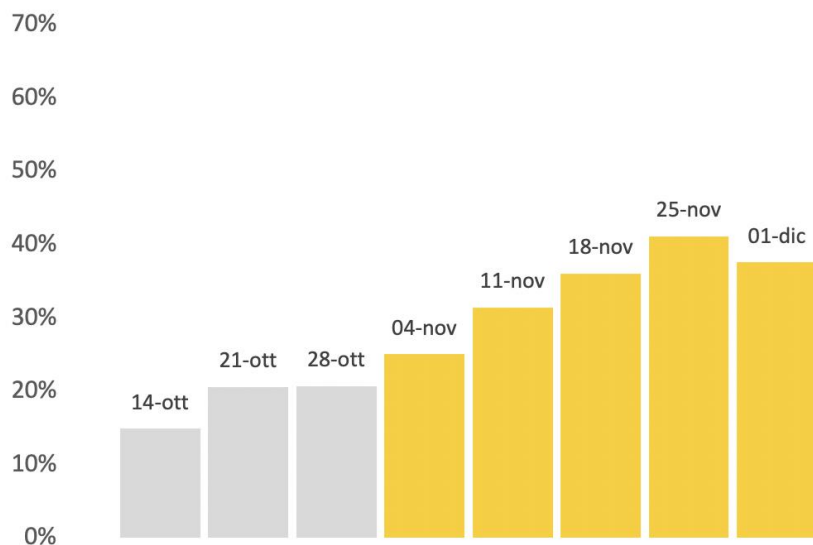
Fonte dei dati: Rapporto Covid-19 Agenas dell' 1 dicembre 2020 -Ministero della Salute - Protezione Civile



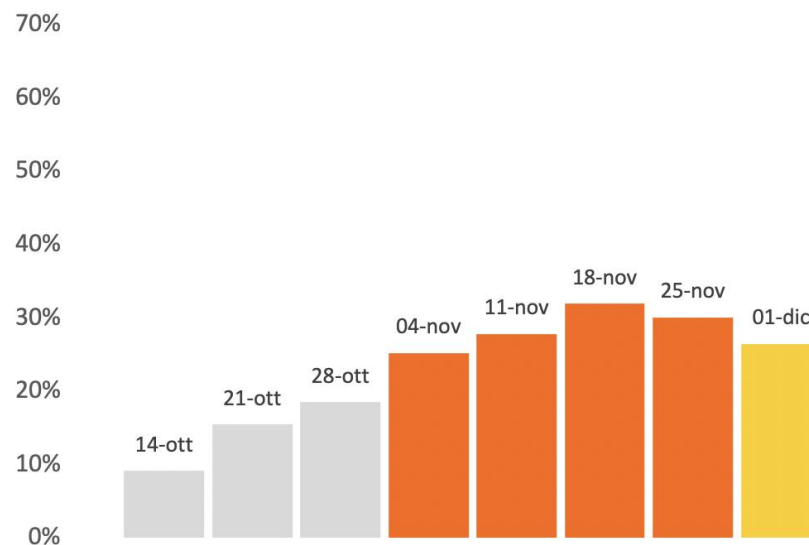
Indicatore 3.17.5. Trend tassi di saturazione dei Posti Letto in Terapia Intensiva dal 14 ottobre all' 1 dicembre – Isole



Sardegna



Sicilia



Commento

I grafici mostrano l'andamento, dal 14 ottobre all'1 dicembre, del tasso di saturazione dei Posti Letto in Terapia Intensiva effettivamente implementati per fronteggiare l'epidemia da Covid-19. Il colore delle Regioni rappresenta la classificazione prevista dal DPCM 3 novembre 2020. I cambiamenti di colore sono avvenuti in base alle seguenti Ordinanze: Ordinanza 04 novembre 2020 (n. 276 del 05 novembre 2020); Ordinanza 10 novembre 2020 (n. 280 del 10 novembre 2020); Ordinanza 13 novembre 2020 (n. 284 del 14 novembre 2020); Ordinanza 20 novembre 2020 (n. 290 del 21 novembre 2020); Ordinanza 27 novembre 2020 (n. 296 del 28 novembre 2020).

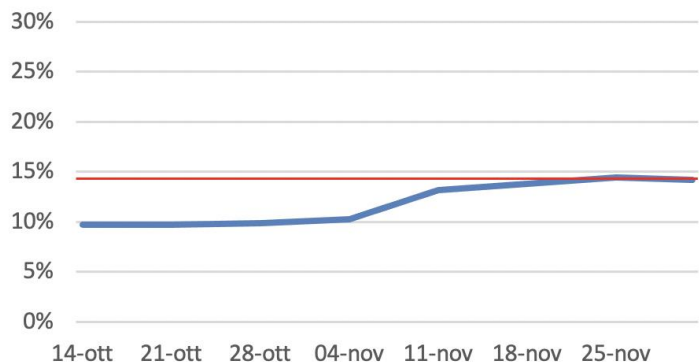
Fonte dei dati: Rapporto Covid-19 Agenas dell' 1 dicembre 2020 -Ministero della Salute - Protezione Civile



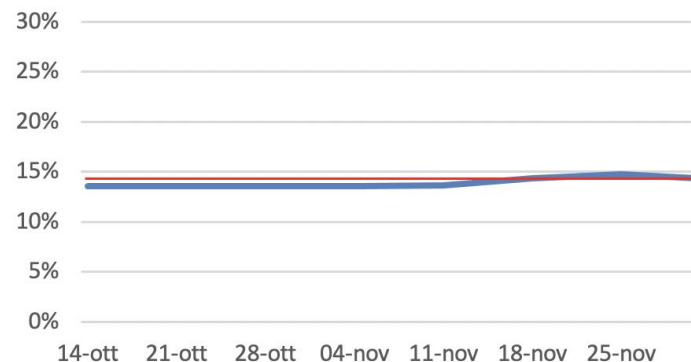
Indicatore 3.18.1. Trend disponibilità di posti letto/1000 abitanti in Terapia Intensiva dal 14 ottobre al 1 dicembre 2020 – Nord Ovest



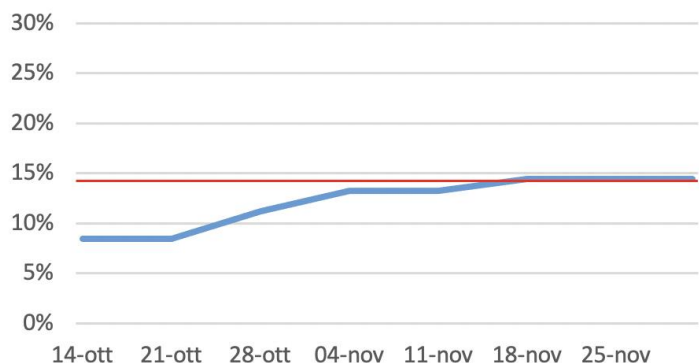
Lombardia



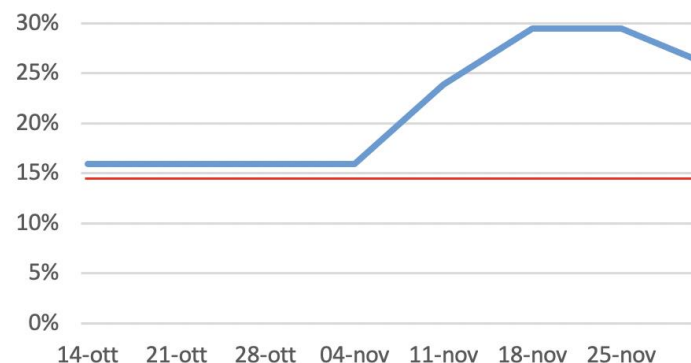
Liguria



Piemonte



Valle d'Aosta



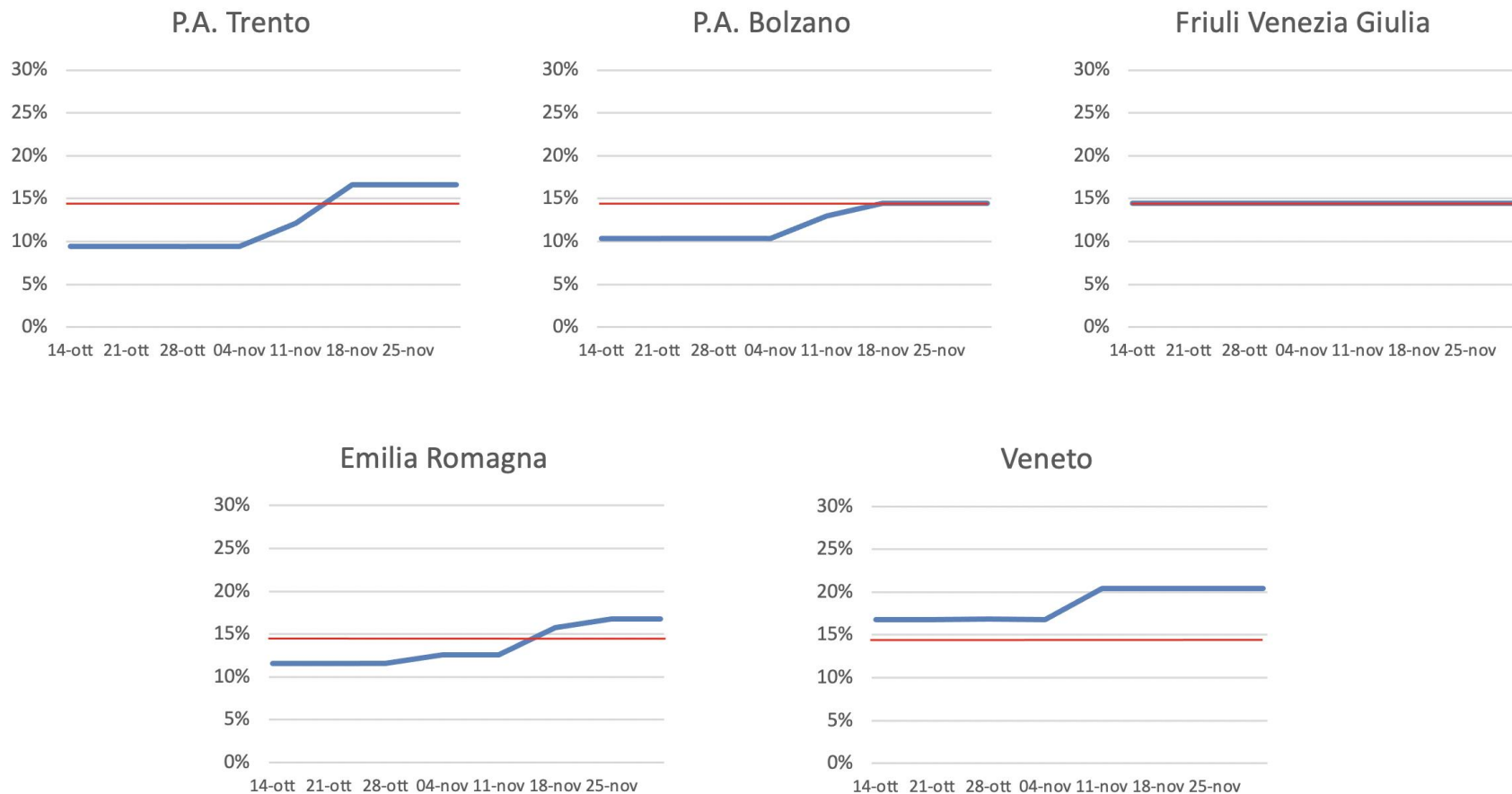
Commento

I grafici mostrano l'andamento, dal 14 ottobre al 1 dicembre, della disponibilità di posti letto in terapia intensiva per 1000 abitanti.

Le linee rosse indicano lo standard dettato dal DM 34/2020 di 0,14 PL in terapia intensiva/1000 abitanti.

Fonte dei dati: Rapporto Covid-19 Agenas del 1 dicembre 2020 -Ministero della Salute - Protezione Civile; Popolazione residente al 1° gennaio 2020-ISTAT

Indicatore 3.18.2. Trend disponibilità di posti letto/1000 abitanti in Terapia Intensiva dal 14 ottobre al 1 dicembre 2020 – Nord Est



Commento

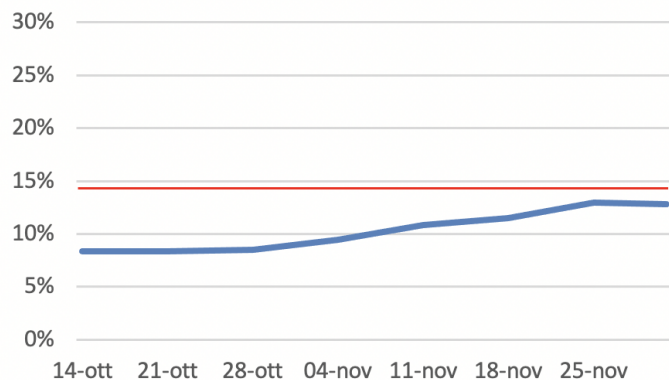
I grafici mostrano l'andamento, dal 14 ottobre al 1 dicembre, della disponibilità di posti letto in terapia intensiva per 1000 abitanti. Le linee rosse indicano lo standard dettato dal DM 34/2020 di 0,14 PL in terapia intensiva/1000 abitanti.

Fonte dei dati: Rapporto Covid-19 Agenas del 1 dicembre 2020 -Ministero della Salute - Protezione Civile; Popolazione residente al 1° gennaio 2020-ISTAT

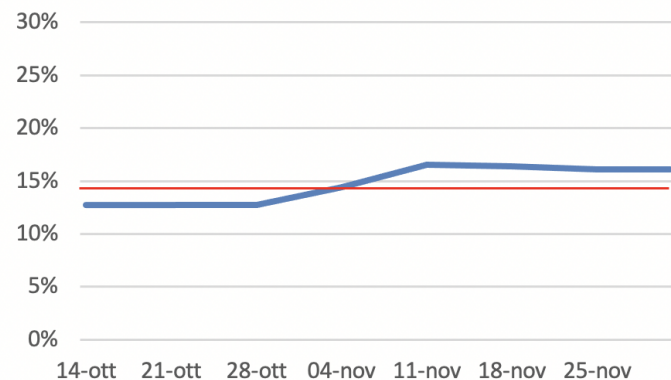
Indicatore 3.18.3. Trend disponibilità di posti letto/1000 abitanti in Terapia Intensiva dal 14 ottobre al 1 dicembre 2020 – Centro



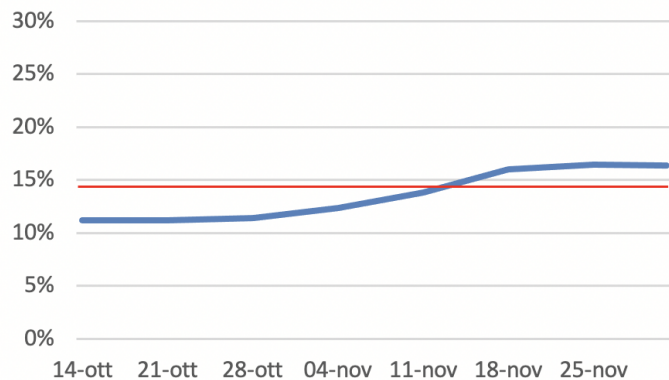
Marche



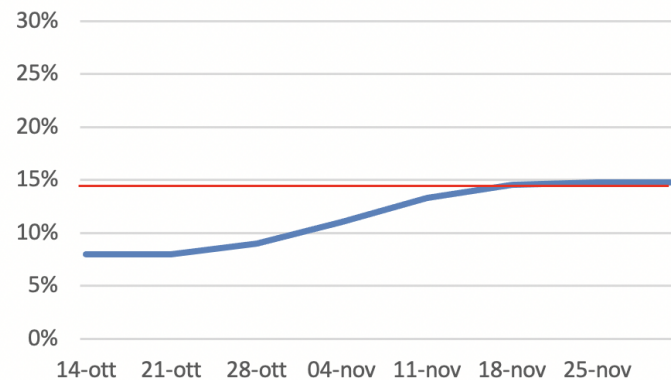
Lazio



Toscana



Umbria



Commento

I grafici mostrano l'andamento, dal 14 ottobre al 1 dicembre, della disponibilità di posti letto in terapia intensiva per 1000 abitanti.

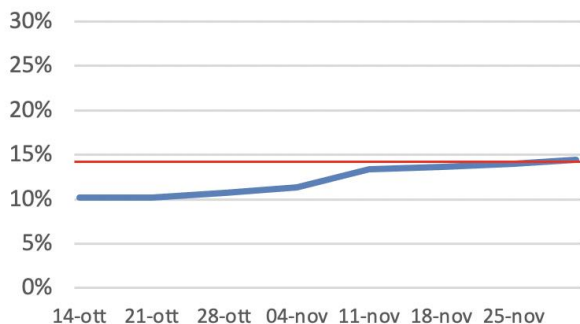
Le linee rosse indicano lo standard dettato dal DM 34/2020 di 0,14 PL in terapia intensiva/1000 abitanti.

Fonte dei dati: Rapporto Covid-19 Agenas del 1 dicembre 2020 -Ministero della Salute - Protezione Civile; Popolazione residente al 1° gennaio 2020-ISTAT

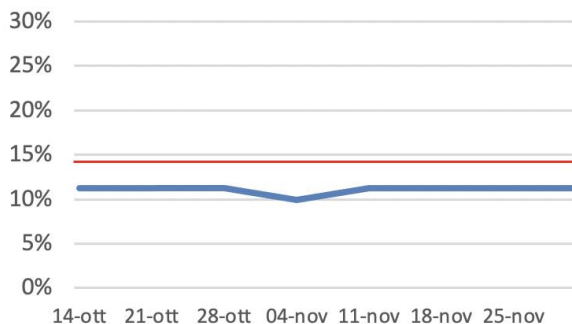
Indicatore 3.18.4. Trend disponibilità di posti letto/1000 abitanti in Terapia Intensiva dal 14 ottobre al 1 dicembre 2020 – Sud



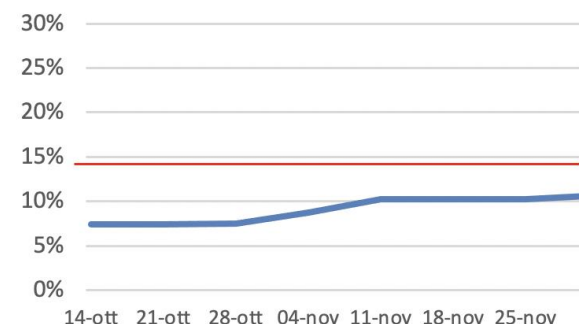
Abruzzo



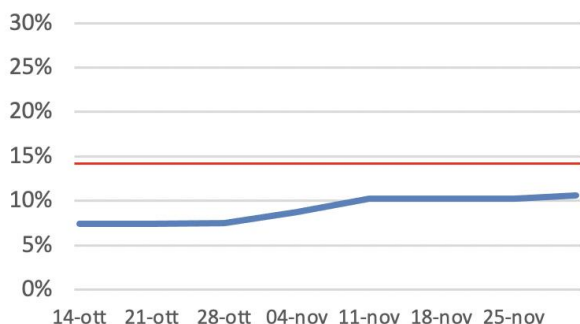
Molise



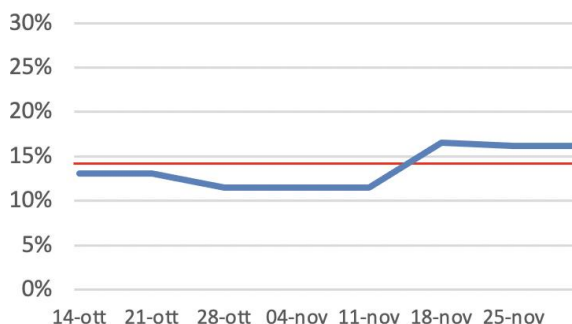
Calabria



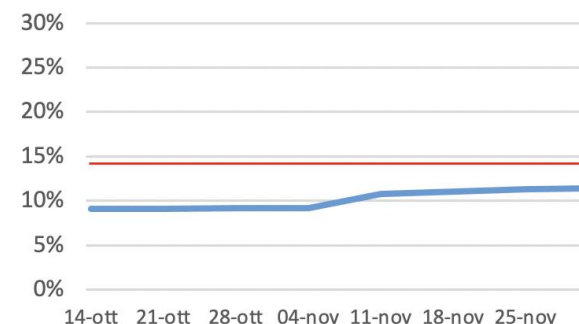
Campania



Basilicata



Puglia



Commento

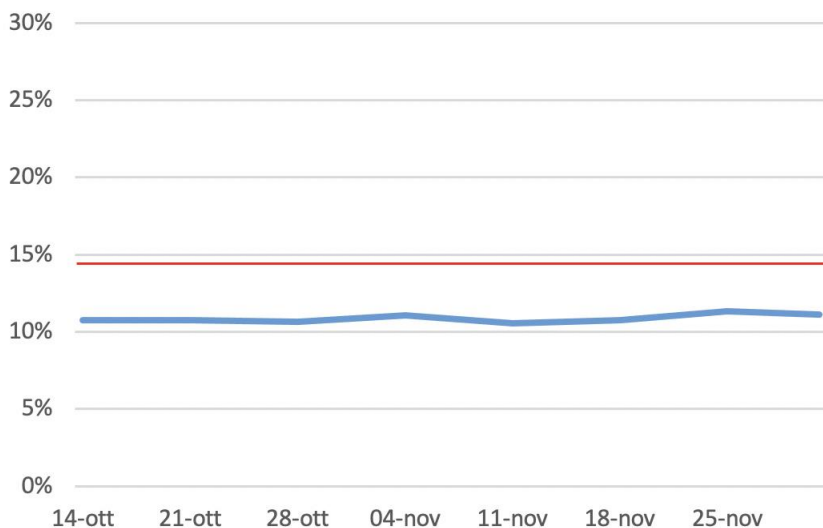
I grafici mostrano l'andamento, dal 14 ottobre al 1 dicembre, della disponibilità di posti letto in terapia intensiva per 1000 abitanti. Le linee rosse indicano lo standard dettato dal DM 34/2020 di 0,14 PL in terapia intensiva/1000 abitanti.

Fonte dei dati: Rapporto Covid-19 Agenas del 1 dicembre 2020 -Ministero della Salute - Protezione Civile; Popolazione residente al 1° gennaio 2020-ISTAT

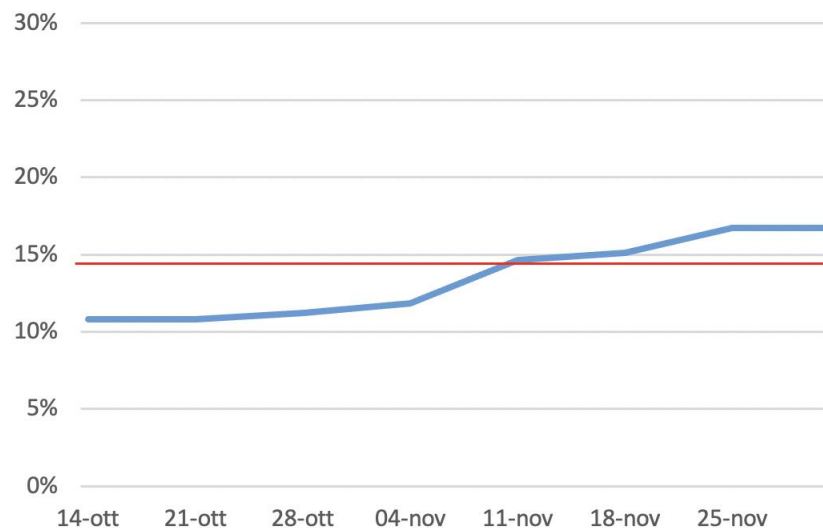
Indicatore 3.18.5. Trend disponibilità di posti letto/1000 abitanti in Terapia Intensiva dal 14 ottobre al 1 dicembre 2020 – Isole



Sardegna



Sicilia



Commento

I grafici mostrano l'andamento, dal 14 ottobre al 1 dicembre, della disponibilità di posti letto in terapia intensiva per 1000 abitanti. Le linee rosse indicano lo standard dettato dal DM 34/2020 di 0,14 PL in terapia intensiva/1000 abitanti.

Fonte dei dati: Rapporto Covid-19 Agenas del 1 dicembre 2020 -Ministero della Salute - Protezione Civile; Popolazione residente al 1° gennaio 2020-ISTAT



Indicatore 3.19. Confronto tra PL TI e numero di Anestesisti



Regione	Anestesisti e rianimatori/PL TI (Pre DL 34/2020)	Anestesisti e rianimatori/PL TI (Al 25 novembre)	Anestesisti e rianimatori/PL TI (Al 1 dicembre)	Differenza dati al 25 novembre e pre DL 34/2020	Differenza dati al 1 dicembre e pre DL 34/2020
Abruzzo	2,4	1,7	1,7	-0,7	-0,7
Basilicata	2,5	1,4	1,4	-1,1	-1,1
Calabria	2,4	2,4	2,4	0	0,0
Campania	3,4	2,0	2,0	-1,4	-1,4
Emilia Romagna	2,1	1,3	1,3	-0,8	-0,8
Friuli Venezia Giulia	2,8	2,2	2,2	-0,6	-0,6
Lazio	2,4	1,6	1,6	-0,8	-0,8
Liguria	2,8	2,0	2,0	-0,8	-0,8
Lombardia	2,3	1,5	1,5	-0,8	-0,8
Marche	2,6	1,6	1,6	-1	-1,0
Molise	2	2,1	2,1	0,1	0,1
P.A. Bolzano	3	1,7	1,7	-1,3	-1,3
P.A. Trento	3,3	1,7	1,7	-1,6	-1,6
Piemonte	3,1	1,4	1,4	-1,7	-1,7
Puglia	2,7	1,9	1,9	-0,8	-0,8
Sardegna	3	2,2	2,2	-0,8	-0,8
Sicilia	2,8	1,5	1,5	-1,3	-1,3
Toscana	2,4	1,4	1,4	-1	-1,0
Umbria	2,9	1,6	1,6	-1,3	-1,3
Valle d'Aosta	3,5	0,9	1,0	-2,6	-2,5
Veneto	1,9	1,1	1,1	-0,8	-0,8
Italia	2,5	1,6	1,6	-0,9	-0,9

Commento

La tabella evidenzia l'andamento dell'indicatore finalizzato a misurare il numero di anestesisti e rianimatori per posto letto di terapia intensiva in tre orizzonti temporali, pre DL 34/2020, al 25 novembre ed al 1 dicembre.

Al 1 dicembre, il valore più basso dell'indicatore è registrato in Valle d'Aosta, con 1, ovvero un anestesista rianimatore per posto letto di terapia intensiva. Al contrario Calabria, Friuli Venezia Giulia, Sardegna, sono le regioni che presentano un valore più elevato superando le 2 unità di personale per posto letto.

La differenza tra i dati al 1 dicembre ed i dati pre DL 34/2020 mostra una riduzione significativa per la Valle D'Aosta, P.A. di Trento, P.A. di Bolzano e Campania.



Indicatore 3.20. Tasso di saturazione dei PL di Terapia Intensiva al 1 dicembre



Regione	Ricoverati in TI al 25.11	Saturazione con livello posti letto T.I. PRE DL 34/2020	Saturazione con livello posti letto T.I. POST DL 34/2020	Differenza settimanale saturazione PRE DL 34/2020	Differenza settimanale saturazione POST DL 34/2020
Abruzzo	76	61,8%	40,2%	3,3%	2,1%
Basilicata	21	42,9%	25,9%	-2,0%	-1,2%
Calabria	40	27,4%	14,3%	-2,1%	-1,1%
Campania	179	53,4%	32,7%	-3,9%	-2,4%
Emilia Romagna	247	55,0%	38,5%	-0,4%	-0,3%
Friuli Venezia Giulia	62	51,7%	35,4%	6,7%	4,6%
Lazio	352	61,6%	41,7%	0,5%	0,4%
Liguria	105	70,0%	44,3%	-12,0%	-7,6%
Lombardia	876	101,7%	60,6%	-7,7%	-4,6%
Marche	86	74,8%	39,1%	-7,0%	-3,6%
Molise	13	43,3%	29,5%	10,0%	6,8%
P.A. Bolzano	34	91,9%	44,2%	-18,9%	-9,1%
P.A. Trento	44	115,8%	56,4%	7,9%	3,8%
Piemonte	377	115,3%	60,2%	-8,0%	-4,2%
Puglia	218	71,7%	37,7%	2,6%	1,4%
Sardegna	68	50,7%	29,8%	-6,0%	-3,5%
Sicilia	220	52,6%	30,6%	-7,2%	-4,2%
Toscana	267	77,6%	49,7%	-5,5%	-3,5%
Umbria	64	92,8%	50,4%	-8,7%	-4,7%
Valle d'Aosta	13	130,0%	72,2%	-30,0%	-16,7%
Veneto	301	60,9%	42,7%	-0,8%	-0,6%
Italia	3663	71,5%	43,6%	-3,6%	-2,2%

Commento

La tabella mostra il tasso di saturazione delle terapie intensive all' 1 dicembre 2020. L'indicatore misura la saturazione sia in riferimento al numero di posti letto in dotazione alle Regioni prima del DL 34 che considerando le nuove implementazioni previste nei piani regionali di riorganizzazione della rete ospedaliera (DL34/2020).

Se consideriamo la dotazione di posti letto originaria, ovvero prima dei piani regionali di riorganizzazione della rete ospedaliera, il tasso di saturazione in oggetto risulta essere pari al 130% in Valle d'Aosta, al 115,8% nella P.A. di Trento, 115,3% in Piemonte, 101,7% in Lombardia.

Le suddette percentuali scendono rispettivamente al 72,2%, 56,4%, 60,2% e 60,6% se prendiamo in considerazione la dotazione prevista in risposta ai dettami del DL 34/2020.

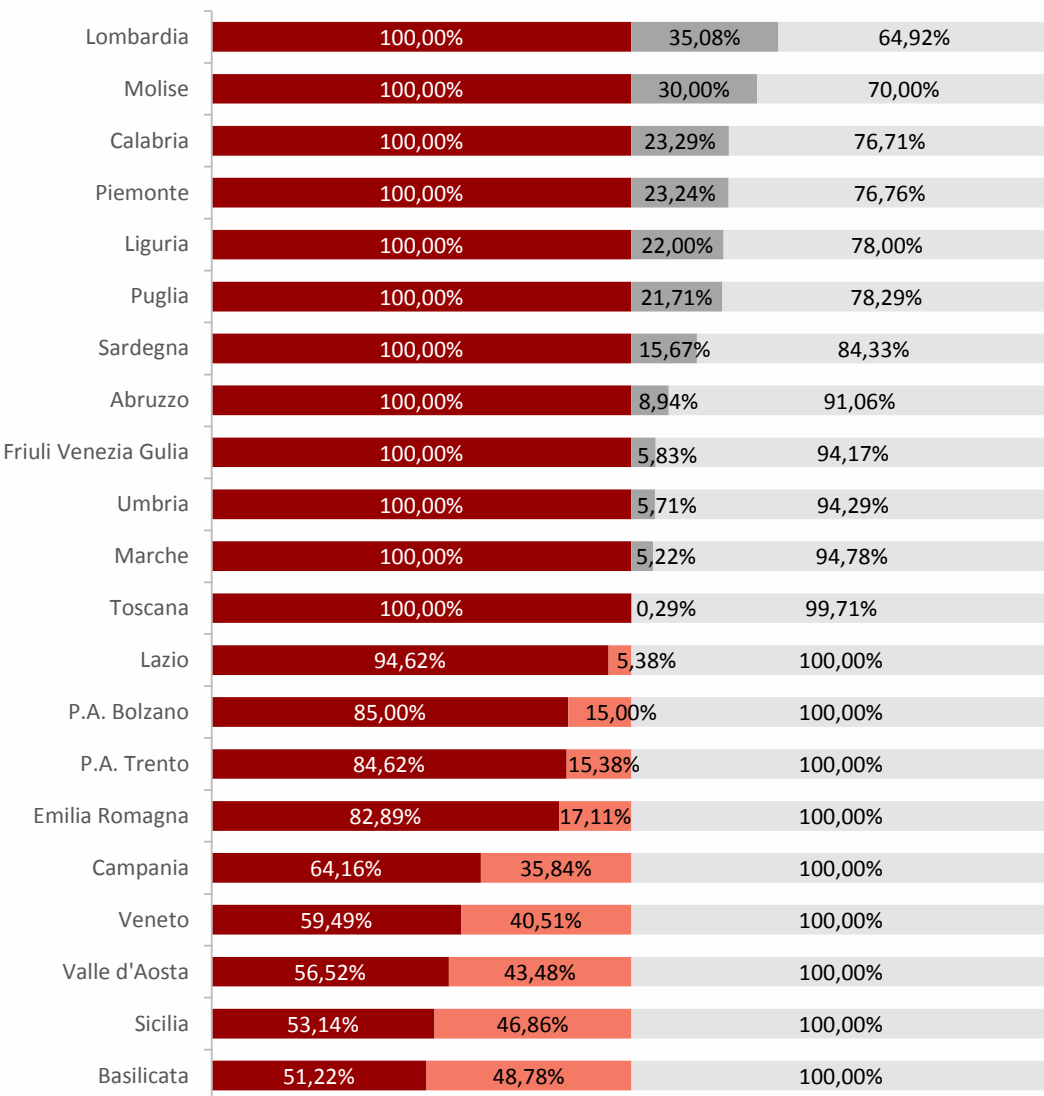
A differenza della settimana precedente si assiste ad una generale riduzione del tasso di saturazione.

Di questo, il tasso medio calcolato sull'intera penisola è del 71,5% se consideriamo la dotazione pre DL 34 e del 43,6% se, invece, teniamo in considerazione i nuovi posti letto di TI, in riduzione rispetto al precedente aggiornamento di -3,6 (situazione PRE DL 34) o -2,2 (situazione POST DL 34) punti percentuali.

Per quanto riguarda la riduzione del tasso di saturazione rispetto all'aggiornamento della settimana precedente, considerando la dotazione post DL 34, il differenziale maggior si registra in Valle d'Aosta (-16,7%), P.A. di Bolzano (-9,1%), Liguria (-7,6%), Umbria (-4,7%) e Lombardia (-4,6%).

Le uniche regioni che continuano a registrare tassi in aumento sono il Molise (+6,8%), il Friuli Venezia Giulia (+4,6%), la P.A. di Trento (+3,8%), l'Abruzzo (+2,1%), la Puglia (+1,4%) ed il Lazio (+0,4%).

Indicatore 3.21. Tasso di saturazione della capacità aggiuntiva di P.L. di Terapia Intensiva al 1 dicembre 2020



Commento

L'indicatore misura il tasso di saturazione della capacità extra in termini di posti letto di terapia intensiva all' 1 dicembre. In altre parole, indica quanti posti letto di terapia intensiva, previsti dal DL34 ed effettivamente implementati, sono occupati da pazienti COVID-19.

Dodici regioni hanno esaurito la suddetta capacità. Si tratta della Lombardia, Molise, Calabria, Piemonte, Liguria, Puglia, Sardegna, Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Marche e Toscana. In particolare, la Lombardia sta utilizzando il 35,08% della propria dotazione strutturale di posti letto di terapia intensiva, il Molise il 30%, la Calabria il 23,29%, il Piemonte il 23,24%, la Liguria il 22%, la Puglia il 21,71%, la Sardegna il 15,67%, l'Abruzzo l'8,94%, il Friuli Venezia Giulia il 5,83%, l'Umbria il 5,71%, le Marche il 5,22% e la Toscana lo 0,29%.

Queste regioni stanno, quindi, utilizzando la capacità strutturale di posti letto di terapia intensiva, ovvero quei posti letto che dovrebbero essere dedicati ai pazienti No-Covid-19.

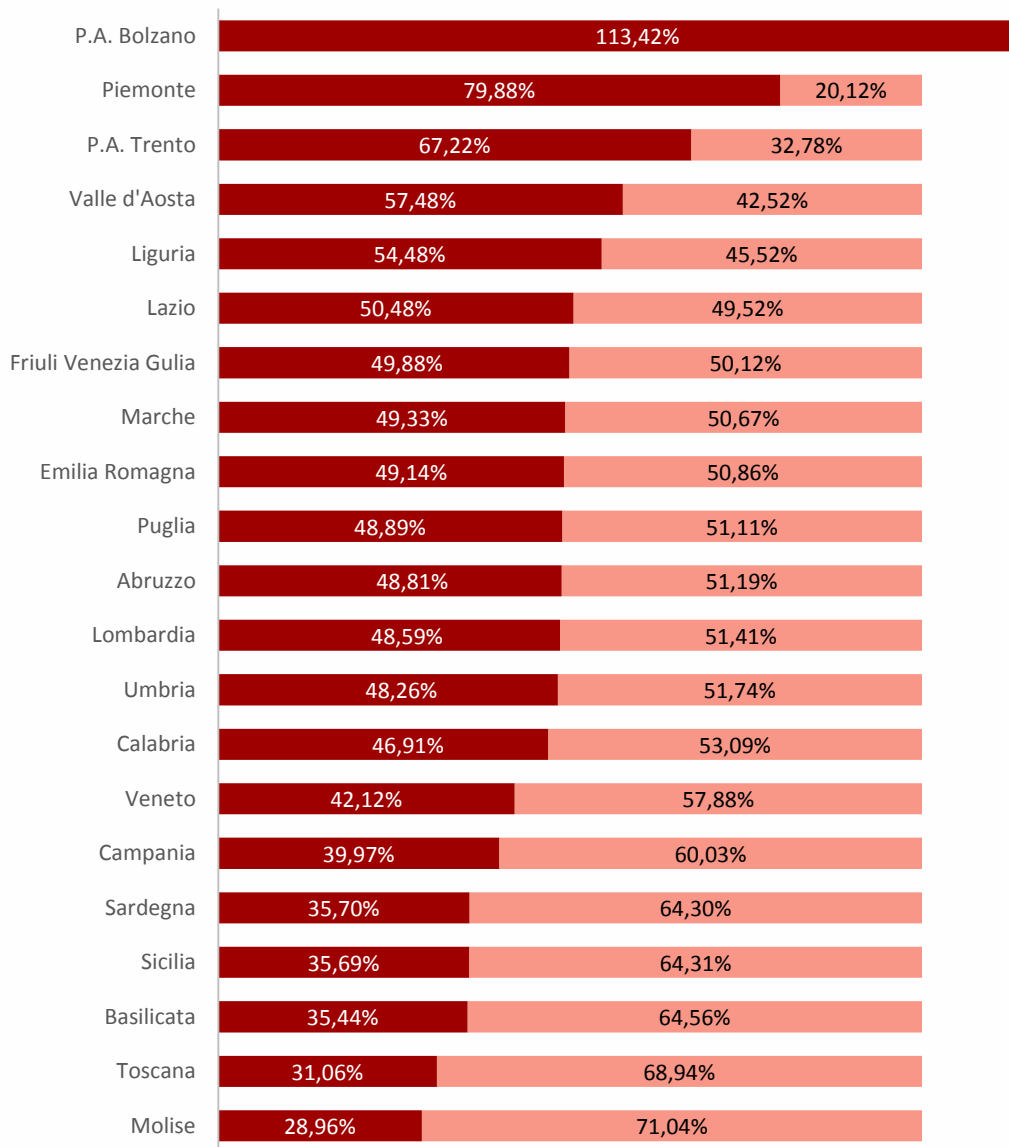
Sono prossime alla totale saturazione della capacità aggiuntiva il Lazio (94,62%), la P.A. di Bolzano (85%), la P.A. di Trento (84,62%) e l'Emilia Romagna (82,89%).

Viaggiano, invece, su un'occupazione di circa 2/3 della capacità aggiuntiva la Campania (64,16%), il Veneto (59,49%), la valle d'Aosta (56,52%), la Sicilia (53,14%) e la Basilicata (51,22%).

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

■ Saturazione P.L. effettivamente implementati in T.I. ■ % P.L. effettivamente aggiunti in T.I. LIBERI
 ■ Saturazione P.L. in T.I. pre DL 34 OCCUPATI da pazienti Covid-19 ■ % P.L. in T.I. post DL 34 LIBERI da pazienti Covid-19

Indicatore 3.22. Tasso di saturazione dei posti letto in Area Non Critica al 1 dicembre 2020



Commento

L'indicatore misura il tasso di saturazione dei posti letto in Area Non Critica, ovvero dei posti letto di area medica afferenti alle specialità di malattie infettive, medicina generale e pneumologia. All' 1 dicembre 2020 quindici regioni superano la soglia di sovraccarico del 40% individuata dal decreto del Ministro della Salute del 30/4/2020 ed in particolare la P.A. di Bolzano (113,42%), il Piemonte (79,88%), la P.A. di Trento (67,22%), la Valle d'Aosta (57,48%), la Liguria (54,48%), il Lazio (50,48%), il Friuli Venezia Giulia (49,88%), le Marche (49,33%), l'Emilia Romagna (49,14%), la Puglia (48,89%), l'Abruzzo (48,81%), la Lombardia (48,59%), l'Umbria (48,26%), la Calabria (46,91%) ed il Veneto (42,12%).

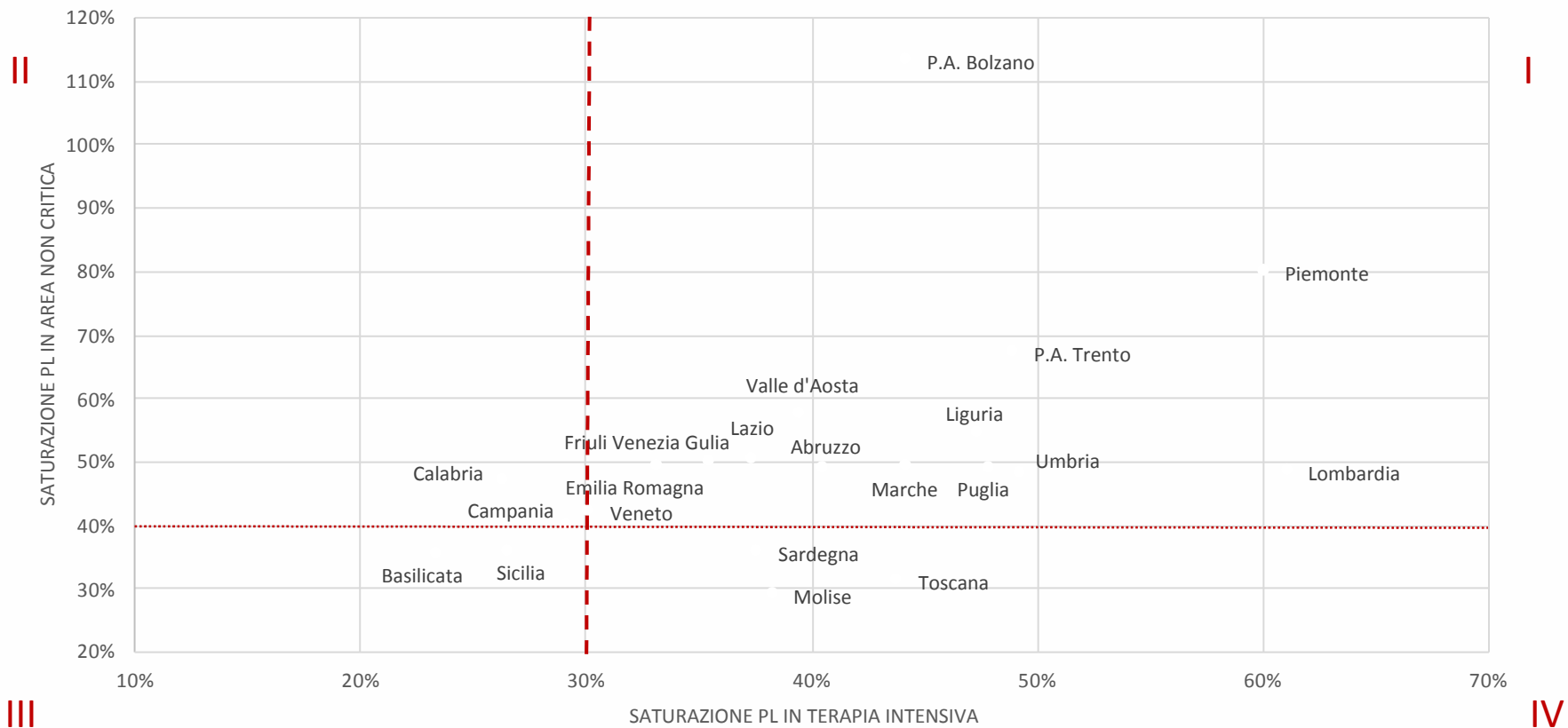
La Campania, con un tasso di saturazione pari al 39,97%, si posiziona sulla soglia di sovraccarico.

In particolare il tasso di saturazione registrato nella P.A. di Bolzano indica che la Regione sta facendo ricorso a posti letto non afferenti alle sopracitate specialità per rispondere alle esigenze di cura dei pazienti COVID-19.

Le uniche regioni sotto la soglia di sovraccarico sono la Sardegna (35,7%), la Sicilia (35,69%), la Basilicata (35,44%) la Toscana (31,06%) ed il Molise (28,96%).

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

Indicatore 3.23. Tassi di saturazione dei posti letto in Terapia Intensiva e di Area Non Critica al 1 dicembre 2020

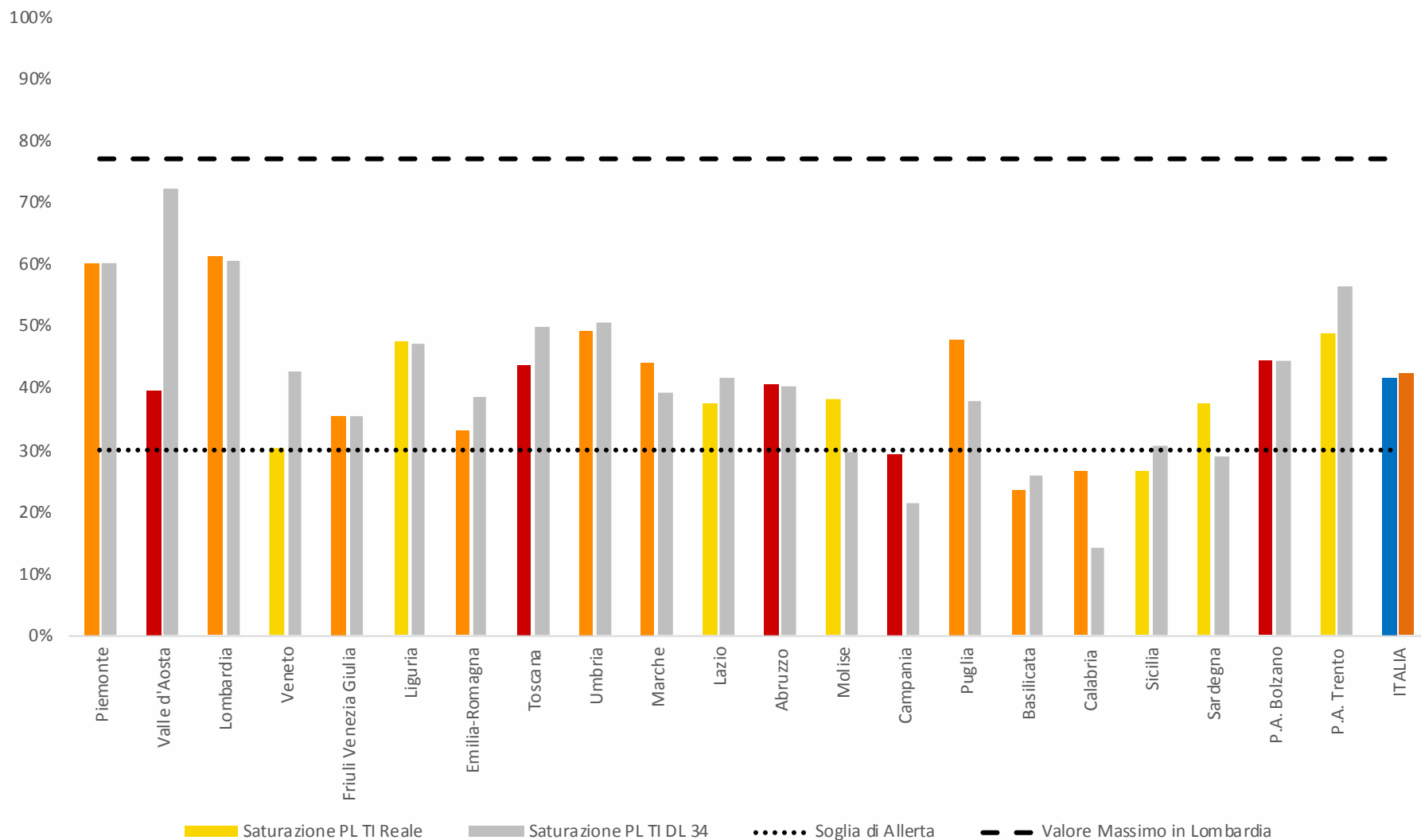


Commento

L'indicatore mette in relazione il tasso di saturazione dei posti letto in Terapia Intensiva con il tasso di saturazione dei posti letto in Area Non Critica. Le soglie del 30% e del 40% sono individuate dal D.M. del 30/4/2020 come quelle oltre le quali vi è un sovraccarico rispettivamente per la Terapia Intensiva e per l'Area Non Critica. Si può notare come grazie a queste soglie il grafico si divida in quattro quadranti: nel primo si posizionano tutte quelle regioni che hanno superato sia la soglia relativa al tasso di saturazione dei posti letto in Terapia Intensiva che quella relativa al tasso di saturazione dei posti letto in Area Non Critica, nel secondo si posizionano le regioni che superano solo la soglia relativa all'Area Non Critica, nel terzo sono presenti le regioni non a rischio di sovraccarico e nel quarto le regioni a rischio di sovraccarico relativamente alla sola Terapia Intensiva. Al 25 Novembre la maggior parte delle regioni (Calabria, Lazio, Emilia Romagna, Abruzzo, Puglia, Marche, P.A. Trento, Valle d'Aosta, Liguria, Umbria, Lombardia, P.A. di Bolzano e Piemonte) si posiziona nel primo quadrante con la più elevata pressione in Piemonte, P.A. di Bolzano (prima per tasso di saturazione in area non critica) e Lombardia (prima per tasso di saturazione delle terapie intensive). Solo il Molise non è a rischio sovraccarico posizionandosi nel terzo quadrante.

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

Indicatore 3.24. Saturazione TI: Posti letto DL 34 e Posti letto reali



Indicatore 3.25. Acquisizione di nuovo personale medico al 1 Dicembre



Regione	Personale (in unità)				Totale	Personale 2018	% incremento
	Indeterminato	Determinato	Libero Professionale	Graduatorie			
ABRUZZO	178	37	0	13	215	2643	8,1%
BASILICATA	55	10	0	120	65	1169	5,6%
CALABRIA	49	54	48	29	151	3755	4,0%
CAMPANIA	136	262	15	0	413	9244	4,5%
EMILIA ROMAGNA	85	21	12	50	118	8505	1,4%
FRIULI VENEZIA GIULIA	64	72	9	0	145	2611	5,6%
LAZIO	209	303	158	33	670	7809	8,6%
LIGURIA	4	43	48	3	95	3546	2,7%
LOMBARDIA	362	469	147	156	978	14697	6,7%
MARCHE	58	16	0	0	74	2981	2,5%
MOLISE	37	2	0	43	39	462	8,4%
PIEMONTE	159	152	28	0	339	8424	4,0%
PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	12	2	1	0	15	954	1,6%
PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	0	8	0	0	8	1092	0,7%
PUGLIA	271	212	70	38	553	6741	8,2%
SARDEGNA	0	0	0	258	0	4110	0,0%
SICILIA	60	72	33	3	165	9163	1,8%
TOSCANA	38	0	11	3	49	8366	0,6%
UMBRIA	47	5	1	0	53	2009	2,6%
VALLE D'AOSTA	0	0	0	35	0	310	0,0%
VENETO	777	19	0	0	796	7884	10,1%
TOTALE	2601	1759	581	784	4941	106475	4,6%

Commento

La tabella riporta il numero di nuovo personale medico al 1 Dicembre per ciascuna regione italiana. Complessivamente, durante l'emergenza sanitaria sono stati assunti o sono in procinto di essere assunti 2601 medici con contratto a tempo indeterminato, 1759 medici a tempo determinato e sono stati stipulati 581 contratti di lavoro libero – professionale. Inoltre, la tabella riporta il numero di personale inserito in graduatorie e quindi «a disposizione» del sistema sanitario.

Indicatore 3.26. Finanziamento Aggiuntivo per tipologia



Destinazione/utilizzo fondi	Importo	%
Fondi per nuovo personale ed incentivi al personale	2.459.090.837,00 €	44%
SSN	2.432.089.772,00 €	43,69%
MdS	7.437.994,00 €	0,13%
Altri entri strumentali e non	19.563.071,00 €	0,35%
Tecnologia, PL ed Edilizia Ospedaliera	1.717.491.667,00 €	30,86%
Edilizia Ospedaliera	50.000.000,00 €	0,90%
Tecnologia	200.000.000,00 €	3,59%
Incremento posti letto	1.467.491.667,00 €	26,36%
Ricorso a privati (compresi Covid hotel)	1.238.737.983,00 €	22,25%
Acquisto prestazioni da privati	240.000.000,00 €	4,31%
Utilizzo tecnologie, locali e personali	998.737.983,00 €	17,94%
Altre spese	13.590.000,00 €	0,24%
Indagine sieroprevalenza	2.590.000,00 €	0,05%
Incremento fondo a riparto qualità assistenza	10.000.000,00 €	0,18%
Prestazioni di lavoro straordinario personale medico e paramedico e delle sale operative delle Forze Armate	1.000.000,00 €	0,02%
Sanità Militare	137.384.335,00 €	2,47%
Totale	5.566.294.822,00 €	100,00%

Commento

Le tabelle a sinistra mostra l'incremento finanziario dovuto agli interventi messi in atto per contrastare l'epidemia da Covid-19. In particolare, sono stati stanziati 5.566.294.822,00 €, pari al 5% del Finanziamento indistinto previsto nel FSN 2020, come da Delibera CIPE n. 20 del 14.05.2020, così ripartiti: il 44% per acquisizione e incentivo di personale, il 30,86% per tecnologia, posti letto ed interventi di edilizia ospedaliera, il 22,25% per il ricorso a privati, il 2,47% per la sanità militare e lo 0,24% per altre spese.

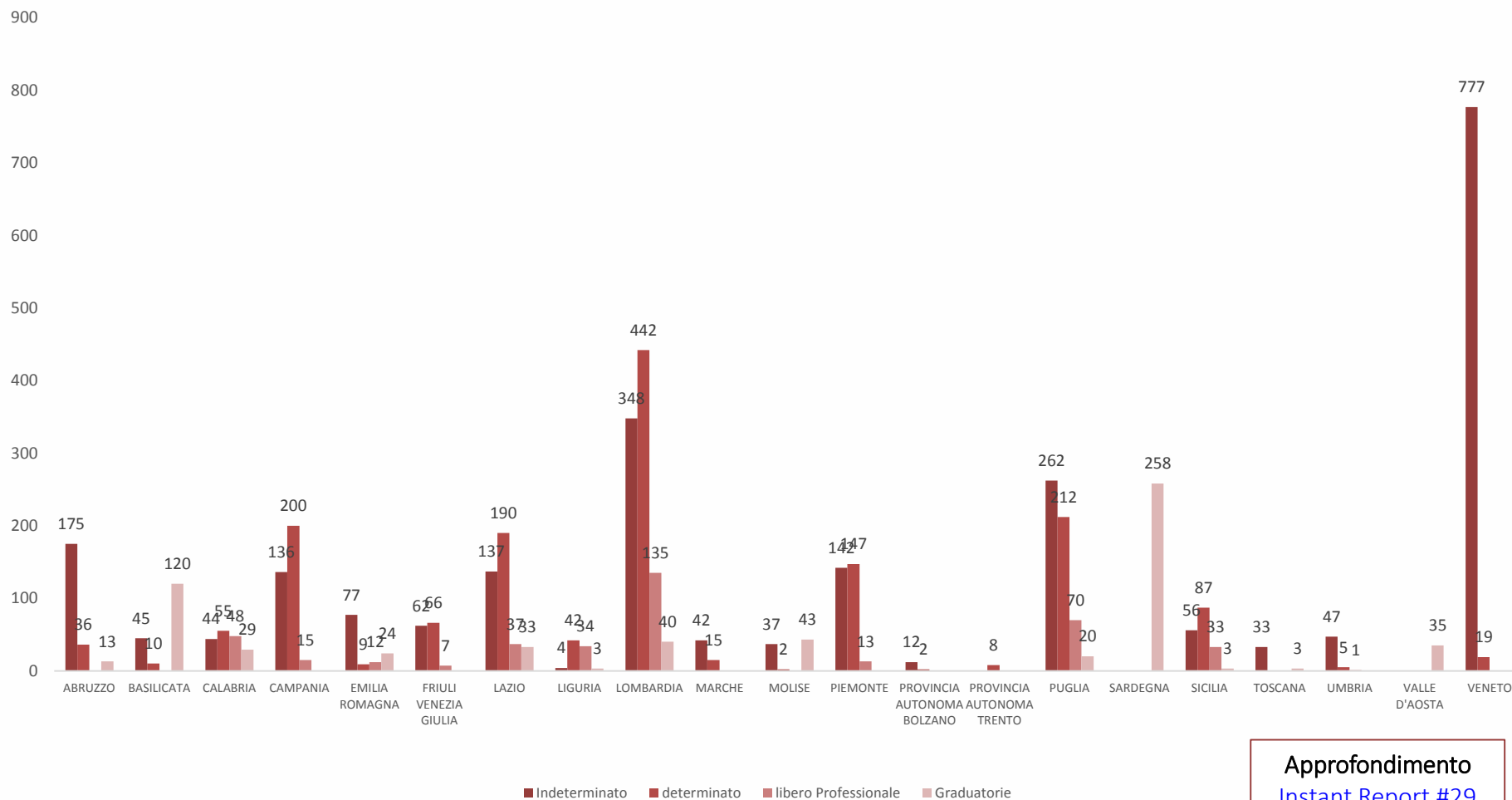
Costo del personale

Costo del personale 2018	36.274.580.315,00 €
Fondi per nuovo personale ed incentivi al personale	2.459.090.837,00 €
Incremento	6,78%

Approfondimento
[Instant Report #29](#)



Indicatore 3.27. Nuovo personale medico per tipologia



Approfondimento
[Instant Report #29](#)

Commento

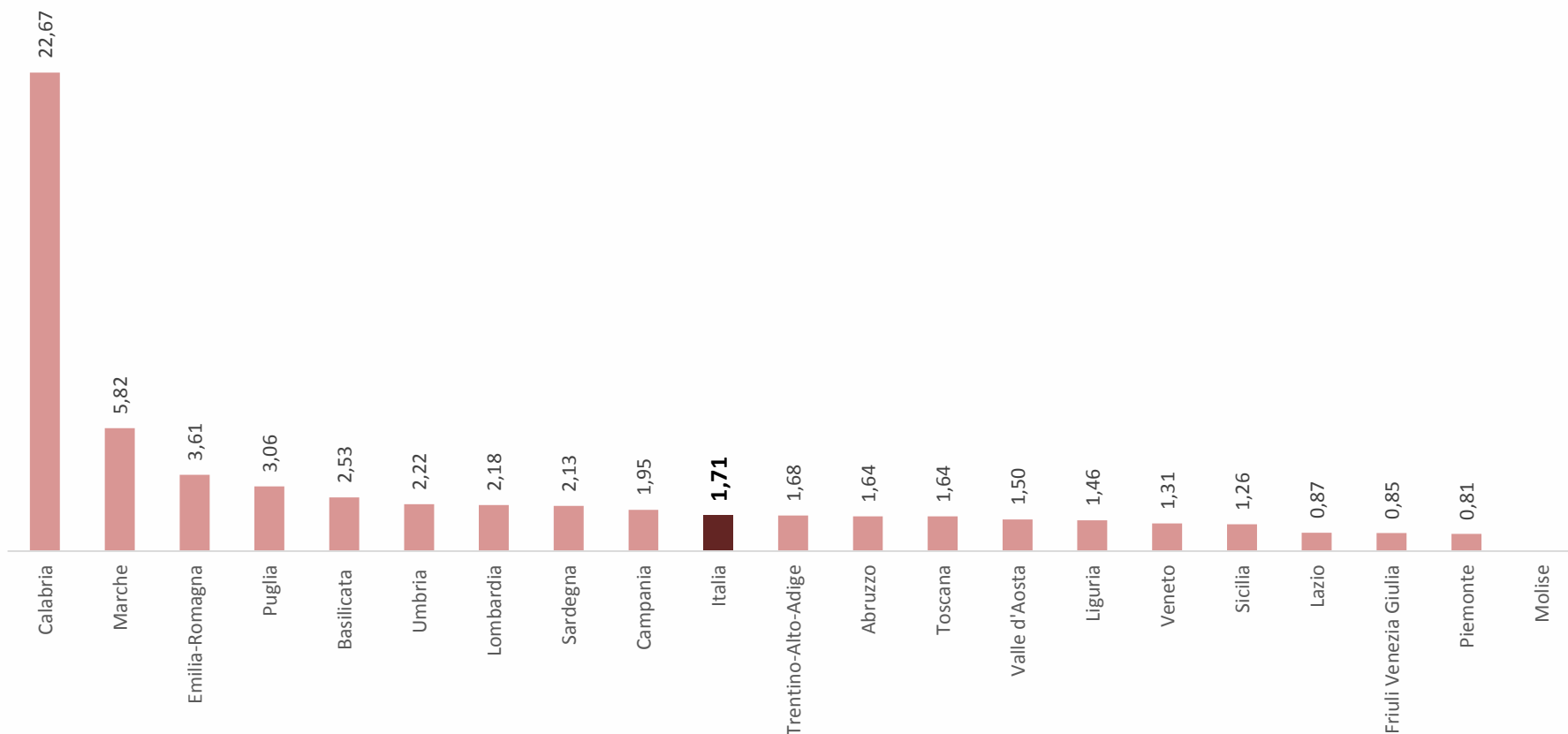
Il grafico mostra il diverso approccio delle Regioni e delle Province autonome rispetto all'acquisizione del personale.

Il Veneto è la regione italiana che ha sfruttato le possibilità offerte dai decreti per incrementare in notevolmente e in modo strutturale il proprio personale, acquisendo 777 specialisti a tempo indeterminato. Seguono Lombardia (348) e Puglia (262).

Al contrario, altre regioni hanno fatto largo ricordo a contratti a tempo indeterminati (Campania).

Il grafico riporta anche il numero di personale (ove esplicitato) presente nelle graduatorie. Si tratta di quel personale «potenzialmente» a disposizione del Sistema Sanitario Regionale

Indicatore 3.28. Ventilatori distribuiti*/posti letto di TI attivati



Commento

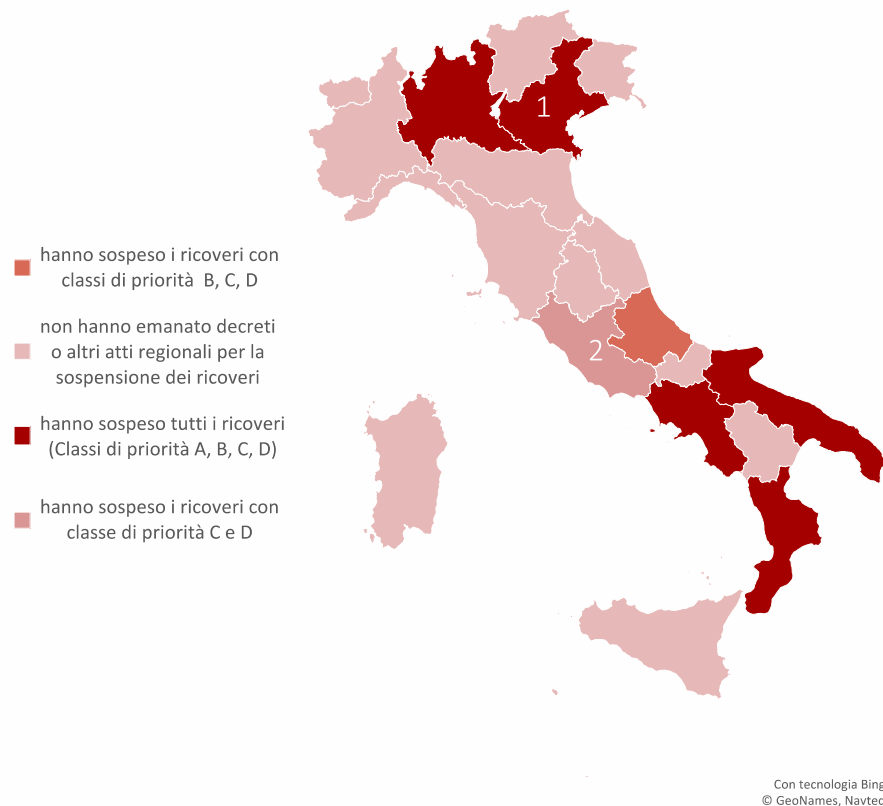
Il grafico mostra il rapporto tra ventilatori polmonari distribuiti durante l'emergenza ed i nuovi posti letto attivati nelle regioni italiane. La regione che mostra il rapporto più alto è la Calabria dove ogni 22,67 ventilatori distribuiti è stato attivato un posto letto di TI, seguita dalle Marche dove il rapporto si attesta a 5,82 e dall' Emilia Romagna (3,61). Questo indicatore assume un valore medio del nostro paese di **1,71** mentre le regioni che ne registrano il valore più basso sono il Piemonte (0,81), il Friuli Venezia Giulia (0,85) e il Lazio (0,87). Tale indicatore non è stato calcolato per il Molise poiché non ha attivato alcun nuovo posto letto.

Fonte dei dati Protezione Civile e Report Commissario Coronavirus

*Ventilatori Polmonari ad alta complessità

Approfondimento
[Instant Report #27](#)

Indicatore 3.29. Sospensione delle prestazioni in regime di ricovero (Classi A, B, C, D)



Nota:

1 sospensione di tutta l'attività chirurgica in elezione per la quale è previsto il ricovero in terapia intensiva post operatoria;
2 per tutte le strutture coinvolte nella rete dell'emergenza o comunque coinvolte nella gestione dei pazienti COVID-19.

Commento

L'indicatore mette in evidenza le scelte di rimodulazione delle prestazioni in regime di ricovero da parte delle regioni al fine di impiegare il personale sanitario delle strutture pubbliche o private prioritariamente nella gestione dell'emergenza. Al **25 novembre** sette regioni hanno deliberato, seppure con diversi approcci, la sospensione dei ricoveri. In particolare, Calabria, Campania, Lombardia, Puglia hanno sospeso tutte le prestazioni in regime di ricovero (classi di priorità A, B, C e D). Il Veneto ha, invece, sospeso tutta l'attività chirurgica in elezione per la quale è previsto il ricovero in terapia intensiva post operatoria.

L'Abruzzo ha deliberato la sospensione dei ricoveri con classi di priorità B, C e D mentre il Lazio ha sospeso esclusivamente i ricoveri con classe di priorità C e D per tutte le strutture coinvolte nella rete dell'emergenza o comunque coinvolte nella gestione dei pazienti COVID-19.

N.B. Classificazione priorità previste nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021

Classe A: ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi;

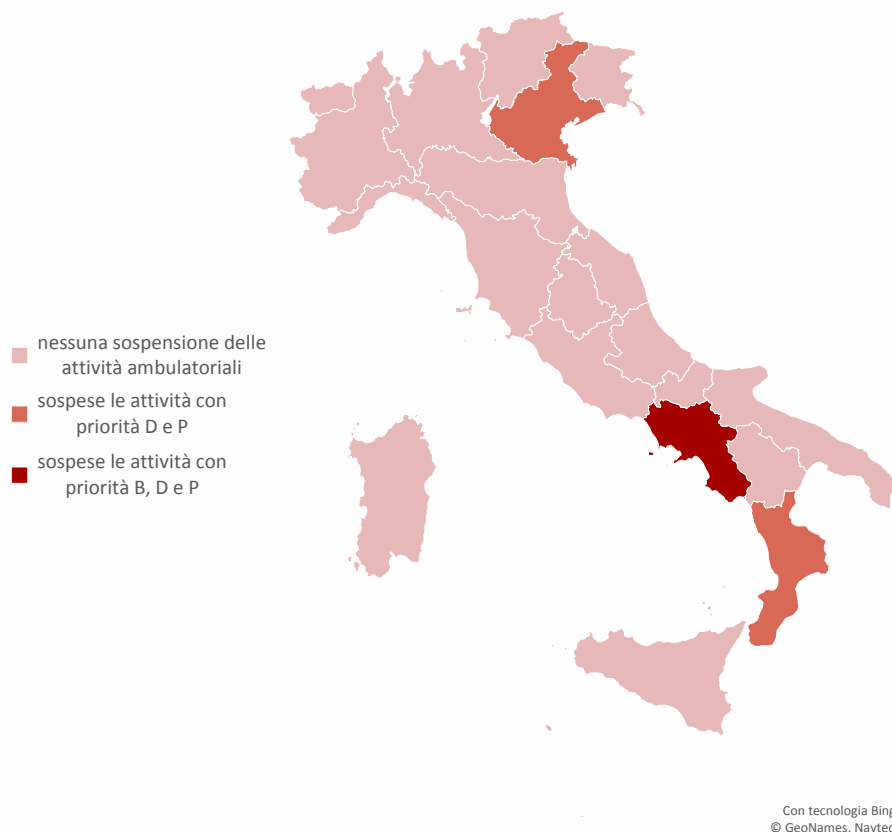
Classe B: ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

Classe C: ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

Classe D: ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Approfondimento
[Instant Report #30](#)

Indicatore 3.30. Sospensione delle prestazioni ambulatoriali (Classi di priorità U, B, D, P)



Commento

L'indicatore mette in evidenza le scelte di sospensione temporanea delle attività ambulatoriali da parte delle regioni al fine di impiegare il personale sanitario delle strutture pubbliche o private prioritariamente nella gestione dell'emergenza.

Al **25 novembre** sono tre le Regioni che hanno sospeso le prestazioni ambulatoriali: Calabria, Campania e Veneto. Anche in questo caso è possibile identificare differenti scelte operate dalle regioni.

La Campania ha deliberato la sospensione di tutte le attività ambulatoriali eccetto quelle urgenti (U) mentre la Calabria e il Veneto ha sospeso le attività differibili e programmate (D e P).

Le restanti regioni italiane non hanno emanato decreti o altri atti regionali relativi a sospensioni delle prestazioni ambulatoriali.

N.B. Classificazione priorità previste nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021

Classe U (Urgente), prestazioni da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;

Classe B (Breve), prestazioni da eseguire entro 10 giorni;

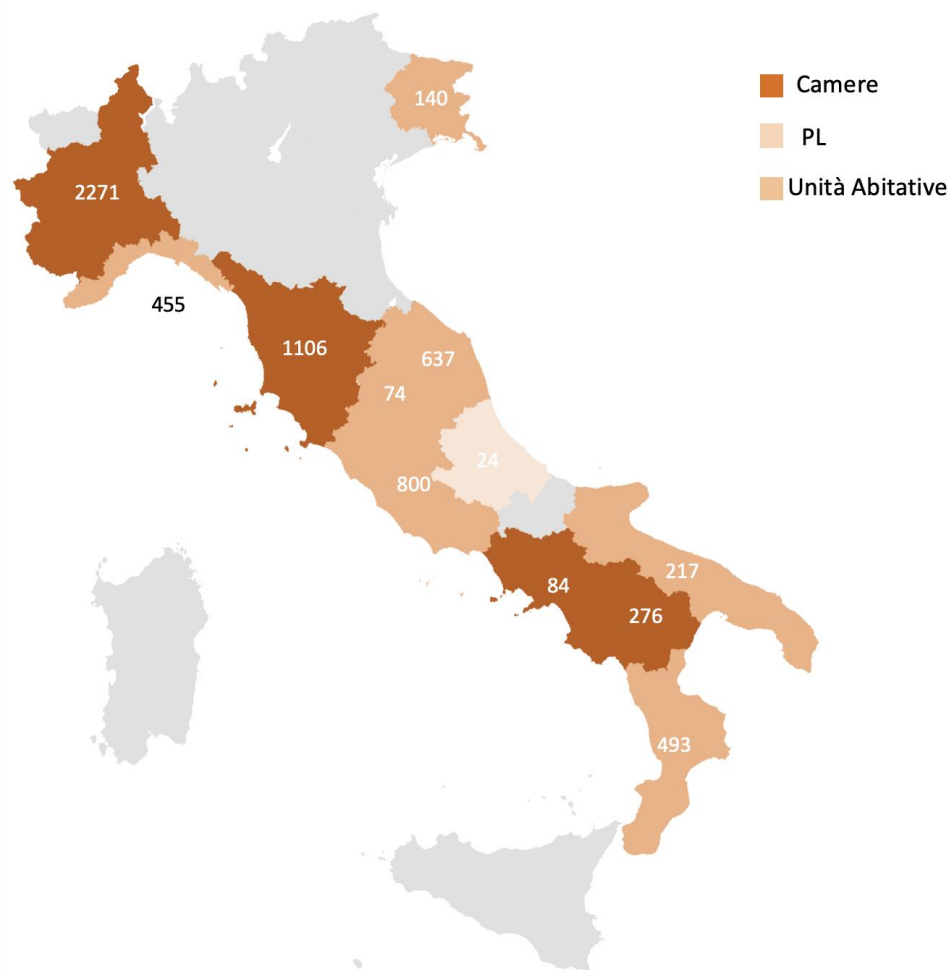
Classe D (Differibile), prestazioni da eseguire entro 30 giorni per le visite / entro 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;

Classe P (Programmata), prestazioni da eseguire entro 120 giorni. Fino al 31/12/2019 la Classe P è considerata da eseguirsi entro 180 giorni.

Approfondimento
[Instant Report #30](#)



Indicatore 3.31. Disponibilità di posti in strutture intermedie



Commento

Il grafico mostra al 1 dicembre l'andamento delle regioni con riferimento all'attivazione degli alberghi sanitari, ovvero strutture di accoglienza per pazienti covid-19 positivi. La Toscana ha 1106 camere con USCA presenti all'interno degli alberghi con maggior numero di camere disponibili. La Basilicata ha attivato 119 camere nella provincia di Potenza e 157 nella provincia di Matera.

Il Piemonte allo stato attuale presenta 2271 camere con l'obiettivo di attivare 1 posto letto ogni 4.000 abitanti. In Campania risulta disponibile l'Ospedale del Mare con 84 camere, tra singole e doppie. Il Lazio ha attivato 800 posti letto in diverse strutture alberghiere e presenta al momento un tasso di occupazione al 50%, mentre la Liguria mostra 455 PL attivi. L'Umbria, con 74 PL attivi, sta verificando l'idoneità di ulteriori strutture sul territorio mentre nella regione Marche sono ad oggi stati attivati 637 posti letto.

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

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

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

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



Analisi a livello aziendale

(Voci dal campo e buone pratiche)





Voci dal campo: *overview delle pratiche aziendali*

1. Pratiche di governo nella rete dei servizi locali

AUSL Bologna (IR#8), AUSL e AOU Parma (IR#10), AULSS 7 Pedemontana (IR#10), ATS Brescia (IR#13), ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda (IR#15), AUSL Imola (IR#17)

2. Pratiche di riorganizzazione intra-organizzativa

Ospedale di Sassuolo (IR#9), ASST Pini CTO (IR#11), Fond. Pol. Univ. Agostino Gemelli IRCCS (IR#12), ASST Lodi (IR#14), Istituto Nazionale Tumori (IR#16), AUSL Reggio-Emilia (IR#16), ASP Crotone (IR#22), ASL Foggia (IR#23), AO Alessandria (IR#27), ASST di Lecco (IR#28), ASST Papa Giovanni XXIII (IR#30)

3. Pratiche di innovazione ed apprendimento nelle funzioni di staff

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



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



AULSS 7 Pedemontana ([IR#10](#))

I processi decisionali al tempo del Covid-19

ATS di Brescia ([IR#13](#))

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

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda ([IR#15](#))

Hub per le reti tempo-dipendenti e di alta specialità

AUSL di Bologna ([IR#8](#))

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

AUSL e AOU di Parma ([IR#10](#))

La Centrale Coordinamento Emergenza Covid-19

AUSL di Imola ([IR#17](#))

Pratiche di gestione strategica nello spegnimento del focolaio di Medicina



Gruppo 2 - Overview delle pratiche di riorganizzazione intra-organizzativa



AO Alessandria ([IR#27](#))

Processi di integrazione nella presa in carico dei pz /soggetti COVID

ASST Pini-CTO ([IR#11](#)) - Modelli organizzativi flessibili per la gestione dei traumi ortopedici durante l'emergenza Covid-19

ASST di Lodi ([IR#14](#)) - Pratiche di bed management e di transitional care in tempo di Covid-19

Istituto Nazionale Tumori ([IR#16](#)) - Gestione dell'emergenza COVID: processi di integrazione nella presa in carico dei pazienti/soggetti Covid-19

ASST Lecco ([IR#128](#)) - Separazione dei flussi e riprogrammazione dei flussi per la gestione dell'emergenza COVID

ASST Para Giovanni XXII ([IR#30](#)) - Telemedicina per seguire i pazienti COVID e per assicurare la continuità di cura ai pazienti non-COVID

Ospedale di Sassuolo ([IR#9](#))

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

AUSL di Reggio-Emilia ([IR#20](#))

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

ASL di Foggia ([IR#223](#))

Telemedicina per seguire i pazienti COVID e per assicurare la continuità di assistenza e cura ai pazienti non-COVID

ASP di Crotone ([IR#22](#))

L'esperienza dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone: il processo di riorganizzazione

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

L'esperienza dell'ospedale Covid Gemelli

Gruppo 3 - Overview delle pratiche di innovazione ed apprendimento nelle funzioni di staff



Fondazione Poliambulanza ([IR#13](#))

Vivere e lavorare post Covid-19

AOU di Modena ([IR#15](#))

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

Policlinico San Martino di Genova ([IR#16](#))

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



Voci dal campo: overview Conessioni e supporti per la comunicazione digitale



Conessioni e supporti per la comunicazione digitale

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





Analisi della programmazione vaccinale

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

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

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

Approfondimento
[Instant Report #24](#)



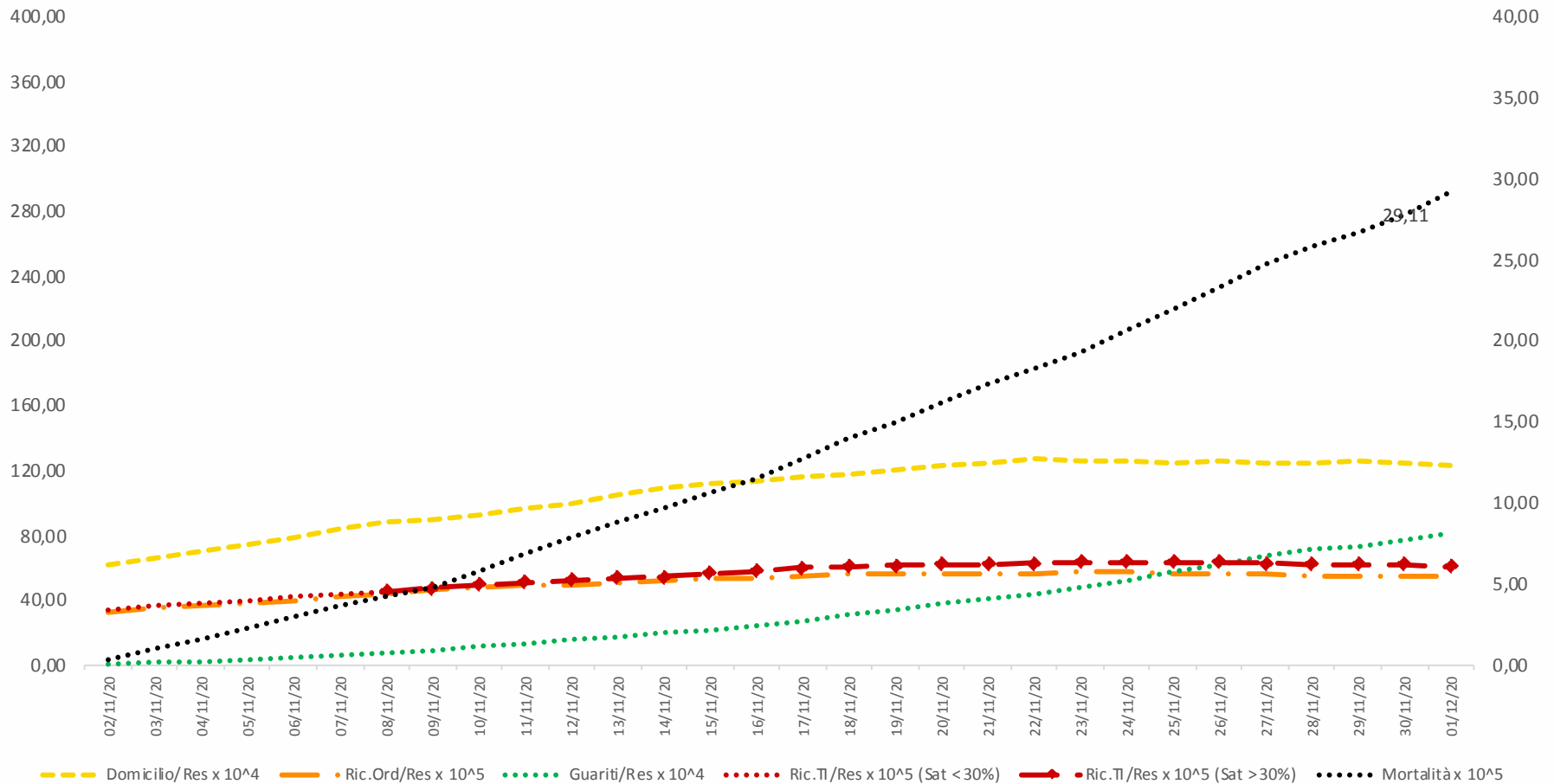


Analisi dei profili regionali

Analizzando i dati pubblicati giornalmente dalla Protezione Civile per seguire l'andamento epidemiologico nelle varie Regioni si è deciso di analizzare l'andamento di alcuni valori specifici a livello nazionale e nelle singole regioni. In particolare, si monitora contemporaneamente l'andamento: della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico.



Andamento valori Nazionali negli ultimi 30 giorni

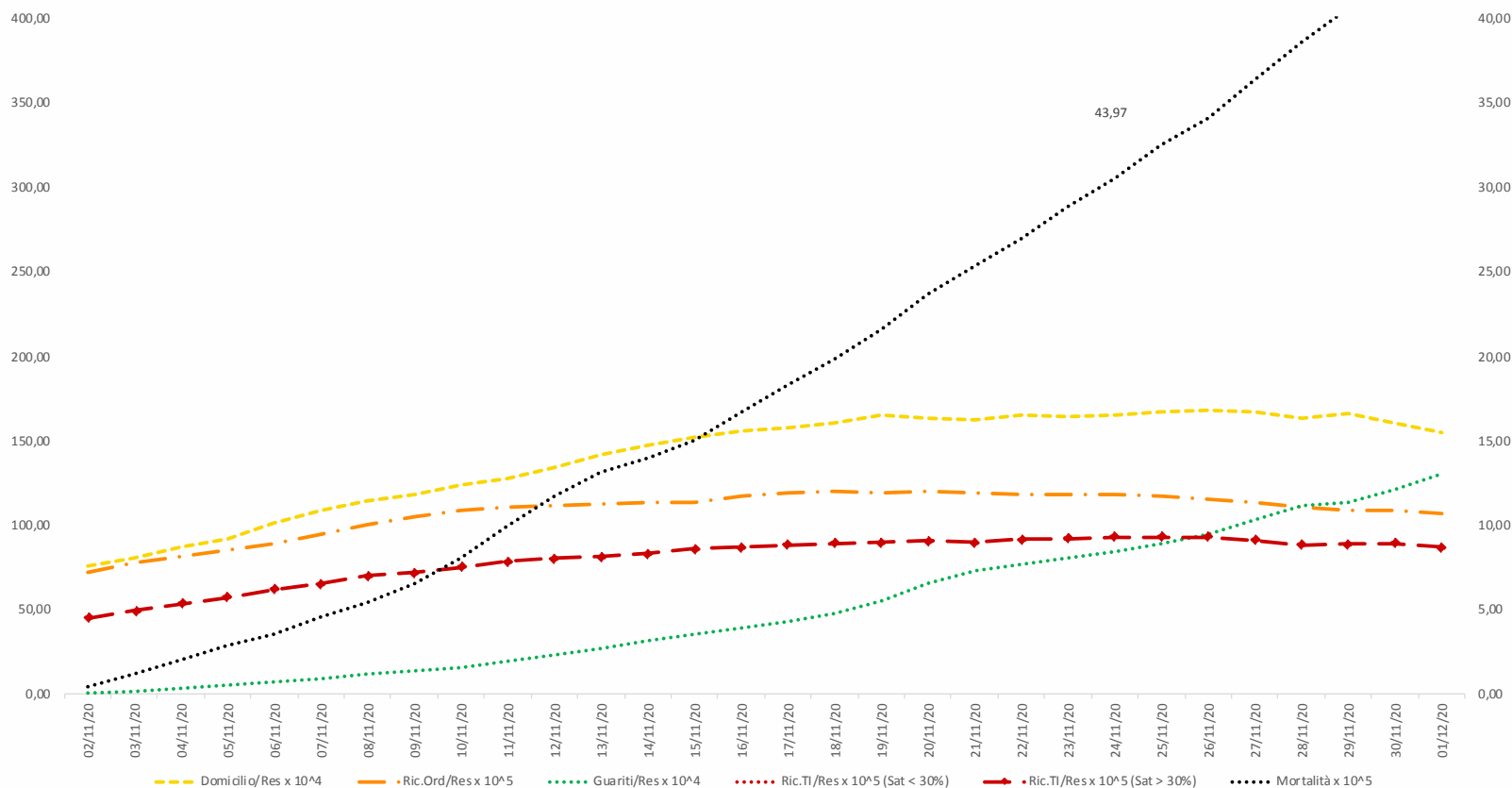


Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. A livello nazionale si osserva un rallentamento della crescita dei casi isolati a domicilio ed ospedalizzati, mentre il numero di deceduti e guariti continua a salire. La curva dei ricoverati in terapia intensiva (rosso scuro) mostra due formati differenti, a seconda se sia stata o meno superata la soglia di allerta indicata dal Ministero della Salute (30% di occupazione dei PL): in Italia il 30% di saturazione delle Terapie Intensive è stato superato l'8 novembre.



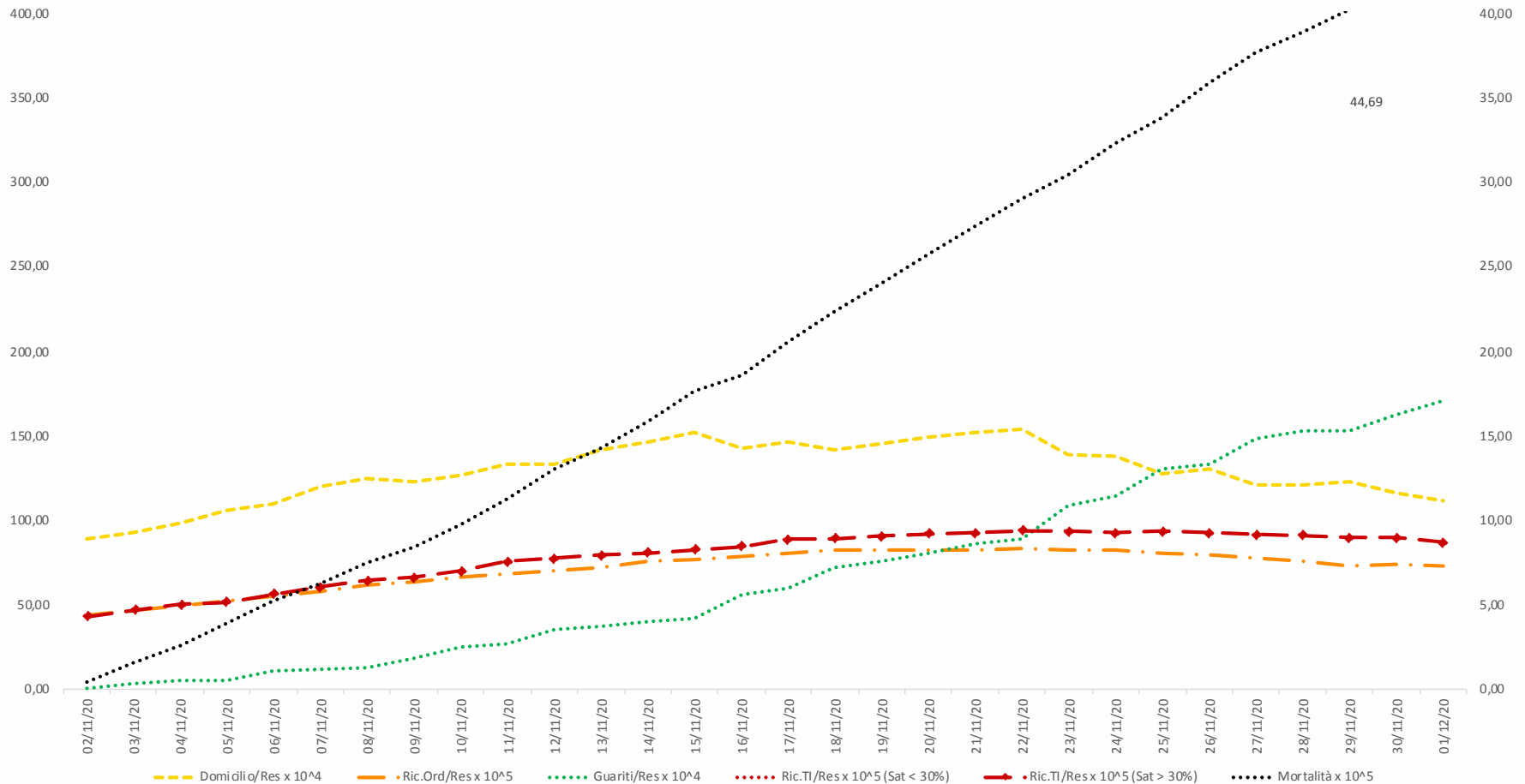
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Piemonte



Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Piemonte si osserva un rapporto tra ricoveri ordinari e ricoveri intensivi maggiore rispetto al livello nazionale. Il valore dei ricoverati registra una lieve flessione, per tanto, nel periodo considerato, la saturazione dei posti letto di terapia intensiva sia costantemente al di sopra della soglia di allerta del 30%. Il valore degli isolati a domicilio registra a sua volta una lieve flessione, che si accompagna ad un continuo aumento del numero dei guariti. Rapida crescita nel numero dei deceduti.

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Lombardia

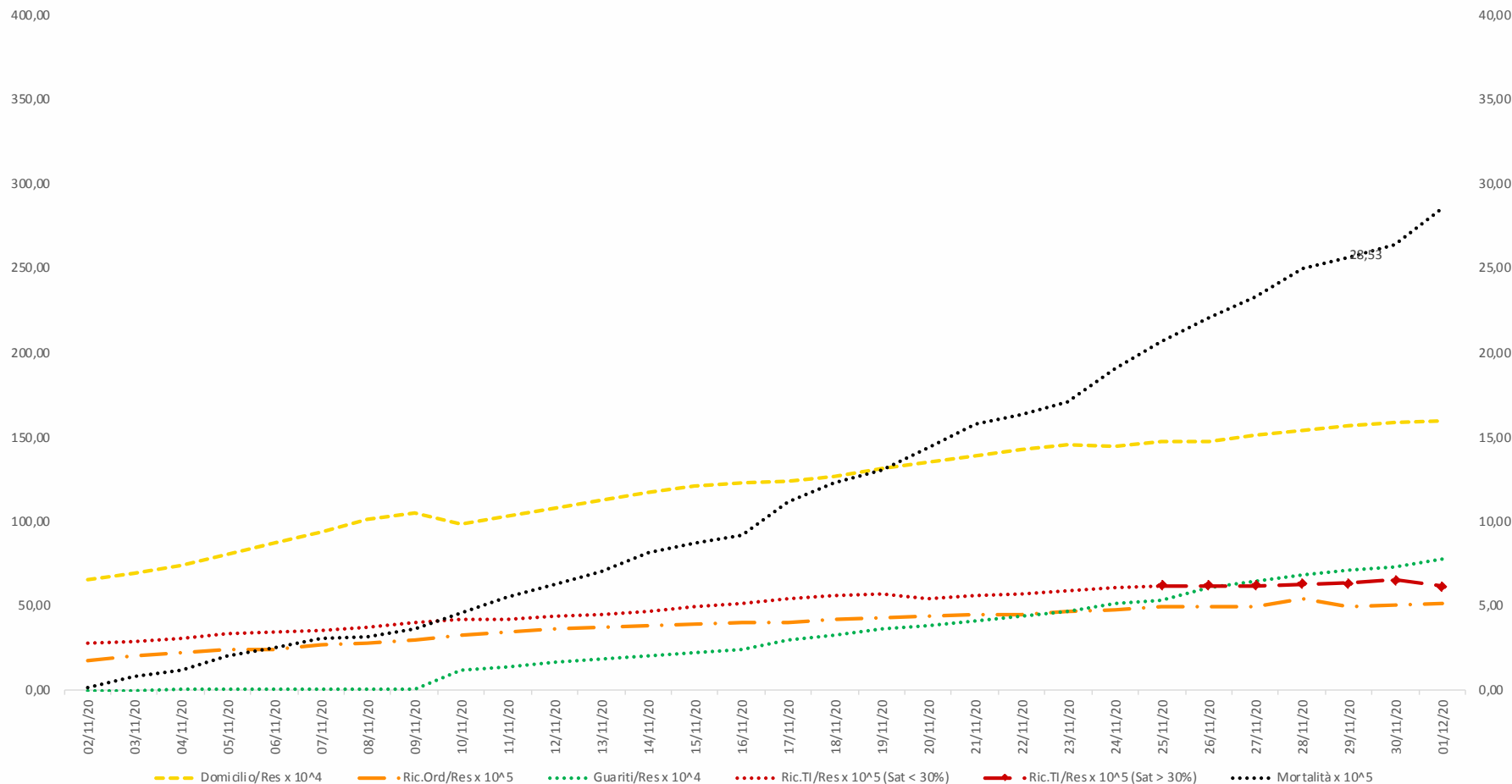


Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Lombardia si enfatizza la diminuzione del numero degli isolati a domicilio a seguito dell'aumento nel numero dei guariti: i due fenomeni si possono seguire specularmente nelle rispettive curve; si osserva un rapporto tra ricoveri ordinari e ricoveri intensivi in linea rispetto al livello nazionale. Il valore dei ricoverati registra una lieve flessione, per quanto, nel periodo considerato, la saturazione dei posti letto di terapia intensiva sia costantemente al di sopra della soglia di allerta del 30%. Rapida crescita nel numero dei deceduti.



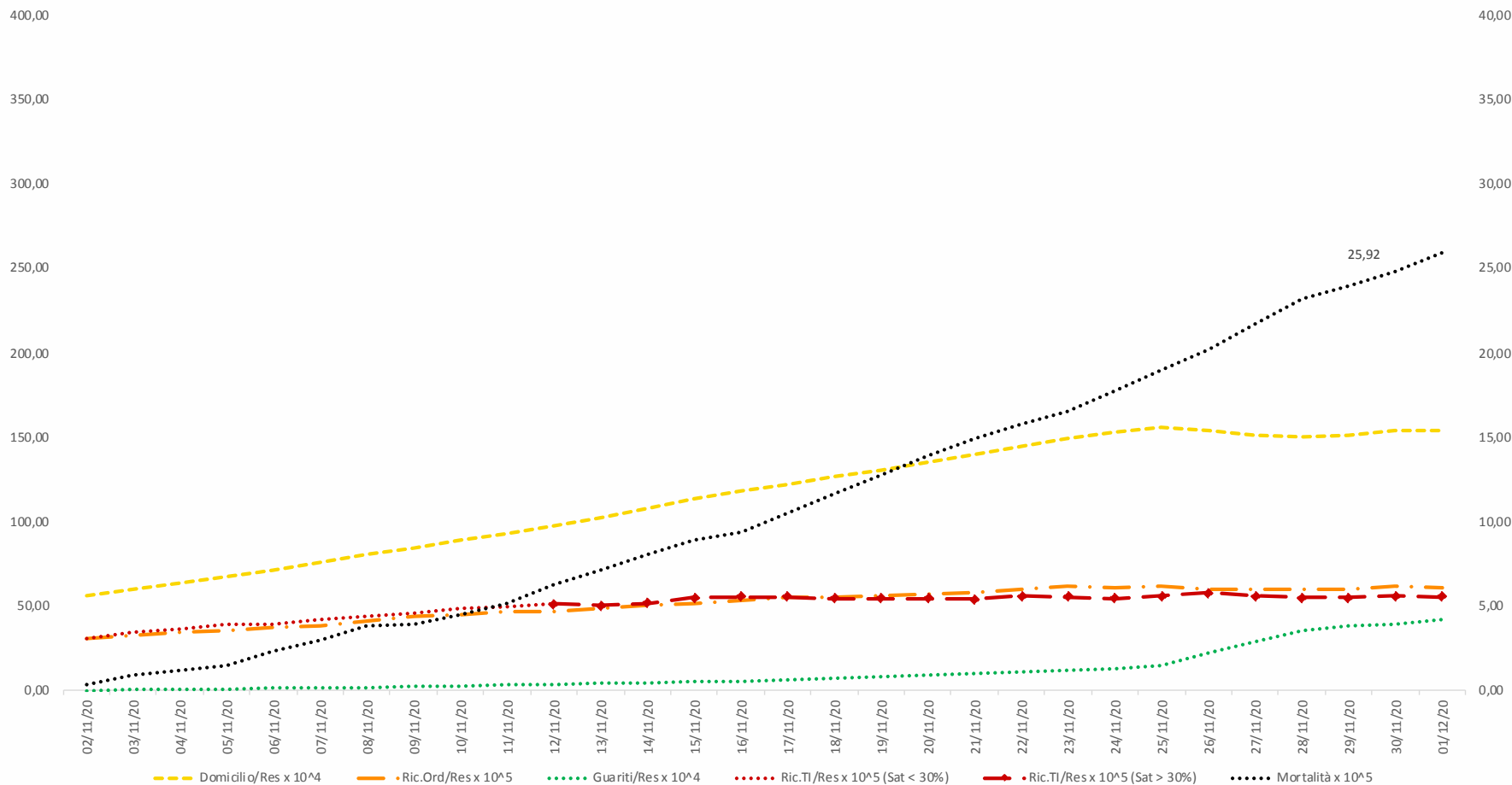
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Veneto



Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Veneto si osserva una costante crescita nei valori degli isolati a domicilio, nonché, sebbene più lenta, dei ricoverati. La soglia di saturazione del 30% dei posti di terapia intensiva è stata superata il 25 novembre, essendo peraltro il Veneto la Regione italiana che ha raggiunto la maggiore disponibilità di posti letto di terapia intensiva in rapporto alla popolazione residente (al di là della Val d'Aosta). Nelle ultime tre settimane si segnala un costante aumento nel numero dei guariti. Costante la crescita nel numero dei deceduti.

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Emilia-Romagna

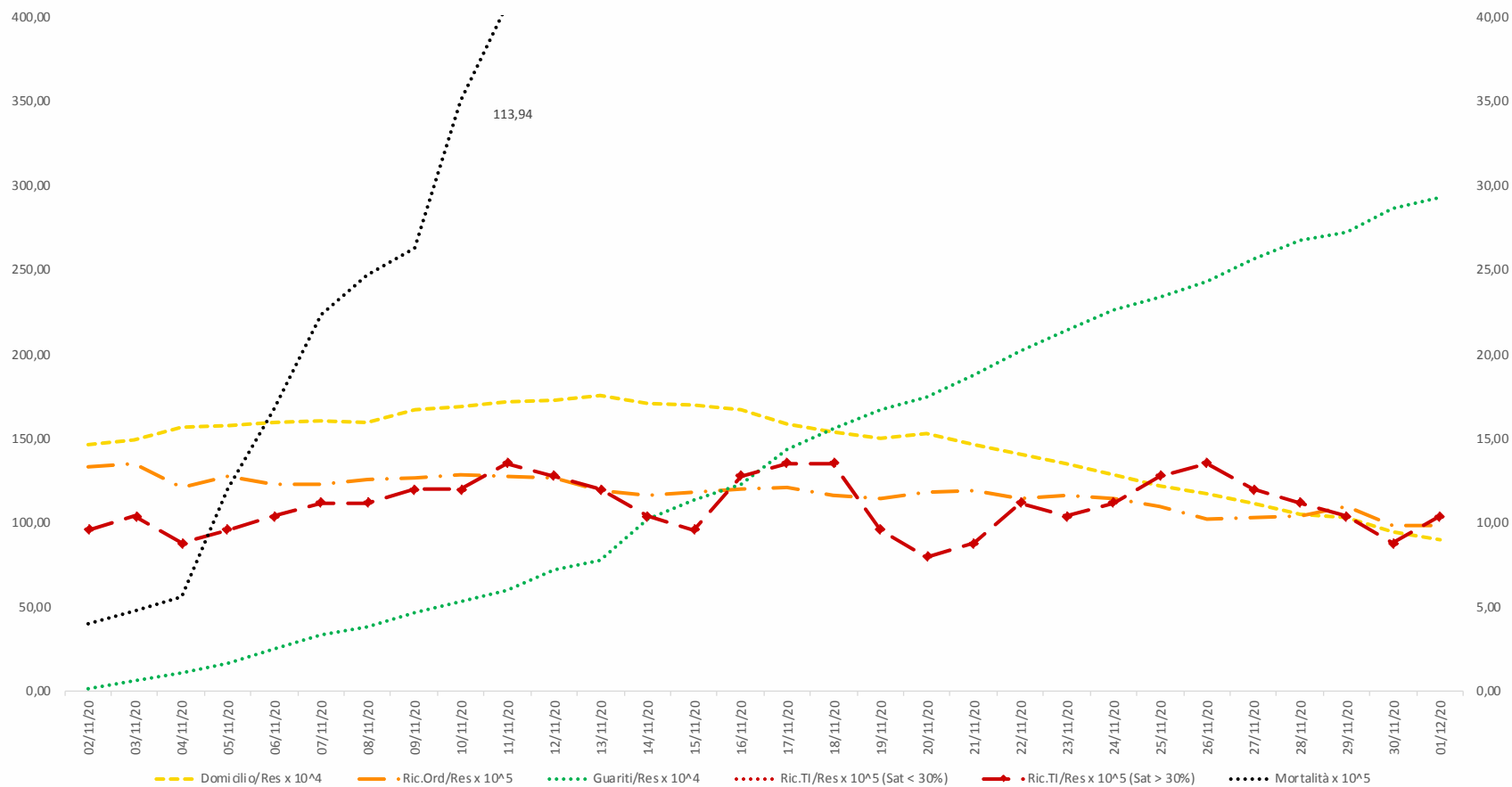


Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Emilia-Romagna si osserva un assestamento nei valori degli isolati a domicilio e dei ricoverati, per quanto da tutta la seconda metà di ottobre, la Regione registra dei valori di saturazione della terapia intensiva oltre la soglia del 30%. Nell'ultima settimana si osserva un rapido aumento nel numero dei guariti. Costante crescita nel numero dei deceduti.



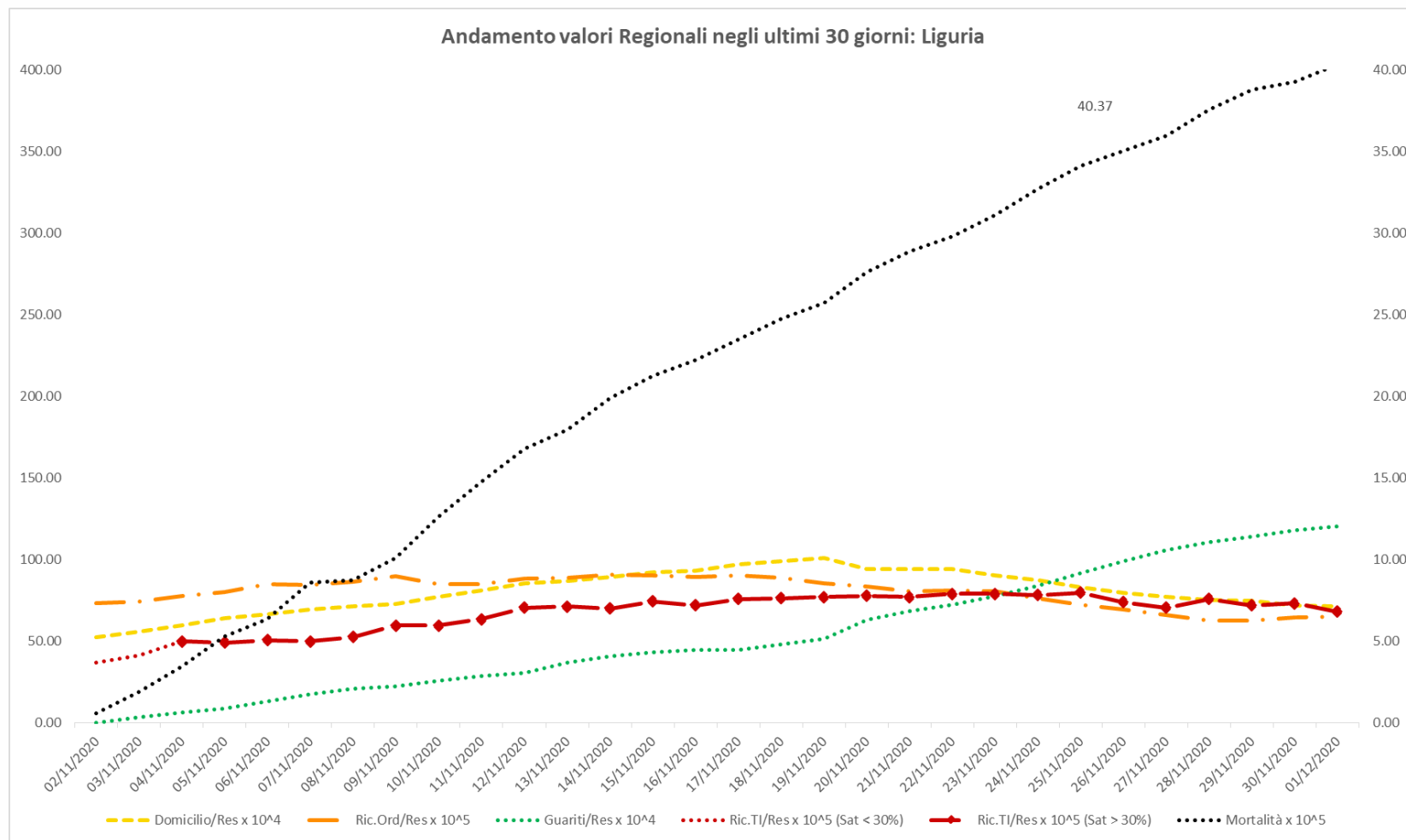
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Valle d'Aosta



Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella regione si riscontra un tasso di ospedalizzazione in regime di ricovero ordinario relativamente stabile a partire dal 2 novembre, ma anche un quadro altalenante in merito ai ricoveri in terapia intensiva, con scostamenti importanti nel giro di pochi giorni. La soglia del 30% della saturazione della terapia intensiva è stata raggiunta già all'inizio del mese. Il tasso di isolamento domiciliare ha visto una iniziale crescita, in linea con l'andamento nazionale, ma un rapido appiattimento della curva ed un successivo trend di diminuzione. Il tasso di guarigione è in costante e sostenuto aumento, superando di molto la media nazionale. Decisamente altissimo è il tasso di crescita della mortalità, ben al di sopra della media nazionale (nel grafico non è possibile rappresentarne l'andamento a partire dal 5 novembre, poiché fuori scala).

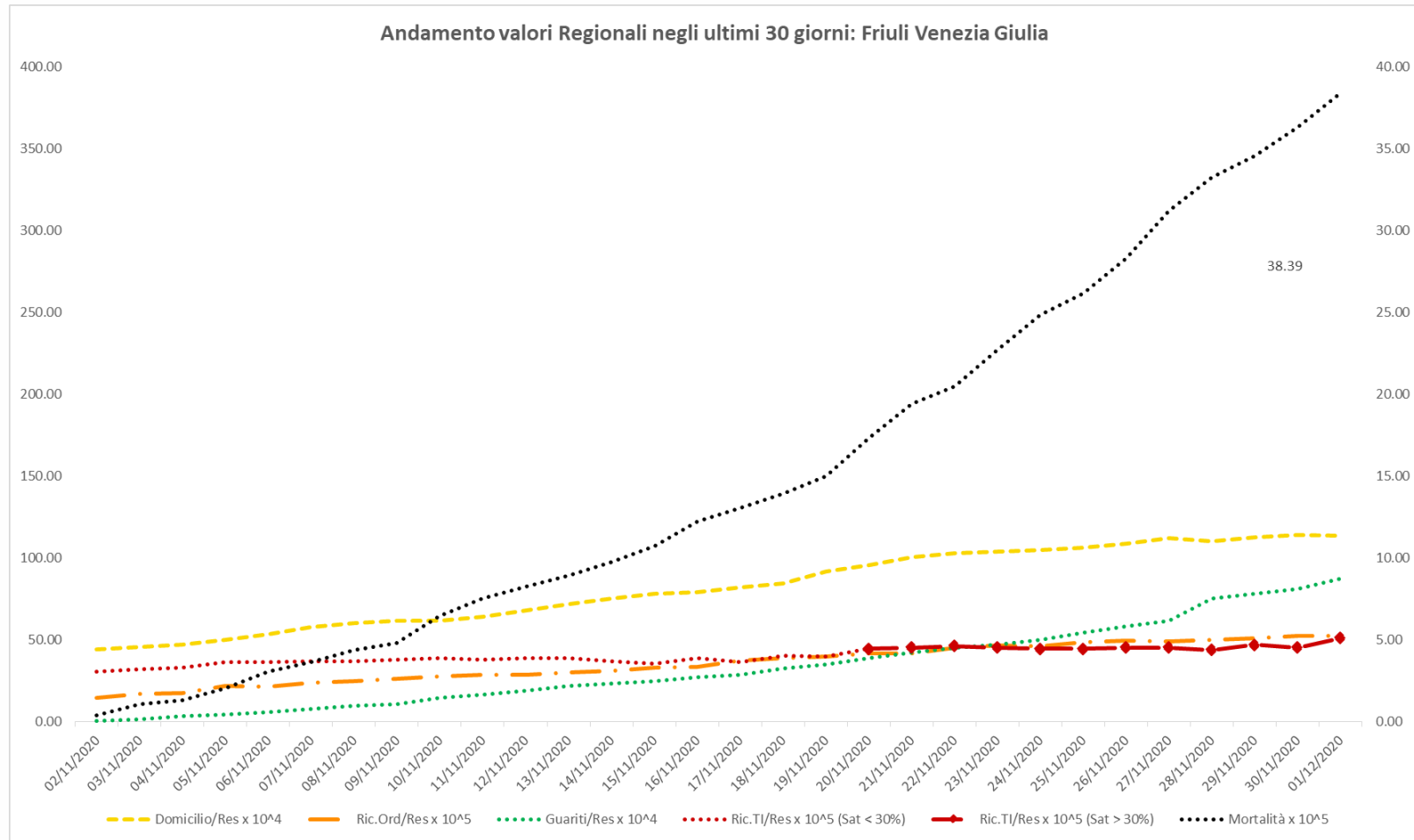
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Liguria



Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Liguria, il tasso di ospedalizzazione si conferma stabile ed in linea con il trend nazionale. Risulta in diminuzione, e più basso della media nazionale, il tasso di isolamento domiciliare. Si riscontra un importante aumento dei guariti, ma anche una decisa crescita del tasso di mortalità, portando la regione a superare in modo significativo i valori medi nazionali.

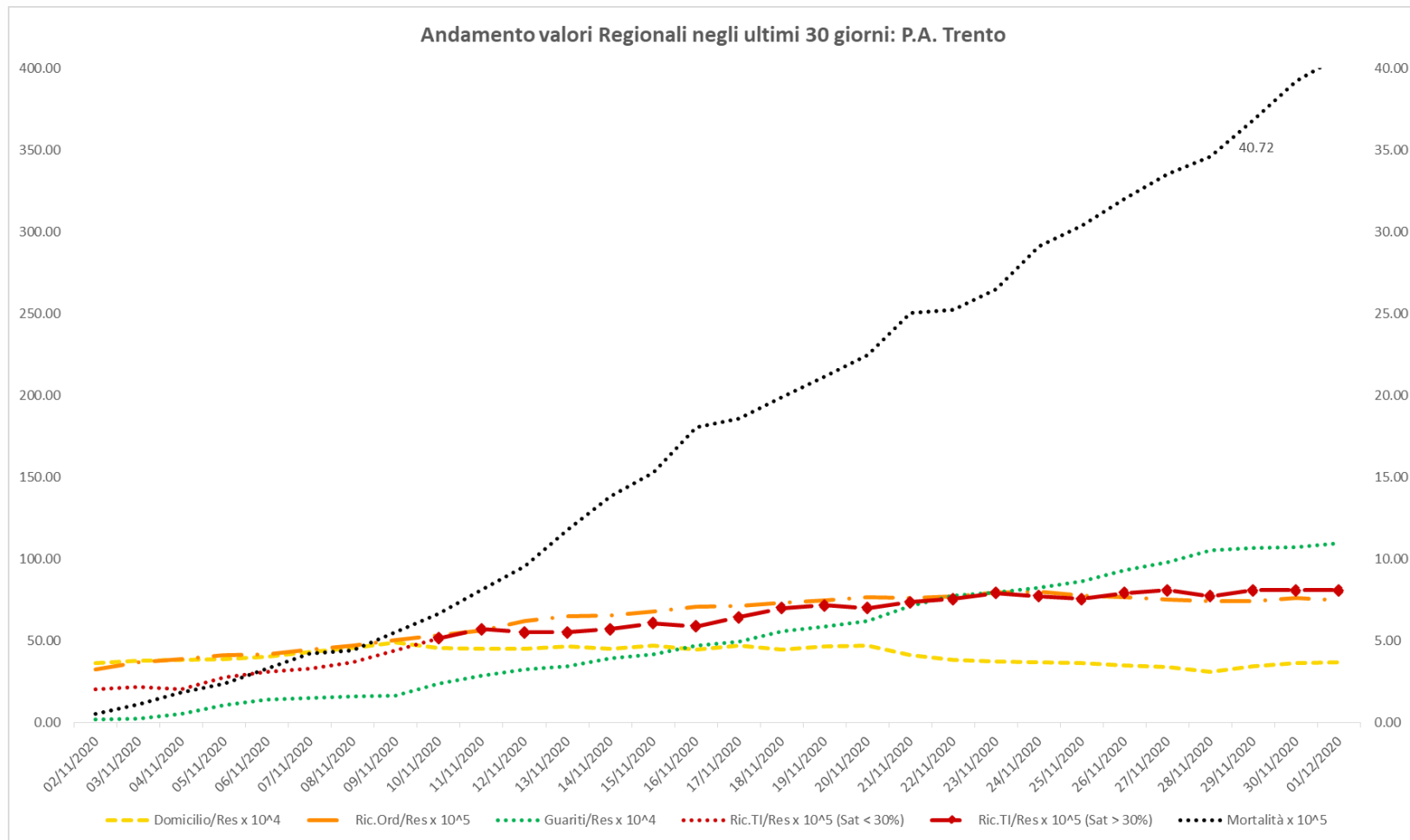
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Friuli-Venezia Giulia



Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella regione si rileva un tasso di ospedalizzazione complessivamente più basso della media nazionale, con una tendenza alla stabilizzazione. La soglia del 30% della saturazione della terapia intensiva è stata raggiunta il 20 novembre, ben più tardi rispetto alla media nazionale. Il tasso di isolamento domiciliare tende alla stabilizzazione. Il numero di guariti, caratterizzato da una costante e lieve crescita, ha subito negli ultimi giorni un aumento importante; risulta sostenuta la crescita della mortalità.

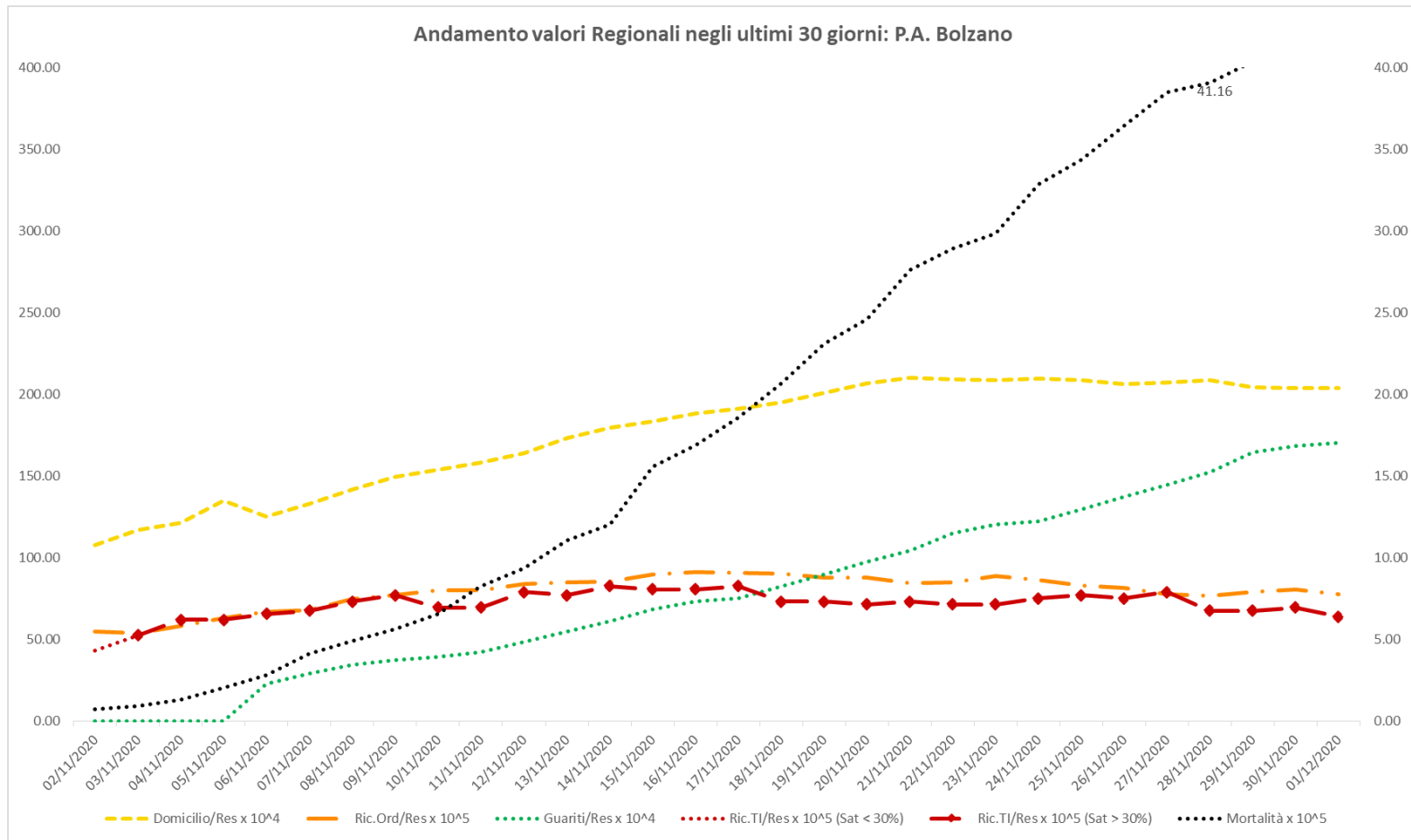
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: PA Trento



Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella provincia autonoma di Trento si rileva un tasso di ospedalizzazione leggermente superiore alla media nazionale, con una tendenza alla stabilizzazione. La soglia del 30% della saturazione della terapia intensiva è stata raggiunta il 10 novembre. Il numero di guariti presenta una lieve ma costante crescita. Risulta tendenzialmente stabile il tasso di isolamento domiciliare, decisamente inferiore alla media nazionale. E' invece molto ripida la curva di crescita della mortalità.

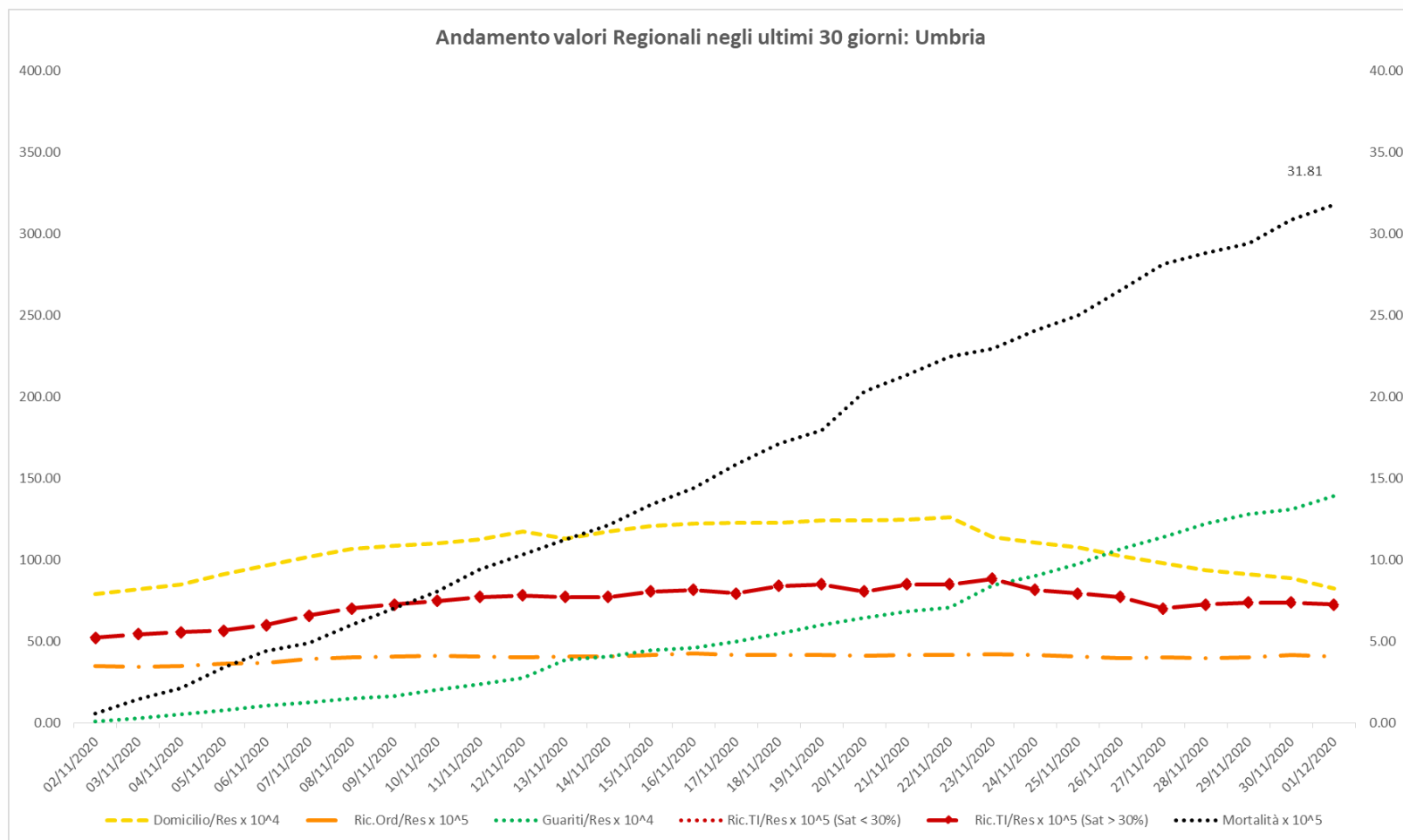
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: PA Bolzano



Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella provincia autonoma di Bolzano si rileva una graduale stabilizzazione dei ricoveri in terapia intensiva e non. La soglia del 30% della saturazione della terapia intensiva è stata raggiunta già il 3 novembre. È sostenuto l'aumento degli isolamenti domiciliari, con valori ben più elevati della media nazionale. A partire dal 5 novembre è in costante crescita il numero dei guariti, ed è decisamente in crescita il tasso di mortalità.

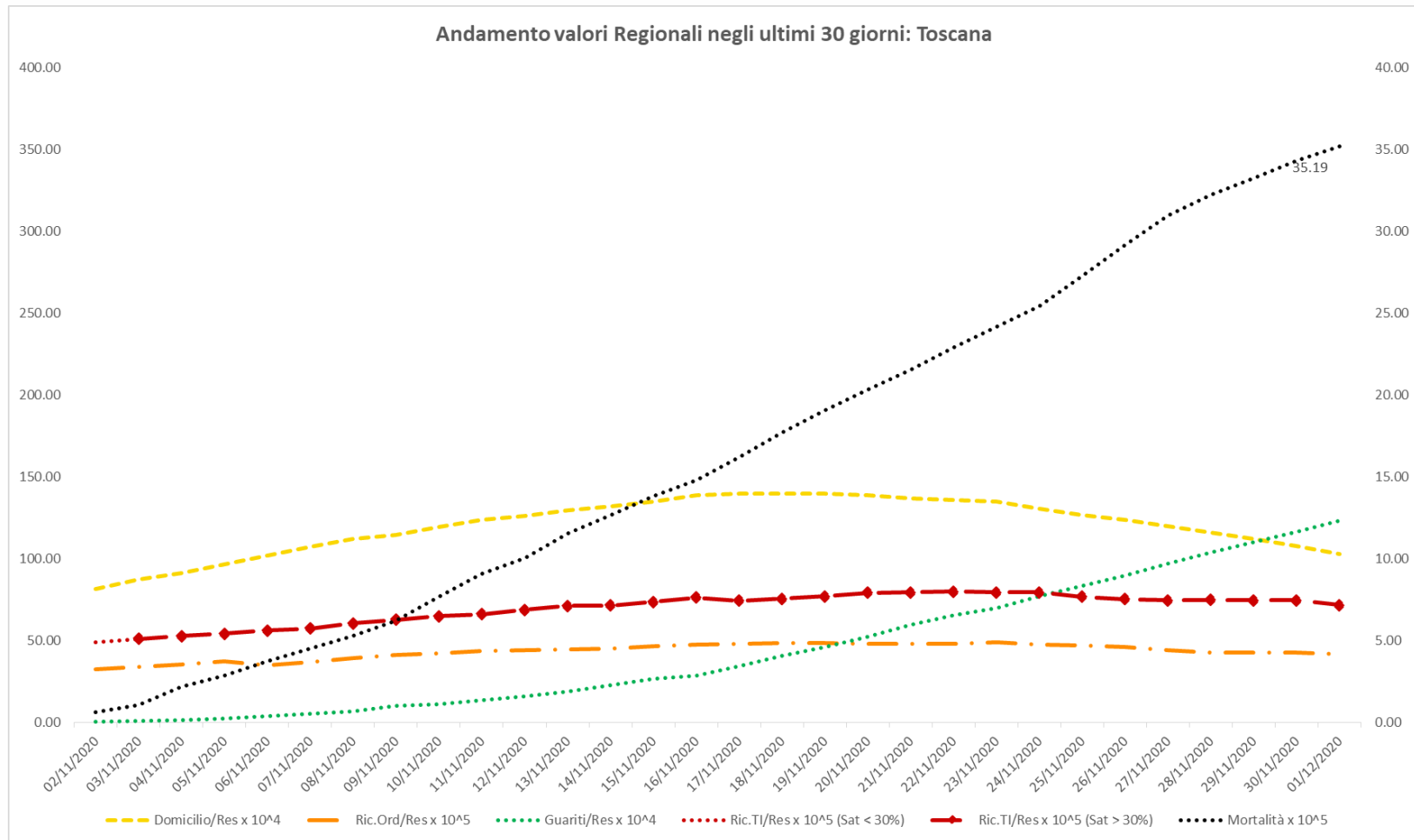
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Umbria



Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Umbria si rileva tasso di ospedalizzazione tendenzialmente stabile, con una costante prevalenza dell'ospedalizzazione in terapia intensiva rispetto a quella ordinaria. La soglia del 30% della saturazione della terapia intensiva era già stata raggiunta il 30 ottobre. Si rileva una iniziale stabilizzazione degli isolamenti a domicilio con un rilevante calo negli ultimi giorni. Si accentua la tendenza all'aumento dei guariti e rimane rilevante la crescita della mortalità.

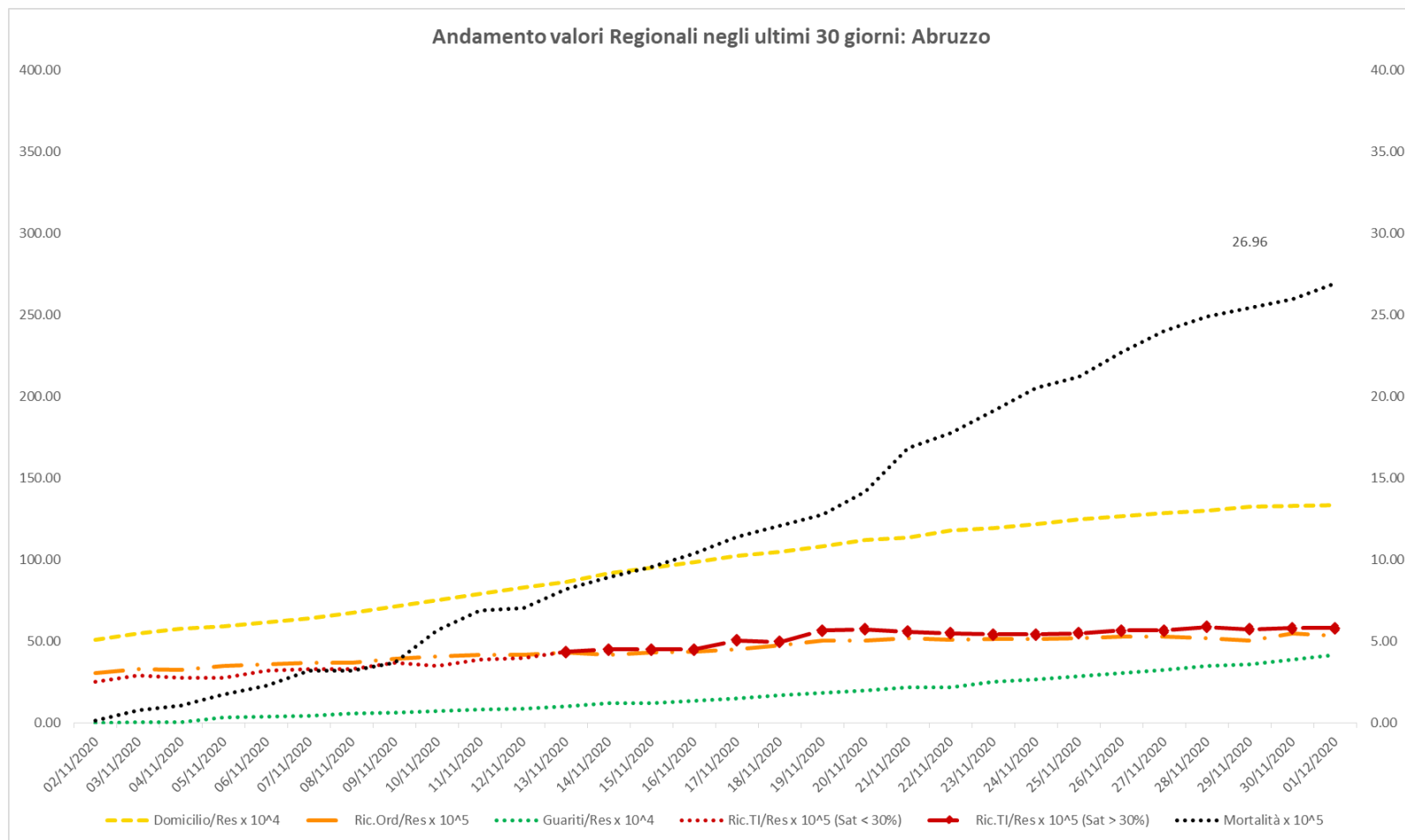
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Toscana



Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Toscana si rileva un tasso di ospedalizzazione tendenzialmente stabile, con una costante prevalenza dell'ospedalizzazione in terapia intensiva rispetto a quella in reparti non intensivi. La soglia del 30% della saturazione della terapia intensiva era già stata raggiunta il 3 novembre. Si rileva una graduale tendenza alla diminuzione degli isolamenti a domicilio ed un importante incremento del numero di guariti a partire dal 12 novembre. Costante e rilevante è il tasso di crescita della mortalità.

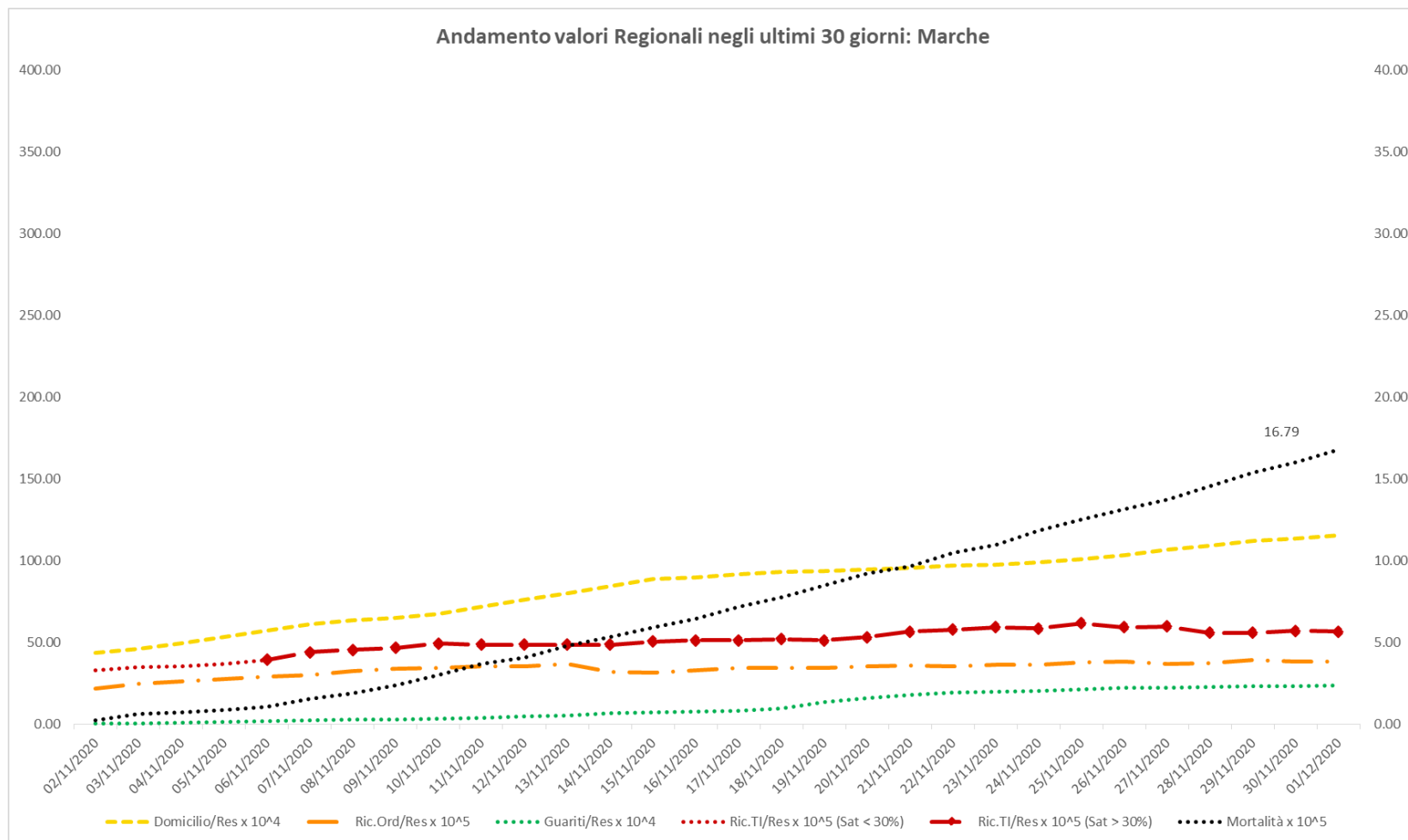
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Abruzzo



Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Abruzzo si rileva un tasso di ospedalizzazione tendenzialmente stabile. La soglia del 30% della saturazione della terapia intensiva è stata raggiunta il 13 novembre, in un momento successivo rispetto alla media nazionale. Si osserva una crescita costante ma moderata degli isolamenti a domicilio ed una lieve crescita del numero di guariti. In linea con il trend nazionale, è importante la crescita della mortalità.

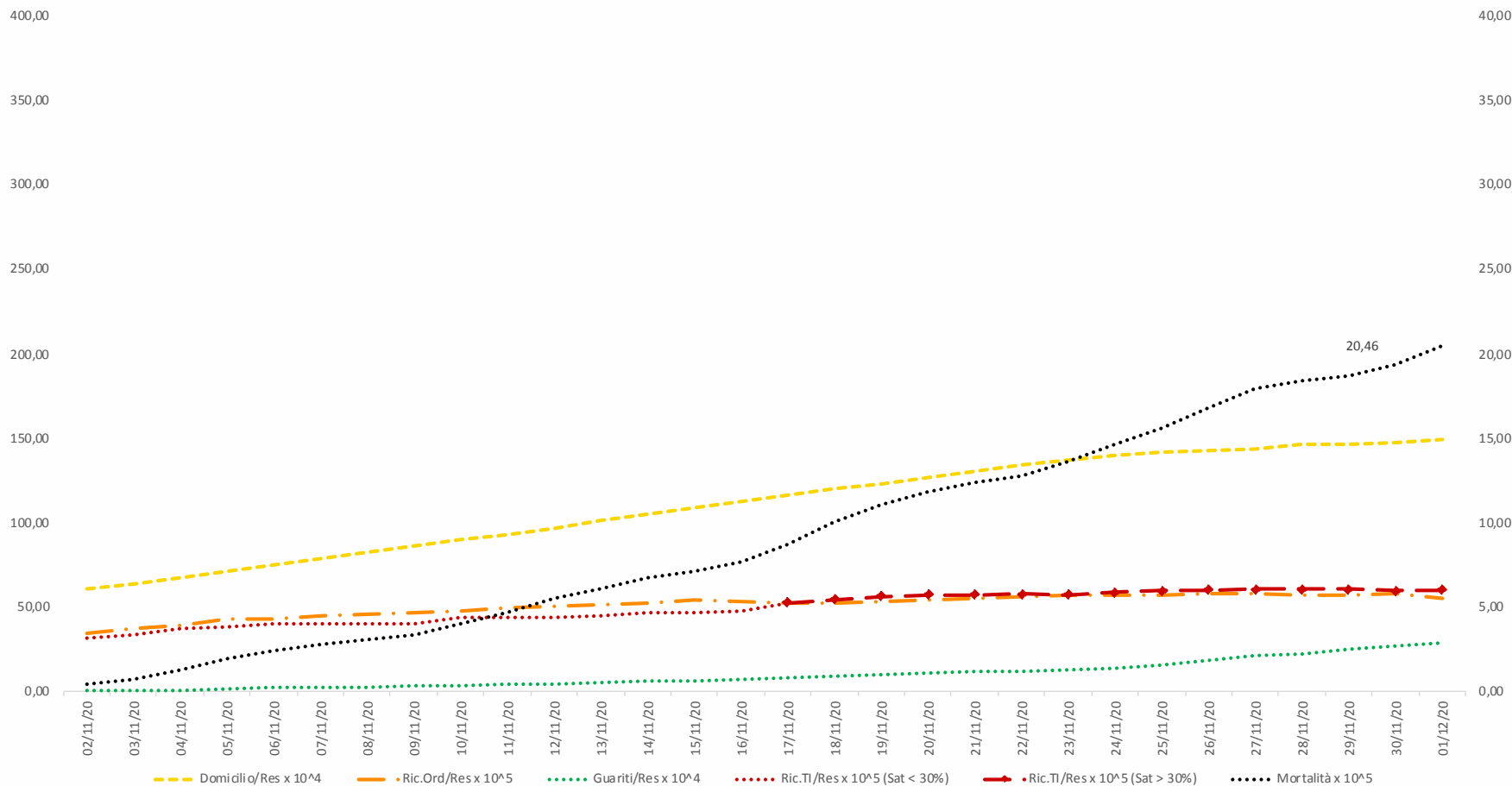
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Marche



Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Marche si rileva un tasso di ospedalizzazione tendenzialmente stabile, con una costante prevalenza dell'ospedalizzazione in terapia intensiva rispetto a quella ordinaria. La soglia del 30% di saturazione della terapia intensiva è stata raggiunta in data 6 novembre. Si rileva una moderata crescita degli isolamenti a domicilio ed una sostanziale stabilizzazione del tasso di guarigione. Sostenuto, seppur inferiore alla media nazionale, il trend di crescita della mortalità.

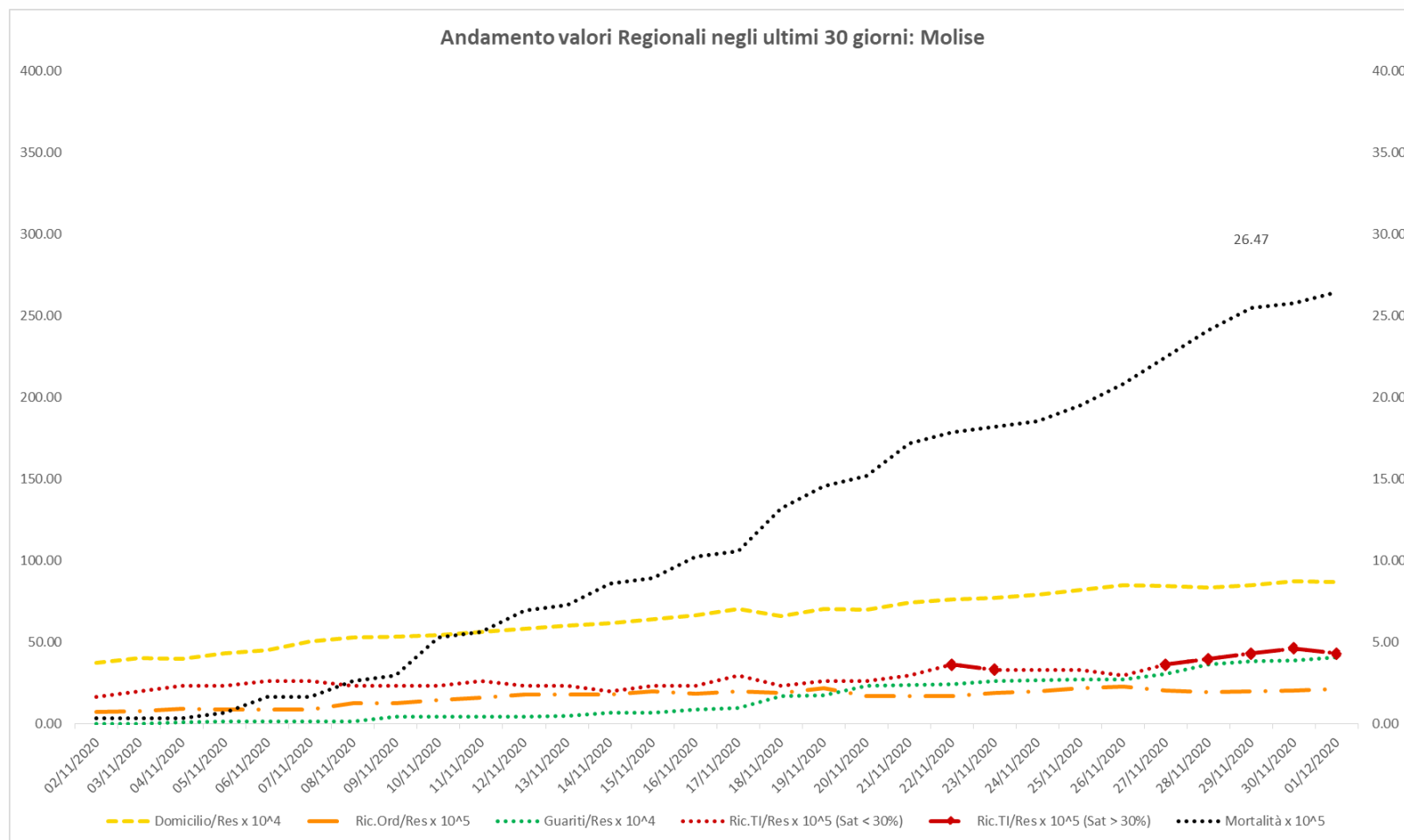
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Lazio



Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Lazio si osserva una costante crescita nei valori degli isolati a domicilio, sebbene la dinamica di questa crescita paia rallentare. I valori dei ricoverati paiono assestarsi. La soglia di allerta circa la saturazione della terapia intensiva è stata raggiunta il 17 novembre. Nelle ultime due settimane si inizia ad osservare un lieve aumento nel numero dei guariti, che pare accelerare nell'ultima settimana. Costante crescita nel numero dei deceduti.

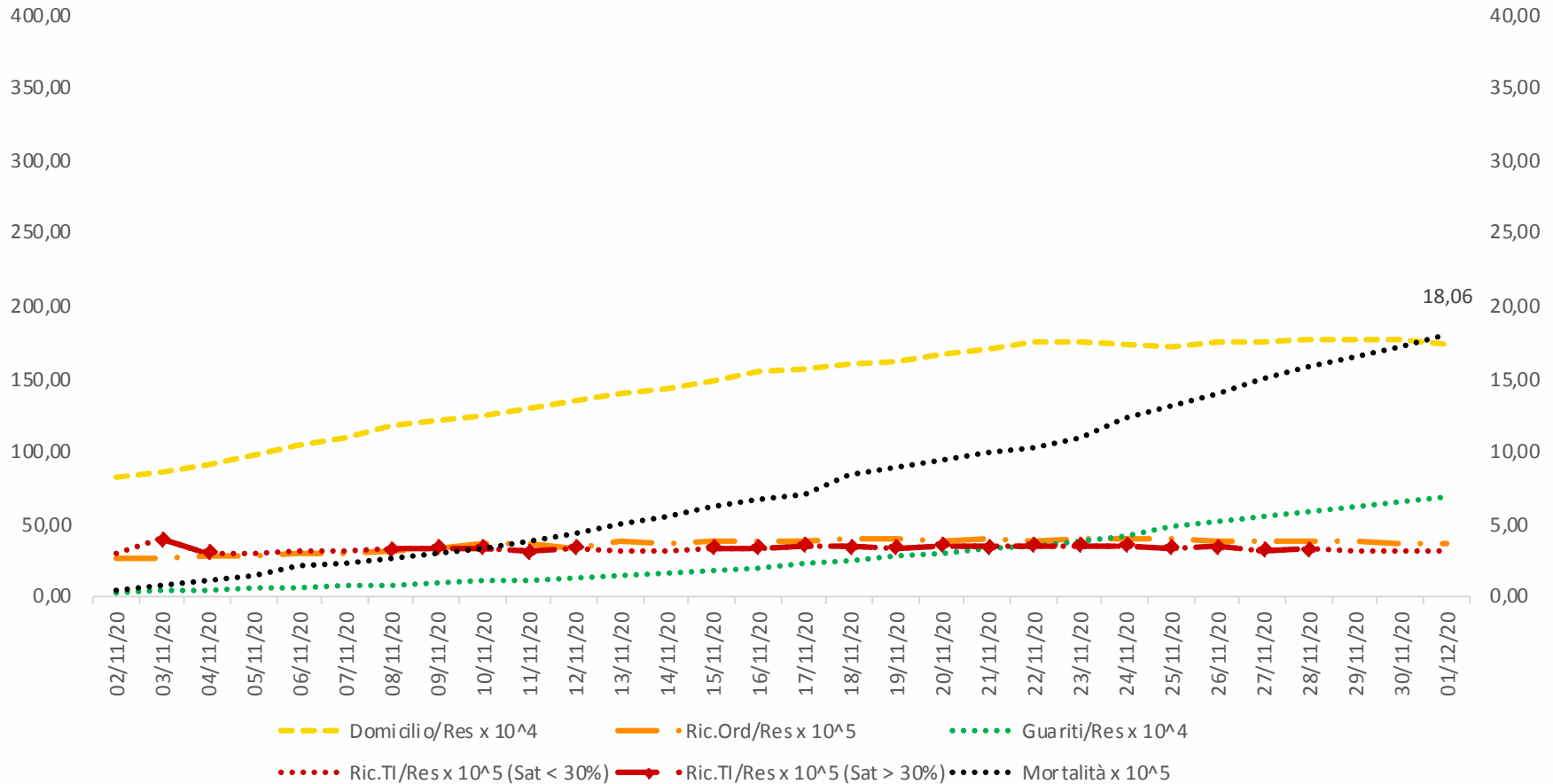
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Molise



Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Molise si rileva un tasso di ospedalizzazione stabile ed al di sotto della media nazionale, seppur con un aumento dei ricoveri in terapia intensiva negli ultimi giorni. La soglia del 30% della saturazione della terapia intensiva è stata superata nei giorni più recenti. Si riscontra una stabilizzazione del tasso di isolamento domiciliare ed una tendenziale stabilizzazione delle guarigioni, se non per un lieve e recente incremento. E' ripida e sostenuta la crescita della mortalità, seppur leggermente inferiore alla media nazionale.

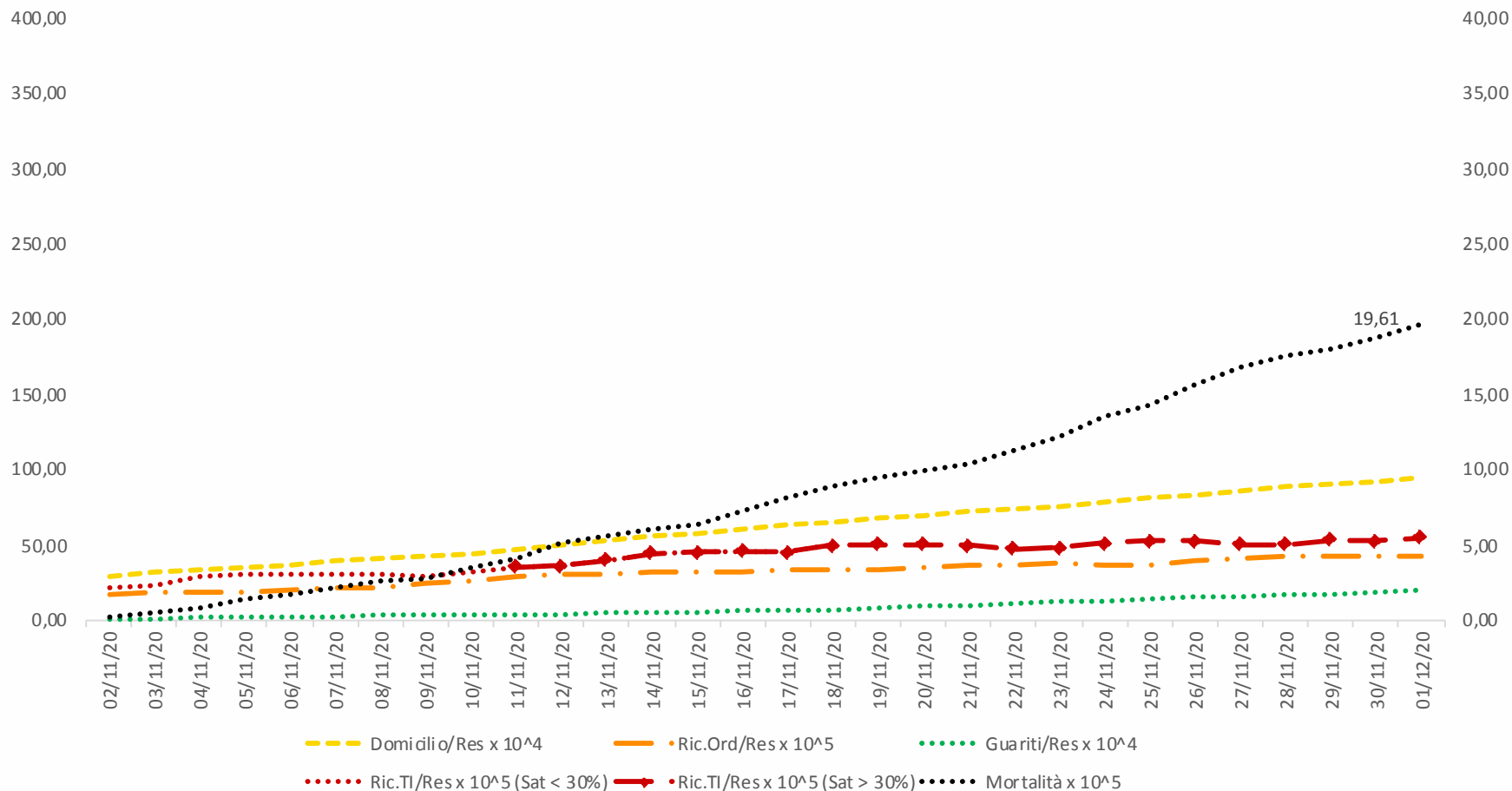
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Campania



Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Campania gli isolati a domicilio e i ricoverati sembrano costanti in valore, nell'ultima settimana. La soglia di allerta circa la saturazione della terapia intensiva è stata raggiunta il 3 novembre. Nell'ultima settimana si inizia ad osservare un aumento nel numero dei guariti. In crescita anche il numero dei deceduti.

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Puglia

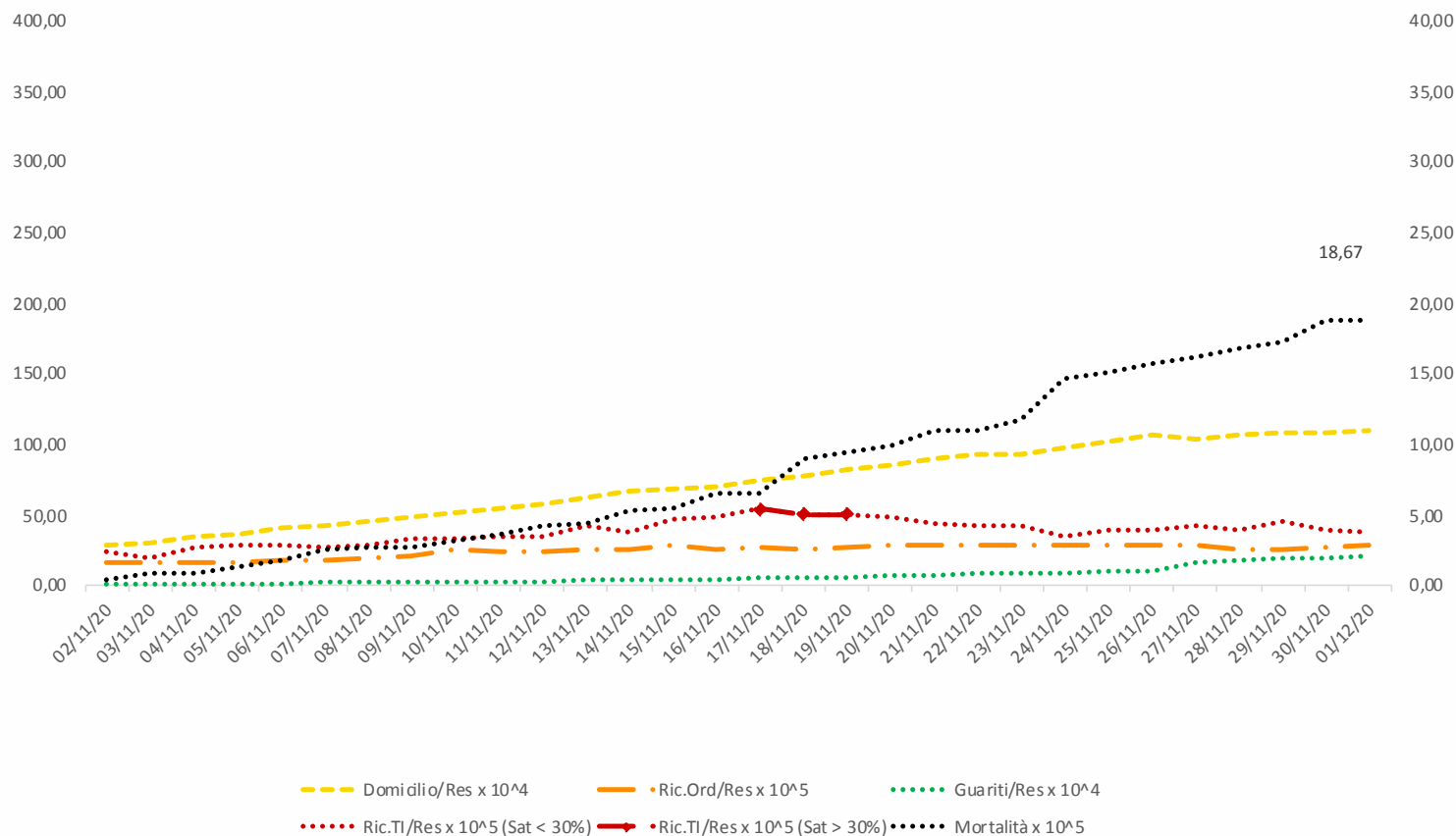


Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Puglia gli isolati a domicilio sono in continua crescita e i ricoverati sembrano costanti in valore, nell'ultima settimana. La soglia di allerta circa la saturazione della terapia intensiva è stata raggiunta l'11 novembre. Nell'ultima settimana si inizia ad osservare un aumento nel numero dei guariti. In forte crescita il numero dei deceduti.



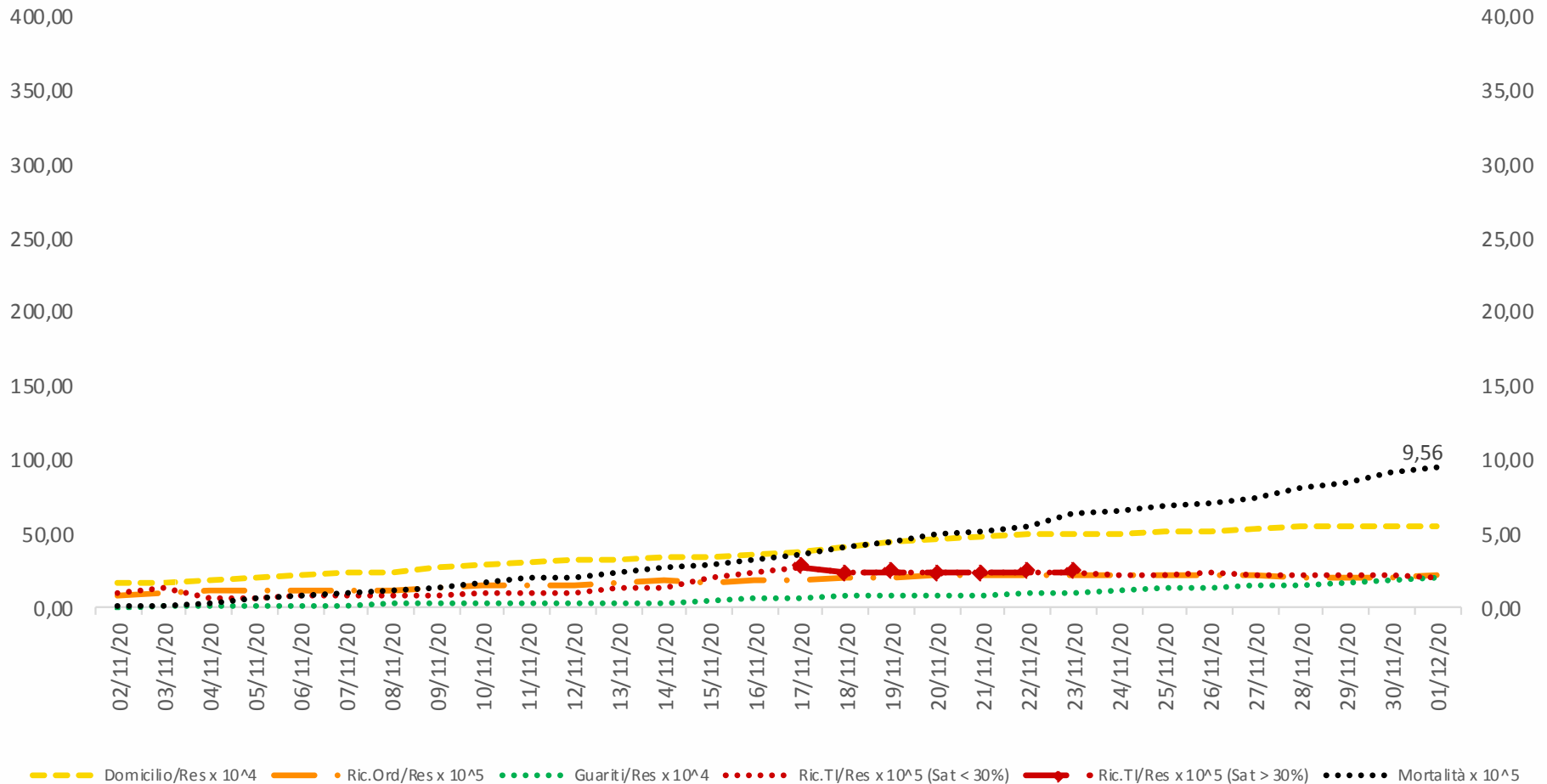
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Basilicata



Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Basilicata nell'ultima settimana, gli isolati a domicilio crescono in valore, mentre i ricoverati si stabilizzano. La soglia di allerta circa la saturazione della terapia intensiva è stata raggiunta tra il 17 e il 19 novembre. Nelle ultime due settimane si inizia ad osservare un aumento costante nel numero dei guariti. Si osserva un continuo ma costante numero dei deceduti.

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Calabria

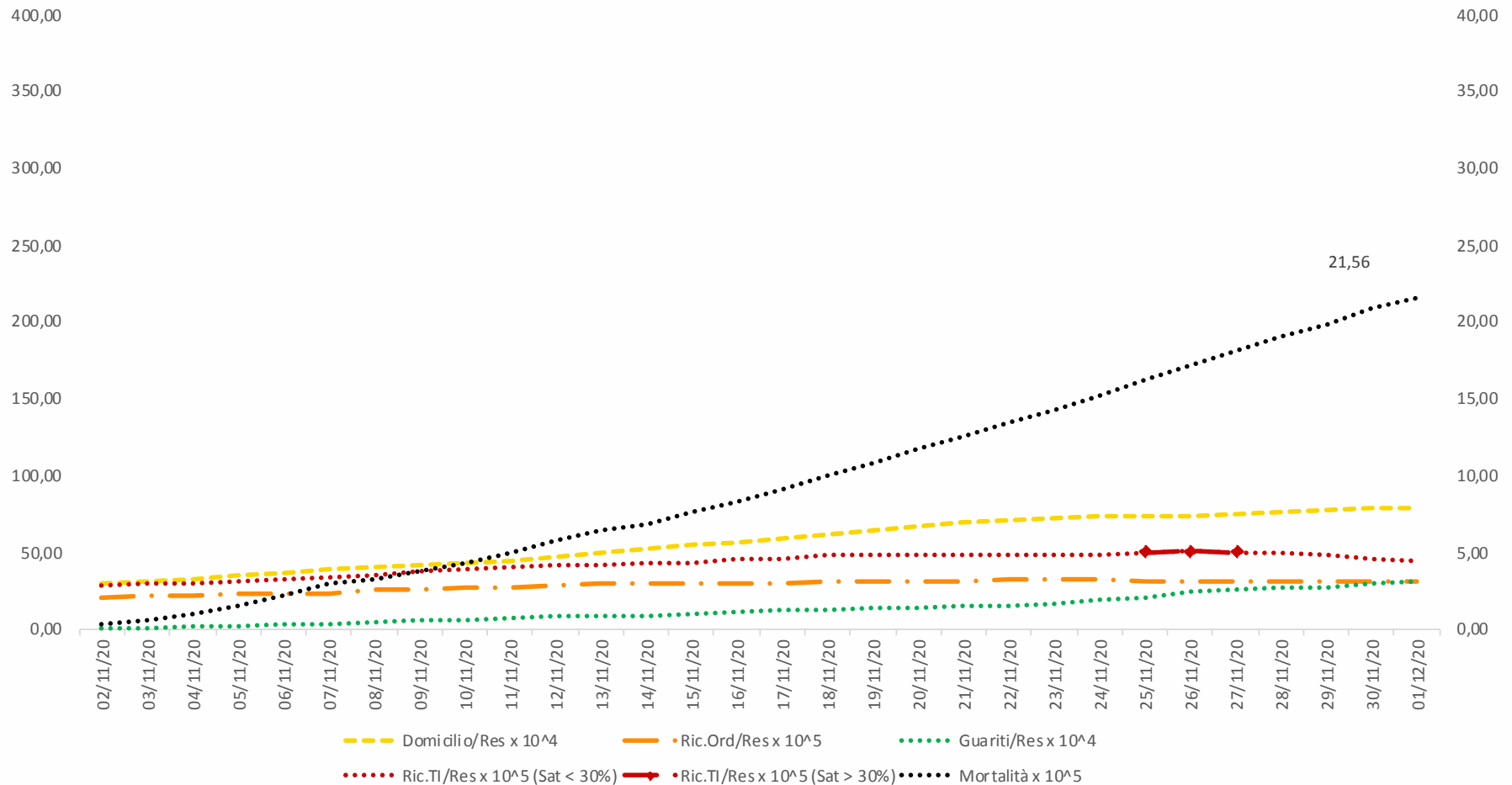


Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Calabria gli isolati a domicilio e i valori dei ricoverati sembrano costanti nell'ultima settimana. La soglia di allerta circa la saturazione della terapia intensiva è stata raggiunta tra il 17 e il 23 novembre. Nelle ultime due settimane si osserva un aumento costante nel numero dei guariti e nel numero dei deceduti.



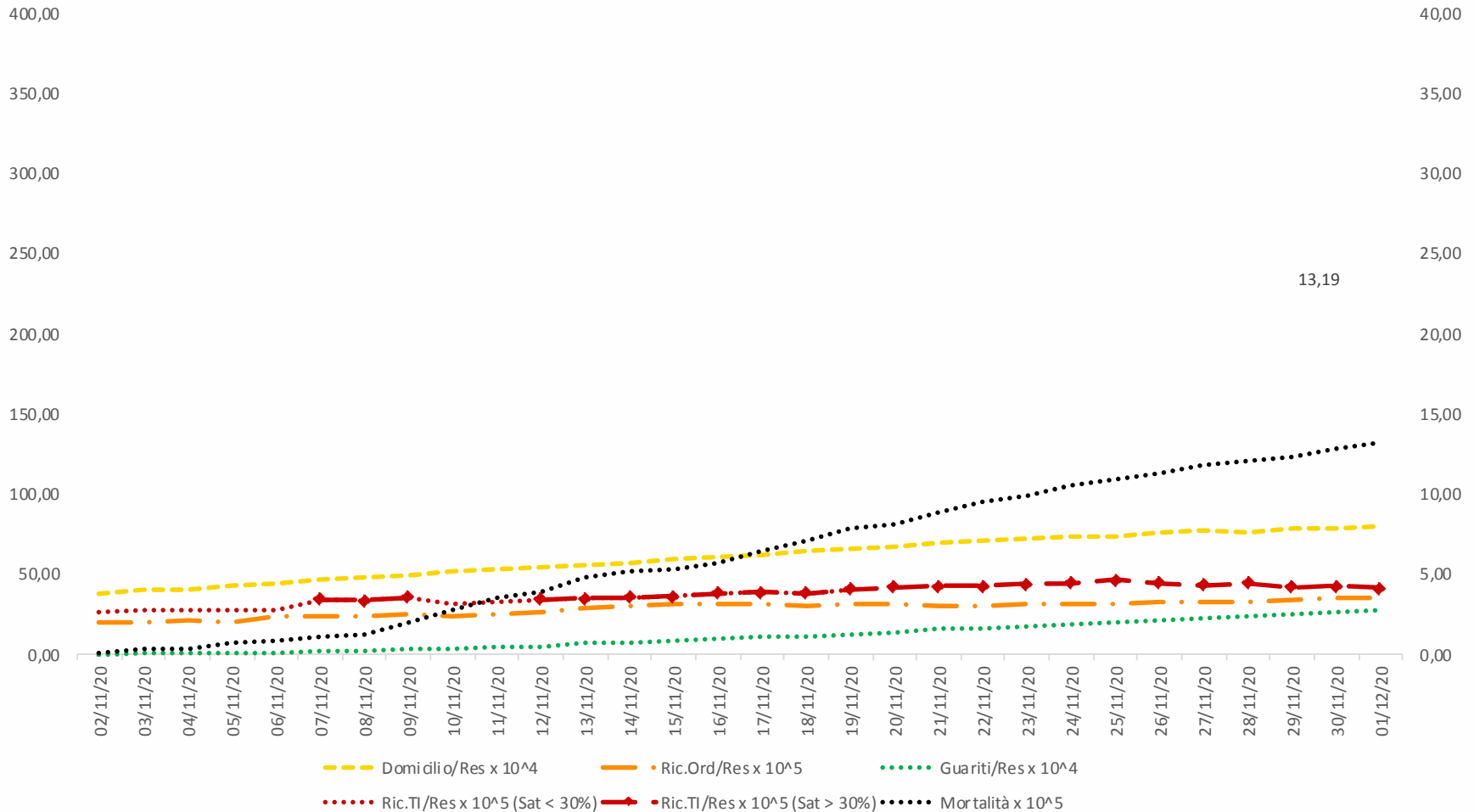
Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Sicilia



Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Sicilia gli isolati a domicilio e i ricoverati sembrano costanti. La soglia di allerta circa la saturazione della terapia intensiva è stata raggiunta tra il 25 e il 28 novembre. Si inizia ad osservare un lieve aumento nel numero dei guariti. In forte aumento anche il numero dei deceduti.

Andamento valori Regionali negli ultimi 30 giorni: Sardegna



Commento

Il grafico mostra l'andamento della mortalità, dei guariti, degli isolati a domicilio e degli ospedalizzati (ricoveri ordinari e ricoveri intensivi) in rapporto alla popolazione residente. Data la grande eterogeneità dei valori rappresentati sono state adottate diverse scale nello stesso grafico. Nella Regione Sardegna gli isolati a domicilio e i ricoverati sembrano costanti in valore, nell'ultima settimana. La soglia di allerta circa la saturazione della terapia intensiva è stata raggiunta il 7 ed il 12 novembre. Nell'ultima settimana si inizia ad osservare un aumento nel numero dei guariti. In crescita anche il numero dei deceduti.





Appendice Metodologica

Approfondimento
[Instant Report #14](#)



Chi Siamo



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

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

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

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



Gruppo di Lavoro Covid19

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

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

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

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

Rocco Reina, Professore di Organizzazione Aziendale, Università Magna Graecia

Michele Basile, Ricercatore ALTEMS

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

Eugenio Di Brino, Ricercatore ALTEMS

Maria Giovanna Di Paolo, Ricercatore ALTEMS

Andrea di Pilla, Medico di Sanità Pubblica in Formazione

Fabrizio M. Ferrara, Ricercatore ALTEMS

Luca Giorgio, Ricercatore ALTEMS e Università di Bologna

Maria Teresa Riccardi, Medico di Sanità Pubblica in Formazione

Filippo Rumi, Ricercatore ALTEMS

Martina Sapienza, Medico di Sanità Pubblica in Formazione

Andrea Silenzi, Medico di Sanità Pubblica

Angelo Tattoli, Ricercatore ALTEMS

Entela Xoxi, Ricercatore ALTEMS



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

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

