

## Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19

55° "Instant Report COVID-19" di ALTEMS  
(dati aggiornati al 31.05.2021)

### Executive Summary

L'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari della Facoltà di Economia in collaborazione con il Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica (Sezione di Igiene) della Facoltà di Medicina e Chirurgia diffonde oggi il cinquantacinquesimo *Instant Report #55 COVID-19*, un'iniziativa che offre un confronto sistematico delle modalità di risposta delle Regioni italiane al Sars-COV-2.

Il Report #55 si basa su un set di indicatori costruito per monitorare l'evoluzione della pandemia nella "FASE 2", formalmente avviata il 4 maggio con la conclusione del lock-down nazionale. Al fianco dei nuovi indicatori, il Rapporto continua ad offrire l'aggiornamento di alcuni indicatori selezionati tra quelli che hanno caratterizzato il modello di risposta delle Regioni nella fase 1. L'analisi riguarda tutte le 21 Regioni e Province Autonome italiane.

**Sotto il profilo del metodo, a partire dal Report #25** per gli indicatori epidemiologici e quelli organizzativi **sono stati introdotti dei valori soglia**, che visualizzano il valore minimo e massimo assunti da ogni indicatore a partire dall'inizio della pandemia. Questo permette di comprendere meglio la situazione attuale rispetto a quanto accaduto soprattutto nella prima fase, utilizzando indicatori traccianti quali l'incidenza, la prevalenza e le ospedalizzazioni.

Il gruppo di lavoro è coordinato da Americo Cicchetti, Professore Ordinario di Organizzazione Aziendale presso la Facoltà di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore si avvale dell'advisorship scientifica del Prof. Gianfranco Damiani e della Dottoressa Maria Lucia Specchia della Sezione di Igiene - Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica. A partire dal Report #4 la collaborazione si è estesa al Centro di Ricerca e Studi in Management Sanitario dell'Università Cattolica (Prof. Eugenio Anessi Pessina), al Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina dell'Università Cattolica (Prof. Walter Ricciardi) e al Gruppo di Organizzazione dell'Università Magna Græcia di Catanzaro (Prof. Rocco Reina). Il team multidisciplinare è composto da economisti ed aziendalisti sanitari, medici di sanità pubblica, ingegneri informatici, psicologi e statistici.

La finalità è comprendere 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.

### Metodi.

Il sistema di indicatori permette di monitorare le modalità organizzative seguite dalla Regioni in merito alla tracciatura del contagio, alla realizzazione dei test sierologici, alla programmazione delle attività per pazienti Covid-19 e pazienti non Covid-19 nell'ambito delle strutture ospedaliere e territoriali. Massima attenzione è dedicata all'analisi delle modalità di gestione dei pazienti infetti e/o con sintomi sul territorio e a domicilio.

Molti degli indicatori sono calcolati prendendo in considerazione una temporizzazione settimanale.

Per l'analisi della «Fase II», iniziata 4 maggio 2020 in seguito al DPCM del 26 aprile, si continuano ad adoperare i dati pubblicati giornalmente dalla Protezione Civile per seguire l'andamento epidemiologico e delineare i profili organizzativi delle varie Regioni. In aggiunta, si riporta quanto emerso a livello programmatico regionale in base a determinate, delibere, note e circolari consultabili sui siti istituzionali.

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

Per il monitoraggio dell'andamento dei posti letto di Terapia Intensiva occupata da Pazienti Covid-19 e il monitoraggio dell'andamento dei posti Letto in area NON critica occupata da Pazienti Covid-19 si fa riferimento ai dati elaborati dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

Il rapporto presenta una sezione dedicata alle "voci dal campo", ovvero ad analisi realizzate per comprendere le modalità di risposta organizzativa di strutture territoriali (ASL, AST, ecc.) e ospedaliere e una sezione relativa alle buone pratiche a livello aziendale che costituiranno nel futuro una galleria di soluzioni che hanno mostrato efficacia nella risposta al Covid-19.

Continuano ad essere presenti la sezione dedicata all'epidemiologia del contagio; la sezione dedicata agli indicatori "organizzativi"; la sezione all'analisi dei profili regionali di risposta all'emergenza.

In vista dell'avvio della campagna vaccinale, si analizza l'andamento del monitoraggio delle vaccinazioni Covid-19 in Italia.

### **Il quadro epidemiologico.**

In merito agli aspetti epidemiologici si confermano le differenze importanti in termini di incidenza della diffusione del Covid-19 nelle diverse Regioni che proseguono anche nella Fase 2. I dati (al 31 Maggio) mostrano che la percentuale di casi attualmente positivi ( $n = 233.674$ ) sulla popolazione nazionale è pari a 0,39% (in diminuzione rispetto ai dati del 24/05 in cui si registrava lo 0,46%). La percentuale di casi ( $n= 4.217.821$ ) sulla popolazione italiana è in sensibile aumento, passando dal 7,03% al 7,07%.

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 16 ed il 22 novembre 2020 i nuovi casi, a livello nazionale, sono stati 366 ogni 100.000 residenti. **La settimana appena trascorsa evidenzia un calo dell'incidenza settimanale, registrando un valore nazionale pari a 34 ogni 100.000 residenti (in calo rispetto ai dati del 24/05, pari a 47 ogni 100.000 residenti).**

Il primato per **la prevalenza periodale sulla popolazione** si registra in PA Bolzano (13,66%), Friuli-Venezia Giulia (8,93%), in Val d'Aosta (9,36%) ma è in Campania (1,17%) e Sardegna (0,80%) che oggi abbiamo la maggiore prevalenza puntuale di positivi, con valori in leggero aumento nelle altre regioni, e con un media nazionale pari a 0,39% (in calo rispetto ai dati del 24/05, pari a 0,47%).

Dal report #25 è stata analizzata la prevalenza periodale che 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: la settimana tra il 22 ed il 28 novembre è ad oggi il periodo in cui si è registrata la **massima prevalenza periodale in Italia** (1.612 casi ogni 100.000 residenti), mentre **nell'ultima settimana la prevalenza periodale in Italia è pari a 486 casi ogni 100.000 residenti, in calo rispetto alla settimana precedente (579 casi ogni 100.000 residenti).**

Dal report #25 è stata analizzata la **letalità grezza apparente del COVID-19** nelle Regioni italiane nell'ultima settimana che 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 il dato più elevato si registra in Molise pari a 9,22 x 1.000 e in Toscana pari a 6,13 x 1.000, nonostante siano ben lontani dal valore**

**massimo registrato a marzo; la letalità grezza apparente, a livello nazionale, è pari al 2,18 per 1.000 (in calo rispetto alla scorsa settimana analizzata 2,44 x 1.000).**

Dal rapporto #26 è stata analizzata la **mortalità grezza del COVID-19** nell'ultima settimana; 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 8,37%.

**Nell'ultima settimana, la mortalità grezza apparente, a livello nazionale, è pari a 1,06% (in calo rispetto alla scorsa settimana analizzata 1,41%). Il dato più elevato si registra in Toscana al 1,99% seguito da Puglia al 1,88%.**

### **Indice di positività settimanale**

L'indice di positività al test misura, su base settimanale, il rapporto tra i nuovi casi positivi ed i nuovi soggetti sottoposti al test. L'indicatore differisce dall'indice di positività calcolato su base giornaliera, che valuta invece, il rapporto tra i nuovi casi positivi ed i nuovi tamponi effettuati, e comprende anche i tamponi effettuati per il monitoraggio del decorso clinico e l'eventuale attestazione della risoluzione dell'infezione. In particolare, l'indice registra un valore massimo del 12,85% in Puglia e del 12,58% in Basilicata. **In Italia l'indice di positività al test nell'ultima settimana è pari al 5,29%: risulta positivo, dunque, circa 1 paziente su 19 nuovi soggetti testati, in calo rispetto alla settimana precedente pari al 6,47%.**

### **Tamponi molecolari e tamponi antigenici**

Dal report #37 si è avviato il monitoraggio del confronto tra il numero di tamponi molecolari e il numero di tamponi antigenici per 1.000 abitanti. La Regione associata ad un numero maggiore di tamponi antigenici realizzati risulti essere la P.A di Bolzano (50,09 per 1.000 abitanti), mentre la Regione associata ad un numero maggiore di tamponi molecolari realizzati risulti essere il Friuli-Venezia Giulia (18,11 per 1.000 abitanti). **A livello nazionale, il numero di nuovi tamponi molecolari settimanali è pari a 11,18 per 1.000 abitanti mentre il numero di nuovi tamponi antigenici è pari a 9,97 per 1.000 abitanti.**

### **Andamento dell'età dei casi**

È stato analizzato l'andamento dell'età dei contagi dal 24 agosto 2020 ad oggi. Si nota che i contagi tra gli over-70 sono passati dal 7,2% di tutti i nuovi contagi, nel periodo 24 agosto - 6 settembre, all'essere il 18,2%, nel periodo 30 novembre - 13 dicembre (picco massimo), per poi scendere al 16,4% nel periodo 28 dicembre - 10 gennaio 2021, riprendere l'incremento nel periodo 4 gennaio - 17 gennaio al 16,70% e nel periodo 11 gennaio - 24 gennaio al 16,80% e scendere al 12,1% nel periodo 22 febbraio - 07 marzo, per poi ritornare a risalire nel periodo 22 marzo - 04 aprile al 13,2% e scendere al 7,6% nell'ultimo periodo considerato (10 maggio - 23 maggio 2021).

### **Nuova pressione per setting assistenziale (Domicilio, terapia medica, terapia intensiva, x 100.000 ab) nell'ultima settimana**

Dal report #29 è stato avviato il monitoraggio della 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 -54,18 isolati a domicilio ogni 100.000 abitanti, -3,50 ricoveri ordinari ogni 100.000 abitanti e -0,49 ricoveri intensivi ogni 100.000 abitanti.**

### **Nuovi Ingressi Settimanali in Terapia Intensiva**

Dal report #33 è stato avviato il monitoraggio dei nuovi Ingressi Settimanali in Terapia Intensiva (x 100.000 ab.). **Il valore medio registrato nel contesto italiano è pari a 0,44 x 100.000 ab. (in calo rispetto alla settimana precedente pari a 0,74).** Le regioni che hanno evidenziato più ingressi nel setting assistenziale della terapia

intensiva durante l'ultima settimana sono la Toscana (0,95 x 100.000 ab.), la Valle D'Aosta (0,81 x 100.000 ab.) e il Piemonte (0,66 x 100.000 ab.).

#### **Tasso di saturazione dei PL di Terapia Intensiva**

Dal report #22 è stato avviato il monitoraggio del tasso di saturazione dei Posti Letto di Terapia Intensiva comparando i posti letto attivi pre DL 34/2020 con i nuovi posti letto attivati post DL 34/2020. La tabella mostra il tasso di saturazione delle terapie intensive al 31 maggio 2021. 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 34,2% nella P.A. di Trento, 32% in Toscana e 27,2% in Lombardia. Le suddette percentuali scendono rispettivamente al 16,7%, 20,5% e 16,2% se prendiamo in considerazione la dotazione prevista in risposta ai dettami del DL 34/2020. Continua a decrescere il tasso di saturazione a livello nazionale. Il tasso medio calcolato sull'intera penisola è del 20,2% se consideriamo la dotazione pre DL 34 e del 12,3% se, invece, teniamo in considerazione i nuovi posti letto di TI, in diminuzione rispetto al precedente aggiornamento di 6,8 (situazione PRE DL 34) o 4,2 (situazione POST DL 34) punti percentuali. Per quanto riguarda la riduzione del tasso di saturazione rispetto all'aggiornamento precedente, considerando la dotazione post DL 34, il differenziale maggiore si registra in Sardegna (-7%), seguita dal Molise (-6,8%) e dalla Basilicata (-6,2%).

#### **Tasso di saturazione della capacità aggiuntiva di PL di Terapia Intensiva**

Dal report #24 è stato elaborato un indicatore che misura il **tasso di saturazione della capacità extra in termini di posti letto di terapia intensiva**.

L'indicatore misura il tasso di saturazione della capacità extra in termini di posti letto di terapia intensiva al 31 maggio. In altre parole, indica quanti posti letto di terapia intensiva, previsti dal DL34 ed effettivamente implementati, sono occupati da pazienti COVID-19. La Calabria ha esaurito la suddetta capacità e sta utilizzando il 7,53% della propria dotazione strutturale di posti letto di terapia intensiva, ovvero quei posti letto che dovrebbero essere dedicati ai pazienti No-Covid-19. I tassi inferiori si registrano in Basilicata (2,56%), P.A. di Bolzano (4,76%) e Valle d'Aosta (5%).

#### **Tasso di saturazione dei posti letto in Area Non Critica**

Dal report #28 è stato elaborato un indicatore che 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. Il tasso medio calcolato sull'intera penisola è di 10,82% in diminuzione rispetto al precedente aggiornamento di 3,84% punti percentuali. Al 31 maggio 2021 nessuna regione supera la soglia di sovraccarico del 40% individuata dal decreto del Ministro della Salute del 30/4/2020.

#### **Giorni di sospensione e % di prestazioni di chirurgia in elezione «perse» - incremento personale**

Il grafico mette in relazione il numero di ricoveri persi con i giorni di sospensione, e l'incremento di personale medico con contratto a tempo indeterminato, tempo determinato e libero professionale da marzo 2020 a giugno 2020. Lazio e Veneto (quadrante I) regioni **resilienti** mostrano un incremento di personale notevole in relazione ad una tempestiva riattivazione dei ricoveri chirurgici ha consentito di ridurre il numero di ricoveri chirurgici «persi», al contrario la Toscana ha incrementato il personale medico in quantità minori. Nel quadrante opposto, troviamo le Regioni **inerti** delle quali il Piemonte è la regione che ha incrementato maggiormente rispetto alle regioni dello stesso quadrante. Le regioni nel quadrante III definite **fragili**, hanno avuto comportamenti differenti, infatti specialmente la Lombardia ha incrementato notevolmente il personale medico in relazione ad una tempestiva riattivazione dei ricoveri ordinari, ciò non ha consentito di ridurre nella media il numero di ricoveri chirurgici persi. Infine, le Regioni **late responder** hanno incrementato il personale in quantità ridotte, in relazione ad una ripresa tardiva delle attività di ricovero chirurgici non comportando una significativa perdita di ricoveri chirurgici.

**L'Abruzzo** a fronte di 49 giorni di sospensione ed una perdita di 8288 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 95 unità. **L'Emilia-Romagna** a fronte di 50 giorni di sospensione ed una perdita di 37791 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 61 unità. **Il Lazio** a fronte di 56 giorni di sospensione ed una perdita di 37559 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 282 unità. **La Liguria** a fronte di 52 giorni di sospensione ed una perdita di 9770 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 26 unità. **La Lombardia** a fronte di 59 giorni di sospensione ed una perdita di 83590 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 516 unità. **Il Molise** a fronte di 70 giorni di sospensione ed una perdita di 1983 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 64 unità. **Il Piemonte** a fronte di 67 giorni di sospensione ed una perdita di 32993 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 163 unità. **La P.A. di Trento** a fronte di 71 giorni di sospensione ed una perdita di 1892 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 1 unità. **La Sardegna** a fronte di 87 giorni di sospensione ed una perdita di 7154 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 91 unità. **La Sicilia** a fronte di 73 giorni di sospensione ed una perdita di 19156 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 101 unità. **La Toscana** a fronte di 56 giorni di sospensione ed una perdita di 22990 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 34 unità. **L'Umbria** a fronte di 70 giorni di sospensione ed una perdita di 5209 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 37 unità. **La Valle d'Aosta** a fronte di 70 giorni di sospensione ed una perdita di 1782 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 1 unità. **Il Veneto** a fronte di 61 giorni di sospensione ed una perdita di 23061 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 538 unità

### **Giorni di sospensione e % di prestazioni ambulatoriali «perse» - incremento personale**

Il grafico mette in relazione il numero di attività specialistica ambulatoriale persa con i giorni di sospensione, e l'incremento di personale medico con contratto a tempo indeterminato, tempo determinato e libero professionale da marzo 2020 a settembre 2020. Le regioni **resilienti** (quadrante I) hanno avuto approcci differenti in termini di acquisizione del personale, Lombardia, Lazio e Veneto sono le Regioni che hanno incrementato maggiormente il personale medico. Nel quadrante opposto, troviamo la Valle d'Aosta definita **inerte**, nella quale non vi è stato un incremento di personale molto ridotto. Anche nella regione Basilicata, definita **fragile**, vi è stato un live incremento di personale medico. Infine, le regioni **late responder**, hanno avuto comportamenti differenti nell'acquisizione del personale, infatti il Piemonte è la regione con un incremento maggiore di personale medico in relazione ad una ripresa tardiva delle attività specialistiche ambulatoriali che non ha comportato una significativa perdita delle attività specialistiche ambulatoriali.

**L'Abruzzo** a fronte di 49 giorni di sospensione ed una perdita di 1004696 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 177 unità. **La Basilicata** a fronte di 57 giorni di sospensione ed una perdita di 1821156 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 61 unità. **La Calabria** a fronte di 49 giorni di sospensione ed una perdita di 1574186 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 108 unità. **La Campania** a fronte di 56 giorni di sospensione ed una perdita di 1949931 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 235 unità. **L'Emilia-Romagna** a fronte di 50 giorni di sospensione ed una perdita di 4116408 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 153 unità. **Il**



**Lazio** a fronte di 56 giorni di sospensione ed una perdita di 6350847 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 381 unità. **La Liguria** a fronte di 59 giorni di sospensione ed una perdita di 1529881 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 71 unità. **La Lombardia** a fronte di 59 giorni di sospensione ed una perdita di 9383855 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 847 unità. **Le Marche** a fronte di 57 giorni di sospensione ed una perdita di 1523938 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 53 unità. **Il Molise** a fronte di 70 giorni di sospensione ed una perdita di 297256 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 81 unità. **Il Piemonte** a fronte di 67 giorni di sospensione ed una perdita di 4002939 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 345 unità. **La P.A. di Trento** a fronte di 71 giorni di sospensione ed una perdita di 524046 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 2 unità. **La Sardegna** a fronte di 87 giorni di sospensione ed una perdita di 1789625 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 146 unità. **La Sicilia** a fronte di 73 giorni di sospensione ed una perdita di 3597104 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 133 unità. **La Toscana** a fronte di 56 giorni di sospensione ed una perdita di 2523428 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 76 unità. **L'Umbria** a fronte di 70 giorni di sospensione ed una perdita di 725761 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 52 unità. **La Valle d'Aosta** a fronte di 70 giorni di sospensione ed una perdita di 208929 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 3 unità. **Il Veneto** a fronte di 61 giorni di sospensione ed una perdita di 3751526 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico a tempo determinato, indeterminato e libero professionale di 733 unità.

### **Giorni di sospensione e % di prestazioni di chirurgia in elezione «perse» - incremento personale con specializzazione Covid-19**

Il grafico mette in relazione il numero di ricoveri chirurgici persi con i giorni di sospensione e la presenza di personale medico con contratto a tempo indeterminato, tempo determinato e libero professionale con specializzazione Covid-19. Le regioni che presentano una percentuale maggiore di personale medico con specializzazioni Covid-19 nel mese di giugno 2020 sono rappresentate con il pallino verde. Il Lazio, e il Veneto (quadrante I) regioni **resilienti**, hanno entrambe una percentuale maggiore di personale medico con specializzazioni Covid-19, al contrario la Toscana ha una percentuale maggiore del 50% di personale medico con altre specializzazioni. Nel quadrante opposto, troviamo invece le Regioni **inerti**, le quali hanno tutte una percentuale maggiore di personale medico con altre specializzazioni tranne la Sardegna. Abruzzo e Liguria, regioni **fragili** del quadrante III, hanno una percentuale maggiore di personale con specializzazioni Covid-19 al contrario di Lombardia ed Emilia-Romagna. La Sicilia è l'unica tra le regioni **late responder** che ha una percentuale maggiore di personale con specializzazioni Covid-19.

**L'Abruzzo** a fronte di 49 giorni di sospensione ed una perdita di 8288 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale con specializzazione Covid-19 per l'88%. **L'Emilia-Romagna** a fronte di 50 giorni di sospensione ed una perdita di 37791 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale con specializzazione Covid-19 per l'23%. **Il Lazio** a fronte di 56 giorni di sospensione ed una perdita di 37559 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'79%. **La Liguria** a fronte di 52 giorni di sospensione ed una perdita di 9770 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'96%. **La Lombardia** a fronte di 59 giorni di sospensione ed una perdita di 83590 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'35%. **Il Molise** a fronte di 70 giorni di sospensione ed una perdita di 1983 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'30%. **Il Piemonte** a fronte di 67 giorni di sospensione ed una perdita di 32993

prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'40%. **La P.A. di Trento** a fronte di 71 giorni di sospensione ed una perdita di 1892 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per lo 0%. **La Sardegna** a fronte di 87 giorni di sospensione ed una perdita di 7154 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'54%. **La Sicilia** a fronte di 73 giorni di sospensione ed una perdita di 19156 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'60%. **La Toscana** a fronte di 56 giorni di sospensione ed una perdita di 22990 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'24%. **L'Umbria** a fronte di 70 giorni di sospensione ed una perdita di 5209 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'35%. **La Valle d'Aosta** a fronte di 70 giorni di sospensione ed una perdita di 1782 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'0%. **Il Veneto** a fronte di 61 giorni di sospensione ed una perdita di 23061 prestazioni di chirurgia in elezione ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'57%

### **Giorni di sospensione e % di prestazioni ambulatoriali «perse» - incremento personale con specializzazione Covid-19**

Il grafico mette in relazione il numero di attività specialistica ambulatoriale persa con i giorni di sospensione, e la presenza di personale medico con contratto a tempo indeterminato, tempo determinato e libero professionale con specializzazione Covid-19. Le regioni che presentano una percentuale maggiore del 50% di personale medico con specializzazioni Covid-19 nel mese di settembre 2020 sono rappresentate con il pallino verde. Abruzzo, Lazio, Lombardia, Marche, Veneto e Liguria (quadrante I) regioni **resilienti** hanno incrementato con una percentuale maggiore personale medico con specializzazioni Covid-19. Nel quadrante opposto, le regioni **inerti**, la Valle d'Aosta ha incrementato specialmente personale medico con altre specializzazioni, come la regione Basilicata che si trova nel quadrante III relativo alle regioni **fragili**. Infine, tra le regioni late **responder**, solo la Sardegna e P.A. di Trento presentano una percentuale maggiore di personale medico con specializzazione Covid-19.

**L'Abruzzo** a fronte di 49 giorni di sospensione ed una perdita di 1004696 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'71%. **La Basilicata** a fronte di 57 giorni di sospensione ed una perdita di 1821156 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'8852%. **La Calabria** a fronte di 49 giorni di sospensione ed una perdita di 1574186 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'13%. **La Campania** a fronte di 56 giorni di sospensione ed una perdita di 1949931 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'34%. **L' Emilia-Romagna** a fronte di 50 giorni di sospensione ed una perdita di 4116408 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'29%. **Il Lazio** a fronte di 56 giorni di sospensione ed una perdita di 6350847 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'73%. **La Liguria** a fronte di 59 giorni di sospensione ed una perdita di 1529881 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'63%. **La Lombardia** a fronte di 59 giorni di sospensione ed una perdita di 9383855 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'39%. **Le Marche** a fronte di 57 giorni di sospensione ed una perdita di 1523938 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'57%. **Il Molise** a fronte di 70 giorni di sospensione ed una perdita di 297256 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'30%. **Il Piemonte** a fronte di 67 giorni di sospensione ed una perdita di 4002939 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'39%. **La P.A. di Trento** a fronte di 71 giorni di sospensione ed una perdita di 524046 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per il 50%. **La Sardegna** a fronte di 87 giorni di sospensione ed una perdita di 1789625 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'50%. **La Sicilia** a fronte di 73 giorni di sospensione ed una perdita di 3597104 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'47%. **La Toscana** a fronte di 56 giorni di sospensione ed una perdita di



2523428 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'25%. **L'Umbria** a fronte di 70 giorni di sospensione ed una perdita di 725761 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'37%. **La Valle d'Aosta** a fronte di 70 giorni di sospensione ed una perdita di 208929 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per lo 0%. **Il Veneto** a fronte di 61 giorni di sospensione ed una perdita di 3751526 prestazioni ambulatoriali ha incrementato il personale medico con specializzazione Covid-19 per l'50%.

### **Sperimentazioni cliniche**

L'edizione del Rapporto AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) sulle Sperimentazione Clinica dei Medicinali in Italia presenta una eccezione rispetto agli anni precedenti, in virtù del periodo eccezionale che la sanità pubblica e le sperimentazioni cliniche hanno attraversato e stanno ancora attraversando per la pandemia da COVID-19. Sono stati quindi inseriti i dati preliminari relativi alle sperimentazioni cliniche su farmaci per il trattamento del COVID-19, limitatamente al periodo marzo-settembre. Questa sezione è solo introduttiva rispetto all'analisi più completa e dettagliata che sarà presente nel Rapporto Nazionale 2021, ed è inserita per dare una prima visione dell'impatto che la pandemia ha comportato per le sperimentazioni cliniche, con uno stimolo importante e rinnovato ad esplorare nuove opzioni terapeutiche in una patologia ancora poco conosciuta insieme a un approccio accelerato alla valutazione e approvazione delle domande di sperimentazione al fine di attivare rapidamente quelle sperimentazioni che hanno rappresentato al tempo stesso un progresso nelle conoscenze e accesso a nuovi trattamenti per i pazienti italiani.

### **Andamento vaccinazioni Covid-19 in Italia**

Dal report #34 è stato analizzato l'andamento delle vaccinazioni Covid-19 in Italia.

### **Nuovi punti di somministrazione attivati nell'ultima settimana**

È stato avviato il monitoraggio dei nuovi punti di somministrazione territoriali ed ospedalieri attivati nell'ultima settimana. Negli ultimi sette giorni, la regione Puglia ha attivato un numero notevole di punti di somministrazione (20) seguita dal Piemonte (4), dal Lazio (2), Liguria (2), P.A. di Bolzano (1), Toscana (1), Umbria (1) e Veneto (1). Al contrario nelle restanti regioni non risultano nuovi punti di somministrazione.

### **Residenti per punti di somministrazione**

Si monitora al 18 maggio 2021 il rapporto tra la popolazione residente e il numero punti di somministrazione (territoriali ed ospedalieri) per ciascuna regione. La regione Puglia ha il rapporto più basso: in media ogni punto vaccinale ha in carico circa 5397 residenti, seguita dalla Liguria con 8399 residenti. Al contrario, la regione Lombardia e Campania hanno il valore più alto, con un rapporto pari a 72.783 residenti per la Lombardia e 89524 per la Campania.

### **Punti di somministrazione territoriali e ospedalieri**

È stato avviato il monitoraggio dei punti di somministrazione territoriali ed ospedalieri per ciascuna regione. La regione Puglia presenta un maggior numero di punti di somministrazione territoriali (567) seguita dal Veneto (164), dalla Toscana (173) e dall'Emilia Romagna (147). Al contrario, la regione Sicilia registra un numero maggiori di punti di somministrazione ospedalieri (128) seguita dalla Lombardia (112) e dal Lazio (95).

### **Numero medio di somministrazioni per punto vaccinale**

Il valore più alto dell'indicatore si registra in Piemonte, dove ciascun punto di somministrazione ha effettuato circa 158.962 vaccini. Valori alti dell'indicatore si riscontrano anche in Campania (62.031) e in Lombardia (51.545). Al contrario il suddetto indicatore rivela un basso rapporto tra vaccini inoculati e punti di somministrazione in Puglia (3769) ed in Liguria (6120).

### **Numero medio di somministrazioni per punto vaccinale nell'ultima settimana**



È stato analizzato il rapporto tra vaccinazioni effettuate e punti vaccinali, esprimendo così un numero medio di vaccinazioni per punto di somministrazione nell'ultima settimana. Negli ultimi 7 giorni, le regioni che hanno effettuato il maggior numero di inoculazioni per punto di somministrazione sono state: il Piemonte (15026) la Campania (7559) e la Lombardia (5647). Al contrario, la Puglia (405), la Liguria (583) sono le regioni che, per punto di somministrazione, hanno registrato il numero più basso di somministrazioni.

#### **Prime dosi/Popolazione residente per fascia di età (x 100 ab.)\***

A livello nazionale si registrano le seguenti percentuali per le fasce di età considerate: 16-19 anni (4,93%), 20-49 anni (20,79%), 50-69 (58,83%), 70-79 (83,59%), over 80 anni (91,94%). **La media nazionale (che considera la fascia di età maggiore di 16 anni) è pari al 46,22%.**

#### **Percentuale di copertura delle fasce di popolazione (1° dose)**

È stato avviato il monitoraggio della percentuale di copertura delle fasce di popolazione stratificate per età riguardo la prima dose vaccinale. Dal grafico si evince come il Veneto, l'Umbria e la Puglia abbiano vaccinato la quota maggiore di over 70 nel contesto nazionale. La Sicilia rappresenta la regione con la percentuale minore in termini di copertura vaccinale della popolazione più anziana (78,00%).

#### **Dosi Somministrate/Dosi Consegnate/Popolazione residente (x 100 ab.)**

È stato avviato il monitoraggio relativo alla correlazione tra dosi somministrate, dosi consegnate rispetto alla popolazione residente. Il grafico mostra la correlazione tra dosi somministrate, dosi consegnate rispetto alla popolazione residente. Dal grafico si evince come le regioni Marche, Umbria, Puglia, Lombardia, Veneto, Campania e Abruzzo rappresentano le regioni il cui rapporto tra dosi somministrate rispetto a quelle consegnate è superiore al valore medio nazionale.

#### **Somministrazioni totali (1°/2° dose)/Popolazione residente (x 100 ab.)**

Sono state analizzate le somministrazioni totali (1°e 2°dose) in rapporto alla popolazione residente stratificata per il vaccino somministrato. In tutte le regioni italiane il vaccino Pfizer è stato somministrato in percentuali maggiori rispetto a quelli di AstraZeneca o di Moderna o di Janssen.

#### **Stato dell'arte vaccinazioni in riferimento all'obiettivo del 22 Settembre 2021 dell'UE**

Dal report #42 si avvia il monitoraggio dello stato dell'arte delle persone vaccinate (*a cui sono state somministrate la prima e la seconda dose di vaccino*) alla luce del target fissato dall'UE in riferimento alla data del 22 Settembre 2021, data in cui l'UE chiede ai Paesi membri di raggiungere l'obiettivo del 70% della popolazione adulta. **Ad oggi sono state vaccinate il 43,25% dell'obiettivo dei circa 29 milioni da raggiungere al 22 Settembre 2021, pari a 12.397.459 persone vaccinate.**

#### **Stato dell'arte vaccinazioni in riferimento all'obiettivo del 30 settembre 2021 del Piano Vaccinale Anticovid**

Dal report #45 si avvia il monitoraggio dello stato dell'arte delle persone vaccinate (*a cui sono state somministrate la prima e la seconda dose di vaccino*) alla data del 30 Settembre 2021, data in cui il Piano Vaccinale Anticovid pone di raggiungere l'obiettivo del 80% della popolazione vaccinata. **Ad oggi sono state vaccinate il 30,18% dell'obiettivo dei 41 milioni da raggiungere al 30 Settembre 2021, pari a 12.397.459 persone vaccinate.**

#### **Somministrazioni vaccini / PIL reale pro capite (x 100.000 abitanti) nei Paesi UE al 03 giugno 2021**

È stato analizzato il rapporto tra il numero di somministrazioni dei vaccini rispetto al PIL reale pro capite (x 100.000 abitanti) nei Paesi Membri dell'Unione Europea. **Il valore medio Ue delle somministrazioni è pari a 56.947 x 100.000 abitanti, il valore dell'Italia è pari a 59.240 x 100.000 abitanti.**

Roma, 03 giugno 2021

**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, Albino Grieco, Roberta Laurita, Maria Diana Naturale, Marta Piria, Maria Teresa Riccardi, Filippo Rumi, Martina Sapienza, Andrea Silenzi, Ludovica Siviero, Angelo Tattoli, Entela Xoxi, Marzia Ventura, Concetta Lucia Cristofaro, Walter Vesperi.

Si ringraziano: i professori 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; Prof.ssa Chiara Di Guardo, Università di Cagliari.