

# COVID19 Review 2020

Weekly Series  
n. 4 - 12.06.2020

News, articles, trials, researches and data on Covid 19 pandemia



shutterstock.com • 1629512083

A cura di Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci, Maurizio Dal Maso, Stefania Mariantoni

Review realizzata in collaborazione con:



DIPARTIMENTO  
DI SCIENZE SOCIALI  
ED ECONOMICHE

SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA

## Nota redazionale.

### I materiali (articoli e dati) vengono selezionati da fonti accreditate:

- Per gli articoli: The Lancet, British Medicine Journal, The New York Times, Science, Nature, Oxford Review, Cambridge Review, Quotidiano Sanità, Il Corriere della Sera, Il Sole 24Ore Sanità, La Repubblica e altri;

### Per le Istituzioni:

- WHO/OMS, UE Centri di Prevenzione; OCDE, ONU, Protezione Civile, ISTAT, INAIL, Ministero Salute, ISS, AGENAS, CNR, Regioni, ARS, ASL, AO, AOP, IRCCS, Centri Studi e ricerche nazionali e internazionali e altri;

### Per i dati:

- WHO/OMS, UE Centri di Prevenzione; OCDE, ONU, Protezione Civile, ISTAT, INAIL, Ministero Salute, ISS, AGENAS, CNR, Regioni, ARS, ASL, AO, AOP, IRCCS, Centri Studi e ricerche nazionali e internazionali e altri;

### Criteri di selezione:

I materiali sono scelti in base ai seguenti criteri: Materiali di analisi recenti; Fonti accreditate; Tematiche inerenti a COVID19; Procedure internazionali e nazionali; Studi e ricerche epidemiologici; Studi su procedure per operatori sanitari e sociali; Linee Guida internazionali, nazionali e regionali; Linee Guida di società scientifiche e professionali.

Le traduzioni sono fatte in automatico con il software "google" per rapidità di fruizione.

Ci scusiamo se le traduzioni non sono sempre adeguate, ma riteniamo più utile la tempestività di divulgazione.

Si ringraziano l'Editore COM SRL di Roma per il supporto

## I curatori

### Giorgio Banchieri

Segretario Nazionale del CDN ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale; Curatore con altri di COVID-19 Review daily e weekly. Docente presso il Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche, Progettista e Coordinatore Didattico dei Master MIAS, MEU e MaRSS, Università "Sapienza" Roma; Già Direttore dell'Osservatorio della Qualità del SSR del Molise; Docente ai master e Direttore di progetti di ricerca e di consulenza organizzativa e gestionale in aziende sanitarie (Asl e AO) presso la LUISS Business School di Roma, presso L'Università Politecnica della Marche, presso Università del Salento; Direttore di [www.osservatoriosanita.it](http://www.osservatoriosanita.it); già Direttore FIASO, Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere, membro Comitato Scientifico del Programma Nazionale Esiti – PNE; Membro Comitato Scientifico del Tavolo Tecnico AGENAS e Regioni Re.Se.T., Reti per i Servizi Territoriali.

### Maurizio Dal Maso

Membro di ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Ha svolto la sua attività professionale come medico clinico dal 1979 al 1999. Successivamente come medico di Direzione sanitaria e Project Manager aziendale, Direttore Sanitario aziendale, Direttore Generale e Commissario straordinario. Dal luglio 2019 svolge attività di consulente in Organizzazione aziendale e formatore in Project Management per Accademia Nazionale di Medicina.

### Stefania Mariantoni

Membro di ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Dirigente psicologo ASL Rieti. Psicoterapeuta. Componente del Board scientifico dell'Osservatorio Psicologico in cronicità dell'Ordine degli Psicologi del Lazio. Componente Comitato Scientifico ECM di Laziocrea.. Docente Master II Livello in formazione manageriale per dirigenti di Unità Operativa Complessa Istituto "Carlo Jemolo". Esperta in integrazione sociosanitaria. Membro di tavoli tecnici sociali e sanitari Regione Lazio. Già Coordinatore Ufficio di Piano Distretto sociosanitario Rieti 5 e referente A.T. programma interministeriale P.I.P.P.I.. Già consulente Enti Locali per Servizi alla Persona.

### Andrea Vannucci

Membro di ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Già Direttore dell'Agenzia regionale di sanità della Toscana, Coordinatore della Commissione Qualità e Sicurezza del Consiglio sanitario regionale e Rappresentante per la Regione Toscana nel Comitato Scientifico del Programma Nazionale Esiti – PNE. Ad oggi Membro del Consiglio Direttivo di Accademia nazionale di Medicina e co-coordinatore della sezione Informazione Scientifica e Innovazione, Direttore Scientifico del Forum sistema salute 2019 e 2020; Vice Presidente di AISSMM - Associazione Italiana di Medicina e Sanità Sistemica; Professore a contratto per l'insegnamento di Organizzazione e programmazione delle aziende sanitarie del corso di laurea in Ingegneria gestionale dell'Università di Siena.

## Contatti.

[giorgio.banchieri@gmail.com](mailto:giorgio.banchieri@gmail.com)

[maurizio.dalmaso@gmail.com](mailto:maurizio.dalmaso@gmail.com)

[stefania.mariantoni@outlook.it](mailto:stefania.mariantoni@outlook.it)

[andrea.gg.vannucci@icluod.com](mailto:andrea.gg.vannucci@icluod.com)

Si ringrazia la Dr.ssa Giulia D'Allestro per il database repository.

## Indice:

### Dati Covid19 ad oggi

- Dati da Gedi Visual e GIMBE;
- [Altmes - Univ. Cattolica] Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19, Aggiornamento

### Documenti, Linee Guida, Raccomandazioni, Analisi di scenari.

- [Scienza in rete] Lezioni di una pandemia: note per la ripartenza e il cambiamento, di Eugenio Paci;
- [EMA] COVID-19: dati recenti supportano l'uso continuativo di ACE-inibitori e ARB durante la pandemia;
- [ANAAO-Assomed] Fase 2. La mappa degli interventi messi in campo dalle Regioni: ospedali Covid, Usca, tamponi e personale;
- [Ministero Salute] Ricerca e gestione dei contatti di casi COVID-19 (*Contact tracing*) ed App Immuni.

### Epidemiologia, Diagnostica e clinica, Farmaci e vaccini.

- [The Lancet] Hydroxychloroquine o chloroquine con o senza un macrolide per i trattamenti di Covid19: un registro di analisi multinazionale;
- [Imperial College] Rapporto 24: I dati anonimizzati ed aggregati sulla mobilità delle persone a livello dei telefoni cellulari suggeriscono che la conformità iniziale agli interventi di allontanamento sociale COVID-19 era elevata e geograficamente coerente in tutto il Regno Unito;
- [Scienza in rete] Perché si muore sempre meno di Covid? di Luca Carra;
- [Scienza in rete] SARS-CoV-2: il mistero di un virus perfetto, di Gaetano Di Chiara;
- [Scienza in rete] La promozione della salute è cruciale per la fase 2, di Antonella Bena;
- [Scienza in rete] Anche l'immunità risente dell'età, di Simonetta Pagliani.

### Speciale: L'impatto del Covid19 sui minori (1)

- [ONU] Policy Brief for children - Breve politica per i minori;
- [Ministero salute] Indicazioni per le attività e le misure di contrasto e contenimento del virus sars-cov-2 nei dipartimenti di salute mentale e nei servizi di neuropsichiatria infantile dell'infanzia e dell'adolescenza;
- [The Alliance] Nota tecnica: la protezione dei bambini durante la pandemia di Coronavirus (v.1)1;

## Il “dopo” Covid19

- [Comitato Esperti] Iniziative per il rilancio “Italia 2020-2022”;
- [Corriere della Sera] Thomas Piketty: “Diseguaglianze mai così violente, è l’ora del coraggio”,
- [La nave di Teseo] Thomas Piketty: “Come evitare il peggio”,
- [La Repubblica] Le diseguaglianze sono diventate ereditarie (Fabrizio Barca);
- [La Repubblica] “Il virus aumenta le diseguaglianze: a rischio la crescita e la democrazia”;
- [La Repubblica] Coronavirus e diritti fondamentali: una mappa europea;
- [Centro Studi Confindustria] Con le riaperture di maggio la produzione recupera ma resta lontana dai livelli di un anno fa;
- [Centro Studi Confindustria] Previsioni Italia: faticosa risalita dopo il crollo, investimenti ed export soffrono più dei consumi;
- [Centro Studi Confindustria] A colpo d’occhio;
- [Centro Studi Confindustria] Approfondimenti;
- [ENI datalab] Con la pandemia recuperati 14 anni di emissioni di CO2;
- [La Rep.] Ocse, per PIL italiano crollo fino al 14% se il Covid tornasse a colpire.

*Per leggere:*  
“COVID 19 Review 2020”  
Daily Serie n.1 – n. 60



A cura di Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci

Review realizzata in collaborazione con :



DIPARTIMENTO  
DI SCIENZE SOCIALI  
ED ECONOMICHE

SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA

Per chi è interessato a leggere in numeri pregressi di Covid 19 Review 2020 li può trovare su:

Volume 1 dal n. 1 al n. 14:

[https://issuu.com/comsrl/docs/banchieri\\_1-14\\_rev](https://issuu.com/comsrl/docs/banchieri_1-14_rev)

Volume 2 dal n. 14 al n. 29:

[https://issuu.com/comsrl/docs/covid19\\_review\\_from\\_prof\\_giorgio\\_banchieri\\_parte\\_2](https://issuu.com/comsrl/docs/covid19_review_from_prof_giorgio_banchieri_parte_2)

Volume 3 dal n. 30 al n. 34 :

[https://issuu.com/comsrl/docs/covid19\\_review\\_from\\_prof\\_giorgio\\_banchieri\\_e\\_andre](https://issuu.com/comsrl/docs/covid19_review_from_prof_giorgio_banchieri_e_andre)

Volume 4 dal n. 35 al n. 60:

[https://issuu.com/comsrl/docs/covid19\\_review\\_parte\\_4\\_from\\_banchieri\\_e\\_vannucci](https://issuu.com/comsrl/docs/covid19_review_parte_4_from_banchieri_e_vannucci)

*Per leggere:*

## “COVID19 Review 2020”

Weekly Series

n.1 – n. in progress 2020

News, articles, trials, researches and data on Covid 19 pandemia



shutterstock.com • 1629512083

A cura di Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci, Maurizio Dal Maso, Stefania Mariantoni

Review realizzata in collaborazione con:



DIPARTIMENTO  
DI SCIENZE SOCIALI  
ED ECONOMICHE



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA

Volume 1 dal n. 1 ad oggi

[https://issuu.com/comsrl/docs/weekly\\_series\\_covid19\\_review\\_2020\\_published](https://issuu.com/comsrl/docs/weekly_series_covid19_review_2020_published)

## Survey verso le Aziende Sanitarie del SSN sull'impatto Covid 19 sull'organizzazione aziendale.

*Care Colleghe, Cari Colleghi,*

Vi chiediamo di rispondere al seguente questionario che mira ad indagare la presenza presso la Vostra struttura di percorsi assistenziali dedicati ai pazienti sospetti/confermati COVID-19 o di procedure/linee guida aziendali realizzate appositamente e le relative modalità di implementazione.

Tale iniziativa è promossa da ASIQUAS (*Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale*) e supportata da:

- Università Cattolica del “*Sacro Cuore*”, Dipartimento di Scienze della vita e sanità;
- Università Politecnica delle Marche, Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica;
- Università “*Sapienza*” di Roma, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche.

Al termine della rilevazione i risultati verranno utilizzati per redigere un report diffuso attraverso i canali della società e/o una pubblicazione scientifica su una rivista internazionale indexata al cui interno sarà citato il vostro nominativo nella Autorship.

Il questionario ricerca le seguenti informazioni:

- Generiche sull'adozione di percorsi/modelli organizzativi nell'azienda e attività di monitoraggio correlate;
- Specifiche sulla progettazione/implementazione di percorsi assistenziali specifici per covid-19.

La Survey è costituita da domande a risposta multipla e in alcune occasioni è possibile scegliere tra più alternative ed è disponibile al seguente link:

**Aziende Ospedaliere (21 domande):**

[https://docs.google.com/forms/d/10a7j3Bkb\\_M9MnJaTmCcD7TV9EUyD0OSn4Cl7DkqcJ6w/edit](https://docs.google.com/forms/d/10a7j3Bkb_M9MnJaTmCcD7TV9EUyD0OSn4Cl7DkqcJ6w/edit)

**Aziende Sanitarie Locali (27 domande):**

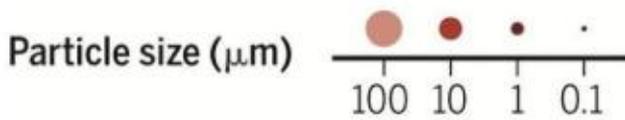
<https://docs.google.com/forms/d/1MhKttg12htTSh-Ck2aFqSKBcwXbWzygn8EWJ4NX3BOM/edit>

Rimaniamo a Vostra disposizione per ulteriori chiarimenti e Vi ringraziamo per la vostra cortesia e disponibilità nel partecipare a questa mappatura dello stato dell'arte di tali percorsi rivolti alla suddetta patologia.

*Francesco Di Stanislao, Giorgio Banchieri, Antonio Giulio de Belvis*

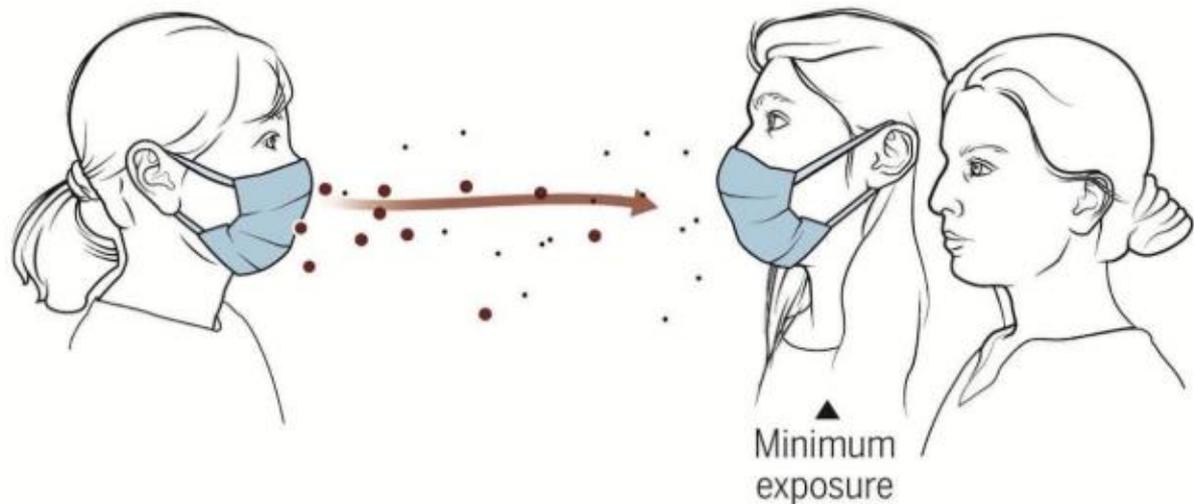
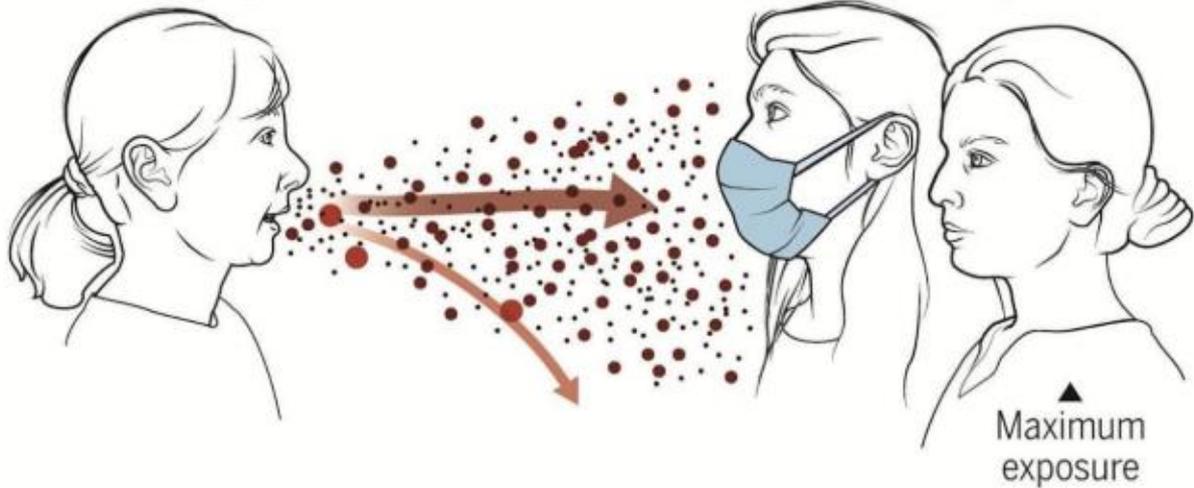
# Masks reduce airborne transmission

Infectious aerosol particles can be released during breathing and speaking by asymptomatic infected individuals. No masking maximizes exposure, whereas universal masking results in the least exposure.



**Infected, asymptomatic**

**Healthy**



GRAPHIC: V. ALTOUNIAN/SCIENCE

## Dati Covid19 ad oggi



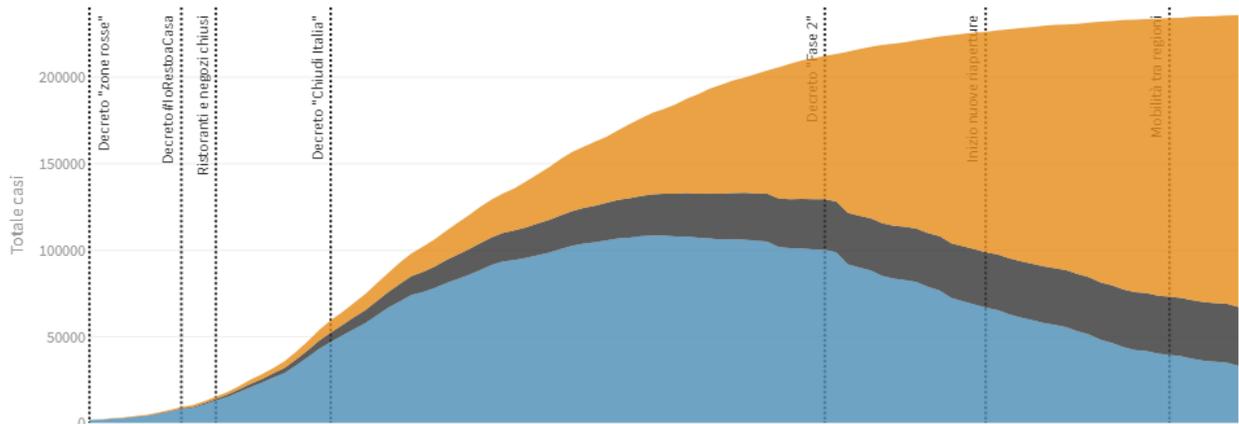
# L'evoluzione della pandemia

## I numeri complessivi dei contagi

Attualmente positivi, deceduti e dimessi/guariti giorno per giorno

Ultimo aggiornamento: 9 giugno 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute

Seleziona la voce che vuoi evidenziare

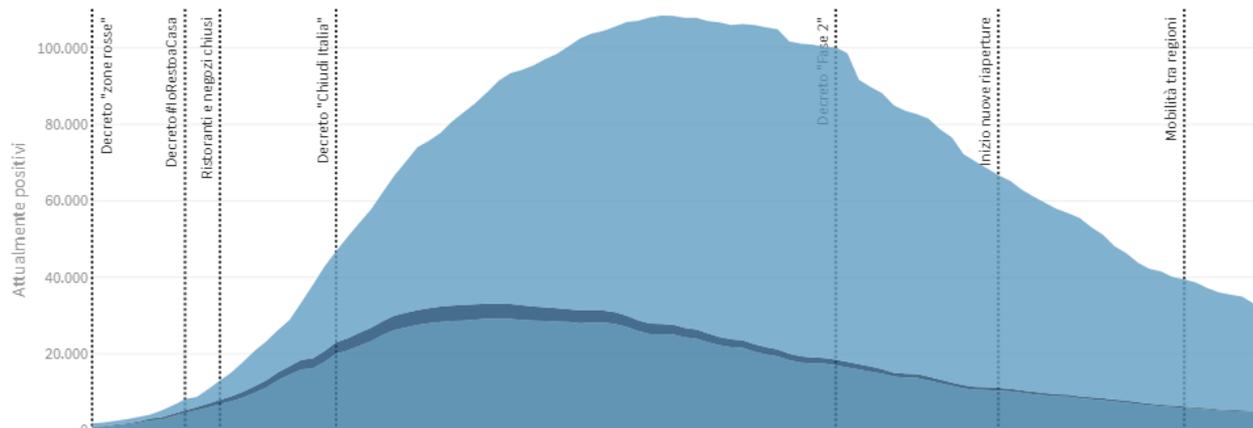


## La distribuzione degli attualmente positivi

Pazienti in terapia intensiva, ricoverati con sintomi e in isolamento domiciliare

Ultimo aggiornamento: 9 giugno 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute

Seleziona la voce che vuoi evidenziare

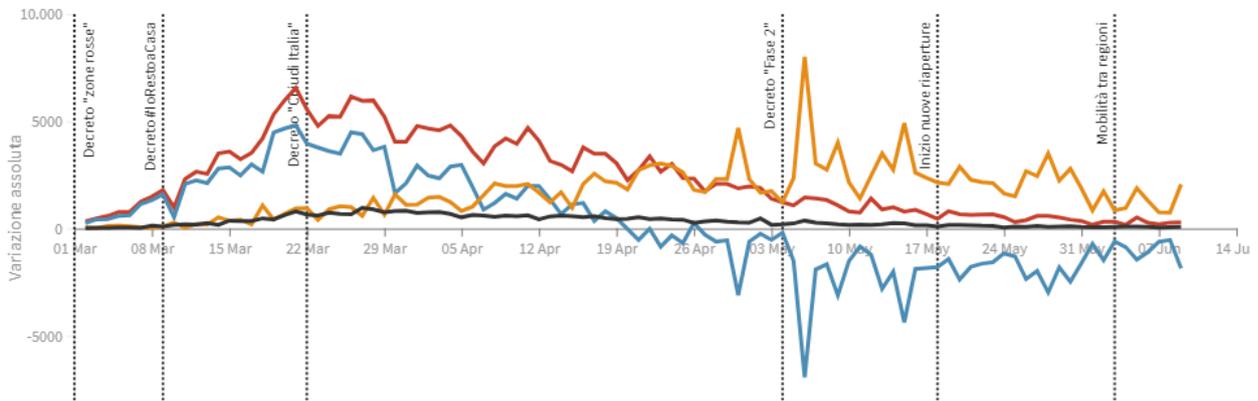


## La variazione assoluta giorno per giorno

Variatione totale contagiati, variazione attualmente positivi, variazione dimessi/guariti e variazione deceduti in assoluto rispetto al giorno precedente

Ultimo aggiornamento: 9 giugno 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute

Seleziona la voce che vuoi evidenziare



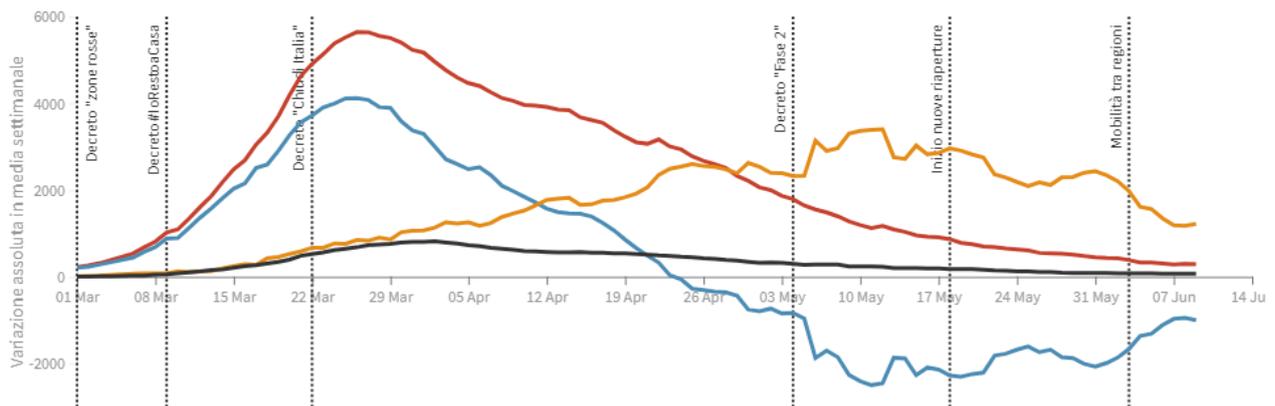
GEDIVISUAL

## La variazione assoluta in media settimanale

La variazione giornaliera assoluta in media settimanale del totale contagiati, attualmente positivi, dimessi/guariti e deceduti

Ultimo aggiornamento: 9 giugno 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute

Seleziona la voce che vuoi evidenziare



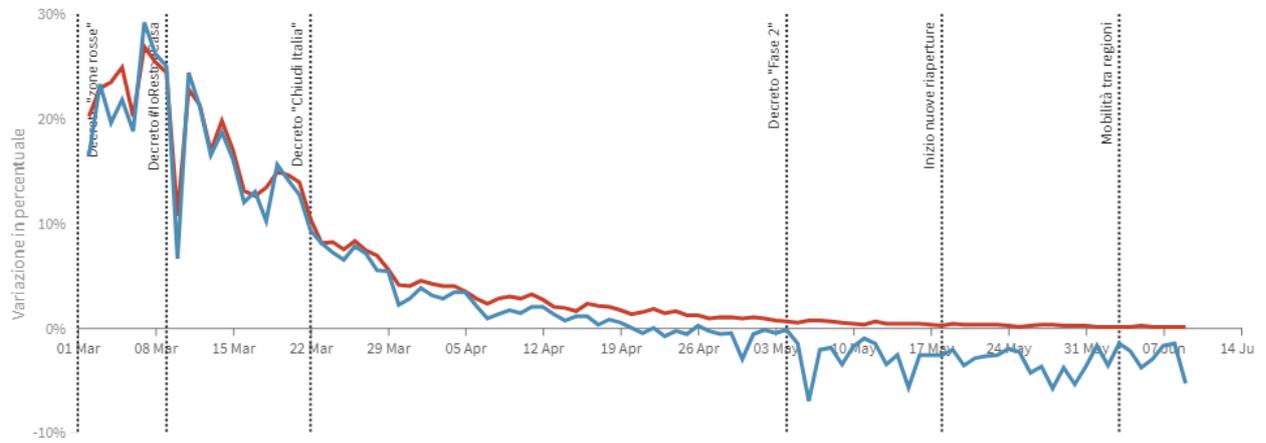
GEDIVISUAL

## La variazione percentuale giornaliera

Il grafico mostra la variazione giornaliera in percentuale del **totale contagiati** e **attualmente positivi** rispetto al tempo

Ultimo aggiornamento: 9 giugno 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute

Seleziona la voce che vuoi evidenziare



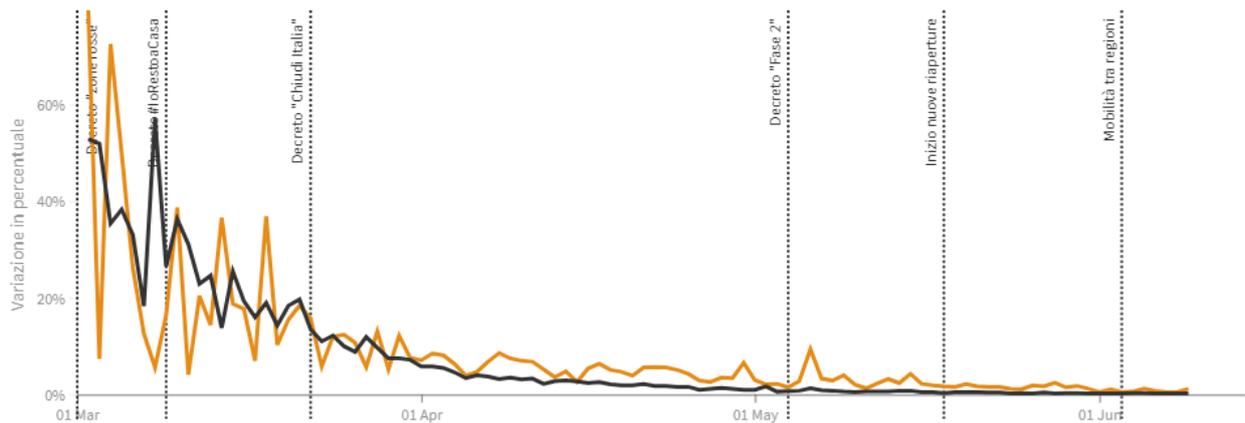
GEDIVISUAL

## La variazione percentuale giornaliera

Il grafico mostra la variazione giornaliera in percentuale dei **dimessi/guariti** e **deceduti**

Ultimo aggiornamento: 9 giugno 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute

Seleziona la voce che vuoi evidenziare

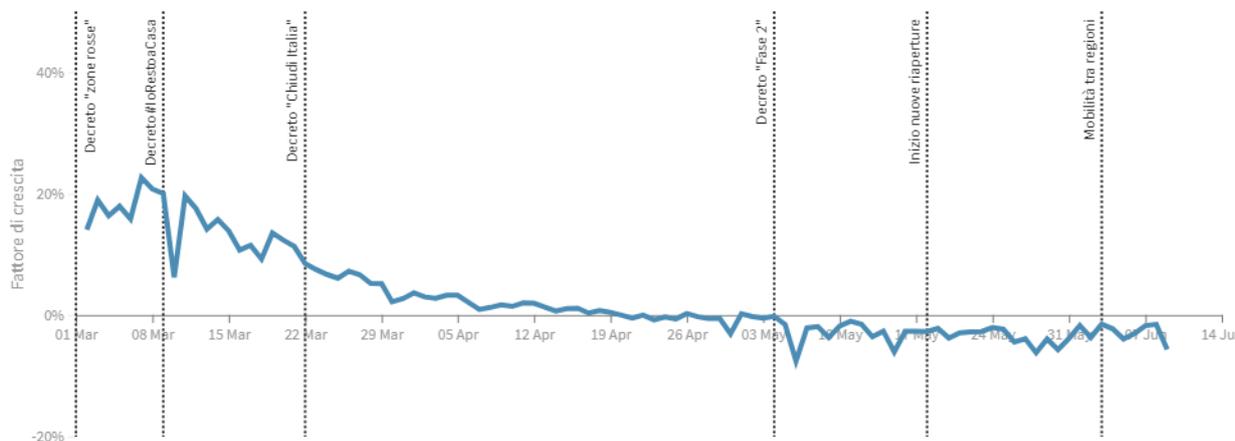


GEDIVISUAL

## Il fattore di crescita degli attualmente positivi

Il **fattore di crescita** - espresso in percentuale - in questo caso indica il rapporto tra la **VARIAZIONE** (numero di oggi - numero di ieri) e il **TOTALE** degli attualmente positivi. Quando il **fattore di crescita** è maggiore di zero, l'epidemia si sta diffondendo. Quando è uguale a zero, l'epidemia si è fermata o ha raggiunto il picco di massima espansione. Quando il **fattore di crescita** è negativo, l'epidemia sta regredendo.

Ultimo aggiornamento: 9 giugno 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute



GEDIVISUAL

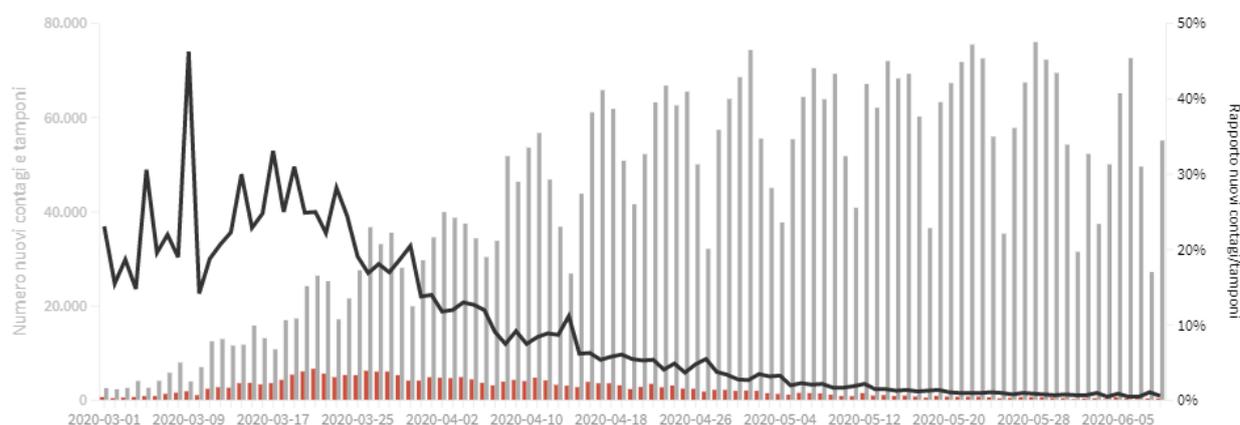
## Tamponi e nuovi contagi giorno per giorno in Italia

Come evolve quotidianamente il rapporto tra tamponi effettuati e contagi rilevati

Ultimo aggiornamento: 9 giugno 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute

Seleziona la voce che vuoi evidenziare

Rapporto nuovi contagi/tamponi (%)
  Contagi giornalieri
  Variazione tamponi nelle ultime 24 ore

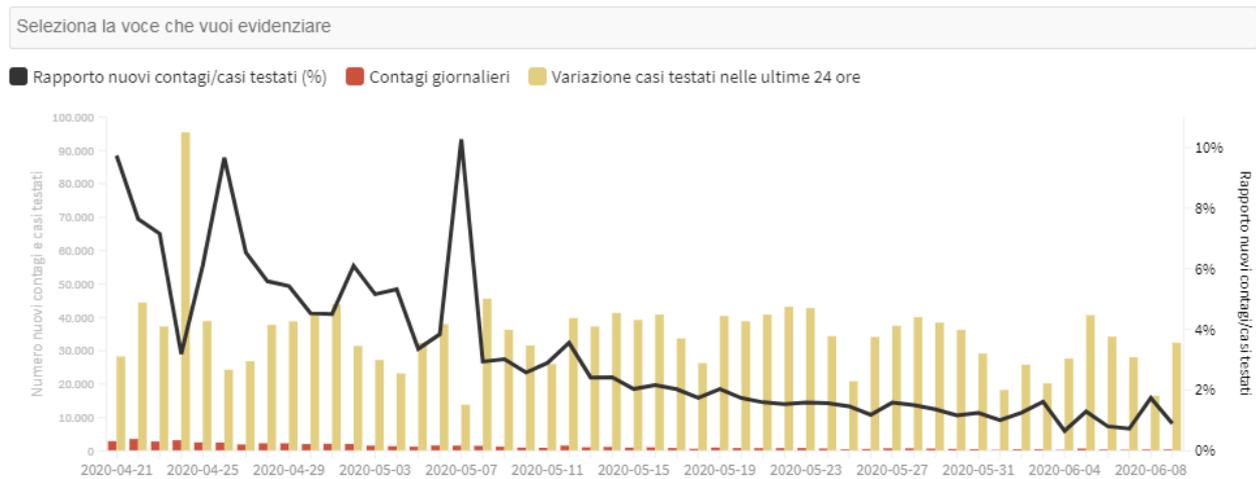


GEDIVISUAL

## Il rapporto tra nuovi positivi e persone testate in Italia

Il numero dei tamponi è superiore a quello delle persone testate dal momento che la stessa persona può essere sottoposta a più tamponi o per confermare la guarigione virologica oppure per altre necessità. Come evolve quotidianamente il rapporto tra persone effettivamente testate (casi testati) e contagi rilevati

Ultimo aggiornamento: 9 giugno 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute

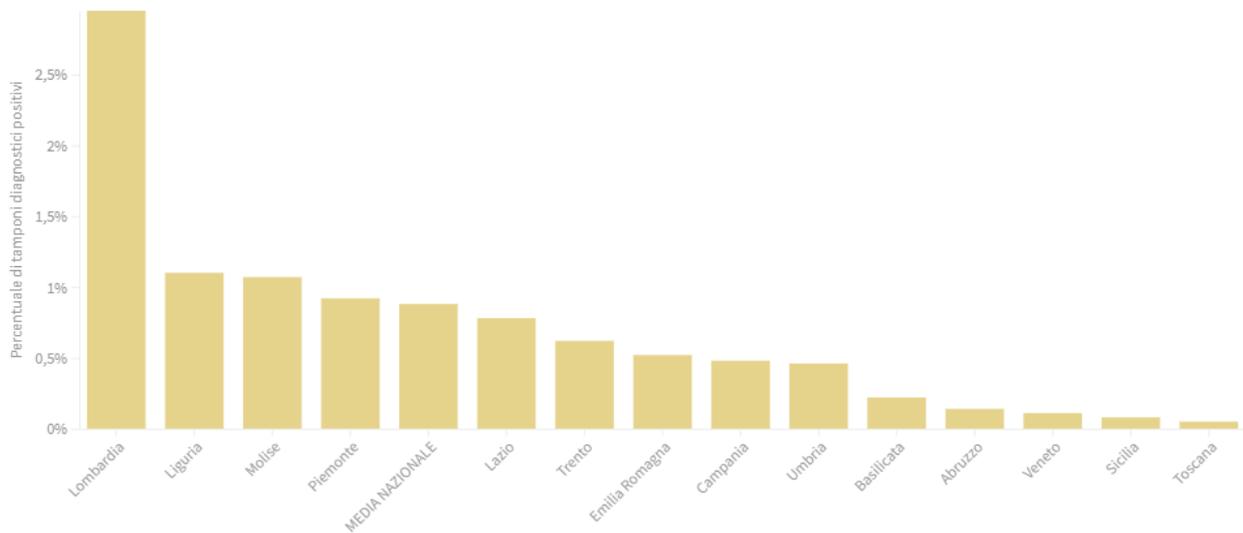


GED VISUAL

## Rapporto tra nuovi contagi e persone testate

Il rapporto tra nuovi contagi e persone testate nelle ultime 24 ore risulta superiore alla MEDIA NAZIONALE (0,88%) in 4 regioni: in Lombardia (2,95%), in Liguria (1,10%), nel Molise (1,07%) e in Piemonte (0,92%)

Ultimo aggiornamento: 9 giugno 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute

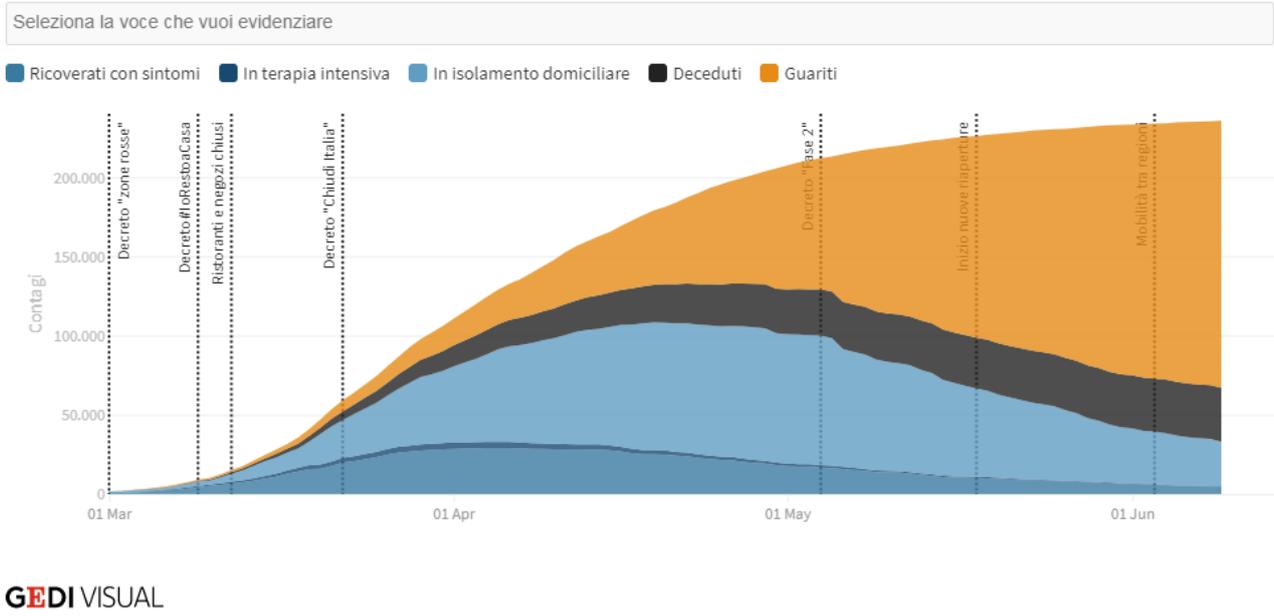


GED VISUAL

# RIEPILOGO ITALIA

Attualmente positivi, guariti/dimessi, deceduti, tasso di letalità, tamponi fatti: l'andamento giorno per giorno

Ultimo aggiornamento: 9 giugno 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute



## Prevalenza e incremento settimanale dei casi

Il grafico mostra il posizionamento delle regioni in relazione alle medie nazionali di prevalenza (numero di casi per 100 mila abitanti) e incremento settimanale dei casi. La **zona rossa** è caratterizzata da una prevalenza e da un incremento settimanale dei casi sopra la **media nazionale**. Nella **zona gialla** si trovano le regioni con un'alta prevalenza ma con un incremento in riduzione. Nella **zona arancione** l'incremento settimanale dei casi è sopra la **media nazionale** ma la prevalenza è sotto mentre nella **zona verde** sia la prevalenza che la crescita settimanale dei casi sono sotto la **media nazionale**.

Ultimo aggiornamento: 9 giugno 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute

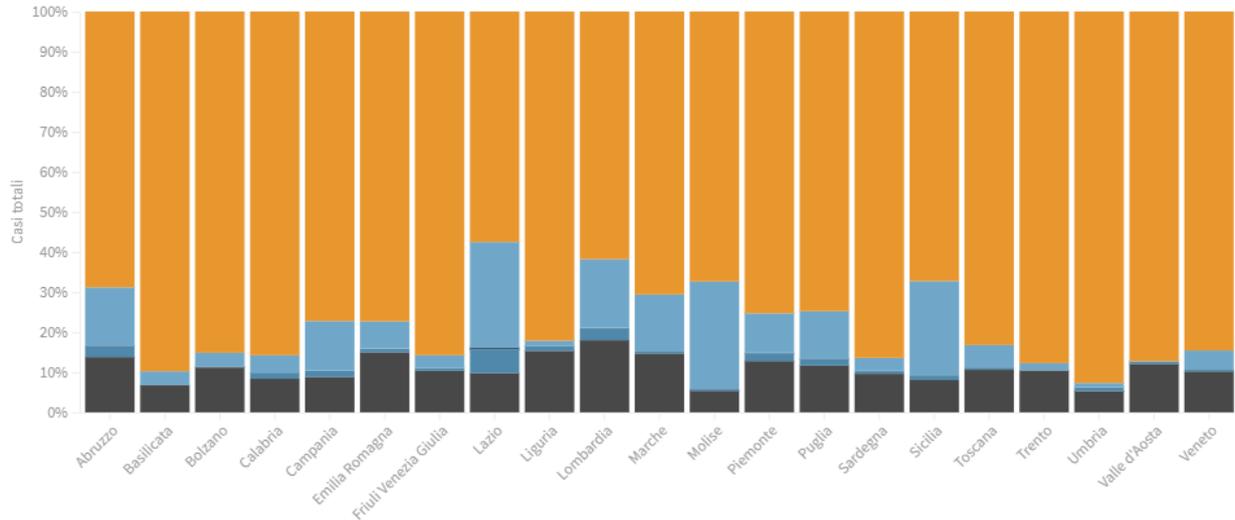


Grafico originale: Fondazione GIMBE

## La distribuzione dei contagiati regione per regione

Il grafico illustra la percentuale dei casi suddivisi per pazienti **guariti, in isolamento domiciliare, in terapia intensiva, per ricoverati con sintomi** e per pazienti **deceduti**

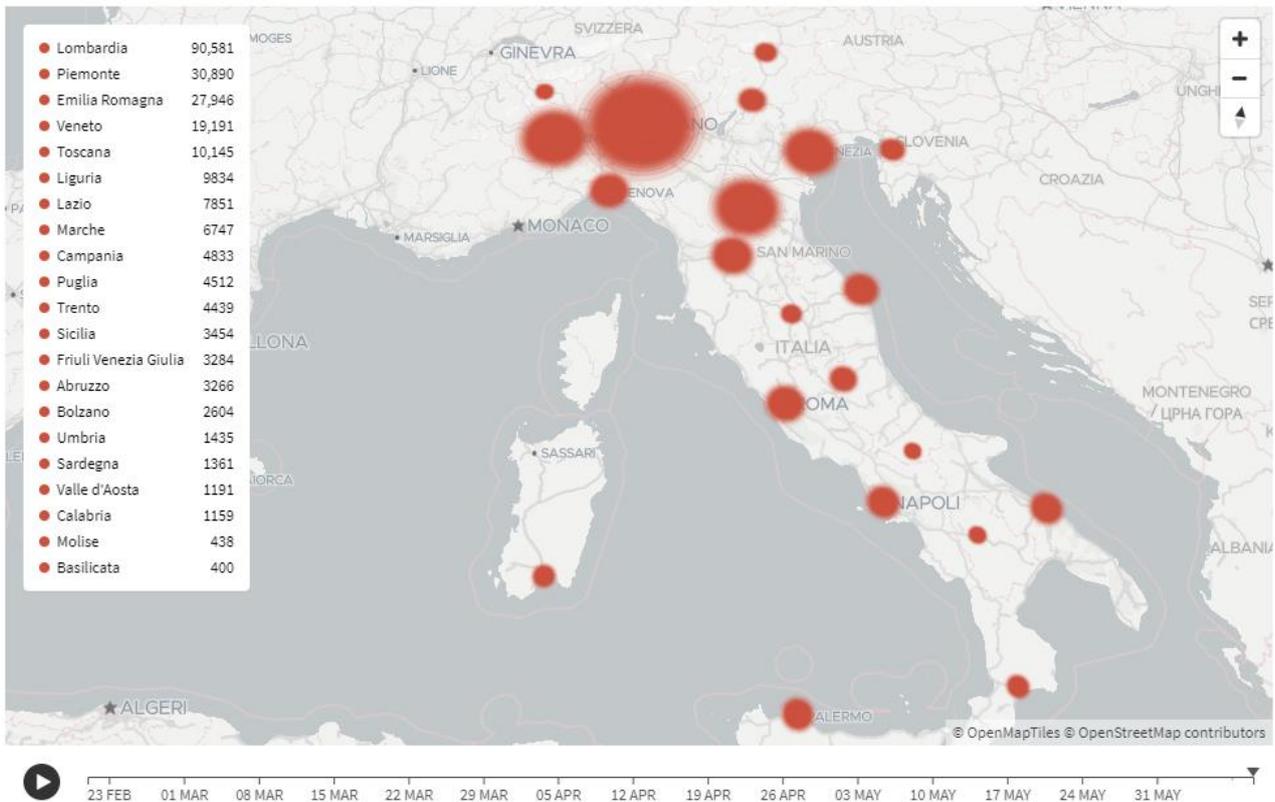
Ultimo aggiornamento: 9 giugno 2020 - ore 18,00. Dati del ministero della Salute



GEDIVISUAL

## I contagi in Italia per regione

Ultimo aggiornamento: 9 giugno 2020 - ore 18,20. Dati del ministero della Salute



## Variazione giornaliera dei contagi in assoluto

Il totale dei casi rispetto al giorno precedente per provincia

In alcune regioni il numero dei CASI DA VERIFICARE è molto alto come in Lombardia (1.990), in Piemonte (348), in Veneto (346), in Campania (290), nelle Marche (235) o nel Lazio (116). Questi numeri non sono rappresentati sulla mappa.



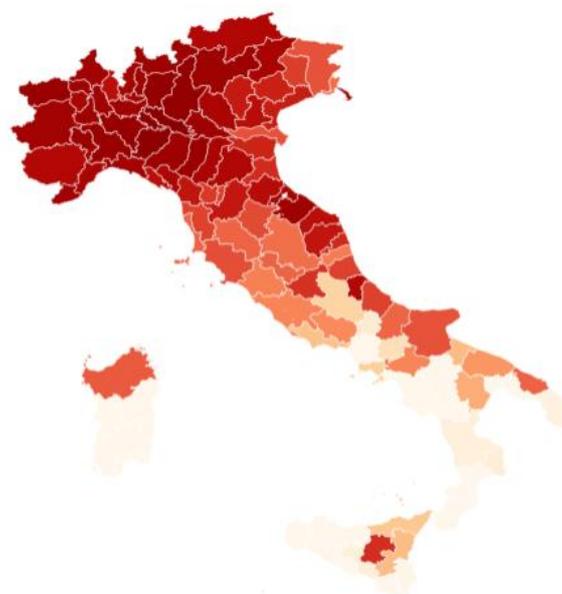
GEDIVISUAL

Ultimo aggiornamento: 9 giugno 2020 - ore 19.00. Dati del ministero della Salute

## Prevalenza del contagio per provincia

Quante persone sane ci sono per ogni contagiato

In alcune regioni il numero dei CASI DA VERIFICARE è molto alto come in Lombardia (1.990), in Piemonte (348), in Veneto (346), in Campania (290), nelle Marche (235) o nel Lazio (116). Questi numeri non sono rappresentati sulla mappa.



## Incidenza dei nuovi contagi per provincia

Quante persone sane ci sono per ogni NUOVO CONTAGIATO

In alcune regioni il numero dei CASI DA VERIFICARE è molto alto come in Lombardia (1.990), in Piemonte (348), in Veneto (346), in Campania (290), nelle Marche (235) o nel Lazio (116). Questi numeri non sono rappresentati sulla mappa.

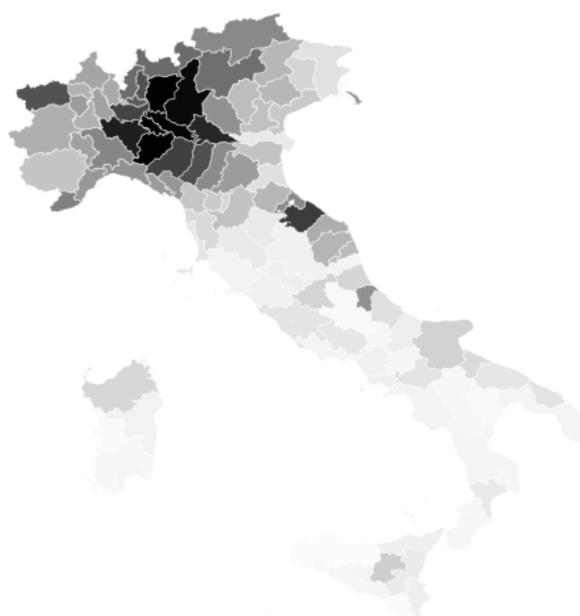


**GEDI** VISUAL

Ultimo aggiornamento: 9 giugno 2020 - ore 19.00. Dati del ministero della Salute

## Decessi per Covid-19 nel primo quadrimestre 2020

Confronto con la media per lo stesso periodo del 2015-2019 su un campione di 7.270 comuni (92% dei 7.904 complessivi). Passando il mouse sulle province: rapporto tra decessi per Covid-19 e totale decessi nel primo quadrimestre 2020, variazione rispetto alla media per lo stesso periodo del 2015-2019.



## Prevalenza e incremento settimanale dei casi

Nella settimana tra il 2 e il 9 giugno. La zona rossa è caratterizzata da una prevalenza e da un incremento settimanale dei casi sopra la media nazionale. Nella zona gialla si trovano le regioni con un'alta prevalenza ma con un incremento in riduzione. Nella zona arancione l'incremento settimanale dei casi è sopra la media nazionale ma la prevalenza è sotto mentre nella zona verde sia la prevalenza che la crescita settimanale dei casi sono sotto la media nazionale.

Ultimo aggiornamento: 9 giugno 2020 - ore 19,00. Dati del ministero della Salute



GEDIVISUAL

## Rapporto dei nuovi casi giornalieri sui tamponi giornalieri in media settimanale

Ultimo aggiornamento: 9 giugno 2020 - ore 19,00. Dati del ministero della Salute



## La mappa del monitoraggio della fase 2

La colorazione della mappa indica l'indice di trasmissibilità (Rt). Il valore Rt (erre con t) rappresenta il numero medio di infezioni prodotte da una persona nell'arco del suo periodo infettivo. Passando il mouse sulle regioni ci sono tutti gli indicatori del report settimanale.

Dati relativi alla settimana tra il 25 e il 31 maggio, aggiornati al 3 giugno 2020

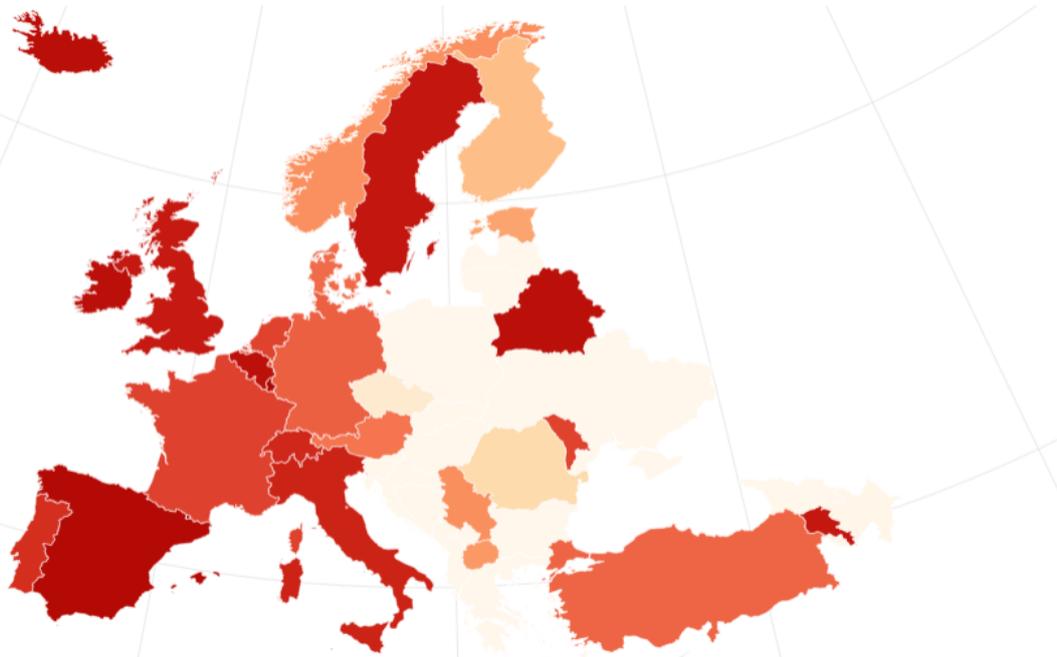


GEDIVISUAL

## Prevalenza del contagio in Europa

TOTALE CONTAGIATI: 1.872.032 - DECEDUTI: 179.075 - GUARITI: 1.013.924

Ultimo aggiornamento: 10 giugno 2020, ore 08.00



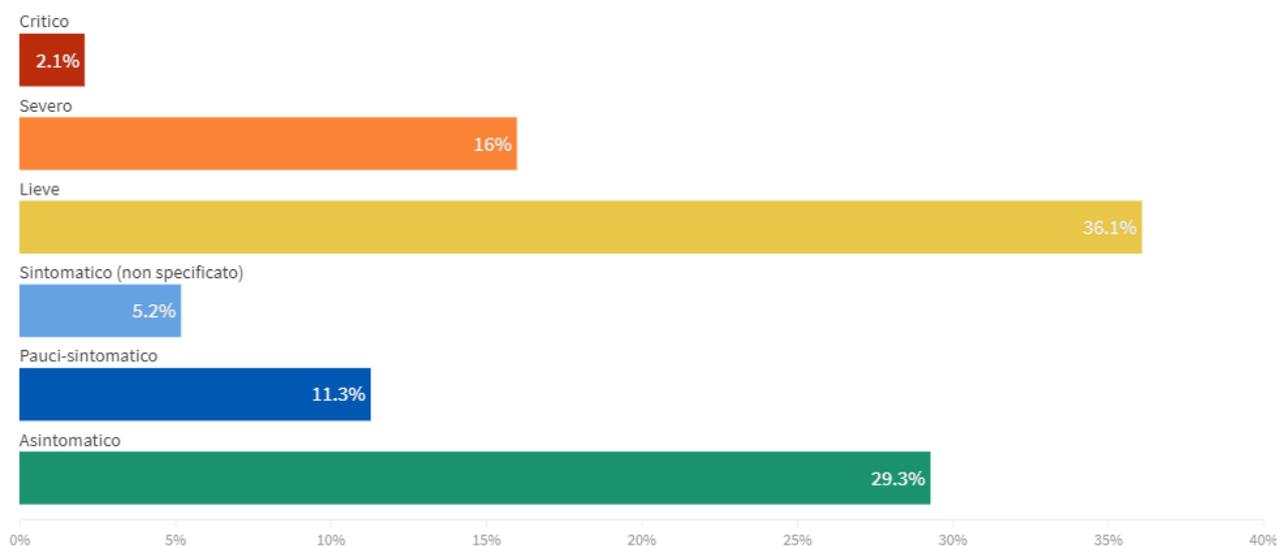
GEDIVISUAL

Fonte: [Johns Hopkins Center for System Science and Engineering](#), [Worldometer](#)

## Effetti della pandemia

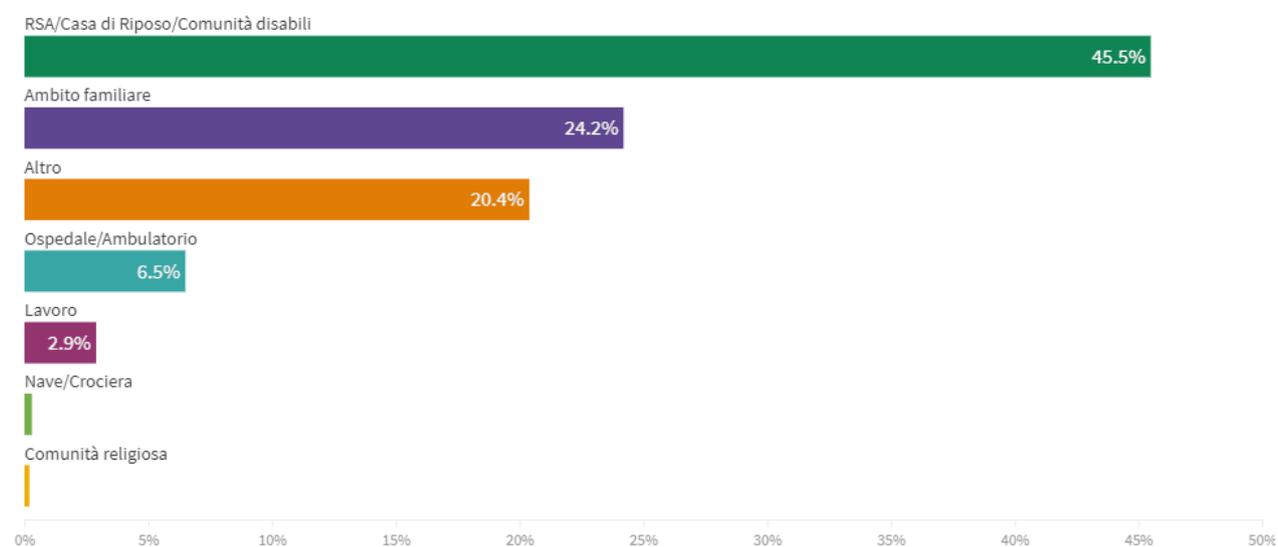
### Distribuzione degli stati clinici per genere

Il grafico è basato su 28.218 casi diagnosticati su un totale di 235.579. Ultimo aggiornamento: 8 giugno 2020.



### Distribuzione dei luoghi di esposizione dei casi

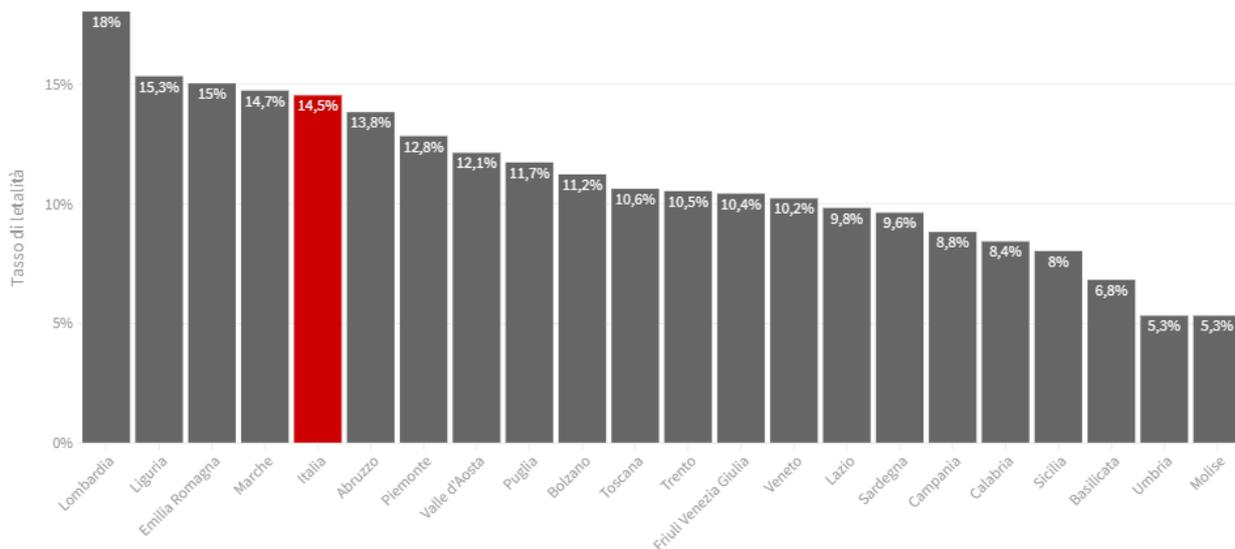
Il grafico è basato su 3.349 casi (su un totale di 22.631) diagnosticati dal 1 maggio al 3 giugno 2020.



## Tasso di letalità regione per regione

Il tasso di letalità è la percentuale di deceduti rispetto al totale di contagiati

Ultimo aggiornamento: 9 giugno 2020 - ore 18,30. Dati del ministero della Salute

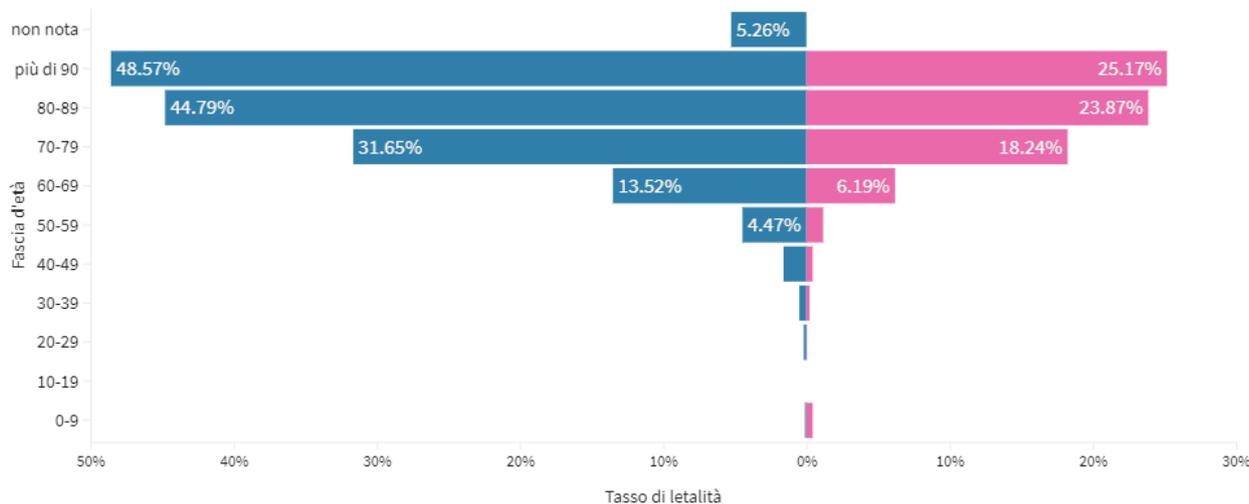


GEDIVISUAL

## Tasso di letalità per fascia d'età e sesso

**Uomini** contagiati: 107.368 di cui deceduti: 19.024 con un tasso di letalità pari a 17,72%. **Donne** contagiati: 126.718 di cui decedute: 13.330 con un tasso di letalità pari a 10,52%

Il tasso di letalità è la percentuale dei deceduti rispetto al numero di contagiati in questo grafico sia per fascia d'età che per sesso. Il grafico è basato sui dati aggiornati al 3 giugno 2020



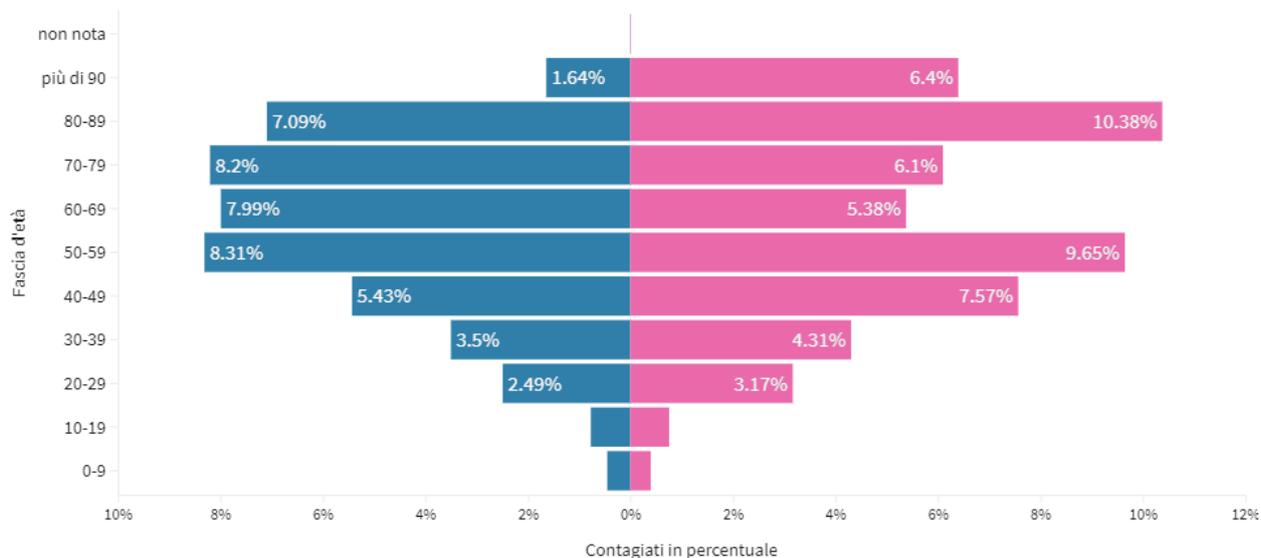
GEDIVISUAL

Fonte: Istituto superiore di Sanità

## Distribuzione dei contagi per fascia d'età e sesso

**Uomini:** 107.368 (45,87%) - **Donne:** 126.718 (54,13%)

Il grafico è basato sui dati aggiornati al 3 giugno 2020



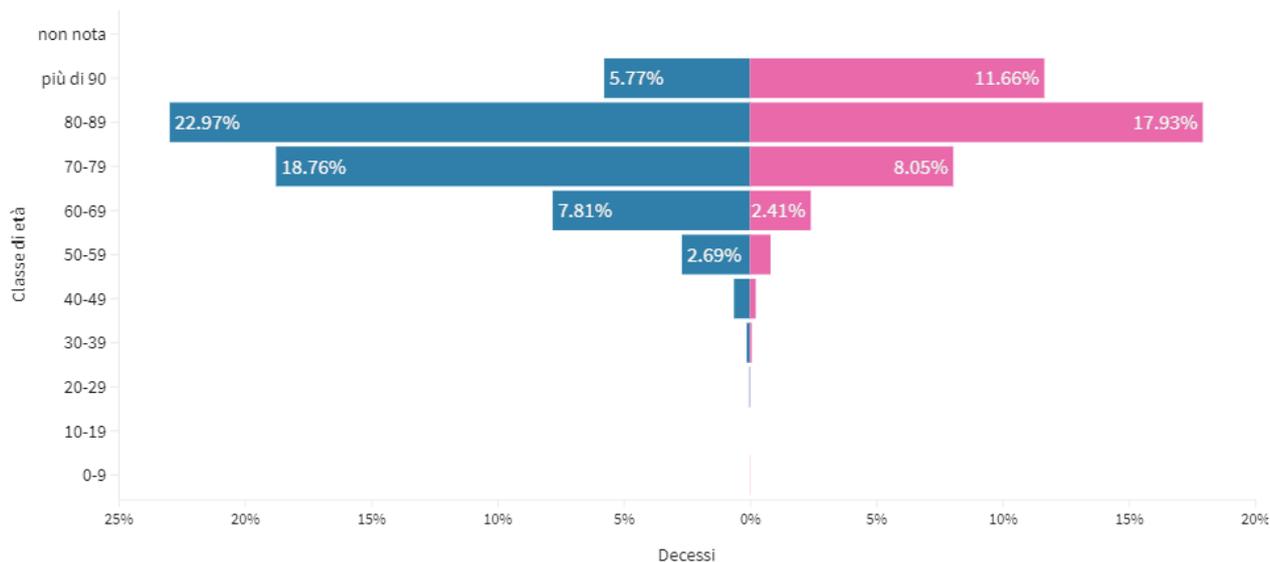
GEDIVISUAL

Fonte: [Istituto superiore di Sanità](#)

## Distribuzione dei decessi per fascia d'età e sesso

**Uomini:** 19.024 (58,80%) - **Donne:** 13.330 (41,20%)

Il grafico è basato sui dati aggiornati al 3 giugno 2020

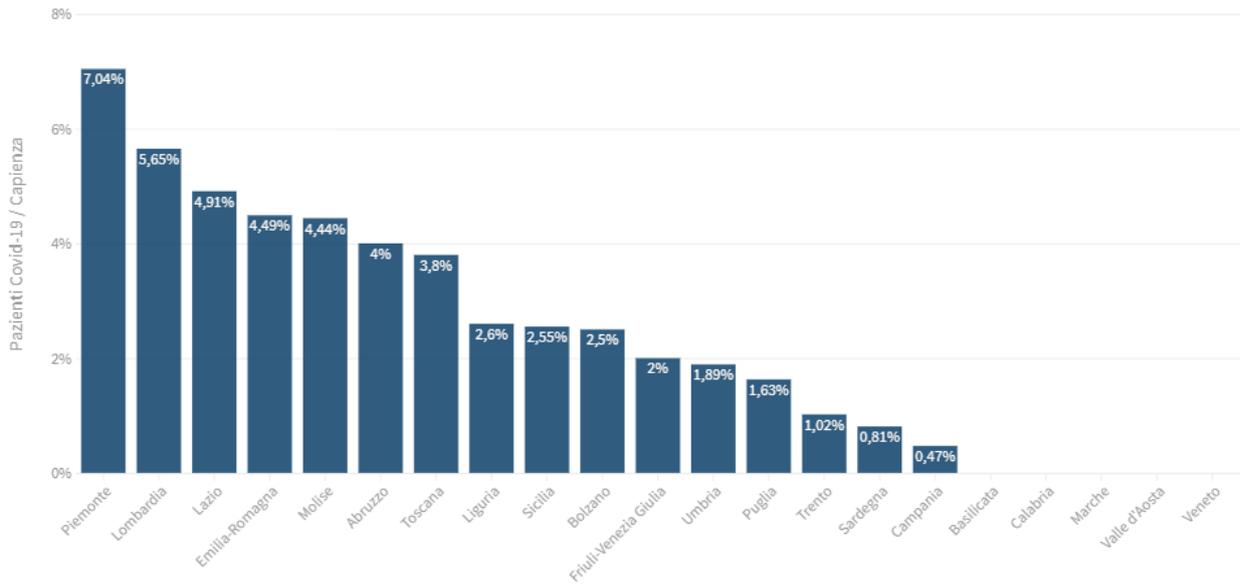


GEDIVISUAL

Fonte: [Istituto superiore di Sanità](#)

# Pazienti Covid-19 in terapia intensiva per capienza

Ultimo aggiornamento: 9 giugno 2020 - ore 18,30. Dati del ministero della Salute

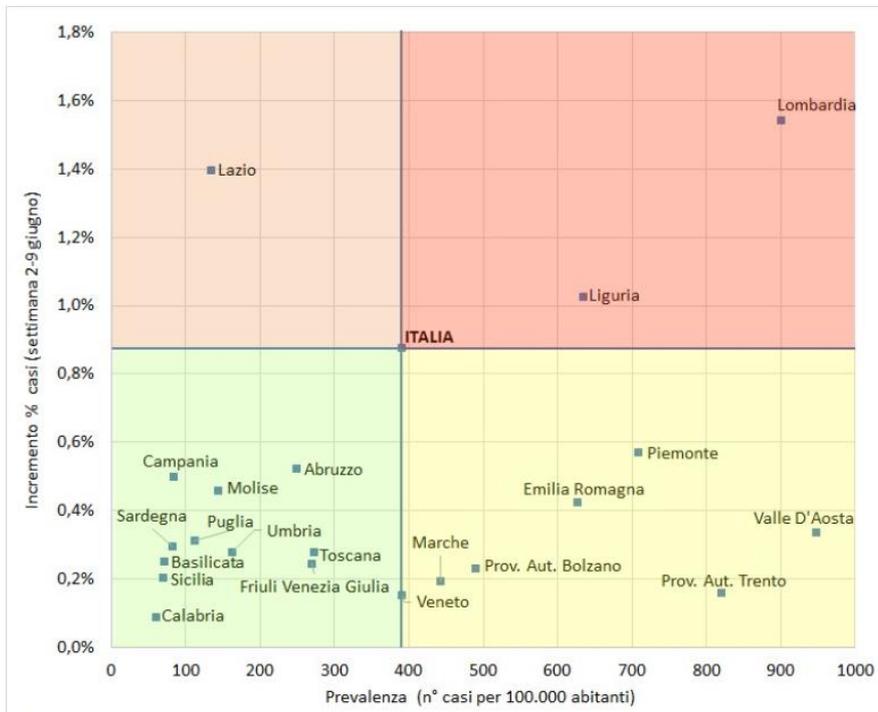


GEDI VISUAL

Fonte: Dataset di Matteo Villa (@emmevilla)

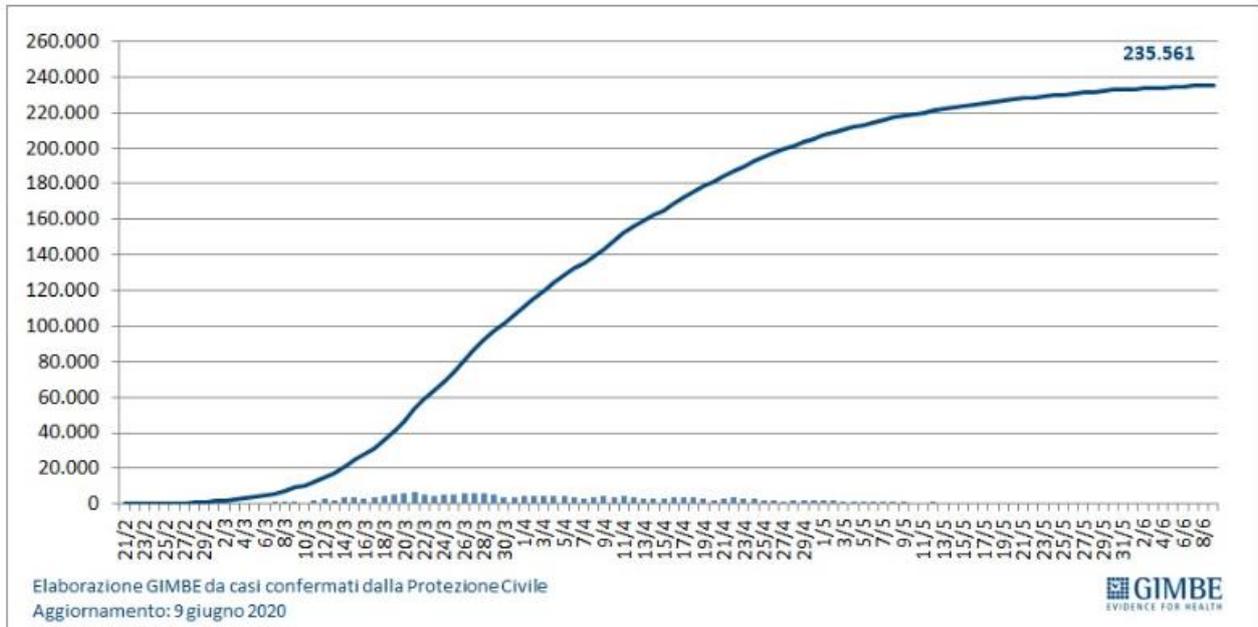
## Prevalenza e incremento percentuale dei casi di COVID-19

Il grafico illustra il posizionamento delle Regioni in relazione alle medie nazionali di prevalenza e incremento percentuale dei casi (settimana 03 - 09 giugno)



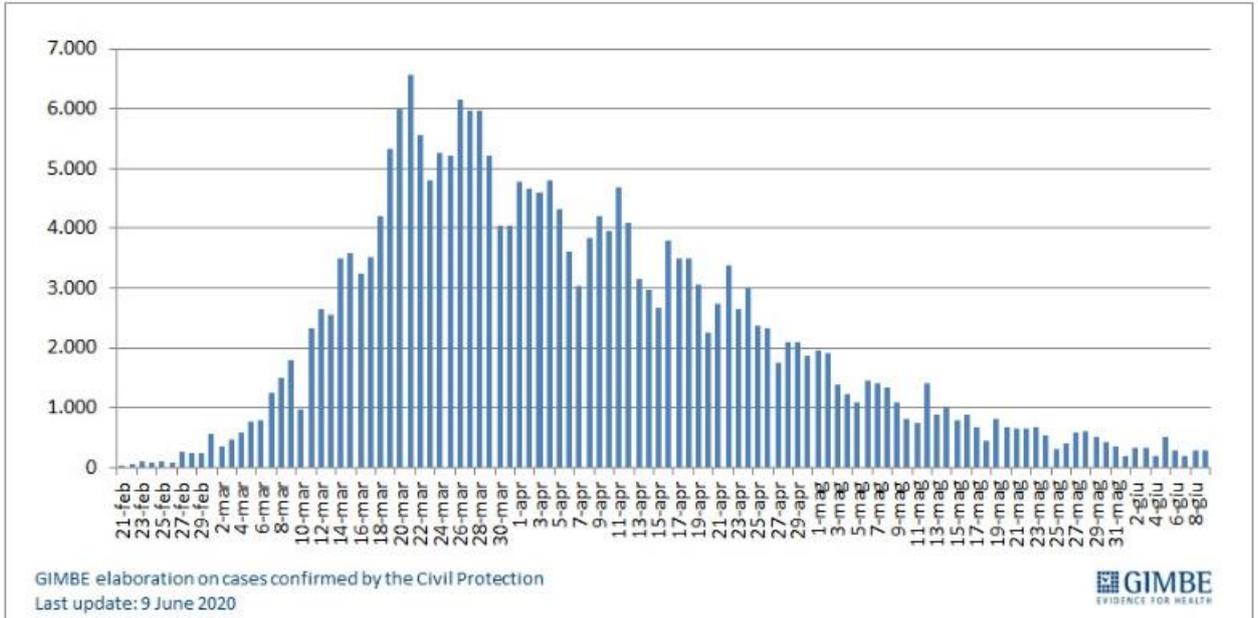
## Andamento dei casi di COVID-19

Il grafico illustra l'aumento in termini assoluti dei casi di infezione da Coronavirus in Italia.



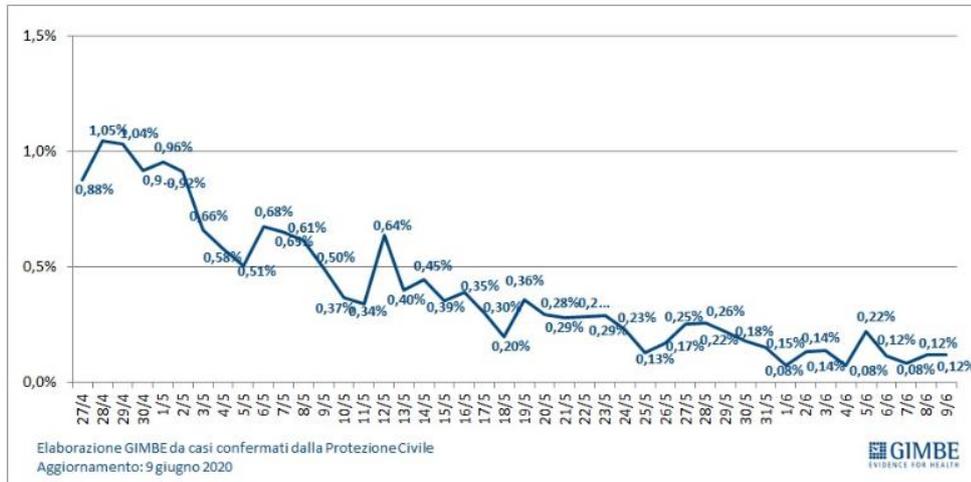
## Incremento assoluto dei casi di COVID-19

Il grafico illustra i nuovi casi giornalieri di infezione da Coronavirus in Italia.



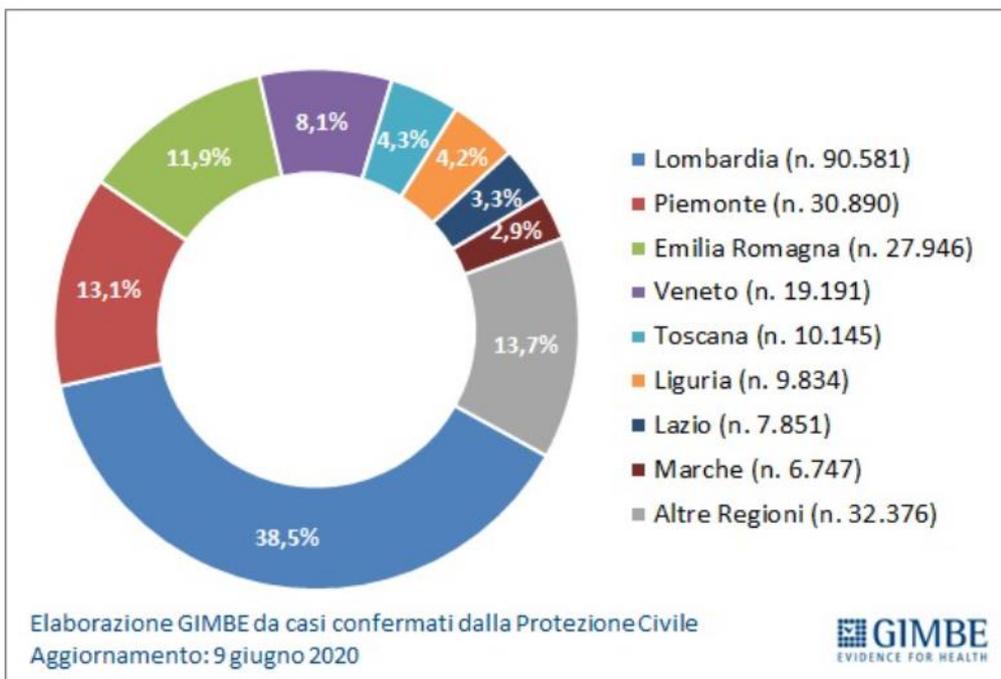
### Incremento percentuale dei casi di COVID-19

Il grafico illustra, per ciascun giorno, l'aumento percentuale del totale dei casi confermati rispetto al giorno precedente.



### Distribuzione geografica dei casi di COVID-19

Il grafico illustra la distribuzione geografica dei casi di infezione da Coronavirus in Italia in termini percentuali e assoluti.



### Distribuzione geografica dei casi di COVID-19 Regioni e Province.

La tabella illustra la distribuzione geografica dei casi di infezione da Coronavirus in Italia suddivisi per Regioni e Province.

Casi di COVID-19 in Italia		235.278		Aggiornamento 8 giugno ore 18.00	
<b>LOMBARDIA</b> 90.389	<b>VENETO</b> 19.187	<b>LAZIO</b> 7.828	<b>PROV. AUT. TRENTO</b> 4.436	<b>UMBRIA</b> 1.432	
Milano 23.437	Verona 5.105	Roma 5.735	Trento 4.436	Perugia 1.004	
Brescia 15.070	Padova 3.933	Frosinone 618	<b>SICILIA</b> 3.452	Terni 373	
Bergamo 13.609	Vicenza 2.852	Latina 545	Catania 1.074	N.D.	55
Cremona 6.502	Venezia 2.668	Viterbo 429	Palermo 580	<b>SARDEGNA</b> 1.362	
Monza Brianza 5.583	Treviso 2.665	Rieti 386	Messina 565	Sassari 872	
Pavia 5.418	Belluno 1.177	N.D.	Enna 425	Cagliari 252	
Como 3.935	Rovigo 443	<b>MARCHE</b> 6.747	Siracusa 251	Sud Sardegna 99	
Varese 3.700	N.D.	344	Caltanissetta 176	Nuoro 79	
Lodi 3.502	<b>TOSCANA</b> 10.144	Pesaro-Urbino 2.752	Trapani 142	Oristano 60	
Mantova 3.390	Firenze 3.485	Ancona 1.873	Agrigento 141	<b>VALLE D'AOSTA</b> 1.191	
Lecco 2.768	Lucca 1.364	Macerata 1.127	Ragusa 98	Aosta 1.191	
N.D.	Massa Carrara 1.050	Fermo 470	<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b> 3.284	<b>CALABRIA</b> 1.159	
Sondrio 1.492	Pisa 896	Ascoli Piceno 290	Trieste 1.390	Cosenza 468	
<b>PIEMONTE</b> 30.869	Arezzo 678	<b>CAMPANIA</b> 4.828	Udine 989	Reggio Calabria 276	
Torino 15.707	Pistola 678	Napoli 2.627	Pordenone 691	Catanzaro 214	
Alessandria 3.968	Prato 568	Salerno 688	Gorizia 214	Crotone 118	
Cuneo 2.803	Livorno 557	Avellino 547	<b>ABRUZZO</b> 3.265	Vibo Valentia 81	
Novara 2.726	Siena 441	Caserta 466	Pescara 1.531	N.D.	2
Asti 1.857	Grosseto 427	N.D.	Chieti 825	<b>MOLISE</b> 436	
Vercelli 1.309	<b>LIGURIA</b> 9.826	Benevento 209	Teramo 662	Campobasso 359	
Verbano-Cusio-Ossola 1.111	Genova 5.787	<b>PUGLIA</b> 4.512	L'Aquila 247	Isernia 58	
Biella 1.039	Savona 1.586	Bari 1.489	<b>PROV. AUT. BOLZANO</b> 2.604	N.D.	19
N.D.	Imperia 1.554	Foggia 1.162	Bolzano 2.604	<b>BASILICATA</b> 399	
<b>EMILIA ROMAGNA</b> 27.928	La Spezia 897	Brindisi 653		Matera 208	
Bologna 5.050	N.D.	2		Potenza 191	
Reggio Emilia 4.962					
Piacenza 4.506					
Modena 3.927					
Parma 3.567					
Rimini 2.161					
Forlì Cesena 1.726					
Ravenna 1.030					
Ferrara 999					

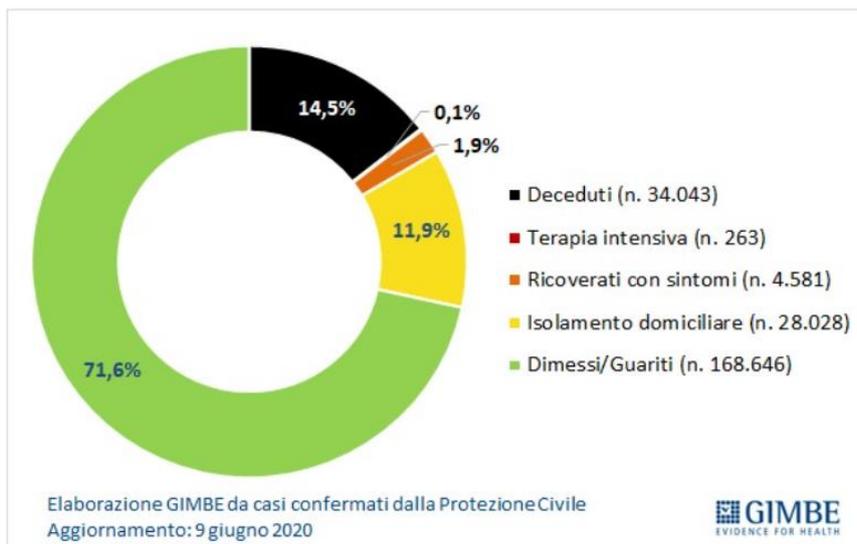
#### Fonte

Elaborazione GIMBE da casi confermati dalla Protezione Civile il 8 giugno 2020, ore 18  
Disponibili a: [www.protezionecivile.gov.it](http://www.protezionecivile.gov.it)



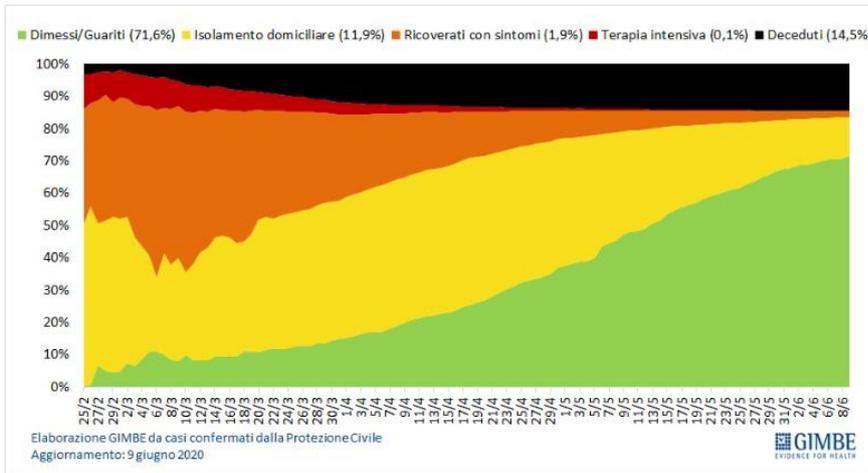
### Casi di COVID-19: pazienti isolati, ricoverati, guariti, deceduti

Il grafico illustra la percentuale dei casi di infezione da Coronavirus in Italia suddivisi per setting assistenziale (isolamento domiciliare, ricovero ospedaliero, ricovero in terapia intensiva) e la percentuale di pazienti guariti e deceduti.



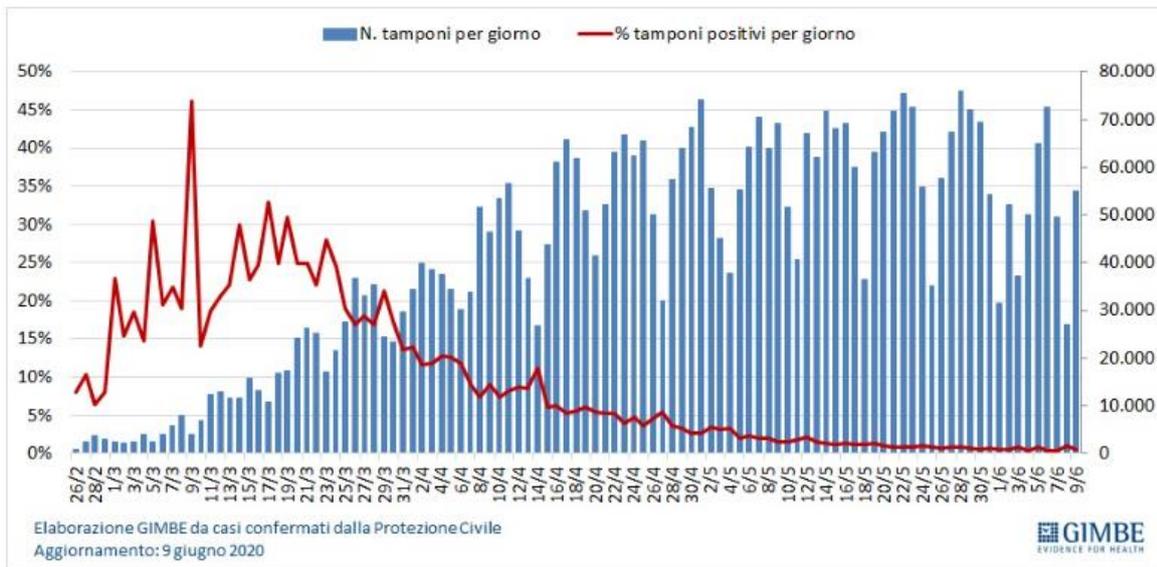
### Casi di COVID-19: andamento giornaliero pazienti isolati, ricoverati, guariti, deceduti

Il grafico illustra la percentuale giornaliera dei casi di infezione da Coronavirus in Italia suddivisi per setting assistenziale (isolamento domiciliare, ricovero ospedaliero, ricovero in terapia intensiva) e la percentuale giornaliera di pazienti guariti e deceduti.



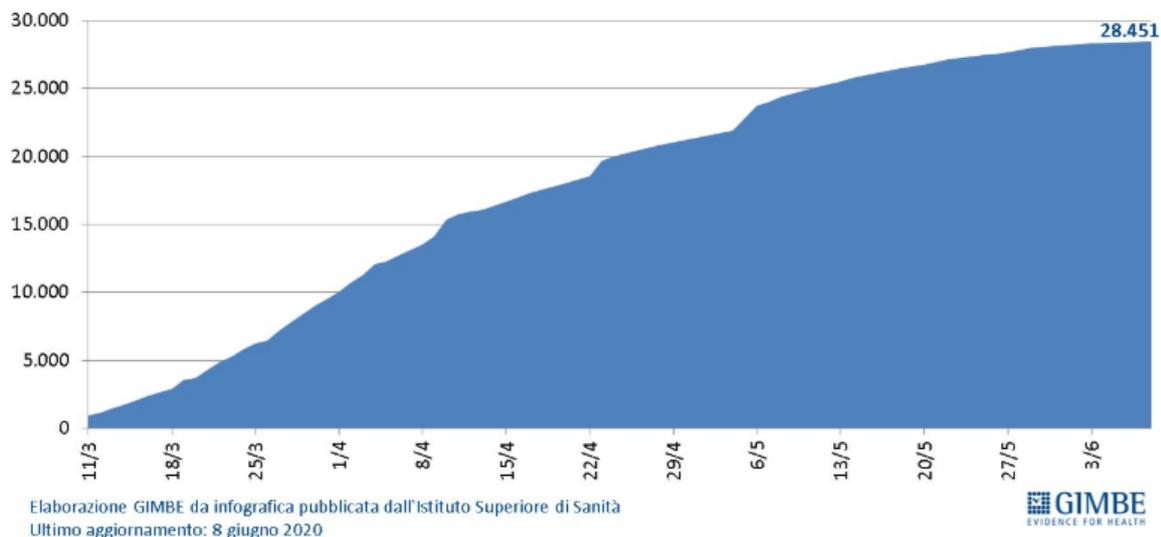
### Casi di COVID-19: andamento giornaliero dei tamponi

Il grafico illustra il numero di tamponi eseguiti e la percentuale di tamponi positivi per giorno.



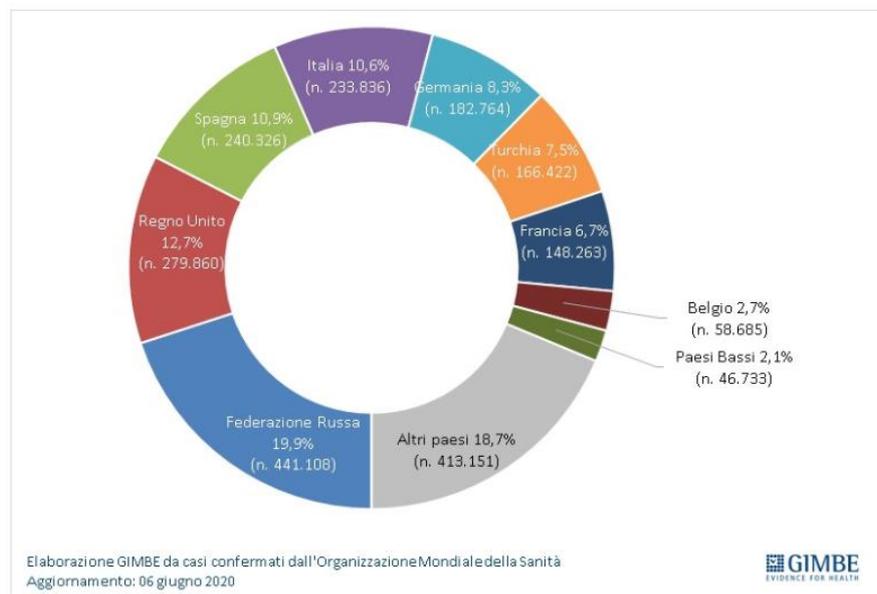
### Numero di operatori sanitari con infezione da Coronavirus in Italia

Il grafico illustra il numero totale di casi di infezione da Coronavirus tra gli operatori sanitari in Italia.



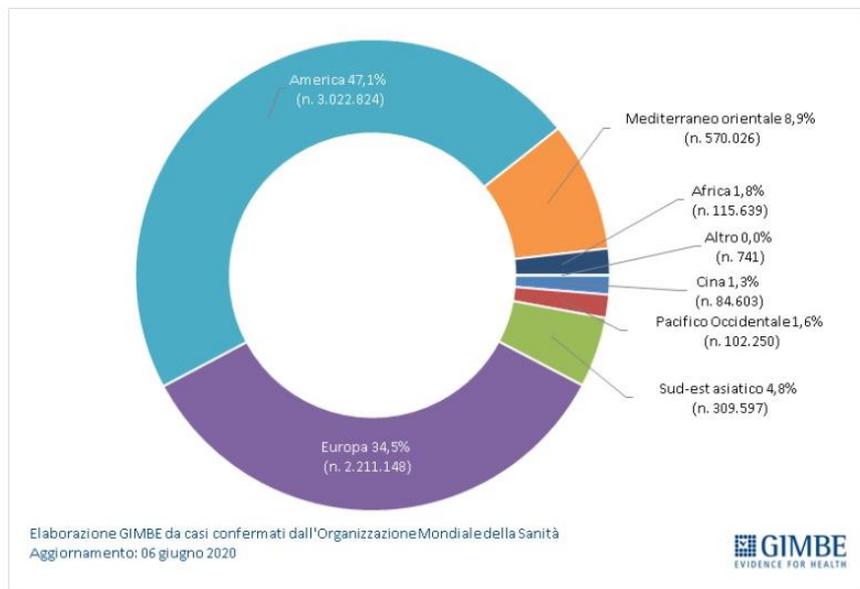
### Distribuzione geografica dei casi di COVID-19 in Europa

Il grafico illustra la distribuzione geografica dei casi di infezione da Coronavirus nei paesi europei in termini percentuali e assoluti. I dati riguardano i Paesi che rientrano sotto la dicitura "European Region".



### Distribuzione geografica dei casi di COVID-19

Il grafico illustra la distribuzione geografica dei casi di infezione da Coronavirus nel mondo secondo la classificazione delle Regioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.



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

Instant REPORT#10: 4 Giugno 2020

## Gruppo di Lavoro

Americo Cicchetti, Gianfranco Damiani, Maria Lucia Specchia, Eugenio Anessi Pessina, Antonella Cifalinò, Giuseppe Scaratti, Paola Sacco, Rocco Reina, Michele Basile, Rossella Di Bidino, Eugenio Di Brino, Maria Giovanna Di Paolo, Andrea Di Pilla, Carlo Favaretti, Fabrizio Massimo Ferrara, Marzia Vittoria Gallo, Luca Giorgio, Roberta Laurita, Marta Piria, Maria Teresa Riccardi, 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.

## Nota metodologica e fonte dei dati

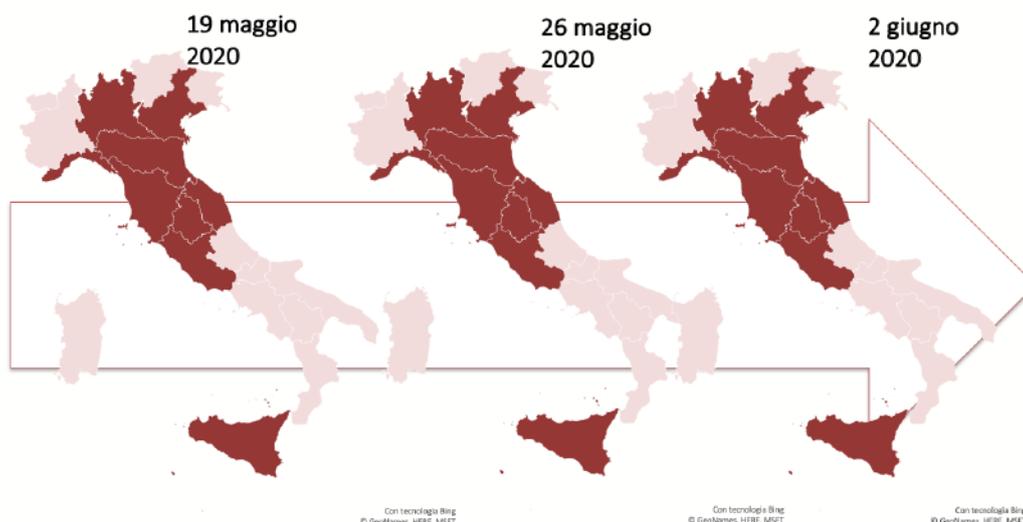
- I dati utilizzati per la realizzazione dell'analisi sono stati estrapolati dal Sito Ufficiale della Protezione Civile aggiornati al 2 Giugno [1]. Al fine di determinare lo stato di diffusione del virus e valutare conseguentemente le misure attuate nelle Regioni target considerate nella presente analisi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

## Contesto normativo (4/4):

### Indirizzi clinico organizzativi - Livello nazionale (2/2)

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»

## Programmazione regionale per l'organizzazione della rete ospedaliera – COVID-19 (FASE 2)



### Commento

I cartogrammi mostrano l'evoluzione della normativa prodotta dalle regioni sul tema della programmazione ospedaliera della rete COVID – 19. Anche nell'ultima settimana non sembrerebbero esserci aggiornamenti: rimangono 9 le regioni che hanno emanato, seppure con diverso grado di dettaglio, delibere o atti relativi alla riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera per la fase 2. Permane quindi la forte differenziazione tra il Centro-Nord e il Sud del nostro paese: tra le Regioni del Sud solo la Sicilia ha definito le modalità organizzative per l'assistenza ospedaliera da dedicare ai pazienti affetti da coronavirus

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

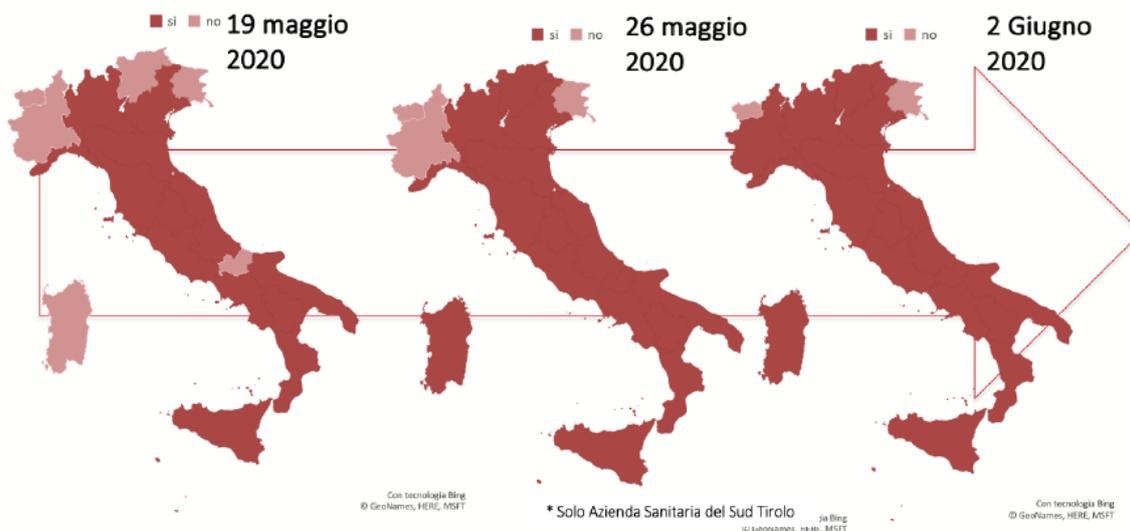
Covid – Hospital dedicati	Modello a rete	Hub and spoke
		
<b>Marche</b> (con supporto UUOO Malattie infettive+ regionali)	<b>Lombardia</b>	<b>Lazio</b>
<b>Umbria</b> (mantenimento dell'organizzazione già implementata per la Fase 1)	<b>Liguria</b> (+ covid-free hospitals)	<b>Emilia –Romagna</b> (solo per terapia intensiva programma «covid-19 intensive care»)
<b>Abruzzo</b>	<b>Veneto</b>	<b>Puglia<sup>1</sup></b>
<b>Sicilia</b>	<b>Toscana<sup>1</sup></b>	<b>Calabria<sup>1</sup></b>
<b>Basilicata<sup>1</sup></b>		
<b>Sardegna<sup>1</sup></b>		

### Commento

La tabella riporta i diversi approcci messi in campo dalle regioni nell'organizzazione della rete ospedaliera COVID – 19 nella fase due, mostrando un quadro estremamente eterogeneo nelle scelte di progettazione dell'assistenza ospedaliera. L'analisi mostra una leggera tendenza verso il modello che prevede l'individuazione di Covid-Hospital, strutture dedicate esclusivamente alla cura dei pazienti Covid – 19. Il modello a rete è stato adottato dalla Lombardia, dalla Liguria, dal Veneto e dalla Toscana mentre Lazio, Emilia-Romagna (solo per la rete delle terapie intensive), Puglia e Calabria si sono orientate verso un modello di tipo *Hub and Spoke*.

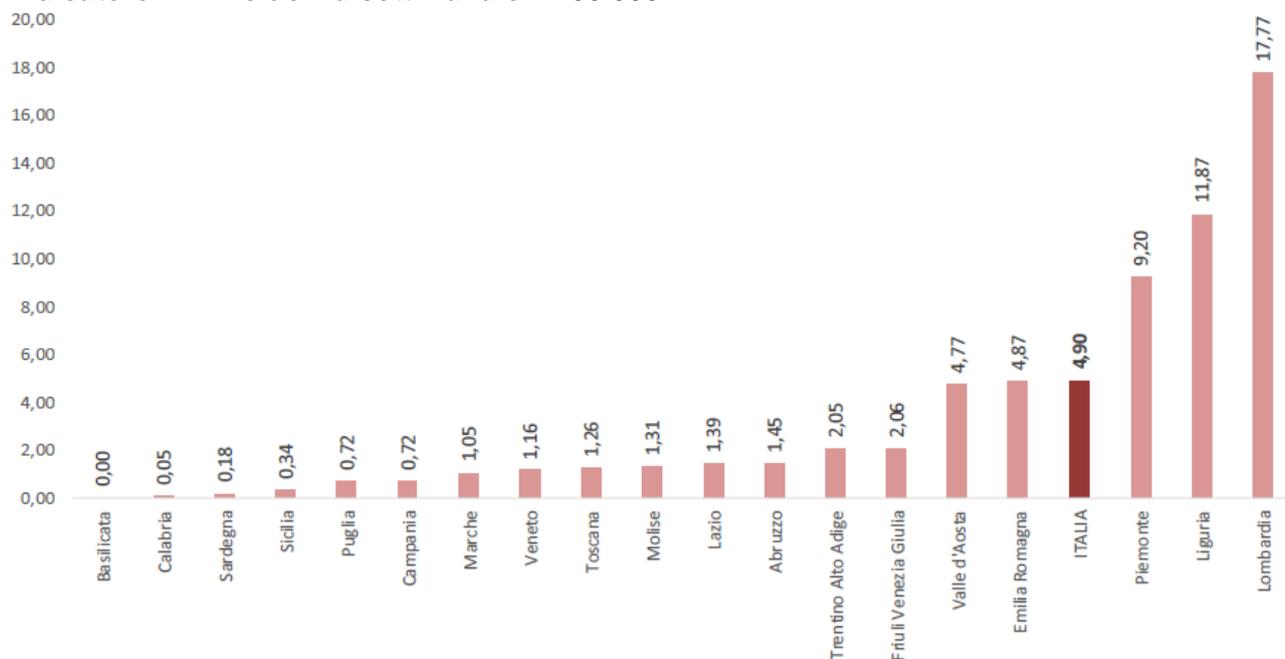
*1= in queste regioni, pur in assenza di un documento programmatico è possibile riscontrare una tendenza verso il modello identificato.*

**Sono state emanate linee guida per la ripresa dall'attività in elezione e ambulatoriale?**



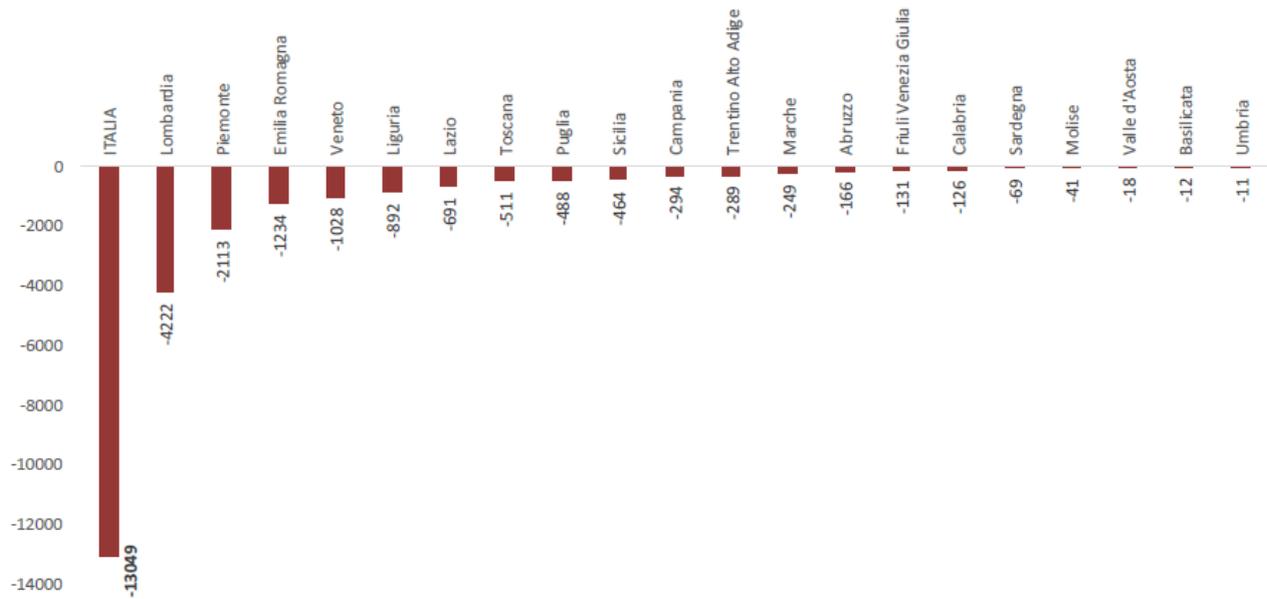
**Commento**  
 Il cartogramma mette in luce il processo di progressiva adozione di linee guida per la ripresa dell'attività ambulatoriale e chirurgica in elezione, sospese dalla circolare del Ministero della Salute del 29 febbraio 2020. Al 2 giugno, il 90% delle Regioni ha definito pratiche, raccomandazioni e indicazioni necessarie per la ripartenza dell'attività ambulatoriale e chirurgica in elezione. Rispetto al precedente aggiornamento si rileva che le ASL e le AOU del Piemonte stanno progressivamente adottano le linee guida previste in specifica nota della Regione.

**Indicatore 1.1. Incidenza settimanale x 100.000**



**Commento**  
 Questo indicatore fornisce un'indicazione precoce dell'eventuale sviluppo di nuovi focolai di contagio. Essendoci verosimilmente un numero elevato di casi sommersi, l'indicatore risente delle politiche di monitoraggio attuate dalle varie Regioni sul numero di tamponi effettuati. In termini di incidenza settimanale il Piemonte, Lombardia e la Liguria registrano i valori più elevati, mentre le Regioni del Sud registrano valori meno elevati.

### Indicatore 1.2. Andamento attualmente positivi

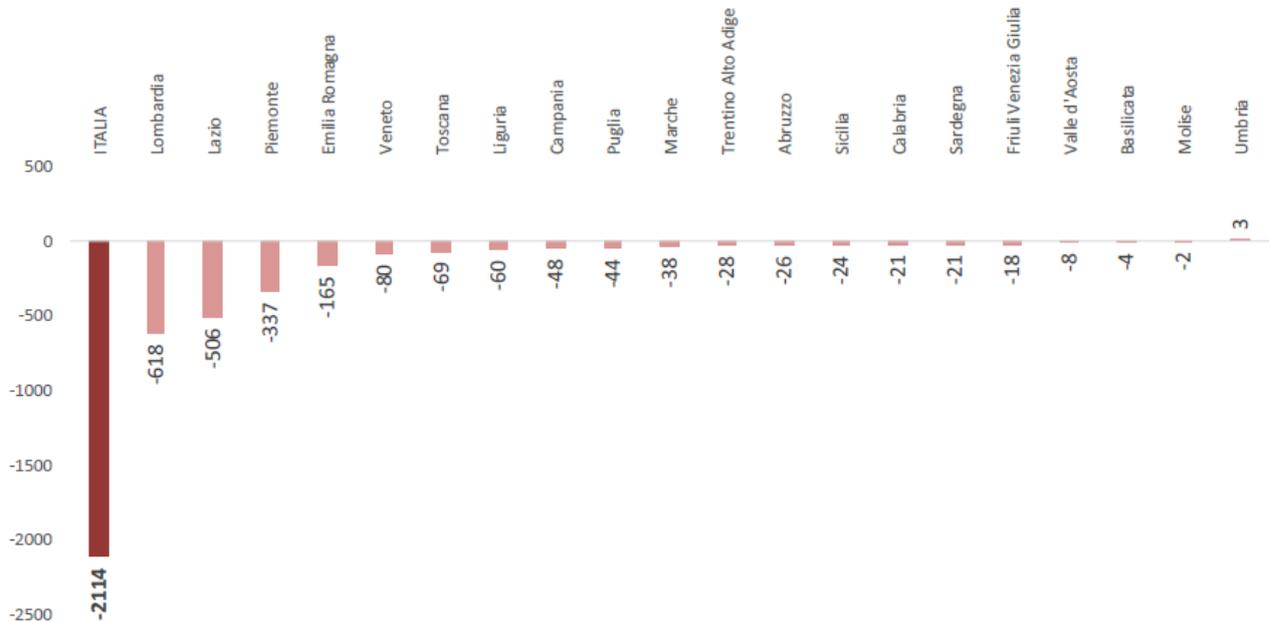


Media	-652,45
Min	-4222
Max	-11
Dev-St	990,562332
Var	981213,734

#### Commento

Questo indicatore fornisce un'indicazione sull'andamento dei casi positivi nelle varie Regioni. La differenza maggiore viene registrata in Lombardia, con una variazione di -4.222 casi. In generale, si sottolinea un andamento negativo in tutte le Regioni con una media di -652 casi, la settimana scorsa erano -602.

### Indicatore 1.3. Andamento ospedalizzati

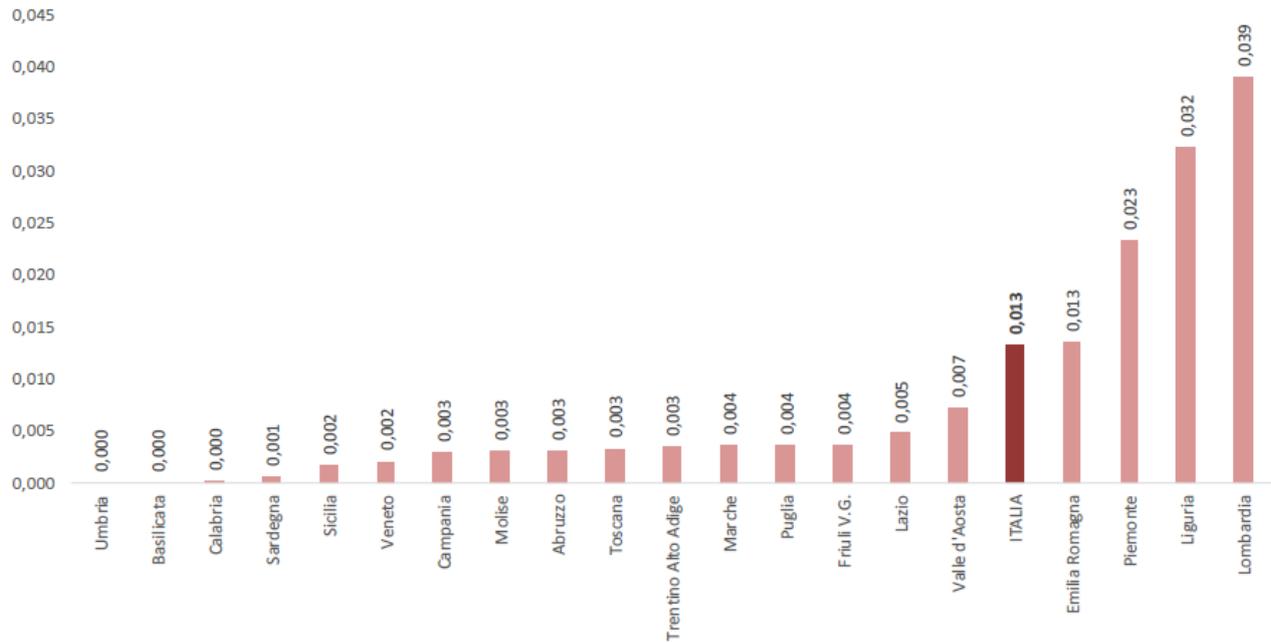


Media	- 105,07
Min	-618
Max	3
Dev-St	174,579826
Var	30478,1158

#### Commento

Questo indicatore fornisce un'indicazione sull'andamento dei casi ospedalizzati in tutte le Regioni. La differenza maggiore viene registrata in Lombardia con una variazione di -618 casi ospedalizzati. In generale in tutte le Regioni si registra un andamento negativo pari in media a -105 casi ospedalizzati, la settimana scorsa erano -113.

### Indicatore 1.4. Positività al test

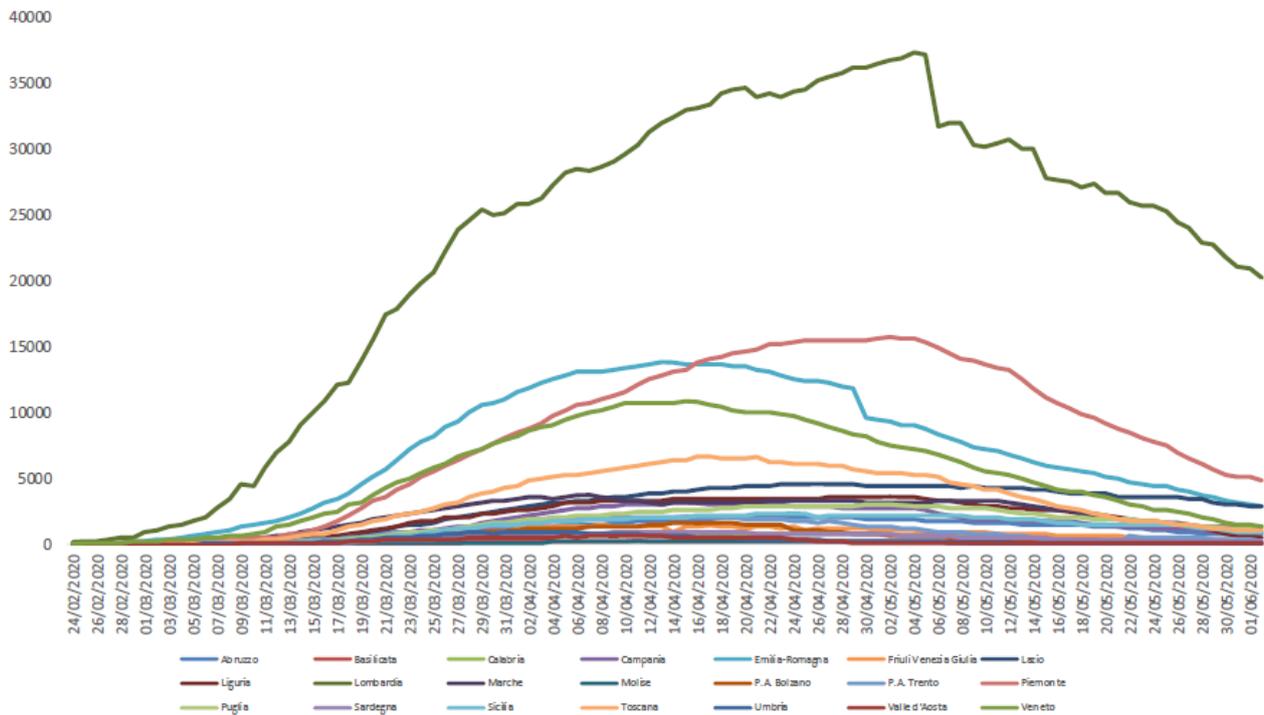


#### Commento

L'indice di positività rispetto ai test effettuati registra un valore massimo di 0.04 in Regione Lombardia e 0,03 in Regione Liguria. In Italia l'andamento generale dell'indicatore registra un valore medio di 0.01. In generale si registrano valori più bassi nelle regioni del Centro e del Sud Italia.

UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

### Indicatore 2.1. Totale attualmente positivi

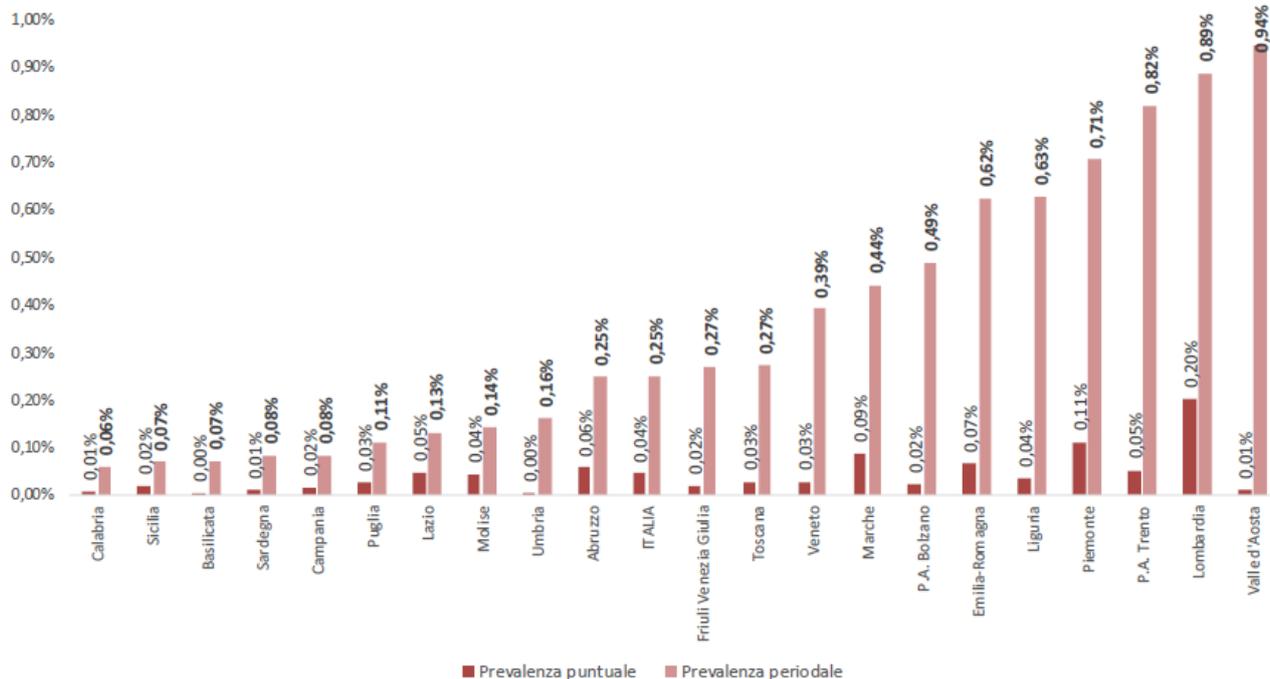


#### Commento

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

UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

### Indicatore 2.4. Prevalenza Periodale\* e Prevalenza Puntuale



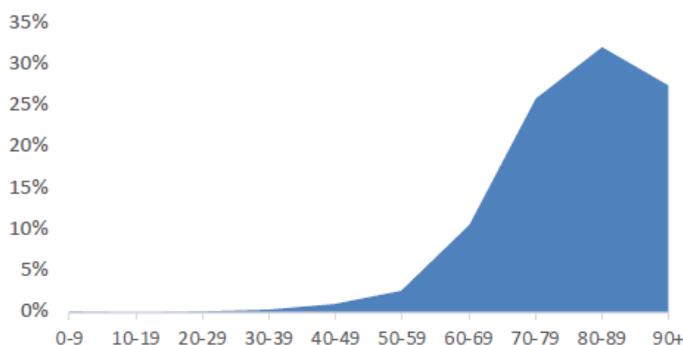
#### Commento

L'indicatore mostra una maggiore prevalenza di periodo in Valle D'Aosta (riferita a tutto il periodo dell'epidemia). La differenza tra prevalenza puntuale e prevalenza di periodo indica un diverso peso dell'emergenza nelle varie regioni, attualmente ancora in evoluzione, e potrebbe indicare una diversa tempestività nelle misure di contenimento adottate.  
 (\*) Il dato considera il periodo dal 1 Marzo 2020 al 2 Giugno 2020

UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

### Indicatore 2.5. Letalità per classi di età: decessi / casi positivi (1/2)

	2020-05-26	2020-05-14	2020-04-23
0-9	0.21%	0.17%	0.15%
10-19	0.00%	0.00%	0.00%
20-29	0.09%	0.10%	0.08%
30-39	0.35%	0.35%	0.37%
40-49	0.91%	0.90%	0.89%
50-59	2.68%	2.67%	2.65%
60-69	10.55%	10.42%	10.02%
70-79	25.84%	25.41%	24.92%
80-89	32.02%	30.77%	30.77%
90+	27.50%	27.13%	26.06%
Non noto	0.00%	1.92%	0.00%
<b>Totale</b>	<b>13.59%</b>	<b>13.37%</b>	<b>13.09%</b>

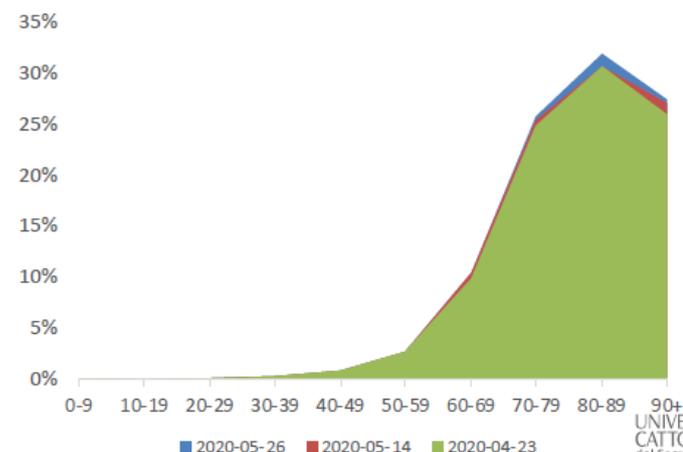


Fonte dei dati: Documento esteso «Epidemia COVID-19. Aggiornamento nazionale» - Tabella 1 pubblicato dall'ISS (ultimo aggiornamento 26 maggio 2020).

Nota metodologica: Per poter cogliere eventuali cambiamenti nel tempo si è scelto di considerare i dati disponibili con cadenza quindicinale.

#### Commento

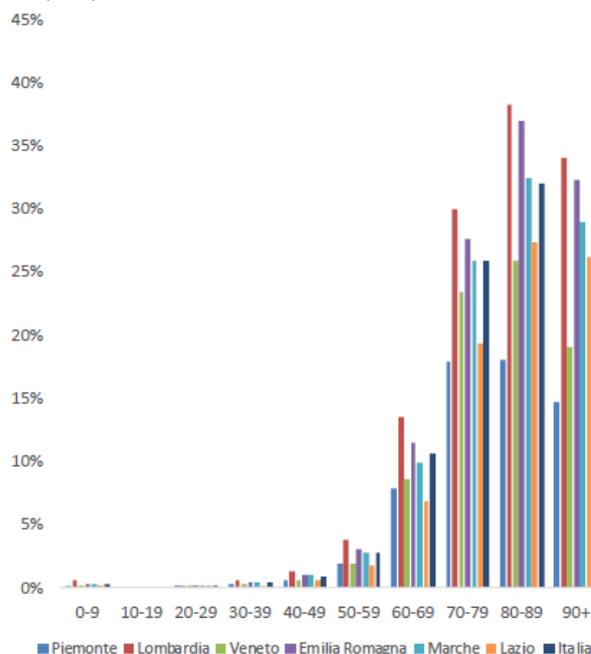
La letalità a livello nazionale raggiunge il 13.6%. È confermato l'aumento significativo della letalità a partire dai 70 anni. Il picco viene raggiunto nella fascia 80-89 (32%). Il confronto quindicinale dei valori permette, inoltre, di far emergere un lieve aumento della letalità a partire dagli 80 anni. Rispetto all'ultimo aggiornamento, la letalità complessiva è costante. Per età è costante tranne per la classe 80-89 (lieve aumento) e 90+ (lieve decremento).



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

### Indicatore 2.5. Letalità per classi di età: decessi / casi positivi (2/2)

	Piemonte	Lombardia	Veneto	Emilia Romagna	Marche	Lazio	Italia
0-9	0.18%	0.53%	0.12%	0.21%	0.27%	0.07%	0.21%
10-19	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
20-29	0.06%	0.18%	0.05%	0.09%	0.11%	0.05%	0.09%
30-39	0.24%	0.55%	0.24%	0.35%	0.35%	0.18%	0.35%
40-49	0.61%	1.34%	0.63%	0.95%	0.93%	0.52%	0.91%
50-59	1.83%	3.71%	1.83%	3.02%	2.70%	1.72%	2.68%
60-69	7.78%	13.56%	8.54%	11.43%	9.90%	6.83%	10.55%
70-79	17.88%	29.94%	23.43%	27.63%	25.85%	19.27%	25.84%
80-89	17.98%	38.16%	25.92%	36.87%	32.33%	27.32%	32.02%
90+	14.70%	33.96%	19.09%	32.27%	28.95%	26.09%	27.50%
Non noto	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
<b>Totale</b>	<b>8.85%</b>	<b>18.28%</b>	<b>9.94%</b>	<b>14.80%</b>	<b>13.80%</b>	<b>8.94%</b>	<b>13.59%</b>



Fonte dei dati: Documento esteso «Epidemia COVID-19. Aggiornamento nazionale» e sue appendici pubblicato dall'ISS (20 e 26 maggio 2020).

**Nota metodologica:** I decessi per fascia di età a livello regionale sono stati stimati ipotizzando una distribuzione per età analoga a quella nazionale risultante dalla Tabella 1 del documento ISS (del 26 maggio 2020). Mentre per la distribuzione per età dei casi è stata considerata, per le Regioni, quella riportata nel Bollettino del 20 maggio 2020 data l'assenza del dato aggiornato nel Bollettino del 26 maggio 2020. Nel Bollettino del 26 maggio 2020 è disponibile solo il numero di casi totali a livello regionale.

Si conferma, inoltre,, che non si è in grado di tener conto, date le informazioni a disposizione, dell'impatto sulla struttura per età dei decessi di altre variabili clinico o organizzative, quali il numero di tamponi effettuati.

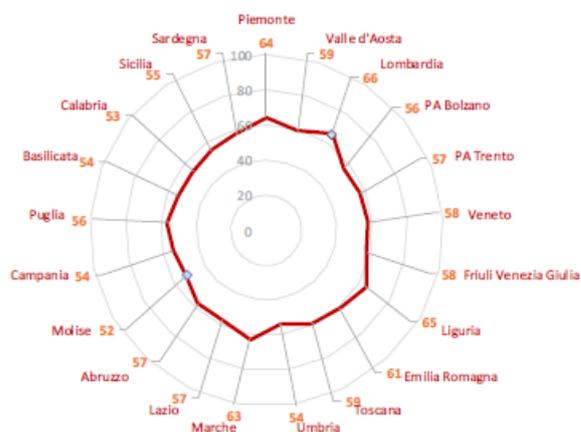
#### Commento

In tutte le Regioni considerate, all'aumentare dell'età corrisponde un incremento della letalità. I tassi più elevati di letalità di riscontrano (data le assunzioni fatte) in Lombardia ed Emilia Romagna. Si osserva, rispetto all'ultimo aggiornamento, un tasso di letalità complessivo stabile in tutte le Regioni, tranne che in Piemonte (dove emerge un lieve aumento > 1%). Si rimane in attesa del dato reale di decessi per fascia di età a livello regionale.

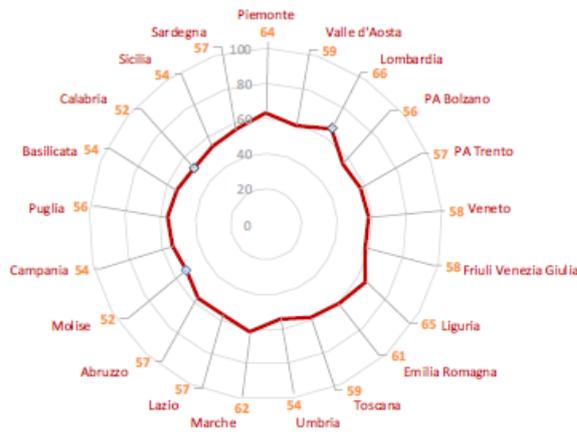
UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

### Indicatore 2.9. Mediana di età

14 MAGGIO



22 MAGGIO

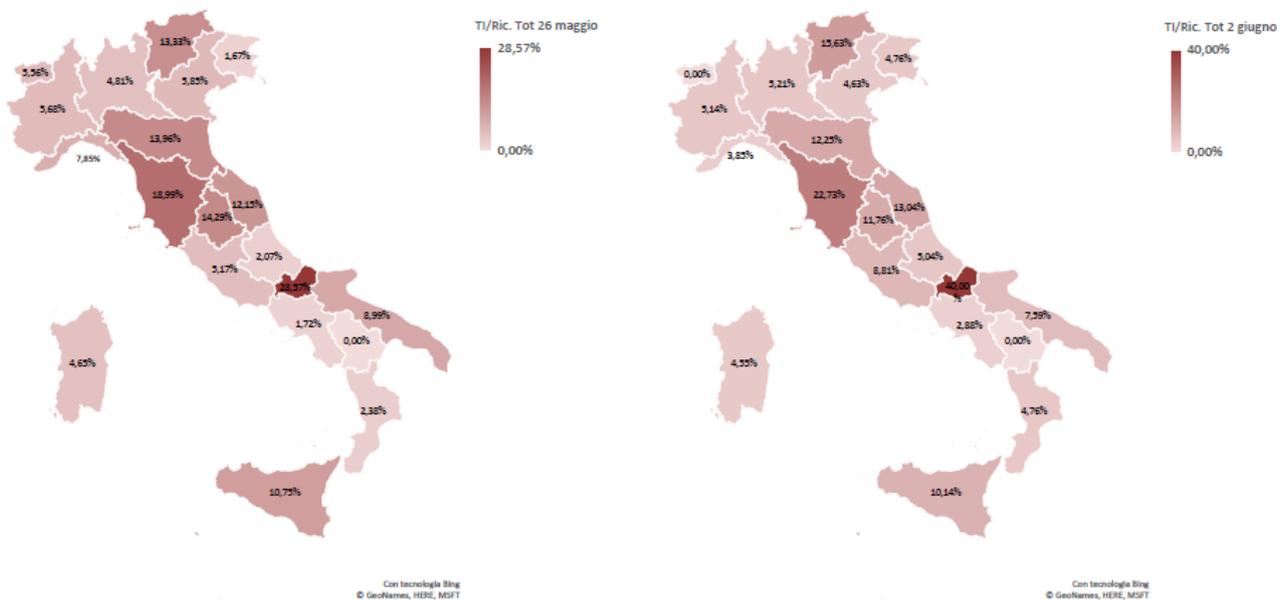


#### Commento

Gli ultimi dati della mediana di età dei soggetti COVID-positivi sono aggiornati al 22 maggio. Si riporta che il valore maggiore è registrato dalla Lombardia (66 anni), e che, nonostante i nuovi casi della Regione, la mediana non varia dal 23 aprile. Ciò è dovuto probabilmente al fatto che, al momento, non sono disponibili i dati di fase 2 disaggregati da quelli della fase 1, per cui questo indicatore in Regioni che hanno avuto un grande numero di casi è molto meno sensibile alla comparsa di nuovi focolai. Si segnala inoltre la lieve flessione di 1 anno in Calabria e Sicilia, Regioni con una prevalenza periodale di molto inferiore al valore nazionale, e la stessa flessione nelle Marche, Regione con prevalenza periodale leggermente superiore al valore nazionale. Nell'ultimo bollettino disponibile (26 maggio) non è stata riportata la mediana d'età con dettaglio regionale, che ci auguriamo di avere nuovamente come dato nei prossimi numeri.

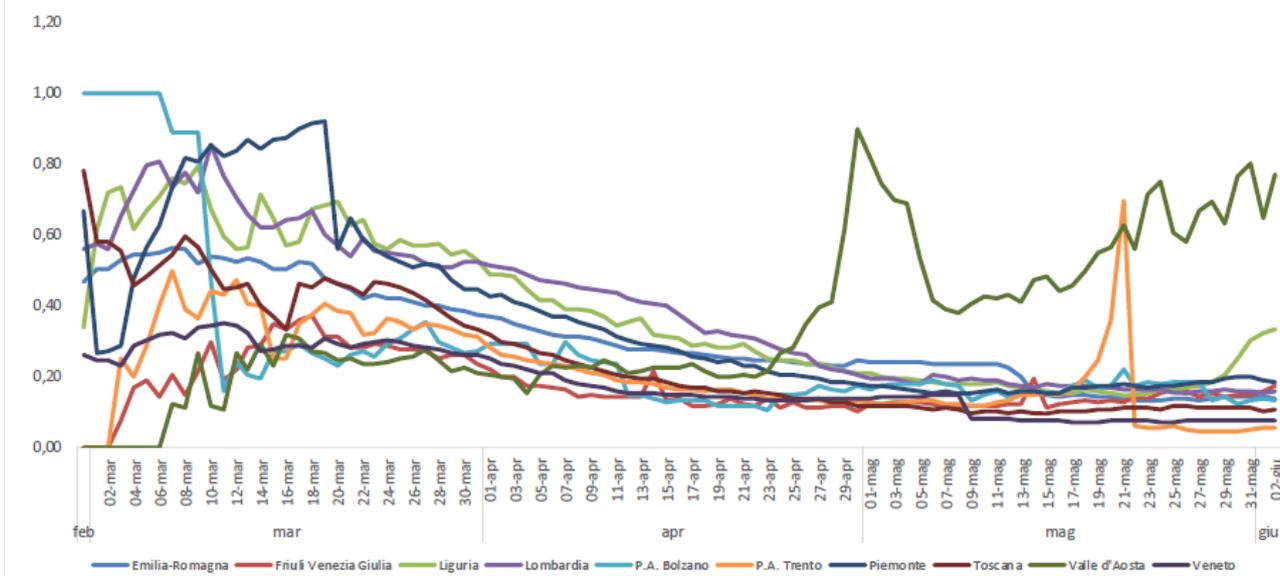
Fonte dei dati: Bollettino di sorveglianza integrata «Epidemia COVID-19. Aggiornamento nazionale» e sue appendici pubblicato dall'ISS.

### Indicatore 3.1. Ricoveri TI / Ricoveri Totali 26/5/2020 e 2/6/2020



**Commento**  
 Il Molise rappresenta la regione che attualmente registra il rapporto più elevato tra ricoverati in terapia intensiva sui ricoverati totali (40%; percentuale dovuta presumibilmente ad un numero di ricoverati totali relativamente basso) seguita dalla Toscana (22,73%). In media, in Italia, il 6,45% dei ricoverati per COVID-19 ricorre al setting assistenziale della terapia intensiva.

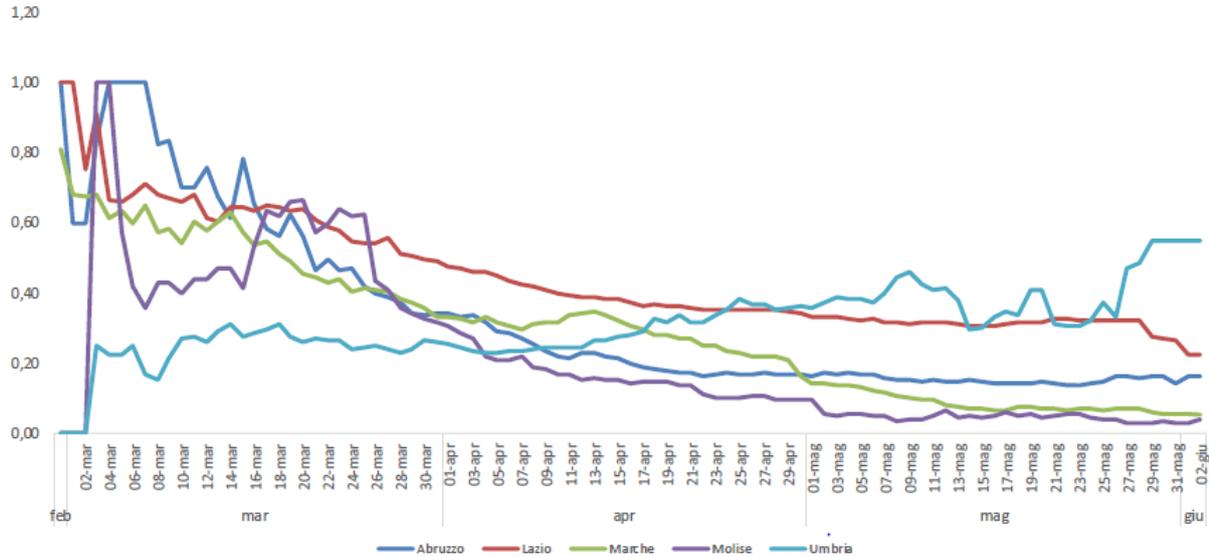
### Indicatore 3.2. Pazienti ricoverati / Positivi (1/3)



Data	Emilia-Romagna	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Lombardia	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Piemonte	Toscana	Valle d'Aosta	Veneto	Totale
Media	0,31	0,17	0,38	0,39	0,28	0,21	0,36	0,26	0,35	0,18	0,33
Max	0,56	0,37	0,79	0,85	1,00	0,70	0,92	0,78	0,90	0,35	0,72
Min	0,13	0,00	0,15	0,16	0,11	0,00	0,15	0,10	0,00	0,07	0,15
Deviazione standard	0,14	0,07	0,20	0,20	0,24	0,13	0,24	0,17	0,22	0,09	0,17
Varianza	0,02	0,01	0,04	0,04	0,06	0,02	0,06	0,03	0,05	0,01	0,03

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

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



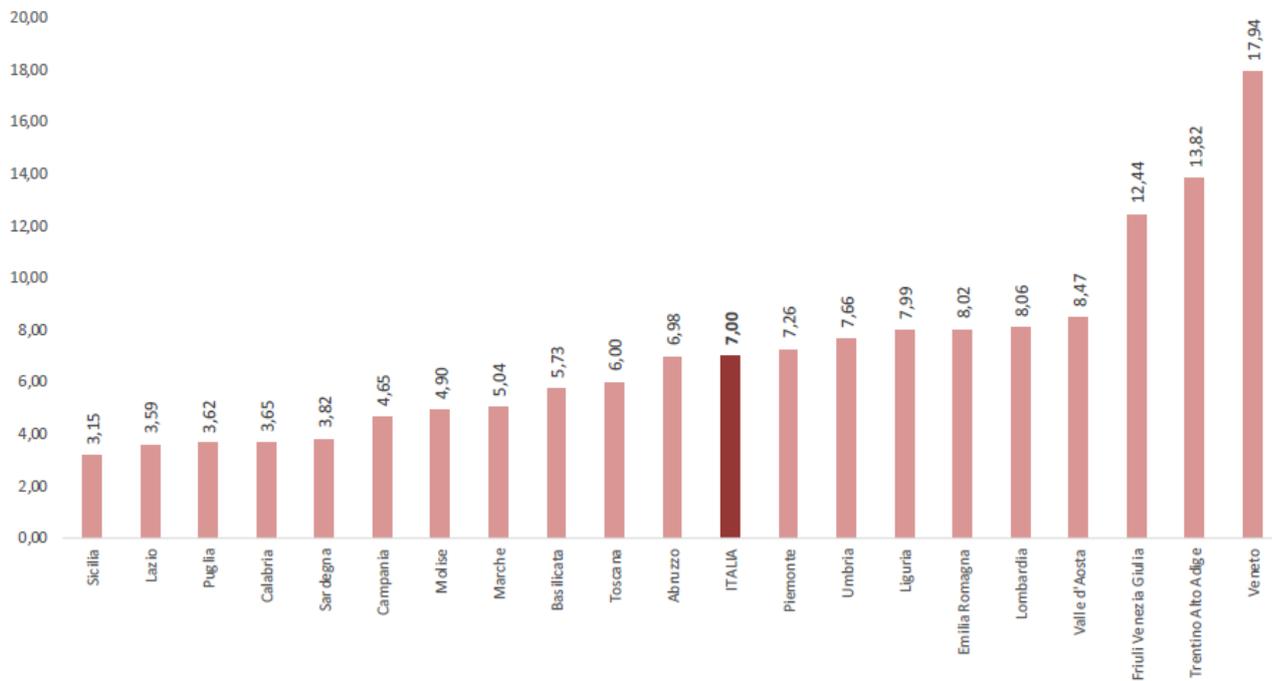
Data	Abruzzo	Lazio	Marche	Molise	Umbria	Totale
Media	0,33	0,44	0,29	0,22	0,31	0,35
Max	1,00	1,00	0,81	1,00	0,55	0,88
Min	0,14	0,22	0,05	0,00	0,00	0,17
Deviazione standard	0,25	0,16	0,20	0,23	0,10	0,15
Varianza	0,06	0,03	0,04	0,05	0,01	0,02

#### Commento

Si conferma in generale un trend decrescente eccezion fatta per la Regione Umbria dove viene registrato un andamento incrementale a partire dal 28 marzo. Tale trend altalenante caratterizza la Regione Umbria sino al 26 Maggio.

UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

### Indicatore 3.3. Tasso settimanale nuovi tamp. x 1.000 ab



#### Commento

Relativamente al tasso settimanale di nuovi tamponi, i valori più alti di tamponamento vengono registrati nelle regioni del nord (Trentino-Alto-Adige, Valle d'Aosta, Veneto e Friuli-Venezia-Giulia). Il valore più basso viene registrato nella Regione Sicilia (3,15). In media in Italia viene registrato un valore di 7,00 tamponi effettuati su 1.000 abitanti nella settimana dal 26/05/2020 al 02/06/2020.

UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

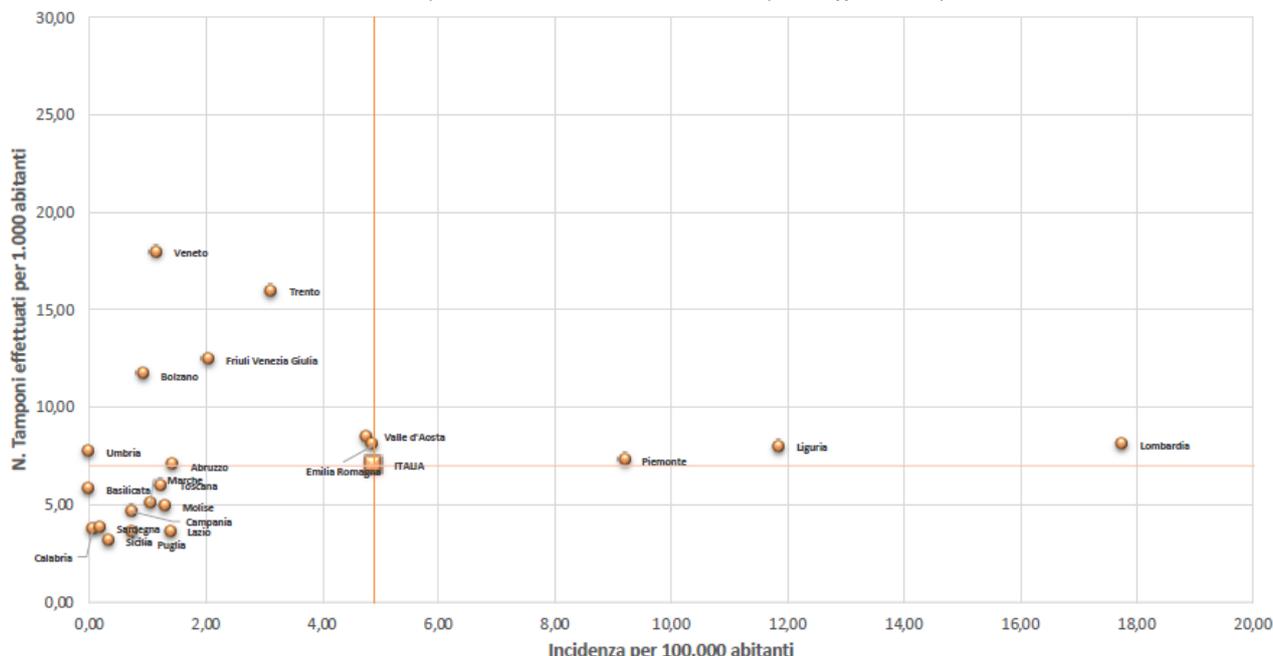
### Indicatore 3.5. Popolazione sottoposta al test

Regione	Popolazione generale	Testati / Popolazione residente
Campania	5.801.692	1,728%
Puglia	4.029.053	2,020%
Sicilia	4.999.891	2,618%
Sardegna	1.639.591	3,033%
Calabria	1.947.131	3,565%
Lazio	5.879.082	3,570%
Liguria	1.550.640	3,910%
Abruzzo	1.311.580	4,062%
<b>ITALIA</b>	<b>60.359.546</b>	<b>4,104%</b>
Marche	1.525.271	4,356%
Lombardia	10.060.574	4,488%
Emilia Romagna	4.459.477	4,513%
Molise	305.617	4,672%
Piemonte	4.356.406	4,847%
Toscana	3.729.641	4,889%
Basilicata	562.869	5,270%
Umbria	882.015	5,840%
Bolzano	531.178	5,951%
Friuli Venezia Giulia	1.215.220	6,649%
Veneto	4.905.854	6,932%
Trentino Alto Adige	1.072.276	7,534%
Trento	541.098	9,088%
Valle d'Aosta	125.666	9,571%

#### Commento

In Italia i test sono stati effettuati sul 4,104% della popolazione totale. Le regioni associate ad una maggiore percentuale di test eseguiti sulla popolazione residente sono la Valle d'Aosta, la P.A. di Trento, il Trentino Alto Adige e il Veneto. La Campania risulta essere la regione che ha effettuato meno test rispetto alla popolazione residente.

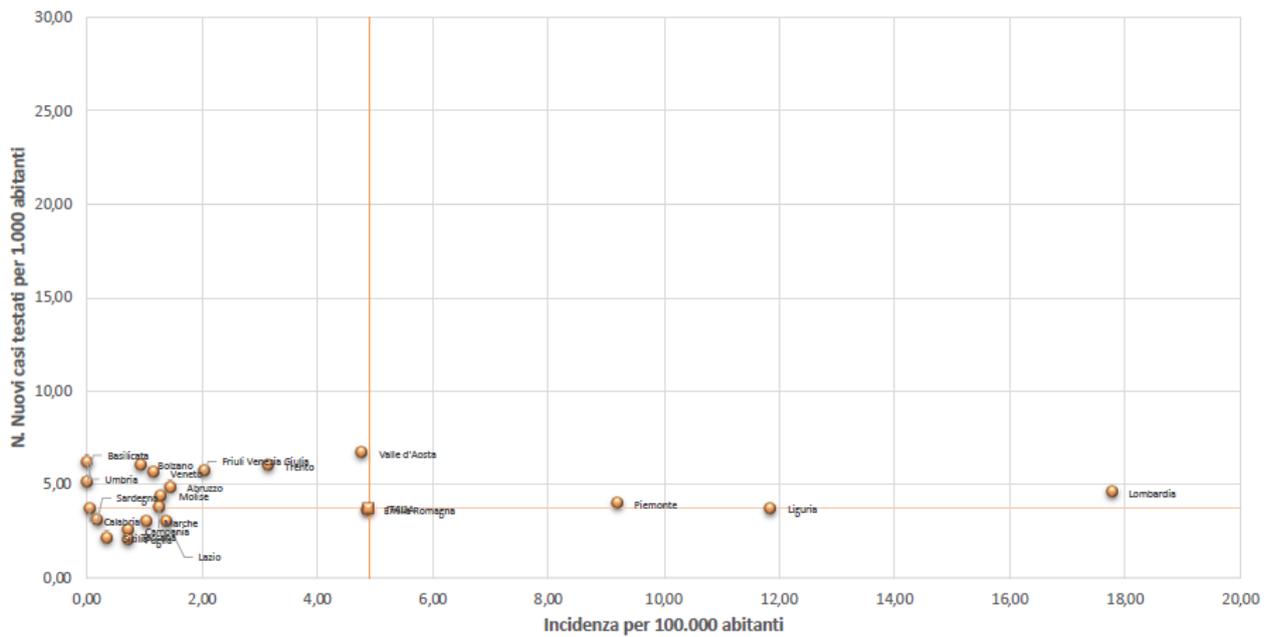
### Indicatore 3.6. Relazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N° tamponi effettuati per 1.000 abitanti



#### Commento

Il grafico mostra la correlazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N° di tamponi effettuati. Dal grafico sembrerebbe emergere che le Regioni associate ad un numero di tamponi realizzati in linea con i casi registrati risultano essere, in particolare, le Marche, l'Abruzzo e l'Emilia Romagna. Si registra l'alto numero di tamponi realizzati rispetto ai casi rilevati in Lombardia, Liguria e Piemonte.

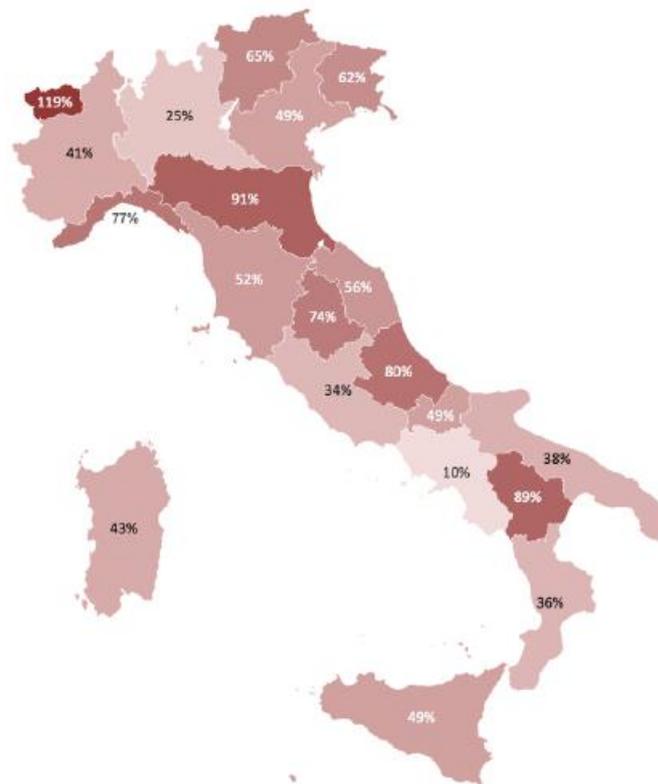
**Indicatore 3.7. Relazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N°nuovi casi testati per 1.000 abitanti**



**Commento**

Il grafico mostra la correlazione tra incidenza per 100.000 abitanti e N° di nuovi casi testati. Dal grafico sembrerebbe emergere che le Regioni associate ad un numero di tamponi realizzati in linea con i nuovi casi registrati risultano essere, in particolare, l'Emilia Romagna, l'Abruzzo e le Marche. Si registra l'alto numero di tamponi realizzati rispetto ai casi rilevati in Lombardia, Piemonte e Liguria.

**Indicatore 3.8. Tasso di Copertura delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale x 50.000 ab.**



**Tasso di copertura Italia = 44%**

### Commento

Il Decreto Legge 9 marzo 2020 art 14, prevede l'attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale – USCA nella misura di una ogni 50.000 abitanti e con il mandato di gestire in assistenza domiciliare i pazienti che non necessitano di ricovero. Il cartogramma mostra il tasso di copertura al 2 giugno 2020, che si riconferma pari al 44% della popolazione. La Valle d'Aosta e l' Emilia Romagna si confermano le Regioni con il tasso di copertura più alto, mentre in Campania, in Lombardia e nel Lazio si continua a riscontrare il tasso di copertura più basso tra le 20 regioni italiane. Si ricorda, però, che la presenza delle USCA non è di per sé un indicatore di assistenza territoriale, in quanto ogni Regione ne ha deliberato o meno l'attivazione con lo scopo di integrare, secondo le necessità, una capacità di gestione territoriale pre-esistente, che appariva e appare molto eterogenea nel confronto tra le diverse regioni.

### Indicatore 3.9. I diversi approcci regionali alle cure intermedie



### Commento

Il grafico mette in relazione le azioni implementate dalle differenti Regioni a livello territoriale per la gestione dell'emergenza. In particolare si distinguono:

- l'Assistenza Intermedia nella quale sono stati ricompresi: alberghi sanitari, riconversione RSA/strutture sanitarie e sociosanitarie / strutture residenziali a bassa intensità, riconversione struttura già presente sul territorio;
- l'Assistenza domiciliare comprende: USCA, ADI e soluzioni digitali. Le regioni maggiormente attenzionate ad una gestione dell'emergenza a livello territoriale, tanto domiciliare quanto intermedia, sembrano essere Toscana, Veneto, Lazio, Emilia Romagna Marche e Lombardia.

### Indicatore 3.10. Cure Domiciliari COVID-19

Regioni	Previste	Attivate	Progetti pilota affini	Attività per potenziamento ADI tradizionale	Riferimento normativo
Abruzzo			X		Progetto pilota ASI Lanciano Chieti: <a href="http://lms.asi2abruzzo.it/asi/news/385-covid-19-in-provincia-di-chieti-parte-la-sperimentazione-a-domicilio-kit-di-farmaci-e-saturimetro-a-ciascun-paziente.html">http://lms.asi2abruzzo.it/asi/news/385-covid-19-in-provincia-di-chieti-parte-la-sperimentazione-a-domicilio-kit-di-farmaci-e-saturimetro-a-ciascun-paziente.html</a>
Basilicata					
Calabria					
Campania				X	Ordinanza n. 16 13 marzo 2020: <a href="http://www.regione.campania.it/assets/documents/ord-n-16-13-03-2020.pdf">http://www.regione.campania.it/assets/documents/ord-n-16-13-03-2020.pdf</a>
Emilia-Romagna					
Friuli-Venezia Giulia					
Lazio	X				Circolare 8 aprile 2020 Nota n. 291852 dell'06/04/2020
Liguria					
Lombardia	X	X			Cure domiciliari ADI in ambito COVID ai sensi DGR 2906 e 2986/2020
Marche					
Molise					
Piemonte				X	Deliberazione della Giunta Regionale 31 marzo 2020, n. 2-1181   Contesto emergenziale da diffusione COVID-19. Approvazione schema Protocollo d'intesa con Unità di crisi regionale, Regione Piemonte, Prefetture piemontesi e Province del Piemonte per ulteriori misure di contenimento COVID-19 e indicazioni operative sull'assistenza territoriale e nelle Strutture assistenziali e socio-sanitarie, ivi comprese le RSA. <a href="http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2020/corrente/attach/aa_sa_regione%20piemonte%20-%20degr_2020-04-16_72304.pdf">http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2020/corrente/attach/aa_sa_regione%20piemonte%20-%20degr_2020-04-16_72304.pdf</a>
Puglia					
Sardegna	X				Cure domiciliari integrate specificamente dedicate all'emergenza in atto (CDI Covid), ATTO NORMATIVO: DELIBERAZIONE N. 17/10 DEL 1.04.2020 Emergenza Covid-19. Riorganizzazione delle attività assistenziali ospedaliere e territoriali <a href="https://delibere.regione.sardegna.it/protected/50216/0/def/ref/D8850170/">https://delibere.regione.sardegna.it/protected/50216/0/def/ref/D8850170/</a>
Sicilia					
Toscana	X	X*			Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale N° 34 del 14 Aprile 2020 Linee di indirizzo per la gestione del percorso COVID-19 in ambito territoriale <a href="http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5249099&amp;nomefile=Ordinanza_del_Presidente_n.34_del_14-04-2020-Allegato-A">http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5249099&amp;nomefile=Ordinanza_del_Presidente_n.34_del_14-04-2020-Allegato-A</a>
Umbria					
Valle d'Aosta					
Veneto	X	X*			Indicazioni operative per la Presa in Carico del Paziente Sintomatico Sospetto COVID-19
P.A. Trento					
P.A. Bolzano				X	<a href="http://www.provincia.bs.it/news/it/news.asp?news_action=4&amp;news_article_id=636657">http://www.provincia.bs.it/news/it/news.asp?news_action=4&amp;news_article_id=636657</a>

**Commento:** la gestione territoriale dell'emergenza COVID19 ha dovuto trovare risposta anche al bisogno di salute di pazienti che necessitavano di prestazioni di assistenza domiciliare differenti dalla visita medica effettuata dalle USCA e più orientate a prestazioni infermieristiche di assistenza e monitoraggio. In quest'ottica alcune regioni hanno previsto specifici servizi (ADI COVID i Lombardia e API COVID nel Lazio) mentre in altre realtà l'infermiere è stato integrato direttamente nelle USCA (Toscana, Veneto).

### Indicatori 3.11. Soluzioni digitali (1/3)

		Lazio	Liguria	Lombardia	Piemonte	Puglia	Toscana	Sardegna	Sicilia	Umbria
Controllo del contagio sulla base di dati anonimi	Analisi degli spostamenti e degli assembramenti	Portale (Roma) segnalazione assembramenti	Analisi del traffico telefonico	Analisi del traffico telefonico				Analisi del traffico telefonico		Analisi del traffico telefonico
	Segnalazioni anonima dei cittadini circa il proprio stato di salute			App AllertaLOM						
Evidenziazione precoce dei casi di possibile contagio	Interazione periodica del cittadino con la rete dei servizi circa il proprio stato di salute	APP LazioDrCovid		APP annunciata						
Gestione individuale dei pazienti positivi	Tracciamento dei pazienti per fini di sicurezza e pubblica utilità				Piattaforma regionale			APP annunciata		APP annunciata
	Assistenza, cura e monitoraggio dei pazienti nell'ambito della rete dei servizi	APP LazioDrCovid + KIT domiciliari Piattaforma ADVICE		APP annunciata		Piattaforma regionale web (annuncio 9 aprile) #Accasa	Piattaforma regionale		Piattaforma regionale (annunciata 9.5)	

#### Metodologia di raccolta dati

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

#### Delibere per la formalizzazione delle prestazioni in telemedicina

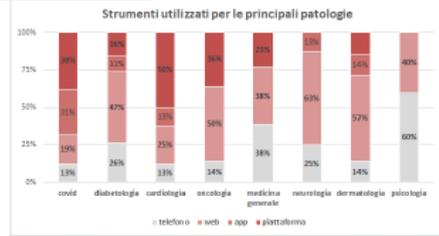
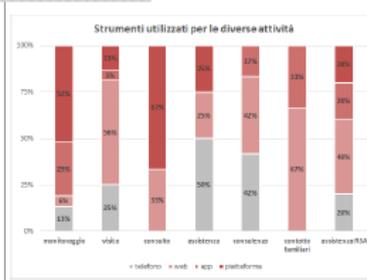
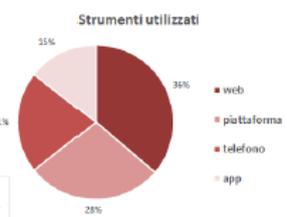
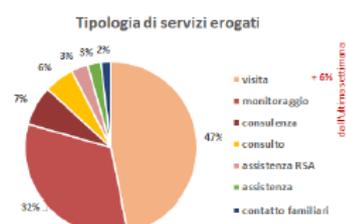
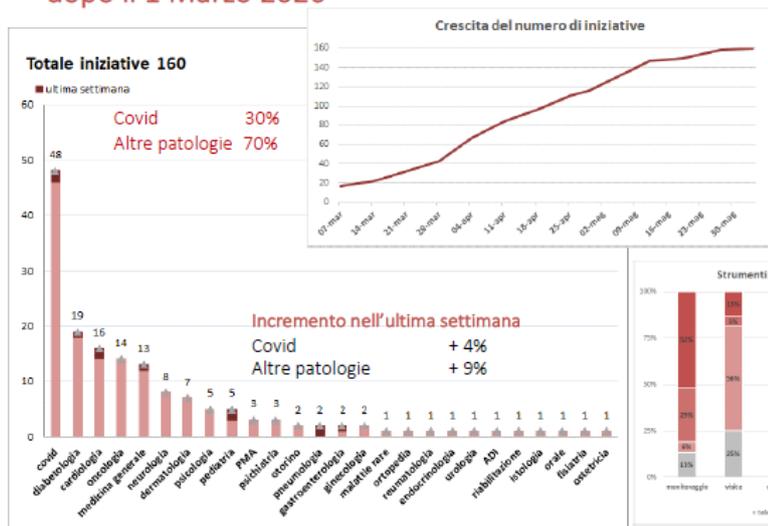
Emilia Romagna	n. 404 - 27 aprile 2020 (prevede la formalizzazione)
Lombardia	n. 3155 - 7 maggio 2020
Toscana	n. 484 - 6 aprile 2020
Provincia di Trento	n. 456 - 9 aprile 2020
Veneto	n. 568 - 5 maggio 2020

#### 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..."

# Indicatori 3.11. Soluzioni digitali (2/3)

## Tipologia delle iniziative avviate dalle singole aziende dopo il 1 Marzo 2020



### Tipologie di strumenti

- Telefono:** contatti telefonici con eventuale scambio di documenti mediante posta elettronica
- Web:** strumenti di videochiamata con eventuale scambio di informazioni mediante chat o posta elettronica
- APP:** app individuali dedicate a processi e attività specifiche
- Piattaforme:** sistemi web che permettano l'accesso e la collaborazione di più operatori

Regione	n. iniziative	Patologie	Servizi	Strumenti
<b>Abruzzo</b>	10	cardiologia (2) diabetologia (5) malattie rare (1) otorino (1) neurologia (2) pneumologia (1)	visite (5) monitoraggio (5)	piattaforma (5) telefono (5) web (2)
<b>Basilicata</b>	1	covid (1)	monitoraggio (1)	piattaforma (1)
<b>Campania</b>	13	dermatologia (1) diabetologia (4) oncologia (1) psicologia (2) medicina generale (2) covid (1) cardiologia (1) neurologia (1)	monitoraggio (3) visite (8) consulto (2)	telefono (5) web (8) piattaforma (2)
<b>EmiliaRomagna</b>	6	covid (5) medicina generale (3)	monitoraggio (2) assistenze (2) visite (2)	telefono (4) web (1) piattaforma (1)
<b>Friuli VG</b>	1	covid (1)	monitoraggio (1)	piattaforma (1)
<b>Lazio</b>	16	covid (5) cardiologia (1) dermatologia (1) oncologia (3) pediatria (1) medicina generale (1) diabetologia (1) ortopedia (1) reumatologia (1) gastroenterologia (1)	monitoraggio (7) consulto (1) visite (7) consulenza (1)	telefono (3) app (5) piattaforma (8)
<b>Liguria</b>	6	covid (2) diabetologia (1) PMA (2) endocrinologia (1)	visite (5) contatto familiari (1)	telefono (1) web (4) piattaforma (1)
<b>Lombardia</b>	20	covid (11) cardiologia (3) oncologia (2) medicina generale (2) diabetologia (1) neurologia (1)	monitoraggio (11) app (4) visite (6) assistenza RSA (1) consulenza (1)	piattaforma (7) web (2) app (7) telefono (2)
<b>Marche</b>	5	covid (5) cardiologia (1) oncologia (1)	monitoraggio (5) contatto familiari (1) visite (1)	piattaforma (2) web (2) telefono (1)
<b>Molise</b>	1	covid (1)	monitoraggio (1)	app (1)
<b>Piemonte</b>	15	covid (5) cardiologia (5) dermatologia (1) neurologia (1) urologia (1) diabetologia (1) pediatria (1)	visite (5) monitoraggio (8) consulto (1) assistenza RSA (1)	piattaforma (7) web (7) app (1)

Regione	n. iniziative	Patologie	Servizi	Strumenti
<b>Puglia</b>	14	covid (4) oncologia (1) PMA (1) ADI (1) psicologia (1) diabetologia (2) psichiatria (1) ginecologia (1) riabilitazione (1) neurologia (1)	assistenza (1) monitoraggio (3) visite (5) assistenza RSA (1)	web (9) piattaforma (2) app (2) telefono (1)
<b>Sardegna</b>	4	cardiologia (1) diabetologia (1) dermatologia (1) medicina generale (1)	monitoraggio (3) visite (1)	app (1) piattaforma (2) web (1)
<b>Sicilia</b>	4	medicina generale (1) iatrologia (1) orale (1) psicologia (1)	visite (3) consulenza (1)	telefono (2) app (2)
<b>Toscana</b>	16	covid (2) dermatologia (2) diabetologia (3) medicina generale (1) fisiatria (1) oncologia (2) pediatria (1) ostetricia (1) psichiatria (2) cardiologia (1)	consulenza (4) visite (9) consulto (2) monitoraggio (1)	telefono (4) app (3) web (7) piattaforma (2)
<b>Trentino AA</b>	5	covid (4) medicina generale (1)	consulenza (1) contatto familiari (1) monitoraggio (1) visite (1) assistenza (1)	web (2) app (2) telefono (1)
<b>Umbria</b>	5	neurologia (1) covid (2) oncologia (1) pediatria (1)	monitoraggio (1) visite (1) consulenza (1) consulto (2)	app (1) web (2) piattaforma (2)
<b>Val D'Aosta</b>	1	covid (1)	assistenza RSA (1)	piattaforma (1)
<b>Veneto</b>	17	covid (2) cardiologia (1) diabetologia (2) dermatologia (1) medicina generale (1) ginecologia (1) neurologia (1) otorino (1) psicologia (1) oncologia (3) pediatria (1) gastroenterologia (1) pneumologia (1)	visite (12) monitoraggio (1) consulenza (3) assistenza RSA (1)	telefono (9) app (1) web (6) piattaforma (1)

### Indicatore 3.13. Sperimentazioni cliniche (

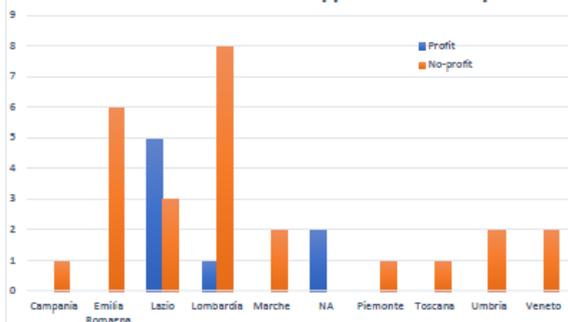
Studio clinico	Promotore (Profit, No-profit)	Data Parere Unico CE
<b>FASE 1</b>		
<a href="#">GS-US-540-5774 Study</a>	Gilead Sciences, Inc	11/03/2020
<a href="#">GS-US-540-5773 Study</a>	Gilead Sciences, Inc	11/03/2020
<a href="#">TOCIVID-19</a>	Istituto Nazionale Tumori, IRCCS, Fondazione G. Pascale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

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

**Sono 34 gli studi approvati (27 No-profit e 8 Profit), escluso lo studio TSUNAMI approvato il 15/05 c.a.**  
In totale sono 147 gli studi valutati dalla CTS dell'AIFA.

UNIV  
CATTI  
del Sai

Studi clinici COVID-19 approvati dall'AIFA per PI



#### Nota CTS AIFA del 19/05/2020

In considerazione dell'attuale andamento della pandemia, e della conseguente riduzione del n. di paz arruolabili negli studi clinici, si richiama l'attenzione di coloro che intendessero proporre nuove sperimentazioni sulla necessità di verificare preventivamente l'effettiva possibilità di arruolare i soggetti previsti. In linea con le raccomandazioni OMS (che invita espressamente a promuovere soprattutto attività di ricerca collaborative a livello nazionale e internazionale per ridurre lo spreco di risorse ed evitare duplicazioni e studi sottodimensionati), l'attuale orientamento della CTS è quello di favorire l'aggregazione di più centri clinici al fine di raggiungere la numerosità campionaria sufficiente a rispondere al quesito clinico con rigore metodologico e in tempi contenuti.

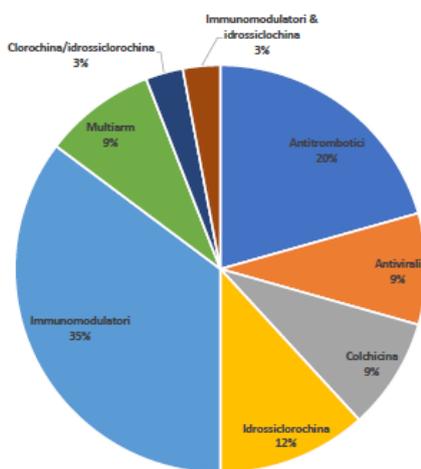
#### Altri aggiornamenti:

22/05/2020: Nuova circolare AIFA sulle procedure semplificate per gli studi e gli usi compassionevoli relativi al COVID-19

25/05/2020: Chiarimento AIFA sulla 'Valutazione degli studi sull'infezione da SARS-CoV-2 da parte dei Comitati Etici'

26/05/2020: COVID-19: l'EMA chiede studi osservazionali di alta qualità

29/05/2020: Sospensione AIFA dell'autorizzazione dell'utilizzo di cloroquina & idrossicloroquina per il trattamento del COVID-19 al di fuori degli studi clinici



Studi clinici COVID-19 approvati dall'AIFA per categoria

UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

### Indicatore 3.13.1. Programmi di uso compassionevole e Off-label

Expanded Access Programme	Promotore	Data del Parere Unico dell'CE
<u>Ruxolitinib</u>	Novartis	26/03/2020
<u>Canakinumab</u>	Novartis	02/04/2020
<u>Remdesivir</u>	Gilead	07/04/2020
<u>Solnatide</u>	APEPTICO Forschung und Entwicklung GmbH	15/04/2020
<u>Ribavirina per soluzione inalatoria</u>	Bausch Health	24/04/2020

AIFA ha fornito inoltre informazioni aggiornate sui medicinali utilizzati al di fuori delle sperimentazioni cliniche, come quelli commercializzati per altre indicazioni (off-label) che vengono resi disponibili ai pazienti, pur in assenza di indicazione terapeutica specifica per il COVID-19, sulla base di evidenze scientifiche spesso piuttosto limitate. I prodotti oggetto di questo approfondimento sono: le eparine a basso peso molecolare, azitromicina, darunavir/cobicistat e lopinavir/ritonavir.

I medicinali in questione:

- Sono prescrivibili a totale carico del SSN, anche in regime domiciliare, secondo i criteri e le modalità riportate in dettaglio nelle schede predisposte dall' AIFA.
- L'impiego è riferito al trattamento dei pazienti COVID-19 (l'uso in profilassi non è raccomandato al di fuori degli studi clinici)
- È prevista la dispensazione da parte delle farmacie ospedaliere;
- I dati relativi ai pazienti trattati andranno trasmessi ad AIFA secondo modalità che saranno indicate nella sezione del sito istituzionale "Emergenza COVID-19".

### Aggiornamenti dalle Regioni

	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia-Romagna	Friuli-Venezia Giulia	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Umbria	Valle d'Aosta	Veneto	P.A. Trento	P.A. Bolzano	P.A. Valle d'Aosta
Test rapidi (TDR)				X	X		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
Test CLIA/ELISA		X		X	X		X	X	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Screening su OS e Servizi essenziali				X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Studio di sieroprevalenza		X		X	X		X		X	X								X	X	X		
Utilizzo di sanità pubblica su particolari coorti di cittadini		X		X				X	X		X				X	X		X		X		

### Indicatore 3.15. Impatto economico

#### Introduzione

Per fornire un quadro completo sull'impatto economico per il SSN dell'emergenza COVID-19 si rende necessario procedere per gradi tenendo anche conto delle diverse caratteristiche delle fasi della pandemia.

La fase 1 si è caratterizzata per l'elevato volume di ricoveri per COVID-19 e la saturazione delle terapie intensive, nonché per una contrazione [vedasi indicatore 3.12] di ricoveri ed accessi per cause non-COVID legata alla riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera (in acuto e ambulatoriale) e territoriale.

Per tale ragione si è deciso di:

- Fornire un quadro ufficiale ed aggiornato al 2018 relativamente ai volumi di ricoveri attesi nei 4 mesi dell'emergenza COVID-19 e della loro tariffazione DRG;
- Effettuare una prima stima dell'onere per il SSN dell'assistenza ospedaliera in acuto fornita ai pazienti COVID-19, sulla base dei codici DRG che vanno ad individuare le indicazioni per la codifica fornite dal Ministero della Salute e dalle Regioni;
- Condurre una prima stima del costo reale sostenuto dalle strutture sanitarie per i pazienti COVID-19 che hanno effettuato un accesso in terapia intensiva (TI).

Si tratta ovviamente di stime basate su ipotesi e i dati provvisori. In taluni casi si è tenuto conto del parere fornito da esperti clinici.

L'analisi verrà aggiornata e revisionata costantemente ed inoltre integrata al fine di tener conto, sempre più, dell'intero percorso del paziente COVID-19. Infatti, già nella fase 2 è cruciale sia da un punto di vista organizzativo che economico ricostruire il percorso reale ed ideale del paziente COVID-19.

#### Ricoveri attesi in assenza di emergenza COVID-19

Si tratta di un'analisi esplorativa di background avente lo scopo di fornire un quadro pre-COVID 19-

Partendo dai dati del Ministero della Salute 2018 relativi al totale dei ricoveri programmati annui, è stato calcolato il numero medio di ricoveri mensile. Per valorizzare i ricoveri non-COVID «persi» durante i 4 mesi dall'inizio dell'emergenza, è stato considerato il DRG medio (2018) pari a € 3.866,56.

Da cui la «perdita» di ricoveri supererebbe i € 3,3 miliardi.

Ricoveri attesi in 4 mesi	
Programmati	860,749
DRG medio	3.866,56 €
Valore ricoveri "persi"	3,328,137,653 €

Tale dato può essere letto anche per cominciare a valutare l'impatto in termini di assistenza persa e possibili ripercussioni a breve/medio termini in termini di esiti clinici conseguente impatto sull'attività ospedaliera.

UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

#### Stima dell'onere per il SSN per i ricoveri COVID-19

##### Nota metodologica.

##### Pazienti «dimessi guariti»

Per stimare la spesa per ricoveri, valorizzata con le tariffe DRG, sono state effettuate le seguenti assunzioni:

- Ricoveri pari al numero di «dimessi guariti» aggiornato al 02 giugno 2020;
- Sono stati considerati i soli codici DRG individuati dal sistema esperto di supporto alla [codifica 3M Codefinder](#);
- Distribuzione tra DRG uniforme tra Regioni;
- Al 60% dei ricoveri viene riconosciuto il DRG 79 - Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC.
- Durata della degenza media pari a 30 giorni. Con tale assunzione si superano i valori soglia solo per 2 DRG (100 e 421). Questo è stato effettuato per tener conto della maggiore complessità del COVID-19 rispetto ai DRG.

#### Stima dell'onere per il SSN per i ricoveri COVID-19

##### Nota metodologica.

##### Pazienti deceduti durante il ricovero

Per stimare la spesa per ricoveri, valorizzata con le tariffe DRG, sono state effettuate le seguenti assunzioni:

- Numero di decessi aggiornato al 02 giugno 2020;
- Il 70% dei decessi si assume avvenuta durante il ricovero in ospedale;
- Si assumono validi gli stessi DRG considerati per l'analisi sui «dimessi guariti» sebbene si ipotizzi una diversa distribuzione tra DRG;
- Durata della degenza pari alla degenza mediana riportata da ISS per i deceduti in ospedale senza TI (5 gg) e con accesso in TI (9 gg).

Fonte dei dati: Tariffe DRG del Ministero della Salute. Valori soglia della Regione Lazio e Piemonte

DRG	Descrizione DRG	%	Tariffa
79	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	60%	3.744 €
80	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	5%	4.422 €
100	Segni e sintomi respiratori senza CC	5%	3.679 €
421	Malattie di origine virale, età > 17 anni	5%	4.340 €
541	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	2,50%	51.919 €
542	Tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore	2,50%	34.546 €
563	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita ≥ 96 ore	10%	13.593 €
566	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	10%	6.764 €

DRG	Descrizione DRG	%	LOS	Tariffa
79	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	50%	9	4.030 €
80	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	7%	3	1.535 €
100	Segni e sintomi respiratori senza CC	2%	3	1.566 €
421	Malattie di origine virale, età > 17 anni	1%	3	1.700 €
541	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	5%	9	74.395 €
542	Tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore	5%	9	27.287 €
563	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita ≥ 96 ore	0.13	9	11.128 €
566	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	0.13	9	3.730 €

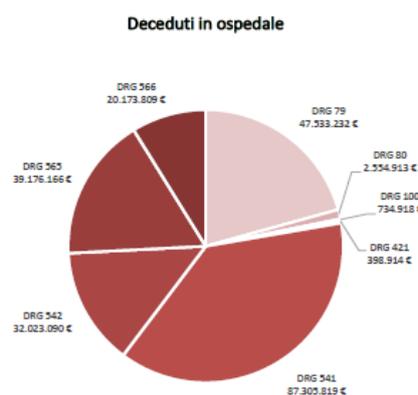
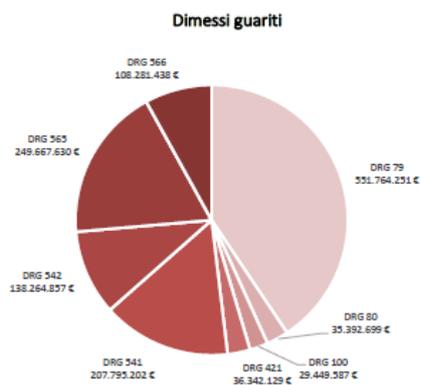
#### Stima del costo per giornate in terapia intensiva (TI)

##### Nota metodologica.

Al momento si è considerato il costo medio per giornata in TI ottenuto da uno studio di micro-costing condotto presso 23 TI francesi ([Lefrant et al., 2015](#)). Il numero di giornate in terapia intensiva è aggiornato al 02 giugno 2020.

E' in corso l'affinamento dell'analisi per tener conto del costo maggiore delle giornate in terapia intensiva con ricorso a ventilazione meccanica. Prima di adottare l'approccio proposto da [Kaier et al 2019](#) ([Epidemiol Infect. 2019 Dec 5;147:e314](#)). Successivamente, si adatteranno maggiormente i dati al contesto di specifiche strutture.

UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore



Dimessi guariti. Per i 160.092 ricoveri per COVID-19 effettuati e conclusi, al 2 giugno (+10.7 % rispetto al 26 maggio 2020) la spesa, valorizzata con le tariffe DRG, si stima pari a € 1.356.957.793 di cui il 33% sostenuto per i casi trattati in Lombardia. Il DRG medio (totale/ricoveri) è stimato pari a € 8.476.

Deceduti in ospedale. Per i 23.471 ricoveri per COVID-19 stimati conclusi causa decesso (+ 1.74% rispetto al 26 maggio 2020), la spesa, valorizzata con le tariffe DRG, si stima pari a € 229.900.862 di cui ben il 48% sostenuto per i casi trattati in Lombardia. Il DRG medio (totale/ricoveri) è stimato pari a € 9.796.

	Dimessi guariti	Tariffa totale DRG	%	Deceduti in ospedale	Tariffa totale DRG	%
Abruzzo	2 093	17 740 503 €	1%	289	2 831 764 €	1%
Basilicata	348	2 949 687 €	0%	19	185 127 €	0%
Calabria	949	8 043 831 €	1%	68	665 087 €	0%
Campania	3 504	29 700 298 €	2%	291	2 845 477 €	1%
Emilia-Romagna	20 780	176 133 617 €	13%	2 895	28 350 782 €	12%
Friuli Venezia Giulia	2 696	22 851 599 €	2%	235	2 303 808 €	1%
Lazio	4 155	35 218 247 €	3%	519	5 080 720 €	2%
Liguria	7 720	65 435 588 €	5%	1 028	10 065 448 €	4%
Lombardia	52 807	447 598 070 €	33%	11 300	110 685 643 €	48%
Marche	4 421	37 472 893 €	3%	691	6 767 437 €	3%
Molise	281	2 381 788 €	0%	15	150 845 €	0%
P.A. Bolzano	2 187	18 537 258 €	1%	204	1 995 262 €	1%
P.A. Trento	3 686	31 242 950 €	2%	324	3 174 593 €	1%
Piemonte	22 003	186 499 902 €	14%	2 719	26 630 926 €	12%
Puglia	2 939	24 911 294 €	2%	356	3 483 139 €	2%
Sardegna	1 071	9 077 916 €	1%	92	898 211 €	0%
Sicilia	2 206	18 698 304 €	1%	193	1 885 557 €	1%
Toscana	8 053	68 258 133 €	5%	737	7 219 970 €	3%
Umbria	1 324	11 222 373 €	1%	53	521 099 €	0%
Valle d'Aosta	1 031	8 738 872 €	1%	100	980 490 €	0%
Veneto	15 838	134 244 669 €	10%	1 345	13 171 475 €	6%
Italia	160 092	1 356 957 793 €	100%	23 471	229 900 862 €	100%
DRG medio		€ 8 476			€ 9 796	

### Indicatore 3.15.2. Costi per TI per i ricoveri COVID-19

	Giornate TI	Costo COVID-TI	% costo
Abruzzo	2596	3 699 300 €	1%
Basilicata	560	798 000 €	0%
Calabria	672	957 600 €	0%
Campania	4401	6 271 425 €	2%
Emilia-Romagna	18930	26 975 250 €	11%
Friuli Venezia Giulia	1735	2 472 375 €	1%
Lazio	9605	13 687 125 €	5%
Liguria	7228	10 299 900 €	4%
Lombardia	65419	93 222 075 €	36%
Marche	6855	9 768 375 €	4%
Molise	294	418 950 €	0%
P.A. Bolzano	1921	2 737 425 €	1%
P.A. Trento	2661	3 791 925 €	1%
Piemonte	20096	28 636 800 €	11%
Puglia	4038	5 754 150 €	2%
Sardegna	1193	1 700 025 €	1%
Sicilia	2936	4 183 800 €	2%
Toscana	12567	17 907 975 €	7%
Umbria	1735	2 472 375 €	1%
Valle d'Aosta	728	1 037 400 €	0%
Veneto	13161	18 754 425 €	7%
Italia	179331	255 546 675 €	100%

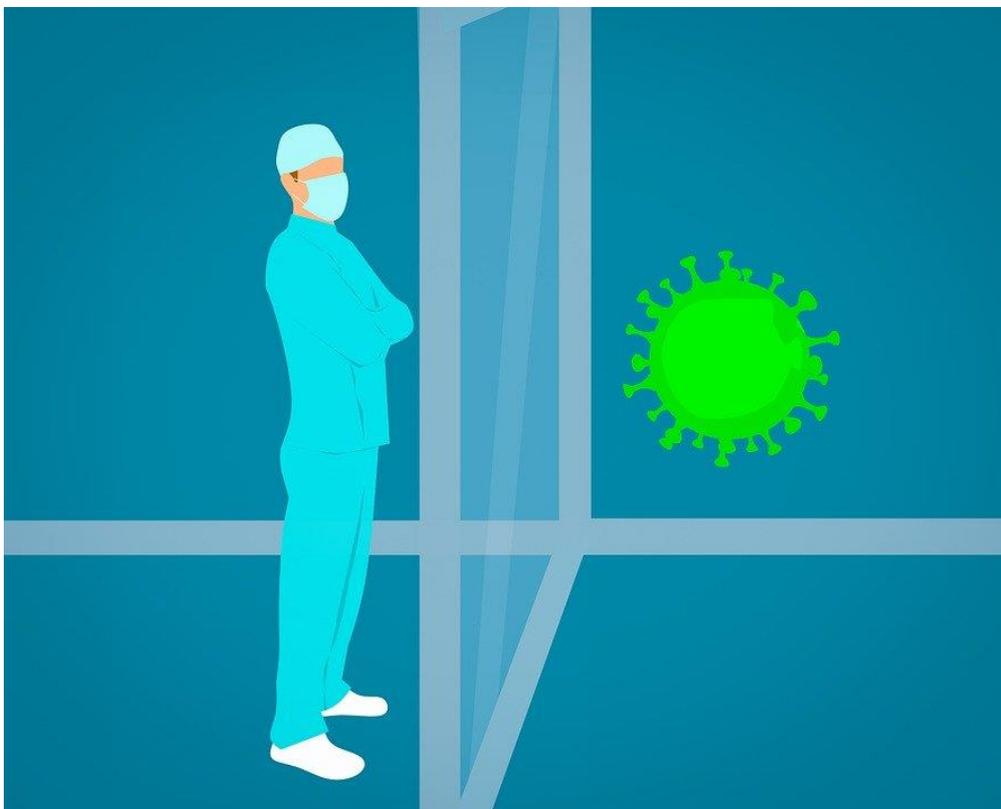
#### Commento

Considerando 179.331 giornate di degenza (al 01 giugno, +1.81% rispetto al 26 maggio) in terapia intensiva, ad un costo giornaliero medio di 1425€ il costo totale a livello nazionale ammonterebbe a oltre 255 milioni di €, di cui il 36% sostenuto in strutture ospedaliere della Lombardia.

#### Assunzioni

Costo medio giornaliero di TI pari a € 1.425.

Documenti Istituzionali,  
Linee Guida,  
Raccomandazioni,  
Analisi di scenari.



## Lezioni di una pandemia: note per la ripartenza e il cambiamento

### COVID-19/Sanità pubblica

di Eugenio Paci

La fase 2 della pandemia Covid-19 sta gradualmente, e faticosamente, procedendo in Italia. Nello stesso tempo, sta riprendendo l'attività dei servizi sanitari. Man mano risulta evidente la perdita di salute che ha colpito, e colpirà come effetto collaterale, la popolazione più fragile. A tutt'oggi, ci sono dati aneddotici su questi danni, ma in Olanda i registri tumori hanno già stimato una riduzione del numero di diagnosi di tumore di circa il 25%, dovute alla crisi degli ospedali e della medicina di base, un dato che potrebbe trasformarsi in aumento della mortalità.

La valutazione di impatto di questo sconvolgimento richiederà analisi, metodologicamente non semplici. Mentre sono stati stanziati fondi nel Decreto Rilancio per far fronte alle più immediate esigenze assistenziali, con un importante aumento di spesa, a debito, soprattutto utilizzata per permettere ai servizi territoriali di agire per il controllo dell'epidemia e per la stabilizzazione dell'assistenza in terapia intensiva, vi sono lezioni da quanto avvenuto che dovrebbero essere di immediato stimolo al cambiamento. Questa riflessione prende origine da una discussione che si è sviluppata sul sito dell'Osservatorio Nazionale Screening a partire dagli aspetti organizzativi della ripartenza dei servizi e che si è allargata a discutere come questa crisi potrà contribuire a cambiare.

#### Sanità pubblica, essenziale, ma debole

Il Servizio Sanitario Nazionale si è confermato un pilastro essenziale e soprattutto vitale, come, paradossalmente, ha testimoniato il sacrificio, fino alla morte, di tanti medici e personale sanitario. Tuttavia, questi mesi drammatici hanno anche messo tragicamente in luce la debolezza della sanità pubblica italiana. Il rischio è che ci si avvii a un rifinanziamento, necessario e opportuno, che potrà avvenire grazie al prossimo intervento dell'Unione Europea, senza una adeguata riflessione su come e cosa cambiare.

Pensare che spendere sia risposta sufficiente alle debolezze che si sono dimostrate in questi mesi, significa, con un atteggiamento non insolito in Italia, nascondersi che ci sono nodi storici che vanno sciolti, a partire da quelli istituzionali (come il rapporto stato-regioni e il governo complessivo del sistema sanitario).

#### Verso una visione integrata di invecchiamento e fragilità

Una prima considerazione, resa evidente da questa pandemia, è che occorre discutere la questione sanitaria nel contesto dell'invecchiamento della popolazione, della crescita della cronicità e dell'esigenza di strutture di *long-term care*, cioè di come garantire la protezione dei soggetti più fragili, tra cui i disabili, che più soffrono la disegualianza di salute nell'ambito del sistema di welfare. In Italia usciamo da anni di interventi, anche importanti, sul sistema pensionistico, ma non abbiamo mai affrontato il rapporto tra welfare e sistema sanitario nazionale nella sua complessità.

Un problema che non è solo nostro, come la tardiva scoperta delle morti che non sono state intercettate dal sistema informativo ufficiale di Covid19 ha dimostrato in molti paesi. Affrontare invecchiamento, disabilità e cronicità in un'ottica integrata di welfare, prevenzione e cura, per la comunità e gli individui, richiede modelli

che sono stati in parte studiati, ma poco applicati, anche in altre realtà Europee. Abbiamo bisogno di un'ottica non più centrata sulle prestazioni sanitarie, il modello di oggi, ma rivolta a costruire salute offrendo prevenzione, assistenza e cura, conoscendo i bisogni sociali e l'impatto degli interventi.

### **Ripartire dalla sanità pubblica territoriale**

Carlo Saitto, in un recente saggio che prende spunto dall'epidemia Covid-19, ripropone l'inderogabile necessità di guardare alla salute come obiettivo, per la comunità e per le persone. Al di là delle cause e delle soluzioni, che richiedono confronto e approfondimento anche tecnico, è indubbio che per raggiungere un simile obiettivo occorre ripartire dalle fondamenta, soprattutto per quella che si usa chiamare la sanità pubblica territoriale. Alle radici vi sono certo le debolezze istituzionali, l'esistenza di 21 sistemi sanitari diversi, i problemi irrisolti da anni del rapporto tra i centri decisionali, come tra politica e strutture tecnico-professionali. Dipartimenti di prevenzione, assistenza distrettuale e medicina generale sicuramente non hanno ricevuto in Italia l'attenzione che il settore ospedaliero, pur con i suoi limiti, ha ottenuto, non ci voleva l'epidemia per rendersene conto. Però le cause di questa crisi non possono essere attribuite solo alla restrizione delle risorse avvenuta a partire dall'ultima crisi economica, esse risalgono assai indietro negli anni e bisogna capirne le ragioni per tentare una ripartenza.

### **La crisi del sistema informativo**

Il sistema informativo di comunità (locale, regionale nazionale) è centrale per una sanità pubblica rivolta alla salute, e non può essere, come è stato, appannaggio di esigenze particolaristiche e spesso di circoscritti poteri. In una intervista televisiva al presidente dell'Associazione di Epidemiologia, un giornalista di Sky ha posto la domanda: "Perché l'Italia non c'è tra i paesi che stimano l'eccesso di morti totali nella popolazione Italiana?" Non ci fu risposta a quella domanda. Era il 18 Aprile 2020 ed erano stati pubblicati dati in Gran Bretagna, in Francia, in Belgio e a New York e molti altri si sono via via aggiunti, che mostravano, settimana dopo settimana, cosa accadeva guardando i decessi totali nelle diverse aree nei primi mesi del 2020, quando paragonati a quelli degli ultimi anni. A Bergamo, la tragedia veniva svelata dai necrologi. Nel mondo, i dati prodotti, con insolita rapidità, mostravano con evidenza che un'ondata di incredibile forza stava colpendo il mondo, molto superiore a quella, pur così drammatica, dei dati ufficiali della rilevazione COVID19.

Un dato statistico talmente sconvolgente da meritare articoli, progressivamente aggiornati al maggio 2020, del *Financial Times* e dell'*Economist*. L'Italia è arrivata tardi a fornire il dato di fine marzo 2020, co-prodotto da ISTAT e ISS. All'epoca vi erano 14.324 decessi Covid-19 (il 96% con residenza conosciuta) ma l'eccesso di mortalità è stimato come di "25.354 unità e di questi il 54% è costituito dai morti diagnosticati Covid-19 (13.710). A causa della forte concentrazione del fenomeno in alcune aree del Paese, i dati riferiti a livello medio nazionale "appiattiscono" la dimensione dell'impatto della epidemia di Covid-19 sulla mortalità totale." Ci vorrà tempo per una valutazione approfondita di questi dati.

Appare evidente che la crisi del Covid-19 è stata, tra molte altre cose, la dimostrazione della crisi del sistema informativo delle malattie infettive che è sempre stato, secondo un modello tradizionale, un mondo a parte. La realizzazione di un sistema informativo dedicato come quello di Covid-19, non integrato in un sistema regionale e nazionale, ha offerto una immagine parziale e distorta dell'impatto e del bisogno di intervento richiesto per controllare l'epidemia. Molti sono stati i problemi nella definizione e raccolta dati di cui si è parlato su *Scienza in rete*.

Ma l'onda nascosta, misurata grezzamente, come nel 1918 in occasione della Spagnola, con l'eccesso dei decessi totali rispetto alla media degli anni precedenti, ha svelato anche la parte oscura, la gravità piena dell'accaduto, stimando nella maggior parte dei paesi, per le settimane della pandemia, mediamente, un eccesso di quasi il 50% rispetto ai decessi attesi nel periodo.

## La mortalità nelle RSA

**Gran Bretagna** - L'impostazione metodologica e i dati settimanali dell'Office National Statistics – Covid19 inglese confermano l'importanza di queste rilevazioni rapide, ma anche la complessità metodologica nel distinguere i diversi contributi all'eccesso di mortalità di questo periodo. L'International Long Term Care Policy Network (ILPN), istituito presso la London School of Economics di Londra, ha studiato il numero di decessi attribuibili a quelle che noi chiamiamo residenze sanitarie assistite (RSA) e che sono strutture con tipologie variabili da paese a paese. Nel rapporto del 21 Maggio 2020, ILPN presenta dati aggiornati sulla raccolta della mortalità nei diversi paesi. I dati possono essere i casi Covid-19 in persone con test positive (i dati ufficiali in Italia), quelli in persone decedute con sospetta patologia COVID19 (cioè basati sui sintomi) e il numero di morti in eccesso (comparazione dei decessi osservati in una popolazione con quelli di anni precedenti).

Una seconda distinzione, utile per la valutazione delle RSA (home care o simili) riguarda i decessi nei residenti nelle case di riposo, con inclusione o no dei soggetti trasferiti in Ospedale e che possono essere lì deceduti. La stima, in paesi che presentano le statistiche Covid-19 ufficiali e con almeno 100 morti attribuiti a questa causa, è che la proporzione di decessi tra i residenti in RSA o simili attribuiti a Covid-19 varia dal 24% in Ungheria all'82% del Canada. In Inghilterra, il contributo di decessi nelle home care è del 27%, ma diviene il 38% se si considerano i decessi tra i soggetti ivi residenti, qualsiasi sia il luogo di decesso.

Il contributo dei residenti in home care all'eccesso di morti totale è stimato come il 52% di tutte le morti in eccesso rispetto al riferimento degli anni precedenti. Anche in Francia sono state fatte stime comparabili. Il contributo del personale di queste strutture ai decessi per la malattia è anche esso alto. È importante, concludono gli autori, che venga stimato quale sia stato il contributo, tardivamente considerato a causa della mancata disponibilità sia di tamponi che di dispositivi di sicurezza in tutto il mondo, delle home care non solo per comprendere le ragioni di questo fallimento ma per progettare come riprogrammare il futuro.

**Germania** - In Germania, i dati Covid-19 sono stati raccolti dall'Istituto Robert Koch. Su 8009 decessi, il 37% era in strutture comunali che includono quasi tutte le strutture assistenziali, anche quelle per homeless o rifugiati.

**Italia** - Per l'Italia, il Rapporto ISS sulle RSA è oggi aggiornato al 14 aprile 2020 e fa riferimento a 3420 RSA che hanno partecipato a un Osservatorio sulle demenze. In totale le strutture di questo tipo italiane sono stimate essere 4629. Al Rapporto avevano risposto al contatto telefonico il 33%, con forte selezione territoriale (prevalentemente nel Nord Italia). Il Report dell'ILTCPN specificamente dedicato all'Italia risale al 30 aprile 2020 ed è stato curato dal centro nazionale che si trova presso il CERGAS (Università Bocconi). Viene ricordato che le prime linee guida operative del Ministero della Salute per queste strutture sono del 25 Marzo 2020. Il rapporto conclude affermando che il sistema di welfare pubblico è lontano dal coprire e soddisfare le esigenze delle persone anziane e fragili e comunque con particolari condizioni di disabilità. L'indagine dell'ISS è ancora oggi talmente di limitata copertura, anche per quanto riguarda le sole RSA – cioè non considerando altre condizioni assistenziali - da far ritenere che sarà difficile anche valutare il contributo ai decessi di queste strutture e quindi quantificare quello che è stato definito il "massacro".

Conoscere cosa è successo, non è solo una questione che interessa i magistrati, che giudicheranno in tutta Italia le responsabilità individuali. Questa mancanza di dati e informazioni a livello nazionale sono evidente manifestazione della mancanza di un governo unitario della sanità pubblica e del sistema di welfare. Ogni flusso informativo è quota parte dell'intero sistema di sorveglianza della sanità pubblica e solo così può consentire lo studio di percorsi integrati di prevenzione, cura e malattia.

## **L'esempio degli screening e dei Registri tumori**

Nella sua storia degli ultimi trent'anni, per esempio, servizi come lo screening oncologico hanno costruito sistemi informativi per valutare la performance del servizio, rivolti a valutare i percorsi di salute per le specifiche patologie nella comunità e finalizzati alla valutazione in continuo degli interventi e degli esiti. Non si è mai riuscito a inserire un sistema informativo di questo tipo nei flussi individuali correnti e a integrarlo con altri capaci di rispondere su specifici problemi di salute della comunità. In parte, questa integrazione, al di fuori di uno sforzo unitario istituzionale, ha trovato interlocuzione con i Registri dei Tumori, che, anch'essi, in Italia, sono stati per anni in grave difficoltà per motivi legati alla privacy e alla loro figura istituzionale, che non è mai definitivamente risolta in un contesto di sistema.

La natura prevalentemente amministrativa dei nostri flussi informativi correnti, innanzitutto costruiti con finalità gestionali, e solo in subordine e in maniera frammentaria strumenti di valutazione della salute, non riesce ad oggi a fornire le informazioni valutative con tempestività e qualità e con un'ottica di comunità. Tantomeno lo fa in situazione di emergenza. *Oggi la moderna sanità pubblica esiste grazie al sistema informativo ed esso deve avere obiettivi di valutazione di salute di comunità, integrando i tanti aspetti rilevanti per la salute e il welfare. Una questione centrale per ogni futuro investimento.*

## **La prima pandemia biotecnologizzata**

La comunità si è popolata di individui, i numeri sono divenute esperienze e emozioni, non più un indistinto oggetto, sono sempre di più il malato in terapia intensiva di Bergamo o il medico e l'infermiere in trincea ma anche il contatto tracciato e identificato con un tampone. La pandemia Covid-19 è stata la prima, reale, emergenza globale nell'era della medicina biotecnologica di massa e della comunicazione. Si sono usati strumenti antichi (la quarantena, il distanziamento sociale), ma in un contesto totalmente nuovo, il sistema personalizzato e globale di comunicazione social e video, con immagini che hanno reso familiari a tutti la raffinata modellistica statistico-epidemiologica che è entrata nelle quotidianità di tutti.

Gli strumenti dei sistemi di tracciamento individuali con App o la valutazione di impatto del lockdown con la mobilità georeferenziata sono esempi di questa innovazione. Nello stesso tempo sono stati avviati screening di massa con sistemi di laboratorio avanzati, come la RNA-PCR o i test immunologici che consentono in tutto il mondo (seppure con disponibilità diseguale) screening di massa. Lo sviluppo tecnologico è stato rapidamente incorporato nelle pratiche tradizionali e le società asiatiche hanno dimostrato quanto sia avanzata (Corea, Singapore, Taiwan) l'assimilazione delle nuove tecnologie in quell'area del mondo.

Non si potrà continuare senza utilizzare i nuovi sistemi. Durante il lockdown è, finalmente, stato usato in alcune regioni il fascicolo sanitario elettronico per mettere in rete medico di medicina generale, farmacia e cittadino nella prescrizione telematica di medicinali. È un inizio tardivo che dimostra che questi sistemi sono potenti e consentono di raggiungere e comunicare facilmente, ma anche che ci vuole coraggio e gusto dell'innovazione. Un approccio favorito dall'emergenza.

## **Il "Nuovo Mondo" della sanità pubblica digitale**

La difficoltà che l'Italia sta incontrando nell'introdurre nuovi approcci tecnologici nella pratica della sanità pubblica pone questo tema al centro della prossima progettazione della sua riorganizzazione. I sistemi di contatto tradizionali, come le lettere di invito a partecipare a uno screening organizzato, potranno essere integrate e sostituite con sistemi più vicini alle persone e capaci direttamente di fornire una adeguata informazione e di facilitare l'accesso ai servizi. Nel campo dello screening oncologico si è proposto di passare a inviti che utilizzino questi strumenti e, nella pratica clinica, all'uso di auto-prelievi per esempio nello screening HPV o per il colon-retto che riducono il bisogno di accesso ai servizi e possono così sempre più integrarsi con i servizi territoriali, come le farmacie.

Approcci basati su tecniche di *nudging* potranno permettere di migliorare le scelte informate e i processi di decisione consapevole e facilitare anch'essi l'accesso. In questi mesi strumenti nuovi di comunicazione e informazione, come le piattaforme digitali, hanno fatto enormi passi avanti e sono entrati, anche con il *lavoro da casa*, nella vita quotidiana. Questi cambiamenti vanno perseguiti con finalità di sanità pubblica e per promuovere la comunicazione, l'aggiornamento e l'informazione, con adeguati investimenti e seria progettazione. La comunicazione a distanza è diventata per molti una pratica facile e comoda, non sempre penalizzante delle relazioni umane, come si era temuto.

### **La personalizzazione dell'epidemia e il ruolo degli esperti**

La sanità pubblica ha vissuto in questa occasione quello che si è verificato nelle narrative delle guerre o del terrorismo dove si ritrovano le persone, il soldato o la vittima, il profugo. L'*infodemia*, di cui oggi tanto si discute, è stata dovuta in larga parte alla personalizzazione e su questa si è innestata la bio-polarizzazione che ha caratterizzato (nel bene e nel male), in tutto il mondo, la gestione politica di questa pandemia. La comunità oggi esiste negli individui che partecipano, intervengono e vogliono contare.

Molti si sentono esperti e propongono il loro punto di vista. Gli stessi esperti sono, grazie alla forza del mezzo mediatico, svincolati dalla riflessione sui temi scientifici, che trovano invece una forma rapida nel tweet, a cui è sempre difficile rispondere con un ragionamento.

In questa situazione, lo sapevamo, si richiede alla sanità pubblica grande competenza e capacità comunicativa. La conferenza della Protezione Civile alle 18 e i tanti talk-show *virali*, non sono stati capaci di superare l'opacità della tradizionale comunicazione ufficiale da un lato, e hanno confermato come una comunicazione lasciata agli esperti sia, dall'altra, spesso fonte di disorientamento, di posizioni che sono considerate autorevoli, ma difficilmente discutibili nel contesto di un talk show. In assenza di un lavoro di squadra che agisca in maniera multidisciplinare e in modo coordinato, attenta ai bisogni informativi del pubblico e che accolga e si abitui al confronto, nel singolo esperto prevale una posizione che afferma certezze ma alla fine si penalizzano le competenze e si oscilla tra il seminare paura e la, spesso ipocrita, rassicurazione. Un modello non c'è, ma c'è evidentemente un problema.

È evidente in questa lunga storia che contemperare esigenze e bisogni dell'individuo e della comunità non è immediato ed è la vera questione che si pone alla sanità pubblica del domani. Come rispondere ai bisogni di salute, preservare i diritti individuali e nello stesso tempo mantenere fede alle conoscenze scientifiche è una sfida per tutti, media inclusi.

### **L'assistenza fra individui, comunità e sostenibilità**

L'esperienza di questa pandemia ci ha dimostrato che l'emergenza mette in evidenza, senza appello, che una sanità che veda solo la risposta di salute rivolta all'individuo, senza considerare il prima e il dopo, il territorio verso il momento della cura e poi della assistenza di lungo termine è esposta al tragico fallimento. Riconfigurare il sistema assistenziale come un *continuum* e con una integrazione di strumenti e culture richiede efficienza, scientificità e costi sostenibili. Questo approccio, attento al bisogno dell'individuo e contemporaneamente della comunità, non è affatto scontato, richiede lavoro e competenza.

La personalizzazione (in linea con quanto si è sviluppato in campo clinico) è richiesta oggi anche a chi opera in sanità pubblica. La sua attuazione richiede di non cadere in una adesione spontanea, acritica, alle nuove tecnologie, un atteggiamento che può mettere a rischio la sostenibilità, e portare, se abbandonata alla spontaneità o agli interessi, a sovra- o sottotrattamento. Ma è necessaria anche apertura alle molte dimensioni della salute, a una integrazione di competenze. Chi, nella sua attività con persone in fasce di età anziana, ha mai pensato che una epidemia (magari di influenza, così spesso sottovalutata) poneva a rischio proprio quei

soggetti cui suggerivamo di partecipavamo allo screening oncologico, per esempio, o che la cronicità, per molti aspetti, li rendeva fragili?

Da oggi, un incontro per un motivo di salute potrà essere una opportunità per promuovere la salute, e quindi anche per una protezione dal rischio infettivo. È avvenuto da tempo ormai che la vaccinazione in età scolare abbia integrato l'offerta dello screening, che oggi si esegue con il test HPV-primario, per prevenire un cancro di origine infettiva che è anche giovanile, come l'adenocarcinoma della cervice.

Tutto lo screening oncologico, sebbene ancora in forma sperimentale e timida, si sta aprendo ad azioni integrate di prevenzione primaria e secondaria come si prospetta, per esempio, nel caso di eventuali futuri protocolli di screening per il tumore del polmone, ove non si può concepire che non lo si integri con politiche attive di disassuefazione al fumo.

Siamo però ancora lontani dalla costruzione di percorsi integrati di riabilitazione e di follow-up per persone che hanno avuto un tumore. Un tipo di assistenza che richiede proprio di superare una visione solo medico-biologica della malattia cancro. Il tumore è, in larga parte, una malattia cronica che ci accompagna nell'invecchiamento, come quella cardiovascolare: vi è grande bisogno di prevenzione sia primaria che secondaria, ma anche di sostegno sociale e di welfare, per convivere con la fragilità.

### **La sfida del futuro**

L'epidemia Covid-19 ci ha dimostrato quante siano le risorse italiane nelle Università e nei centri di ricerca di tutto il mondo. Biologi e medici, ma anche fisici, ingegneri o economisti italiani che operano in strutture di alto livello hanno dimostrato cosa può essere l'epidemiologia e la sanità pubblica di oggi. Figure professionali che la nostra sanità pubblica non saprebbe neanche con quale tipo di bando assumere.

Mentre la risposta negli ospedali, pur nella grande difficoltà dovute alle carenze strutturali, ha dimostrato e confermato il notevole livello tecnico-professionale dei nostri operatori, è venuto chiaramente in evidenza il limite della medicina territoriale, che è disastrosa, più che dai tagli economici, dalla povertà di cultura professionale che l'ha caratterizzata ormai da decenni. I Dipartimenti di prevenzione e i distretti assistenziali hanno dimostrato di non essere in grado di guidare l'azione di sanità pubblica in una emergenza, come non riescono a farlo nella normalità.

Eccezione è stata la Regione Veneto, dove, imponendosi sulla ortodossia della consolidata tradizione della sorveglianza ministeriale, si è dimostrato che la sanità pubblica, quando si connette con la ricerca e l'innovazione, anche tecnologica, è fonte di vita e successo per i servizi territoriali. Il *contact tracing* richiede obiettivi, innovazione, cultura professionale, competenze e risorse dedicate.

Ma soprattutto, è la contaminazione con altre discipline (virologia, microbiologia e immunologia) che è necessaria, anche se non può pienamente avvenire nell'emergenza. In questi termini si può guardare ad altri settori innovativi della sanità pubblica, come lo screening oncologico, che si sono confrontati da tempo con le culture specialistiche, favorendo il confronto e la collaborazione di specialità e professionalità diverse.

Alcune delle società scientifiche sono state, pur nelle difficoltà, paladine di un confronto culturale e di apertura alla ricerca scientifica interdisciplinare, realizzata con finalità di sanità pubblica. Oggi questo è forse il principale contributo al rinnovamento di questa esperienza e la strada per il futuro. Non si può perdere questa opportunità che, come spesso successo nella storia, solo una crisi così drammatica poteva offrire. È qui, soprattutto, che bisogna investire.



EUROPEAN MEDICINES AGENCY  
SCIENCE MEDICINES HEALTH

10 giugno 2020  
EMA/284513/2020

## COVID-19: dati recenti supportano l'uso continuativo di ACE-inibitori e ARB durante la pandemia

Recenti studi osservazionali condotti sugli inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE) e sugli antagonisti del recettore per l'angiotensina (ARB o sartani) hanno mostrato che tali medicinali non influiscono sul rischio di contrarre l'infezione da sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2, il virus che causa COVID-19) e non mostrano di avere un impatto negativo sull'esito dei pazienti affetti da COVID-19.

L'Agenzia europea per i medicinali (EMA) ribadisce pertanto il [parere](#) espresso in precedenza secondo cui i pazienti devono continuare a usare gli ACE-inibitori o gli ARB come indicato dal medico. In caso di dubbi o preoccupazioni in merito al trattamento, devono rivolgersi al medico o al farmacista.

Gli ACE-inibitori e gli ARB sono usati per il trattamento dei pazienti affetti da ipertensione, problemi cardiaci o malattia renale. Nell'aprile 2020 [media e pubblicazioni](#) avevano espresso preoccupazioni circa gli effetti di questi medicinali sui pazienti con COVID-19. Nell'ambito del monitoraggio continuo della sicurezza dei medicinali, sono stati esaminati 19 studi pubblicati di recente sull'uso di ACE-inibitori e ARB durante la pandemia da COVID-19 ed è stato osservato che tali preoccupazioni non trovano riscontro nelle evidenze cliniche più aggiornate.

L'EMA e il network regolatorio dell'UE continueranno a monitorare i dati emergenti che si renderanno disponibili sull'uso dei medicinali durante la pandemia in corso, collaborando con le altre autorità regolatorie e le organizzazioni europee e internazionali competenti per fornire indicazioni attendibili sull'uso sicuro dei medicinali. Per maggiori informazioni sulle raccomandazioni legate al COVID-19, consultare il [sito web](#) dell'EMA e i siti web delle [autorità nazionali competenti](#).

La presente dichiarazione riguardante la salute pubblica è stata rilasciata dal [gruppo di lavoro dell'EMA sulla pandemia da COVID-19 \(COVID-ETF\)](#).

### Fonti

1. Bean D, Kraljevic Z, Searle T et al. Treatment with ACE-inhibitors is associated with less severe SARS-Covid-19 infection in a multi-site UK acute Hospital Trust. doi: 10.13140/RG.2.2.34883.14889/1.
2. de Abajo F, Rodríguez-Martín S, Lerma V et al. Use of renin-angiotensin-aldosterone system inhibitors and risk of COVID-19 requiring admission to hospital: a case-population study. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31030-8.

**Official address** Domenico Scarlattilaan 6 • 1083 HS Amsterdam • The Netherlands

**Address for visits and deliveries** Refer to [www.ema.europa.eu/how-to-find-us](http://www.ema.europa.eu/how-to-find-us)

**Send us a question** Go to [www.ema.europa.eu/contact](http://www.ema.europa.eu/contact) **Telephone** +31 (0)88 781 6000

An agency of the European Union



© European Medicines Agency, 2020. Reproduction is authorised provided the source is acknowledged.

3. Gao C, Cai Y, Zhang K et al. Association of hypertension and antihypertensive treatment with COVID-19 mortality: a retrospective observational study. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa433.
4. Gnani R, Demaria M, Picariello, R et al. Therapy with agents acting on the renin-angiotensin system and risk of SARS-CoV-2 infection. doi: 10.1093/cid/ciaa634.
5. Guo T, Fan Y, Chen M et al. Cardiovascular Implications of Fatal Outcomes of Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). doi: 10.1001/jamacardio.2020.1017.
6. Jung S-Y, Choi JC, You S-H et al. Association of renin-angiotensin-aldosterone system inhibitors with COVID-19-related outcomes in Korea: a nationwide population-based cohort study. doi: 10.1093/cid/ciaa624/5842160.
7. Li J, Wang X, Chen J et al. Association of Renin-Angiotensin System Inhibitors With Severity or Risk of Death in Patients With Hypertension Hospitalized for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infection in Wuhan, China. doi: 10.1001/jamacardio.2020.1624.
8. Mancía G, Rea F, Ludergnani M et al. Renin-Angiotensin-Aldosterone System Blockers and the Risk of Covid-19. doi: 10.1056/NEJMoa2006923.
9. Mehra MR, Desai SS, Kuy S, et al. Cardiovascular Disease, Drug Therapy, and Mortality in Covid-19. doi: 10.1056/NEJMoa2007621. The publication of this study was subsequently retracted by the authors. doi: 10.1056/NEJMc2021225. The retraction has no impact on this public statement as the study did not influence the conclusions.
10. Mehta N, Kalra A, Nowacki AS et al. Association of Use of Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors and Angiotensin II Receptor Blockers With Testing Positive for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). doi: 10.1001/jamacardio.2020.1855.
11. Meng, J, Xiao G, Zhang J et al. Renin-angiotensin system inhibitors improve the clinical outcomes of COVID-19 patients with hypertension. doi: 10.1080/22221751.2020.1746200.
12. Rentsch CT, Kidwai-Khan F, Tate, JP et al. Covid-19 Testing, Hospital Admission, and Intensive Care Among 2,026,227 United States Veterans Aged 54-75 Years. doi: 10.1101/2020.04.09.20059964.
13. Reynolds HR, Adhikari S, Pulgarin C et al. Renin-Angiotensin-Aldosterone System Inhibitors and Risk of Covid-19. doi: 10.1056/NEJMoa2008975.
14. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. doi: 10.1001/jama.2020.6775.
15. Rossi GP, Marino M, Formisano D et al. Characteristics and outcomes of a cohort of SARS-CoV-2 patients in the province of Reggio Emilia, Italy. doi: 10.1101/2020.04.13.20063545.
16. Tedeschi S, Giannella M, Bartoletti M et al. Clinical impact of renin-angiotensin system inhibitors on in-hospital mortality of patients with hypertension hospitalized for COVID-19. doi: 10.1093/cid/ciaa492.
17. Yang G, Tan Z, Zhou L et al. Angiotensin II Receptor Blockers and Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors Usage is Associated with Improved Inflammatory Status and Clinical Outcomes in COVID-19 Patients With Hypertension. doi: 10.1101/2020.03.31.20038935.
18. Zeng Z, Sha T, Zhang Y, et al. Hypertension in patients hospitalized with COVID-19 in Wuhan, China: a single-center retrospective observational study. doi: 10.1101/2020.04.06.20054825.

19. Zhang P, Zhu L, Cai J et al. Association of Inpatient Use of Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors and Angiotensin II Receptor Blockers with Mortality Among Patients With Hypertension Hospitalized With COVID-19. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.120.317134.

---

#### **Maggiori informazioni sui medicinali**

Gli inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE) sono medicinali usati per il trattamento di pazienti con ipertensione, problemi cardiaci e altre condizioni. I nomi dei principi attivi da cui sono composti terminano generalmente per "pril". Gli ACE-inibitori impediscono che un enzima presente nell'organismo produca l'angiotensina II, un ormone che provoca restringimento dei vasi sanguigni. Questa vasocostrizione può causare ipertensione e sottoporre il cuore a uno sforzo maggiore. L'angiotensina II rilascia anche altri ormoni che sono responsabili dell'aumento della pressione arteriosa.

I bloccanti del recettore per l'angiotensina (ARB, noti anche come antagonisti del recettore per l'angiotensina II o sartani) sono impiegati per il trattamento dei pazienti affetti da ipertensione e da alcune patologie cardiache o renali e complicazioni come la nefropatia diabetica. Sebbene in modo diverso, anche gli ARB funzionano bloccando l'azione dell'angiotensina II e impedendo la vasocostrizione in modo da evitare l'aumento della pressione arteriosa.



## **Fase 2. La mappa degli interventi messi in campo dalle Regioni: ospedali Covid, Usca, tamponi e personale. L'indagine dell'Anaao**

*A che punto sono gli ospedali Covid? E le Unità speciali di continuità assistenziale che dovranno garantire la presa in carico sul territorio dell'epidemia? È ripartita l'attività ospedaliera e ambulatoriale ordinaria? A che punto è la disponibilità di tamponi e il tracciamento dei contatti? Quanti posti letto in più tra terapie intensive e sub-intensive? E per il personale qual è lo stato dell'arte delle assunzioni e la loro tipologia di contratto? Ecco la prima fotografia della sanità post Covid scattata dai segretari regionali dell'Anaao Assomed*

Ospedali Covid e ripresa dell'attività di degenza ordinaria, attivazione delle Unità speciali di continuità assistenziale, tamponi e screening, personale dedicato e nuove assunzioni. Ecco come si presenta la sanità nelle Regioni per affrontare la fase 2 dell'epidemia Covid con le prime misure messe in campo in questi tre mesi di lockdown.

La fotografia al 21 maggio (in 18 Regioni) l'hanno scattata i segretari regionali dell'Anaa Assomed. Ecco la mappa:

## ABRUZZO

**OSPEDALI COVID** - In Abruzzo sono stati definiti 4 ospedali Covid:

L'Aquila: 180 posti letto

Pescara: 215 posti letto

Teramo: 80 posti letto

Atessa: 40 posti letto

**USCA** - Sono state definite le USCA in tutte le aziende e nella Asl di Avezzano Sulmona L'Aquila già attive

**ATTIVITÀ ORDINARIA** - L'attività ordinaria è in fase di definizione

**TAMPONI E TRACCIAMENTO CONTATTO** - Sono stati eseguiti 57.000 tamponi di cui 3200 positivi e 390 decessi prevalentemente nella Asl di Pescara

## ASSUNZIONI

### ASL AVEZZANO SULMONA L'AQUILA

Sono stati assunti 15 co co co tra pensionati, specializzandi e specialisti, in diverse discipline, medicina interna, pneumologia, rianimazione e malattie infettive

### ASL LANCIANO VASTO CHIETI

2 pneumologi 3 infettivologi e 2 igienisti

6 cococo per specializzandi rianimatori ultimo anno

2 internisti per P.O.Atessa

## ASL TERAMO

Qualifica /Profilo	specializzazione (eventuale)	numero unita	normativa riferimento	tipologia contratto	durata (mesi)
Dirigente medico (personale in quiescenza)	Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza	2 (di cui 1 a titolo gratuito)	art.1 c.6 di 14/2020	autonomo - co.co.co	6
Dirigente medico (personale in quiescenza)	Igiene e medicina Preventiva	1	art.1 c.1 di 14/2020	autonomo - co.co.co	6
Dirigente medico (specializzando)	Allergologia ed Immunologia Clinica	1	art.1 c.1 di 14/2020	autonomo - co.co.co	6
Dirigente medico (specializzando)	Igiene e medicina Preventiva	5	art.1 c.1 di 14/2020	autonomo - co.co.co	6
Dirigente medico (specializzando)	Medicina di emergenza ed urgenza	1	art.1 c.1 di 14/2020	autonomo - co.co.co	6
Dirigente medico (solo abilitato)	-	6	art.1 c.3 di 14/2020	autonomo - co.co.co	6 (di cui 1 ha durata di un mese, salvo proroghe)
Dirigente Farmacista		3	art.1 c.1 di 14/2020	autonomo - co.co.co	6
Dirigente Ingegnere		1	art. 36, comma 2, D. lgs. n. 165/2001	tempo determinato	12
CPS Infermiere		27	art. 36, comma 2, D. lgs. n. 165/2001	somministrazione	22 fino al 15.6, 5 fino al 30.6
Operatore socio sanitario		6	art. 36, comma 2, D. lgs. n. 165/2001	somministrazione	fino al 15.6
Assistente amministrativo		1	art. 36, comma 2, D. lgs. n. 165/2001	somministrazione	fino al 15.6
Assistente Tecnico (1 Perito Meccanico, 1 Perito Elettrotecnico, 1 Geometra)		3	art. 36, comma 2, D. lgs. n. 165/2001	somministrazione	fino al 30.4
Operatore Tecnico - Addetto alla farmacia		3	art. 36, comma 2, D. lgs. n. 165/2001	somministrazione	fino al 30.4
Operatore Tecnico - Addetto immissione dati		2	art. 36, comma 2, D. lgs. n. 165/2001	somministrazione	fino al 30.4

ASL PESCARA

Qualifica / Profilo	specializzazione	numero unità	tipologia contratto	durata (mesi)	Atto
Dirigente medico	Geriatrics	3	co.co.co	6	DELIBERE ASL PE 327 DEL 12/03/2020 E 333 DEL 16/03/2020
Dirigente medico	Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica	2	co.co.co	6	DELIBERE ASL PE 327 DEL 12/03/2020 E 355 DEL 23/03/2020
Dirigente medico	Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica	2	tempo determinato	6	DELIBERA ASL PE 339 DEL 18/03/2020
Dirigente medico	Neurochirurgia	1	co.co.co	6	DELIBERA ASL PE 367 DEL 27/03/2020
Dirigente medico	Anestesia e Rianimazione	1	co.co.co	6	DELIBERA ASL PE 350 DEL 23/03/2020
Dirigente medico	Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica	1	co.co.co	6	DELIBERA ASL PE 352 DEL 23/03/2020
Dirigente medico	Medicina Legale	1	tempo determinato	6	DELIBERA ASL PE 297 DEL 9/03/2020
Dirigente biologo	Patologia clinica	1	tempo determinato	3	DELIBERA ASL PE 295 DEL 9/03/2020

Alessandro Grimaldi – Segretario Anaa Assomed Abruzzo

**CALABRIA**

**OSPEDALI COVID** - In Calabria allo stato attuale la Giunta e il Presidente hanno indicato come ospedali Covid quelli HUB Cosenza Azienda Ospedaliera SS. Annunziata, a Catanzaro l'azienda ospedaliera universitaria Mater Domini e l'AO pugliese ciaccio, a RC grande ospedale metropolitano ed inoltre gli ospedali annessi alle aziende sanitarie territoriali di Crotone e Vibo. Nella fase 2 saranno creati 5 centri COVID uno per provincia. Si è deciso solo per Catanzaro di allocarlo presso il padiglione già esistente di malattie infettive dell'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio dove con lo sgombero delle precedenti unità operative sarà creata una unità Covid autonoma comprendente filtro triage, tac mobile, laboratori di microbiologia di terzo livello, 18 posti di sub intensiva e 12 di intensiva per un totale di 30 posti

**USCA** - Ne sono state formalmente istituite 35 distribuite tra le 5 aziende territoriali della Calabria. Ad oggi ne risultano attive 14, 11 nell'Asp provinciale di Cosenza e 3 NELL' Asp provinciale di Crotone. Ne rimangono da attivare 21 istituite formalmente nelle Asp di Catanzaro, Vibo, Reggio Calabria.

**ATTIVITÀ ORDINARIA** - E' stata consentita a decorrere del 30 aprile l'erogazione di prestazioni sanitarie da parte di strutture sanitarie accreditate, e dal 11 maggio presso strutture pubbliche territoriali distrettuali, non dei presidi ospedalieri, previa verifica del possesso di stringenti requisiti.

**TAMPONIE TRACCIAMENTO CONTATTI** - Quelli ad oggi effettuati sono poco più di 50000 il che pone la Calabria in linea di massima con un numero di casi testati di oltre 200 ogni 10.000 abitanti. La media nazionale è di circa 1 su 240. Nella classifica delle Regioni, per questo parametro, è al 5ultimo posto sotto il Lazio, ma precede, Puglia, Sicilia, Sardegna e Campania.

I tamponi vengono processati nei laboratori dei 4 ospedali HUB e nel laboratorio dell'ASP RC più l'ospedale di Crotone che è stato accreditato come laboratorio per l'effettuazione di tamponi ma non è ancora attivo. In sostanza ne sono stati accreditati 6 ma ad oggi attivi ne risultano 5.

Nei laboratori di Castrovillari, Crotone, Locri, n saranno processati dal 18 maggio i prelievi venosi per la ricerca anticorpale su 5000 soggetti per fasce di età su base volontaria individuati dall'ISTAT.

**POSTI LETTO** - Ad oggi sono stati ulteriormente attivati 56 posti di terapia intensiva rispetto ai 107 esistenti prima pandemia. Sono stati raddoppiati e portati a circa 300 da 145 esistenti i pl di terapia sub intensiva pneumologico e infettivologico. Alla data del 12 maggio risultavano 57 ricoverati in sub intensiva e 2 in terapia intensiva in tutta la Regione.

**ASSUNZIONI** - E' stata autorizzata l'assunzione complessiva di 182 tra medici e dirigenti sanitari delle discipline indicate dal DPCM. L'autorizzazione all'assunzione da parte del Commissario ad acta è stata distribuita alle varie aziende le quali però non hanno comunicato dati, né gli stessi sono desumibili sulle assunzioni effettivamente attivate. La Calabria a metà marzo aveva emanato un avviso di disponibilità cui avevano risposto 340 medici tra specialisti, specializzandi, abilitati, pensionati.

**TIPOLOGIA DEI CONTRATTI DI LAVORO** - E' a tempo determinato con carattere di dipendenza per gli specialisti e contratti di tipo libero professionale per gli specializzandi o addirittura per i medici solo abilitati.

**DURATA DEI CONTRATTI** - Semestrale per tutti per quelli attivati.

**TRACCIAMENTO** - Avviene attraverso indagine anamnestica effettuata dai dipartimenti di prevenzione delle 5 aziende territoriali. Non sono stati ancora avviati ufficialmente dalla Regione screening sierologici e le indagini di positività sierologica è effettuato allo stato soltanto da laboratori privati accreditati o privati puri, ma in assenza di linee guida regionali.

Dall'inizio dell'epidemia gli operatori sanitari calabresi contagiati al 6 maggio sono stati 107 SU 1122, circa il 10% dei casi censiti nella popolazione regionale.

Nonostante reiterati solleciti le OOSS della Dirigenza non sono state mai convocate per la definizione de protocolli Sicurezza e PREMIALITA'.

*Filippo Maria Larussa – Segretario Anaa Assomed Calabria*

## **CAMPANIA**

**OSPEDALI COVID** - In Campania sono stati definiti ospedali Covid, punti Covid e reparti COVID all'interno di diverse strutture configurando quella che è apparsa una vera e propria rete regionale pandemica.

**USCA** - Solo agli inizi di aprile sono state definite le USCA sulla carta, demandando alle varie Asl l'organizzazione delle stesse utilizzando medici assunti con contratto atipico neolaureati per lo più.

Compito delle USCA al momento è anche quello di effettuare i tamponi a domicilio, che precedentemente venivano effettuati dal 118.

**ATTIVITÀ ORDINARIA** - L'attività ordinaria di fatto ancora non è partita in quanto ordinanza regionale ha definito la riapertura delle attività ambulatoriali in regime di intra ed extramoenia a partire dal 4 maggio, ma solo per le aziende che abbiano definito percorsi e meccanismi di protezione individuali e per la comunità (al momento forse il 20%).

**TAMPONI E TRACCIAMENTO** - A partire dalla metà di aprile la Regione ha avviato il percorso di mappatura del personale sanitario attraverso test rapidi i cui kit, non validati dal ministero, hanno di fatto sostituito i tamponi.

**POSTI LETTO AGGIUNTIVI** - Posti letto aggiuntivi di terapia intensiva dai 350 circa siamo passati a 470.

**ASSUNZIONI** - Medici assunti circa 400 con contratti nel 90% dei casi di tipo co.co.co. semestrale, rinnovabili e ritorno in servizio di personale in quiescenza.

*Vincenzo Bencivenga – Segretario Anaa Assomed Campania*

## **EMILIA ROMAGNA**

**OSPEDALI COVID** - Ogni azienda aveva almeno un ospedale COVID, tranne dove non è stato necessario per basso numero di contagiati, come Ferrara. Alcune ne avevano più di uno e alcune ancora avevano solo COVID Hospital. La previsione del ritorno alla normalità prevede comunque che un presidio rimanga identificato come COVID in modo da separare nettamente l'attività. Situazione troppo fluida per dare i numeri. Ci sono comunque ancora 38 punti di pre-triage fuori dagli ospedali e dalle carceri.

**USCA** - Attivate in tutte le aziende anche qui i numeri stanno cambiando in relazione alle necessità. Diciamo circa 80.

**ATTIVITÀ ORDINARIA** - La Regione ha emanato con dgr delle linee guida in tal proposito, alle quali abbiamo come Anaa, inviato delle osservazioni con richiesta di coinvolgimento nelle scelte operative. Soprattutto per quanto concerne paventate espansioni di fascia oraria e giornaliera di lavoro. Si prevede che la libera professione parta con attività ambulatoriale. Al momento stanno solo arrivando indicazioni per iniziare.

**TAMPONI E TRACCIAMENTO CONTATTI** - A fasi alterne. Inutile negare che in Emilia Romagna, anche se si è incrementata l'attività, la richiesta supera l'offerta, sia per problemi di approvvigionamento che di tenuta dei laboratori. Anche per i kit rapidi siamo in difficoltà. Il tracciamento dei contatti non è sistematico. Ci sono comunque postazioni esterne (drive through) per tamponi di verifica di guarigione in tutte le province sia allestite direttamente dalle aziende che con la collaborazione delle associazioni di volontariato. Per quanto concerne il personale sanitario riceviamo regolarmente un report settimanale con contagi, ricoveri, isolamento, decessi.

**POSTI LETTO AGGIUNTIVI** - Impossibile avere un dato al momento attuale ma ufficialmente i letti per i pazienti COVID sono circa 4000 di cui 400 di terapia intensiva, ma variano in continuazione nel senso che calano con il

calare delle necessità. Sicuramente annunciati più di 100 nuovi posti di rianimazione in regione da dislocare in alcuni ospedali della regione entro breve in modo da avere più disponibilità nei vari territori. Non chiaro (chiesto, ma al momento non c'è una risposta) con che risorse umane saranno gestiti.

**MEDICI ASSUNTI** - Si è preso tutto ciò che si è trovato tra specializzandi, abilitati, pensionati, provenienti da altri paesi d'Europa (est, ma non solo). Come comunicato in precedenza sono poco meno di 500. Prevalenti i contratti libero professionali per un periodo di 6 mesi. Università ostile all'idea di assunzione degli specializzandi. Comunque in questi giorni stanno partendo bandi di concorso per assunzione a tempo indeterminato e selezioni per tempo determinato. Inoltre si sta avviando una nuova tornata di stabilizzazioni. Il nostro problema è trovare personale. I contratti a 6 mesi sono tutti rinnovabili.

**Ester Pasetti – Segretaria Anaa Assomed Emilia Romagna**

## **FRIULI VENEZIA GIULIA**

Nella Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia il contagio da COVID 19 ha presentato un andamento limitato con un totale di casi positivi di circa 3200 e una mortalità complessiva di 319 persone.

Una anomala concentrazione di casi si è verificata nell'area della provincia di Trieste, determinata da una più elevata densità di popolazione, da una età media più avanzata e da un picco di contagio all'interno delle case di riposo.

Nelle prime fasi la gestione da parte della Protezione Civile e dell'Assessorato ha dimostrato carenze sul piano dei DPI e sulle modalità operative nelle varie Aziende: più volte l'intersindacale Regionale ha sollecitato l'adozione di protocolli e di linee di gestione omogenee in regione, pur contando un numero di aziende assai limitato.

**OSPEDALI COVID** - Non sono stati definiti ospedali COVID. È stata effettuata una riorganizzazione delle attività ospedaliere (all'inizio con soluzioni provvisorie e spesso contraddittorie): creazione di aree COVID, sospensione delle attività ordinaria di elezione.

**USCA** - Sono state definite su base distrettuale.

**ATTIVITÀ ORDINARIA** - Ad oggi 16 maggio le attività ordinarie sono riprese con priorità per le prestazioni legate a patologie tumorali. Ripresa in questa settimana l'attività ambulatoriale e la libera professione intramoenia compatibilmente con gli spazi disponibili e le procedure di sicurezza.

**TAMPONI TRACCIAMENTO** - La disponibilità dei tamponi dopo la fase iniziale è ora sufficiente: nella fase 2 il tracciamento e il testing dei contatti viene organizzato dai dipartimenti di prevenzione. Viene segnalata carenza di reagenti per i laboratori regionali.

### **POSTI LETTO AGGIUNTIVI PER EMERGENZA COVID**

Terapie intensive: 102

Subintensive: 29

Malattie infettive: 74

Area internistica: 181

Cure intermedie: 83

Area materno infantile: 10

Posti contumaciali: 76

### **MEDICI E DIRIGENTI SANITARI ASSUNTI PER EMERGENZA COVID**

Totale: 84

Tempo indeterminato: 10

Tempo determinato: 13 (durata da 3 a 12 mesi)

Libero professionisti: 16

Co.co.co.: 32

Medici per USCA: 13

**Valtiero Fregonese – Segretario Anaa Assomed Friuli Venezia Giulia**

## LAZIO

**OSPEDALI COVID** - Nel Lazio sono stati definiti i seguenti ospedali Covid: nella prima fase Gemelli, Tor Vergata, Sant'Andrea, Campus, Frosinone, Latina, Rieti e Viterbo; successivamente sono stati aggiunti la Columbus, una Clinica a Casal Palocco e l'ospedale di Albano; poi il san Filippo Neri e il Pertini. Al momento sono rimasti ospedali Covid la Columbus (Gemelli), Casal polacco, e Albano.

**USCA** - Sono state definite sotto la guida dello Spallanzani.

**ATTIVITÀ ORDINARIA** - E' stata definita in parte

**TAMPONI E TRACCIAMENTO DEI CONTATTI** - I tamponi si fanno a macchia di leopardo così come i sierologici che sono stati definiti da Delibera Regionale ma non vengono ancora effettuati (vedi mia diffida).

**STATO GIURIDICO** - Contratti atipici e tempo determinato.

**DURATA DEI CONTRATTI DI LAVORO** - Semestrali.

**Guido Coen Tirelli – Segretario Anaao Assomed Lazio**

## LIGURIA

**OSPEDALI COVID** - Al momento abbiamo una riprogrammazione di ALISA (azienda Ligure sanità). Sono state richieste alle aziende le seguenti priorità:

- 3 ospedali Covid free
- Reparti Covid
- Aree Covid e covid-free

**POSTI LETTO** - Piano di rimodulazione di posti letto Covid-dedicati (UTI e media intensità con disponibilità garantita entro 72 h)

- post UTI occupati oggi+ 10% (arrotondato in eccesso) dei posti UTI occupati in data 07/04/2020
- individuazione di personale adeguatamente formato per aree Cov-id e Covid-free
- Indicazione Tempario prestazioni specialistica ambulatoriale fase 2 (30'-40' prime visite- 20'-30' seconde visite)

-Consulti telefonici da parte degli specialisti per eventuale conferma o annullamento dell'appuntamento

*Indicazioni operative.* Le aziende devono predisporre agende entro il 30/05 devono:

- recuperare dal mese di Maggio le prenotazioni ferme dal 09/03
- prevedere eventuale prenotazione libera per prestazioni indifferibili con priorità U e B.

A partire dal 15/06 prevedere apertura di prenotazioni con priorità D e P (tramite call center, MMG, farmacie (al momento CUP aziendali chiusi).

Prevedere messa a regime del sistema per il mese di settembre.

Potenziamento delle risorse umane del servizio sanitario nazionale legate alle esigenze derivanti dall'emergenza COVID-19  
RILEVAZIONE del 15 maggio 2020

Regioni	Rapporti libero professionali					Rapporti libero professionali con personale collocato in quiescenza		Incarichi individuali a tempo determinato			Assunzioni a tempo indeterminato			Altra tipologia di rapporto di lavoro **			Personale trattenuto in servizio ex art. 12 D.L. 18 del 2020			Personale con titolo conseguito all'estero ex art. 13 D.L. 18 del 2020 ***			TOTALE	di cui medici	di cui infermieri	totale altro
	Medici specialisti	Specializzandi	Medici abilitati non specializzati	Infermieri	Altro *	Medici	Infermieri	Medici	Infermieri	Altro *	Medici	Infermieri	Altro *	Medici	Infermieri	Altro *	Medici	Infermieri	Altro *							
Liguria	26	72	30	13	22	12	2	19	3	94	1	35	9	95	166	95	1	-	-	-	-	-	695	256	219	220

\* Specificare nel foglio "Altro personale" le diverse professionalità

\*\* Specificare nel foglio "Altra tipologia rapporto di lavoro" la tipologia di rapporto di lavoro

\*\*\* Specificare nel foglio "Personale ex art. 13" D.L. 18 del 2020 qualifica professionale e Stato di provenienza

**Giovanbattista Traverso – Segretario Anaao Assomed Liguria**

## MARCHE

**Area Vasta 1**, secondo DGR 272 del 09 Marzo 2020 (e integrazione DGR 320 del 12 Marzo) in AV1 viene individuato un solo COVID-Hospital post-critico a Fossombrone.

L'Ospedale di Urbino sarebbe stato dedicato esclusivamente alla cura dei pazienti NO-COVID. Nella realtà dei fatti in piena crisi epidemica il P.O. di Urbino ha assistito, soprattutto come Pronto Soccorso/MURG ma anche come reparti di degenza, centinaia di pz affetti da Covid (vedasi determina 304/AV1 del 23/03/2020 che destina circa 40 posti letto della Medicina a tali malati); ad oggi nella struttura sono stati accertati tra l'altro circa 95 decessi.

Attualmente non ci sono più pazienti affetti da Covid. L'ospedale sta accettando solamente pazienti "puliti"... i malati che eventualmente dovesse risultare positivi al tampone per SARS CoV-2 verrebbero trasferiti presso altra struttura.

**USCA** - Sono 4 er per AV1 (Pesaro; Urbino; Fano e una "misto-mare" Pesaro/Fano dedicata esclusivamente alle RSA)

l'attività ordinaria stenta a ripartire

Ampia disponibilità di tamponi.

Sono stati assunti per "emergenza Covid" 3 biologi + 1 (pensionato) e 7 medici + 5 (pensionati): tutti con co.co.co. e co.co.pro. di durata semestrale.... più alcune decine di infermieri ed altro personale del comparto.

**Azienda Marche Nord (Pesaro/Fano)** - Nuovo assetto organizzativo dal 4 maggio 2020

Tre strutture: 2 parzialmente Covid (Pesaro: San Salvatore e Muraglia) – 1 Non Covid (Fano)

Presenti USCA sul territorio della provincia di Pesaro-Urbino

Ripresa dell'attività ordinaria delle Chirurgie (sebbene con un numero più limitato di posti letto); garantita attività ambulatoriale U e B; ancora ferma l'attività ambulatoriale programmata (P e D) e libera professione Intramoenia (come da provvedimento regionale del 12 marzo).

Ricerca sierologia a tutti i dipendenti dell'Azienda compresi i tamponi ai positivi.

**Relativamente alla richiesta circa i posti letto "aggiuntivi":**

Rispetto alla fase di maggiore criticità relativa al mese di marzo (5 rianimazioni, 2 MURG, 7 Medicine Sub-Intensive indistinte al San Salvatore) oggi l'assetto della parte COVID/NON COVID del San Salvatore e di Muraglia è la seguente:

1 Rianimazione COVID+ e 1 Rianimazione filtro (totale 12 p.l.) + 1 Rianimazione COVID – (12 p.l.)

1 MURG COVID+ e 1 MURG COVID- (circa 22 p.l.)

3 Medicine Sub-Intensive (comprehensive di posti letto di Pneumologia) circa 50 p.l.

A Muraglia Malattie Infettive (circa 18 p.l.), con accorpamento posti letto di Ematologia e Oncologia.

A questi si aggiunge ovviamente il Pronto Soccorso.

Al Santa Croce tutto il resto.

**Area Vasta n. 5:** due ospedali, di cui uno definito COVID (S. Benedetto del Tronto) dal D.R. n. 320 verosimilmente fino alla fine della pandemia

Due USCA sul territorio dell'A.V. (due laureati di recente verosimilmente provenienti dalla Medicina Generale - in formazione) attività ordinaria su SBT quasi completamente bloccata ( rimangono aperte la psichiatria e la dialisi) ritmo regolare sui tamponi e sui prelievi (controlli periodici agli operatori e su richiesta della medicina di Base) aggiunti circa sei - sette letti di Rianimazione sui precedenti 6 (totale max raggiunto 13 letti) provvisoriamente a SBT (attualmente solo tre ricoverati) e nessuno in semi - intensiva (è stata utilizzata l'UTIC con lo spostamento degli pneumologi) nessuna assunzione

**Ospedale COVID di Civitanova Marche**

100 PL poi ridotti a 80, inaugurato 2 giorni fa ma non ancora attivo.

**Oriano Mercante – Segretario Anaa Assomed Marche**

## **MOLISE**

**OSPEDALI COVID** - Sono stati definiti, in maniera maldestra. L'unico ospedale HUB in regione, quello di Campobasso, è un ospedale misto, con percorsi riservati ai Covid19. Interi reparti sono stati accorpati ad altri (Urologia, ortopedia, chirurgia vascolare ecc), oppure spostati in locali inadatti cui si accede solo dall'esterno (DH Oncologia), senza un rapido collegamento interno per le eventuali emergenze, ad esempio di tipo rianimatorio. La Pediatria è stata addirittura trasferita nell'ospedale spoke di Isernia.

Prestazioni strumentali invasive, ad esempio di tipo endoscopico, non sono più effettuabili per la chiusura dei locali ad esse dedicati, con disservizi relativi agli accessi ed ai parcheggi.

**USCA** - Sono state definite con difficoltà logistiche per le allocazioni e le comunicazioni

**ATTIVITÀ ORDINARIA** - Non è ripresa, sono ammesse solo le prestazioni urgenti e ultimamente le oncologiche. Per le attività ordinarie nessuna programmazione per prenotazioni e procedure di sicurezza.

**TAMPONI E TRACCIAMENTO CONTATTI** - Tamponi effettuati solo a sintomatici ed eventuali loro contatti, ma sempre in base alla disponibilità. Da pochi gg tamponi ai dipendenti ospedalieri dei reparti più esposti, effettuati a singhiozzo, quando avanzano i tamponi...

**POSTI LETTO E ASSUNZIONI** - Attualmente non ci sono posti letto aggiuntivi per "intensiva" oltre agli 8 ordinari. Non esiste una terapia sub intensiva ufficiale, ma gli anestesisti hanno ricavato nel loro reparto 2 - 3 letti per gestire l'emergenza sub intensiva.

L'U.O. di Malattie Infettive, ridimensionata secondo il POS 2015-19 vigente, a solo 2 posti letto, è stata ampliata a 32 posti letto, implementando la ridotta dotazione organica con 2 medici specialisti, già in servizio presso i reparti di Medicina e di Pediatria ed un medico Specializzando a rapporto libero professionale.

Dobbiamo la "fin qui fortunata" gestione dell'emergenza COVID19 soprattutto alla professionalità ed alla abnegazione dei Colleghi sopracitati. I Dirigenti Medici e Sanitari ed il Personale infermieristico sono riusciti a supplire, caricandosi in prima persona delle varie situazioni, alla gestione istituzionale sempre in "affannoso ritardo" rispetto all'insorgenza delle varie problematiche!

*Anche i medici delle USCA lavorano in rapporto libero professionale per il periodo dell'emergenza COVID19, per il restante non sono state fatte assunzioni.*

*Massimo Peccianti – Segretario Anaa Assomed Molise*

## **PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO**

**OSPEDALE COVID** - Per la Fase 2 si è individuato l'ospedale di Bolzano come ospedale Covid sia con reparti di degenza normale che come terapia intensiva.

**USCA** - Le USCA sono state attivate e sono formate da medici di medicina generale in formazione e altre figure mediche.

**ATTIVITÀ ORDINARIA** - L'attività ordinaria è in via di definizione ed è solo parzialmente ripartita.

**TAMPONI E TRACCIAMENTO DEI CONTATTI** - Permane sempre una limitata disponibilità di reagenti per i tamponi con disponibilità limitata del laboratorio; L'azienda è partita con gli esami sierologici ai dipendenti.

**POSTI LETTO AGGIUNTIVI TRA TERAPIE INTENSIVE, SUBINTENSIVE** - Sono stati aumentati i posti letto di terapia intensiva fino a 49; i posti letto di degenza sono stati aumentati fino a 385.

**ASSUNZIONI** - Non abbiamo finora i dati scorporati per specializzazione dei nuovi assunti; 48 è il totale delle Assunzioni/incarichi di medici in seguito all'emergenza COVID-19 (situazione del 20.04.2020 ore 12,00):

- Personale collocato in quiescenza: 15
- Contratti d'opera Co.Co.Co.: 22
- Contratti a Tempo Determinato: 11

*Edoardo Bonsante – Segretario Anaa Assomed Provincia Autonoma di Bolzano*

## **PROVINCIA AUTONOMA TRENTO**

**OSPEDALE COVID** - Nella Provincia autonoma di Trento vi è un'unica azienda sanitaria che ricomprende sia il territorio che una rete ospedaliera di 7 ospedali, di cui 2 "hub" (Trento e Rovereto) e 5 "spoke" (Arco, Borgo Valsugana, Cavalese, Cles, Tione). Da fine febbraio destinato a ospedale Covid l'ospedale di Rovereto, in particolare reparto di medicina alta intensità con supporto respiratorio non invasivo e terapia intensiva con progressivo aumento dei posti letto da 8 a 24.

**POSTI LETTO** - In breve tempo l'ospedale di Rovereto si è saturato, rendendo necessario ricoverare i pazienti Covid negli altri ospedali, in particolare Trento e Arco, quest'ultimo sede di U.O. di pneumologia che ha

aumentato la dotazione di posti letto espandendosi negli altri reparti fino a raggiungere tra marzo e aprile una dotazione di 31 posti in di cui 18 postazioni NIV e ulteriori 24 posti letto nella degenza del reparto di chirurgia. Ulteriori 9 posti letto NIV dell'u.o. di pneumologia dell'ospedale di Trento sono stati destinati a pazienti Covid. A Trento inoltre degenza covid nonNIV in medicina e 18 pl in malattie infettive.

I posti letto di terapia intensiva complessivi degli ospedali di Trento e Rovereto sono stati progressivamente incrementati dagli iniziali 32 a 96.

**TAMPONIE TRACCIAMENTO CONTATTI** - Periodo iniziale (inizio marzo) critico con asserita difficoltà di approvvigionamento sul mercato nonché limitata capacità di processamento da parte del laboratorio, e con azienda sanitaria molto restia a impiegare estensivamente il tampone sul personale (solo contatti assistenziali stretti). In sintesi (intera popolazione): a marzo circa 8.700 tamponi, ad aprile 32.000. Da fine aprile iniziati test sierologici su tutto il personale sanitario (ospedalieri, territorio, MMG) con successiva esecuzione del tampone in caso di positività IgG e/o IgM.

#### **ASSUNZIONI**

Tempo indeterminato (ruolo): 3

Pensionati: 12 (anestesisti, internisti, pneumologo, infettivologo), di cui 8 LP e 4 co.co.co.

Specializzandi co.co.co.: 10

Laureati LP: 6

Laureati co.co.co.: 10

USCA: 11 incarichi provvisori di continuità assistenziale (scadenza al termine dell'emergenza, al momento 31 luglio)

Sono inoltre stati ingaggiati 5 volontari per il territorio (con Protezione civile).

**Marco Scillieri – Segretario Anaao Assomed Provincia Autonoma di Trento**

## **PIEMONTE**

**OSPEDALI COVID** - Non sono stati individuati ospedali Covid. Per il momento solo ospedali con gestione mista, Covid e non Covid.

**USCA** - sono state aperte su tutto il territorio anche se a macchia di leopardo, non ovunque garantiscono / giorni su 7 per 12 con 1 medico ed 1 infermiere.

**ATTIVITÀ ORDINARIA** - La regione ha deliberato delle linee guida.

**TAMPONI E TRACCIAMENTO CONTATTI** - La Regione è molto indietro. I tamponi continuano ad essere in grave ritardo anche per i sintomatici e i contatti non vengono tracciati.

**ASSUNZIONI** - Dall'inizio dell'epidemia ci sono 500-520 contratti in più. Di questi: 72 laureati neo abilitati, 320 tra specializzandi, medici in pensione, libero professionisti, medici con contratto a td.160-170 medici che stanno seguendo corso di formazione specifica, coinvolti in Sisp e USCA. Da quanto risulta nessuna assunzione o poche sono a tempo indeterminato.

**Chiara Rivetti – Segretario Anaao Assomed Regione Piemonte**

## **PUGLIA**

**OSPEDALI COVID** - Il 16 marzo 2020 la Regione Puglia ha elaborato il Piano Ospedaliero Coronavirus che, ipotizzando 2000 contagiati da SARS-Cov 2, prevedeva circa 1.000 ospedalizzati. Ha identificato come ospedali dedicati ai pazienti COVID 19 positivi n. 6 Ospedali Pubblici, 1 Ospedale Ecclesiastico e 2 Ospedali privati con una dotazione di posti letto, tra attivi e attivabili, di 306 posti letto di Terapia Intensiva – attivi 54 posti, 527 posti letto di Pneumologia – attivi 124 posti e 386 posti letto di Malattie Infettive –attivi 131 posti. Al momento, la Puglia contava 248 casi COVID 19 positivi con 148 ricoverati, 6 in terapia intensiva, 16 deceduti e 3 guariti.

Il 1 aprile 2020, la Regione Puglia ha rimodulato il piano ospedaliero Coronavirus – Il Fase, per ipotesi di

3500 contagiati, aggiungendo, agli Ospedali COPVID 19 dedicati, un altro Ospedale Pubblico e 1 altro Ospedale Ecclesiastico.

L'epidemia si è sviluppata, essenzialmente, su 12 focolai nelle RSA/RSSA, 6 focolai nella rete ospedaliera e 1 focolaio in una azienda produttiva senza mai mettere in sofferenza le strutture ospedaliere dedicate: mediamente il tasso di occupazione dei posti letto in pneumologia e malattie infettive è stato del 35-40% e del 60-70% al massimo nelle terapie intensive; praticamente, dei 2 Ospedali Privati, 1 ha avuto una decina di ricoveri e l'altro non ha mai aperto.

**USCA** - Dal 24 aprile sarebbero dovute partire le USCA con una distribuzione di 1 unità ogni 50.000 abitanti ma, a tutt'oggi, risultano attive pochissime USCA sia per la mancata definizione delle sedi dove medici ed operatori sanitari si possano preparare, sia per la mancanza quali-quantitativa dei DPI sia per la mancata disponibilità di unità mediche.

**ATTIVITÀ ORDINARIA** - Il 2 maggio sono state emanate le direttive per una ripresa graduale dell'attività ordinaria innanzitutto riaprendo per le emergenze/urgenze alcuni reparti specialistici che erano stati chiusi in alcuni Ospedali accentrando l'attività in un solo Ospedale.

L'attività chirurgica in elezione viene ripresa con percorsi definiti che necessitano di un tampone oro-faringeo negativo al massimo datato 72 ore per l'accesso in Ospedale. Per la ripresa dell'attività ambulatoriale (sono circa 800.000 le prestazioni non eseguite in questi mesi) sono previste misure stringenti per l'accesso in Ospedale, distanziamento nelle sale d'attesa, sanificazione degli ambienti, DPI adeguati per il personale sanitario, erogazione delle prestazioni anche in orario serale e prefestivo. Non si capisce come poter ottemperare a tutte queste disposizioni con lo stesso personale medico e sanitario che era già insufficiente prima dell'esplosione della pandemia da SARS-Cov2.

**ASSUNZIONI** - A fronte dello sbandieramento di poter sbloccare assunzioni di medici, infermieri ed OSS per 2539 unità, sono stati assunti per l'emergenza coronavirus 750 operatori sanitari di cui 81 medici e 482 infermieri. I medici specialisti e/o specializzandi sono stati assunti con contratti di tipo co.co.co o libero professionali con una durata media di 6 mesi.

**TAMPONI E TRACCIAMENTO CONTATTI** - Dopo mesi che il prof Lopalco ribadisce che non è necessario fare tanti tamponi, non è previsto né consigliabile eseguire il tampone oro-faringeo al personale medico e sanitario, salvo iniziative personali di alcuni Direttori Generali, il Presidente/Assessore Dr. Emiliano chiede al Governo quanti tamponi devono essere fatti in Puglia visto che la stessa è il fanalino di coda per quanto riguarda la percentuale di tamponi eseguiti in relazione agli abitanti anche nei confronti di Regioni con lo stesso tasso di diffusione dell'epidemia. Permangono le criticità per l'approvvigionamento e la distribuzione dei DPI al personale medico e sanitario che ha contestato anche la qualità e la certificazione inadeguata degli stessi e che sono i responsabili dei tanti operatori sanitari contagiati e dei morti.

**Giosaffatte Pallotta – Segretario Anaa Assomed Puglia**

## **SARDEGNA**

**OSPEDALI COVID** - Gli ospedali Covid sono stati definiti con una DGR del 11/03 che ha approvato un "Piano strategico di attivazione progressiva di strutture", poi modificato con altra DGR del 1/04 con cui sono stati identificati ulteriori PL di terapia intensiva, malattie infettive, pneumologia e degenza ordinaria, sia in strutture pubbliche che private (con protocolli specifici), ma non tutti sono stati effettivamente attivati. Una ulteriore DGR del 8/05 ha istituito 2 aree sanitarie temporanee per la gestione dei pazienti Covid negativizzati, di cui non si conoscono ancora i dettagli. Sostanzialmente, nella maggior parte delle Aziende, solo da metà aprile sono stati elaborati protocolli/procedure/percorsi definiti per affrontare l'emergenza.

**USCA** - Sono state definite 32 USCA, le ultime con delibere del 30/04, per le 8 aree socio-sanitarie, ma sono state attivate solo in 4. Tutta l'attività ordinaria, compresa la LPI, è stata ed è tuttora bloccata.

**TAMPONI E TRACCIAMENTO CONTATTI** - Sono stati effettuati poco più di 30.000 tamponi in tutta l'isola (53/100.000 abitanti) con circa 1300 contagiati. Nelle aziende sanitarie/ universitarie/ospedaliere sono stati redatti dei protocolli per il controllo dei pazienti/personale entrati in contatto con Covid 19 positivi che prevedono il contestuale interessamento delle Unità di Crisi Locale. A tutt'oggi, al momento del ricovero,

vengono effettuati i tamponi solo ai sintomatici o sospetti.

**POSTI LETTO** - Al 15 maggio (i dati sono in continuo aggiornamento) sono attivi:

- posti letto + aggiuntivi di terapia intensiva (28 +12), subintensiva (9) e Covid-19 di malattie infettive (40 + 33) e pneumologia(30+20),

**ASSUNZIONI** - Deliberate assunzioni per 124 medici, tra specialisti (66), specializzandi (56), pensionati (2), con contratti libero-professionali della durata di 4/6 mesirinnovabili.

**Maria Elisabetta Piu – Segretaria Anaa Assomed Sardegna**

## SICILIA

**OSPEDALI COVID** - Nella fase di post lockdown l'ipotesi è che a partire dal 18 maggio e per i prossimi 2 mesi dovrebbero essere attivati 5 Ospedali Covid in tutta la Sicilia (oggi sono circa 10 quelli attivi) i p.l. scenderanno da 3600 programmati (e per larga parte già attivati) a 1200/1300

**USCA** - In Sicilia le USCA programmate sono 101 così suddivise: Agrigento 9, Caltanissetta 6, Catania 22, Enna 3, Messina 13, Palermo 25, Ragusa 6, Siracusa 8, Trapani 9. Ma le province che attualmente hanno già attivato le USCA sono:

Catania solo 9 sono già istituite 1 per ogni distretto più una centrale operativa e di queste solo 1 è già operativa.

Trapani dal 15/4 sono operative 6 USCA. Hanno arruolato circa 40 medici da distribuite in ambito provinciale Ragusa 3 USCA operative.

Agrigento attivate nei distretti

A Messina le USCA saranno attivate non appena si reperiranno le attrezzature necessarie (saturimetri, pulsossimetri, ecc.).

**ATTIVITÀ ORDINARIA** - Nelle prossime settimane verranno sbloccate tutte le attività non urgenti e congelate da 2 mesi

**TAMPONI E TRACCIAMENTO DEI CONTATTI** - Il numero dei tamponi sta crescendo e a molti sanitari è stato eseguito il test sierologico.

E' stata creata l'App regionale "Sicilia si cura" per monitorare gli asintomatici.

**POSTI LETTO AGGIUNTIVI TRA TERAPIE INTENSIVE, SUBINTENSIVE E COVID-19, soprattutto di malattie infettive e pneumologia**

Area	Attivi	Programmati	Da attivare	Disponibilità aggiuntiva
Terapia intensiva	346	456	110	10
Malattie infettive	252*	261		
Pneumologia	242	265		
COVID dedicati	800		887	941

\*58 di isolamento a pressione negativa

**NUMERO MEDICI ASSUNTI** - 210 medici tra specialisti, specializzandi iscritti all'ultimo e penultimo anno di corso, laureati abilitati e iscritti agli ordini professionali, personale in quiescenza.

Molti ospedali hanno concluso anche l'ultima tranche di stabilizzazioni del personale che ne aveva diritto.

**TIPOLOGIA DEI CONTRATTI DI LAVORO** - Tempo determinato, co.co.co., partita iva, libero-professionali.

**DURATA DEI CONTRATTI DI LAVORO** - Da 2 a sei mesi rinnovabili

**Antonino Palermo - Segretario Anaa Assomed Sicilia**

## TOSCANA

**OSPEDALI COVID** - In Toscana la strategia non è stata omogenea su tutto il territorio, in alcune aziende sono stati individuati ospedali Covid (utilizzando presidi provinciali) nelle Aziende Ospedaliere Universitarie e in altre aziende USL si è optato per una gestione mista separando i percorsi all'interno dello stesso presidio.

**USCA** - Sono state istituite nella maggior parte delle realtà, anche se in modo non uniforme, e dove il lavoro è stato svolto al meglio è stato molto apprezzato. L'attività ordinaria è stata sospesa con eccezione di quella oncologica, quella urgente e quella legata al percorso nascita. La disponibilità dei tamponi ha conosciuto, in fase iniziale, momenti di difficoltà per carenza di reattivi e non di rado si è assistito a ritardi su quelli richiesti nel territorio. Attualmente la situazione può essere considerata "a regime" anche se l'approvvigionamento dei reattivi non è sempre garantito appieno.

**POSTI LETTO** - In tutte le strutture dedicate al percorso Covid sono stati implementati i posti di terapia intensiva acquisendo gradualmente, in base al fabbisogno, altri spazi quali le sale operatorie.

**ASSUNZIONI** - Sul fronte del personale, durante il periodo di emergenza sono stati assunti in Toscana circa 200 medici di cui 138 con contratti a termine e 40 a tempo indeterminato. A questi numeri si somma il reclutamento degli specializzandi che sono stati assunti con il contratto emergenza Covid in 153 di cui 60 gli anestesisti. Permangono carenze di organico rilevanti nella maggior parte delle discipline con potenziali criticità attese in caso di ripresa a pieno regime sui settori già noti quali pronto soccorso, 118, radiologia, rianimazione, ginecologia.

Un ripensamento organizzativo sul governo dei flussi dal territorio verso gli ospedali, sull'imbuto che si crea nei PS per carenza di posti letto, sulla carenza di organico e sulla difficoltà per molti di continuare a sostenere turni "massacranti" per un sovraccarico di lavoro non sostenibile, è oggi necessario; nella nostra regione l'attuale Amministrazione ha concluso il mandato e l'indeterminatezza creata dal passaggio non è la condizione migliore per mettere in campo una fase di nuova progettualità oggi più che mai necessaria.

**Flavio Civitelli – Segretario Anaa Assomed Toscana**

## **UMBRIA**

**OSPEDALI COVID** - Con l'Ordinanza n. 9 del 23 marzo 2020, recante "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Riconversione parziale e temporanea dello stabilimento ospedaliero di Foligno (PG)", la Regione Umbria ha disposto che lo stabilimento ospedaliero di Foligno venga parzialmente e temporaneamente riconfigurato a livello organizzativo-strutturale come ospedale regionale dedicato all'emergenza coronavirus.

**USCA** - Il 31 marzo sono state attivate le USCA a Foligno e a Spoleto, il 6 aprile a Orvieto

**ATTIVITA' ORDINARIA** - Non ancora definita

**TAMPONI E TRACCIAMENTO CONTATTI** - Risulta che si eseguano 1000 tamponi/die in tutta l'Umbria, nei 4 laboratori preposti (AO TR, Lab Analisi Ospedale di Spoleto USLUmbria2, Istituto Zooprofilattico di PG, AO PG).

Al tracciamento dei contatti sono deputati due poli del Servizio Igiene della USLUmbria2, quello di TR per l'area sud e quello di Foligno per l'area nord.

### **POSTI LETTO**

**Terapia Intensiva** - Presso il Covid Hospital di Foligno da 8 PL iniziali ha attivi 6 posti letto di Terapia Intensiva COVID e ha reso disponibili ulteriori 3 Posti in Terapia Intensiva subordinata alla disponibilità delle risorse necessarie in termini di attrezzature e personale. Anche presso gli altri Ospedali è previsto il potenziamento delle Terapie Intensive come di seguito:

- L'Ospedale di Spoleto dai 4 PL iniziali ha attivi 5 posti letto di Terapia Intensiva con 1 pl in terapia intensiva Covid, non è prevista l'attivazione di ulteriori Posti.
- L'Ospedale di Orvieto ha attivi i 5 posti letto di Terapia Intensiva generalisti che per un periodo hanno ospitato pazienti Covid (24/03/2020 fino al 17/04/2020) non è prevista l'attivazione di ulteriori Posti.

**Malattie Infettive** - Per il Covid Hospital di Foligno non è prevista l'attivazione di posti letto di Malattie Infettive.

**Pneumologia** - Il Covid Hospital di Foligno dagli iniziali 15 posti letto di Pneumologia ha attivato 11 PL per un totale di 26 PL.

Sono stati individuati nei Covid Hospital percorsi di tutela dei pazienti in attesa di referto del tampone, con utilizzo di posti dedicati a tali pazienti con infezione sospetta o confermata da COVID-19:

Presso il COVID HOSPITAL di Foligno sono stati attivati: - 13 posti letto di area medica oltre a 3 posti per l'isolamento di pazienti sospetti, inoltre è presente la possibilità di isolamento in PS. - 2 posti letto di Cardiologia Covid - 2 posti letto di Medicina Urgenza Pronto Soccorso Covid - 2 posti letto di Ostetricia e Ginecologia Covid - 2 posti letto di Pediatria Covid - 2 posti letto di Terapia Intensiva Covid

L'Ospedale di Orvieto ha attivato 10 posti letto medici per isolamento COVID19.

**ASSUNZIONI** - Dalla consultazione dell'Albo Pretorio dal 15/02 ad oggi, risulta:

**Proroga contratti a tempo determinato:**

11 dirigenti medici per le seguenti discipline: Medicina Legale (1), Malattie Apparato Respiratorio (1), Neuropsichiatria Infantile (3), Medicina Fisica e riabilitazione (2), Urologia (1), Radiodiagnostica (1), Servizio di Assistenza Protesica (1), Neurologia (1); 1 psicoterapeuta (è un medico?)

**Contratti LP:**

Biologo, specialista in Biologia Molecolare Virologica, per 6 mesi

1 Dirigente Medico per Servizi di Pediatria

Attivazione contratti LP per specializzandi in Anestesia e Rianimazione (delibera 343/2020 che non riseco a scaricare! Non ho capito se ci sono medici assegnatari del contratto oppure no).

Art. 37 ACN per la PLS: Un incarico provvisorio nel servizio di Pediatria di Libera Scelta c/o Distretto Sanitario di Spoleto

Una permanenza in servizio ex art. 15 nonies D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. di un Dirigente medico.

**Specialisti ambulatoriali:**

- uno psicoterapeuta 38 ore/settimana, casa Reclusione Spoleto
- un Dirigente Medico, completamento orario, disciplina Otorinolaringoiatria
- un Dirigente Medico 38 ore/settimana, CSM Foligno

**Incarico a titolo gratuito:**

- un Dirigente Medico (l'ex Direttore Sanitario di Foligno)
- un Dirigente Medico ex art. 5 comma 9, DL n 95/2012

**Gilberto Vincenzoni – Segretario Anaao Assomed Umbria**

## VENETO

**OSPEDALI COVID** - In Veneto, al fine di affrontare l'emergenza sanitaria e di contenere la diffusione del coronavirus, è stato attivato un "Covid Hospital" in ogni provincia per complessivi 3 mila nuovi posti letto: un'ala dell'ospedale di Belluno, l'ospedale di Vittorio Veneto e il San Camillo per Treviso, l'ospedale di Dolo, Villa Salus e il nosocomio di Jesolo per Venezia, l'ospedale di Trecenta per Rovigo, l'ospedale di Schiavonia e l'azienda Ospedaliera – Università (Hub regionale) per Padova, l'ospedale di Santorso per Vicenza ed in fine gli ospedali Borgo Roma in città e Villafranca per Verona.

**USCA** - Le Unità Speciali di Continuità Assistenziale attivate, istituite ai sensi dell'art 8, D.L. 9 marzo 2020 n. 14, recante "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19", sono state 48, le attività ben definite e svolgono un ruolo essenziale nella gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero. Queste 48 USCA per il 77% svolgono attività di Triage, per il 65% svolgono attività domiciliare, per il 38% svolgono attività domiciliare con somministrazione farmaci (idrossiclorochina, terapia a domicilio) e per il 50% svolgono diversi servizi quali: esecuzione tamponi a domicilio e in CSA e incontro con i medici per accordi su gestione pazienti COVID-19 positivi, attività di formazione sull'utilizzo di DPI, sui protocolli di presa in carico dei pazienti COVID, sopralluogo ai Centri Servizi per condivisione protocolli di intervento su ospiti positivi e Consulenze infettivologiche.

I Medici di Medicina Generale delle Medicine di Gruppo Integrate, che si sono organizzati per seguire i propri pazienti COVID direttamente a domicilio, sono stati coinvolti a pieno titolo nelle USCA. I Medici di Medicina Generale (MMG) i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e i Medici di Continuità Assistenziale (MCA), mediante la sorveglianza sanitaria attiva operata con triage telefonico di iniziativa, comunicano il nominativo e l'indirizzo

dei pazienti all'Unita Speciale di Continuità Assistenziale (USCA) che opera per le valutazioni dei soggetti con sintomatologia che devono essere considerati come sospetti casi COVID-19. I medici dell'USCA che si recano al domicilio del paziente o presso la Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), dopo aver convalidato il sospetto diagnostico mediante test per la ricerca del Coronavirus su tampone nasofaringeo, su indicazione dello specialista infettivologo o pneumologo, avviano il paziente al trattamento, consegnando il fabbisogno per 7 giorni di trattamento.

**DEFINIZIONE ATTIVITA ORDINARIA** - Gli ospedali, pur mantenendo attiva tutta l'organizzazione anti Sars-CoV-2, si sono riorganizzati per la riapertura delle attività sanitarie ordinarie, sospese nella fase più acuta dell'epidemia sulla base di un articolato documento di linee d'indirizzo, che prevede modalità, percorsi e precauzioni per il riavvio delle attività di diagnosi e cura ed è stato inviato alle aziende sanitarie. La ripartenza dei vari servizi è iniziata a partire dal 4 maggio. Si tratta di una sorta di vademecum per ripartire gradualmente in sicurezza organizzativa e gestionale con le attività negli ospedali, pubblici e privati convenzionati in favore dei ricoverati, degli operatori sanitari e dei cittadini.

**DISPONIBILITA TAMPONI E TRACCIAMENTO DEI CONTATTI** - Le criticità relative alla disponibilità di tamponi, ma anche dei reagenti ed attrezzatura specifica per processarli, sono in via di risoluzione. Permangono invece quelle relative all'elevato carico di lavoro ed alla carenza del personale preposto alle attività nelle microbiologie della rete ospedaliera regionale.

Il tracciamento dei contatti prosegue in ambito regionale con la consueta "Metodologia" del Prof. Crisanti che ha dimostrato concretamente in questi mesi di essere stata ed essere la giusta risposta al rischio biologico del virus Sars-CoV-2.

**POSTI LETTO AGGIUNTIVI:** 534

POSTI LETTO PUBBLICI	TERAPIA INTENSIVA		SEMIINTENSIVA RESPIRATORIA		MALATTIE INFETTIVE/DEGENZE		TOTALE	
	POSTI ATTUALI TERAPIA INTENSIVA	POSTI LETTO AGGIUNTIVI	POSTI ATTUALI PNEUMOLOGIA PRESSO HUB	POSTI LETTO AGGIUNTIVI	ATTUALI MALATTIE INFETTIVE	POSTI LETTO AGGIUNTIVI	POSTI ATTUALI	POSTI LETTO AGGIUNTIVI
<b>501. Dolomiti</b>	18	8		2	5	29	23	39
05050101. OSPEDALE DI BELLUNO	9	5				12	17	17
05050101. OSPEDALE DI BELLUNO	9				5	5	10	5
05050102. OSPEDALE DI AGORDO								
05050103. OSPEDALE DI PIEVE DI CADORE	2			2			2	2
05050104. OSPEDALE DI FELTRE	7	3				12	15	15
<b>502. Marca Trevigiana</b>	49	3	16	10	26	32	100	45
05050201. OSPEDALE DI TREVISO	30		16	2	26	18	62	20
05050201. OSPEDALE DI TREVISO	30		8		26	14		14
05050202. OSPEDALE DI DOERZO	5						1	
05050204. OSPEDALE DI CONEGLIANO	6	2		8			12	10
05050205. OSPEDALE DI VITTORIO VENETO								
05050206. OSPEDALE DI CASTELFRANCO	3							
05050207. OSPEDALE DI MONTEBELLUNA	5	1					5	1
<b>503. Serenissima</b>	54	4	14	4	29	39	98	47
05050301. OSPEDALE DI MESTRE	22		14		9	13	44	13
05050302. OSPEDALE DI VENEZIA	8	2			20	9	31	11
05050303. OSPEDALE DI DOLO	6					10	10	10
05050304. OSPEDALE DI MIRANO	12			4			4	4
05050305. OSPEDALE DI CHIOGGIA	6	2				7	9	9
<b>504. Veneto Orientale</b>	16			12		30	42	42
05050401. OSPEDALE DI PORTOGRUARO	8							
05050402. OSPEDALE DI SAN DONA' DI PIAVE	8					30	42	42
05050403. OSPEDALE DI JESOLO				12				
<b>505. Polesana</b>	22			10	6	51	67	61
05050501. OSPEDALE DI ROVIGO	14			10	6	27	72	37
05050502. OSPEDALE DI TRECENNA	4							
05050503. OSPEDALE DI ADRIA	4					24	85	24
<b>506. Euganea</b>	49	7		56		37	100	100
05050601. OSPEDALE DI CITTADELLA	7			2		4	6	6
05050602. OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO	8			2		16	18	18
05050603. OSPEDALE DI S. ANTONIO	16							
05050604. OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO	6	7				17	24	24
05050605. OSPEDALE DI SCHIAVONIA	12			52			52	52
<b>507. Pedemontana</b>	25	6		6	4	32	48	44
05050701. OSPEDALE DI BASSANO	10	4		4		20	28	28
05050702. OSPEDALE DI ASIAGO								
05050703. OSPEDALE DI SANTORSO	15	2		2	4	12	20	16
<b>508. Berica</b>	42		24	12	20		56	12
05050801. OSPEDALE DI VICENZA	34		24	12	20		76	12
05050803. OSPEDALE DI ARZIGNANO	8							
05050805. OSPEDALE DI MONTECCHIO								
05050806. OSPEDALE DI VALDAGNO								
<b>509. Scalligera</b>	22			4	5	38	47	42
05050901. OSPEDALE DI LEGNAGIO	8				5	12	17	12
05050903. OSPEDALE DI SAN BONIFACIO	8			2		12	16	14
05050905. OSPEDALE DI VILLAFRANCA	6			2		14	18	16
05050906. OSPEDALE DI BUSSOLENGO								
<b>901. AOU Padova</b>	69		18	4	33	22	77	26
05090100. AZIENDA OSPEDALE - UNIVERSITA' PADOVA	69		18	4	33	22	95	26
<b>912. AOU Verona</b>	78	12	13		23	64	112	76
05091201. AOU VERONA BORGO TRENTO	66	12	13				25	12
05091202. AOU DI VERONA BORGO ROMA	12				23	24	47	24
05091202. AOU DI VERONA BORGO ROMA	12				23	40	63	40
<b>952. IRCCS IOV</b>	6							
05095201. IOV PADOVA	2							
05095202. IOV SEDE CASTELFRANCO	4							
<b>Totale complessivo</b>	<b>450</b>	<b>40</b>	<b>85</b>	<b>120</b>	<b>151</b>	<b>374</b>	<b>686</b>	<b>534</b>

## ASSUNZIONI

19 dipendenti a tempo indeterminato 96 precari a rapporto libero professionale o co.co.co.

La durata dell'incarico e l'impegno orario sono stati concordati tra l'Azienda ed il professionista a seconda della disponibilità manifesta e del perdurare della necessità assistenziale e comunque secondo quanto previsto dall'art.1 del D:L: 9.3.2020 n.14

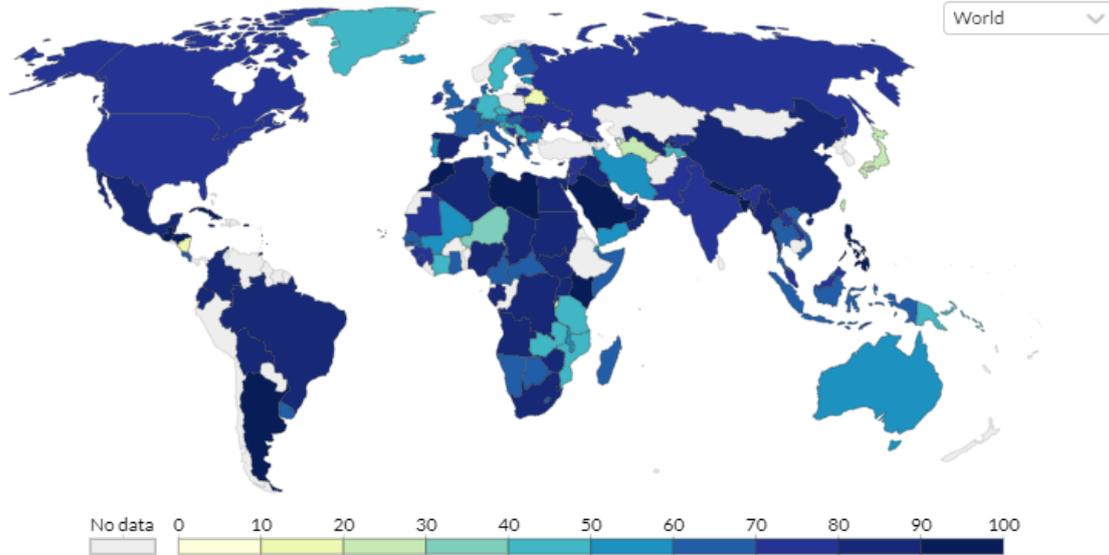
*Adriano Benazzato – Segretario Anaa Assomed Veneto*

## Analisi di scenari sulle policy dei vari Paesi – Database

### COVID-19: Government Response Stringency Index, Jun 1, 2020

The Government Response Stringency Index is a composite measure based on nine response indicators including school closures, workplace closures, and travel bans, rescaled to a value from 0 to 100 (100 = strictest response).

Our World  
in Data

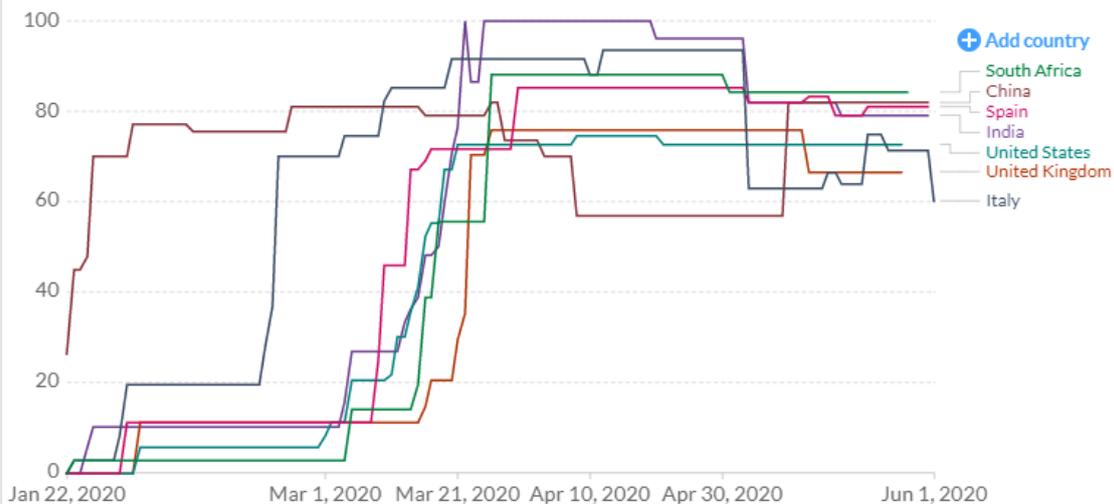


Source: Hale, Webster, Petherick, Phillips, and Kira (2020). Oxford COVID-19 Government Response Tracker – Last Updated 1st June.  
Note: This index simply records the number and strictness of government policies, and should not be interpreted as 'scoring' the appropriateness or effectiveness of a country's response.  
OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

### COVID-19: Government Response Stringency Index, Jan 22, 2020 to Jun 1, 2020

The Government Response Stringency Index is a composite measure based on nine response indicators including school closures, workplace closures, and travel bans, rescaled to a value from 0 to 100 (100 = strictest response).

Our World  
in Data

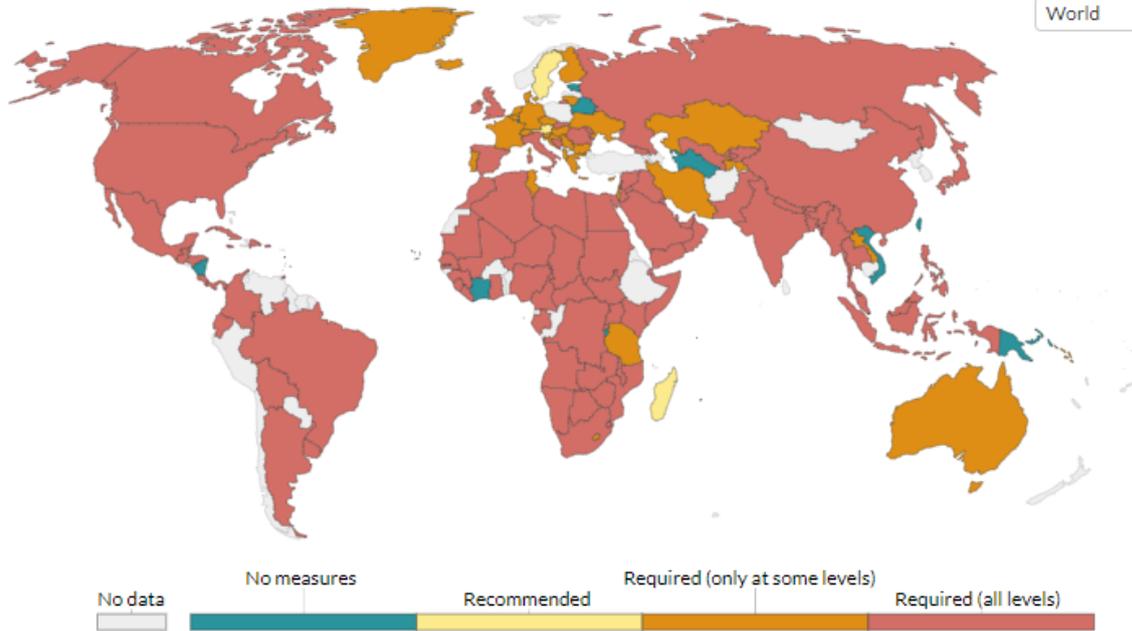


Source: Hale, Webster, Petherick, Phillips, and Kira (2020). Oxford COVID-19 Government Response Tracker – Last Updated 1st June.  
Note: This index simply records the number and strictness of government policies, and should not be interpreted as 'scoring' the appropriateness or effectiveness of a country's response.  
OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

## School closures during the COVID-19 pandemic, Jun 1, 2020

Our World in Data

World



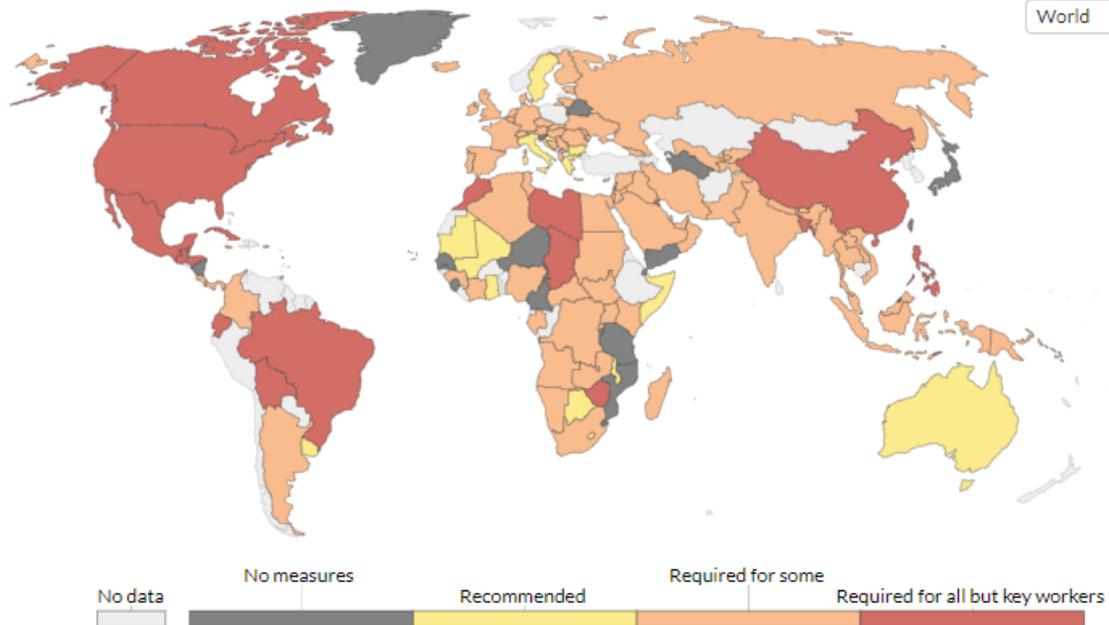
Source: Hale, Thomas and Samuel Webster (2020). Oxford COVID-19 Government Response Tracker

CC BY

## Workplace closures during the COVID-19 pandemic, Jun 1, 2020

Our World in Data

World



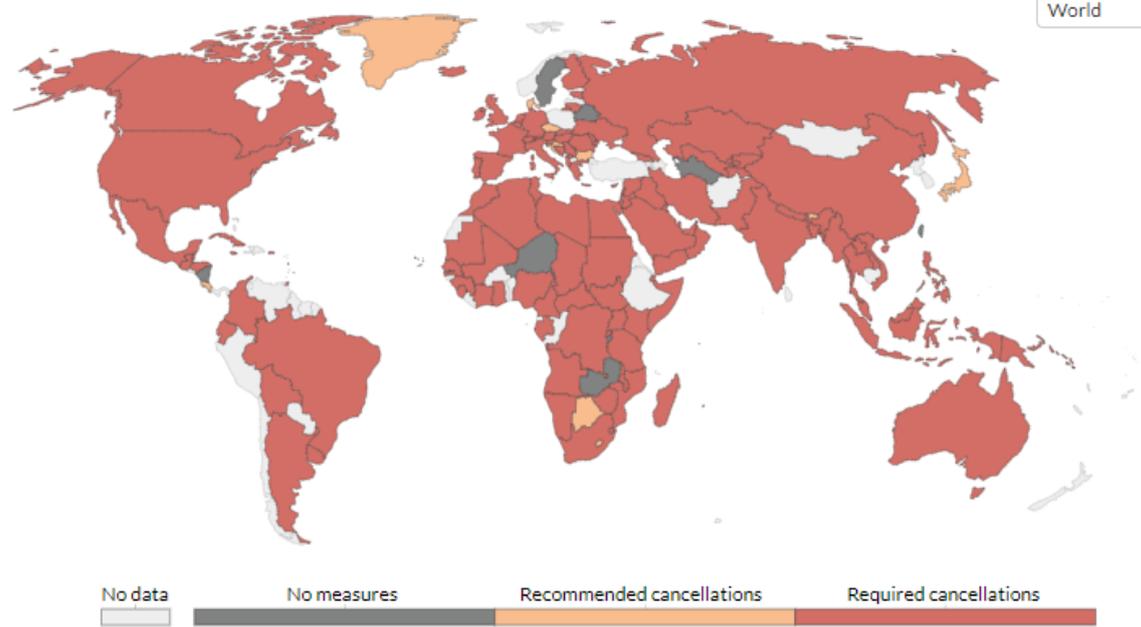
Source: Hale, Webster, Petherick, Phillips, and Kira (2020). Oxford COVID-19 Government Response Tracker - Last Updated 1st June.

CC BY

## Cancellation of public events during COVID-19 pandemic, Jun 1, 2020

Our World in Data

World



Source: Hale, Webster, Petherick, Phillips, and Kira (2020). Oxford COVID-19 Government Response Tracker – Last Updated 1st June.

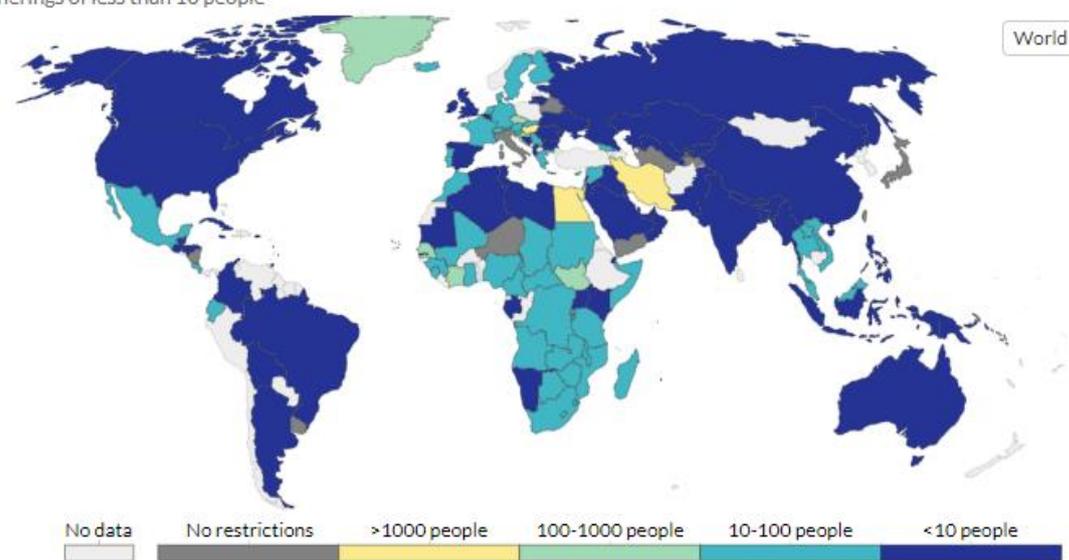
CC BY

## Restrictions on public gatherings in the COVID-19 pandemic, Jun 1, 2020

Our World in Data

Restrictions are given based on the size of public gatherings as follows:  
 1 - Restrictions on very large gatherings (the limit is above 1000 people)  
 2 - gatherings between 100-1000 people  
 3 - gatherings between 10-100 people  
 4 - gatherings of less than 10 people

World



Source: Hale, Webster, Petherick, Phillips, and Kira (2020). Oxford COVID-19 Government Response Tracker – Last Updated 1st June.

CC BY

## Public information campaigns on the COVID-19 pandemic, Jun 1, 2020

Our World in Data

World



No data      None      Public officials urging caution      Coordinated information campaign

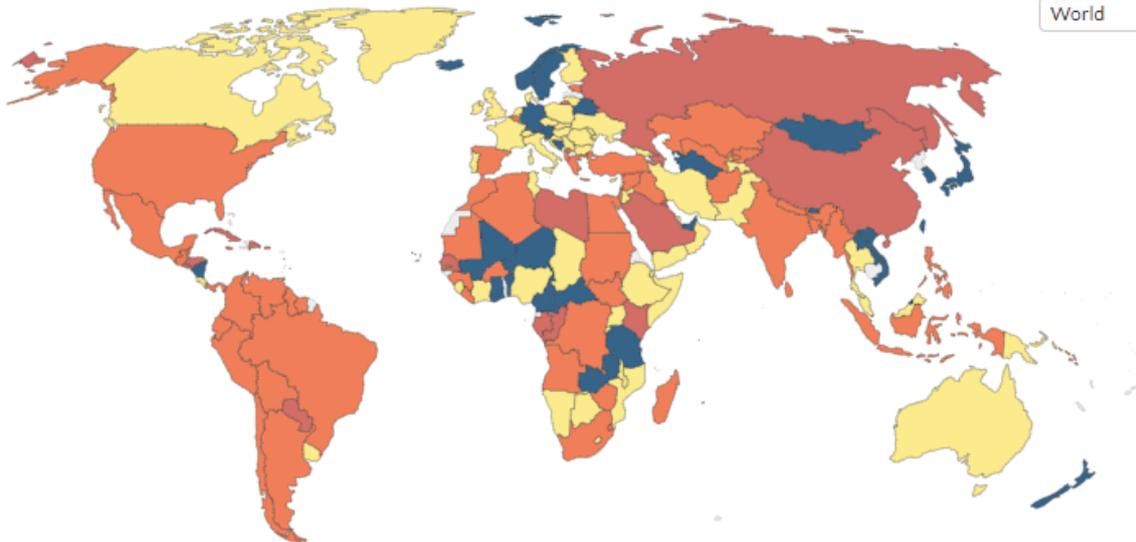
Source: Hale, Webster, Petherick, Phillips, and Kira (2020). Oxford COVID-19 Government Response Tracker – Last Updated 1st June.

CC BY

## Stay-at-home requirements during the COVID-19 pandemic, Jun 1, 2020

Our World in Data

World



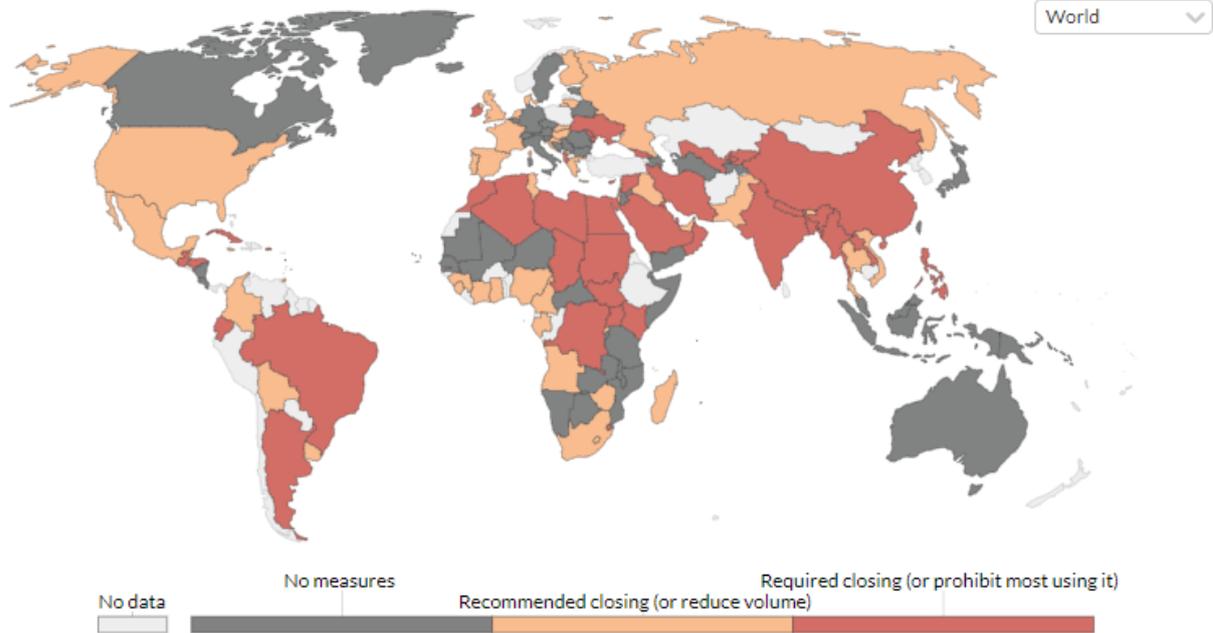
No data      No measures      Recommended      Required (except essentials)      Required (few exceptions)

Source: Hale, Webster, Petherick, Phillips, and Kira (2020). Oxford COVID-19 Government Response Tracker – Last Updated 1st June.

CC BY

# Public transport closures during the COVID-19 pandemic, Jun 1, 2020

Our World in Data

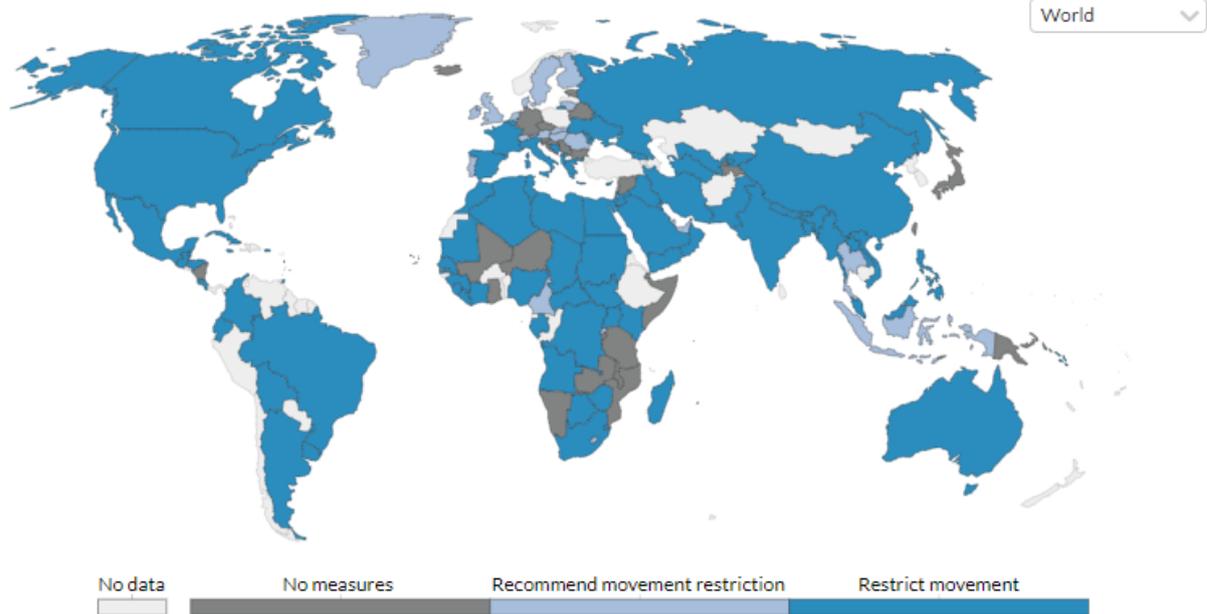


Source: Hale, Webster, Petherick, Phillips, and Kira (2020). Oxford COVID-19 Government Response Tracker - Last Updated 1st June.

CC BY

# Restrictions on internal movement during the COVID-19 pandemic, Jun 1, 2020

Our World in Data

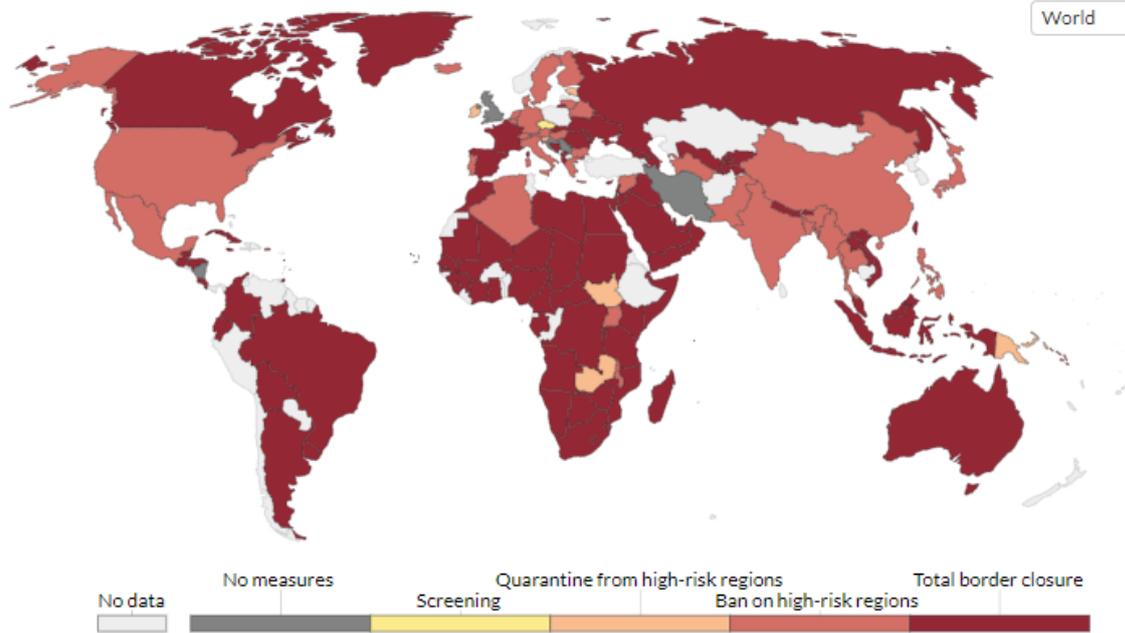


Source: Hale, Webster, Petherick, Phillips, and Kira (2020). Oxford COVID-19 Government Response Tracker - Last Updated 1st June.

CC BY

## International travel controls during the COVID-19 pandemic, Jun 1, 2020

Our World in Data



Source: Hale, Webster, Petherick, Phillips, and Kira (2020). Oxford COVID-19 Government Response Tracker - Last Updated 1st June.

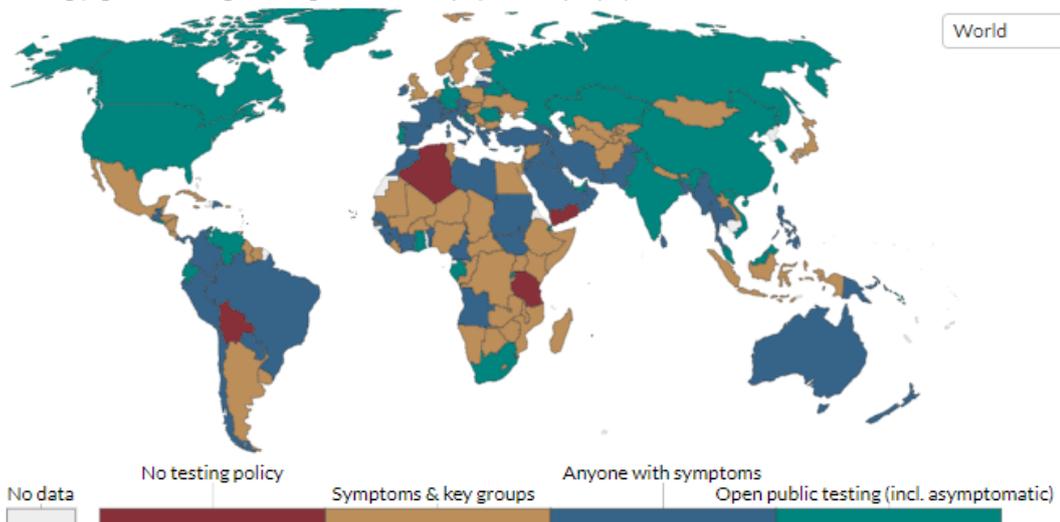
CC BY

## COVID-19 Testing Policies, Jun 1, 2020

Our World in Data

COVID-19 testing policies are categorized as follows:

- No testing policy.
- Only those who both (a) have symptoms and also (b) meet specific criteria (eg key workers, admitted to hospital, came into contact with a known case, returned from overseas).
- Testing of anyone showing COVID-19 symptoms.
- Open public testing (e.g "drive through" testing available to asymptomatic people).



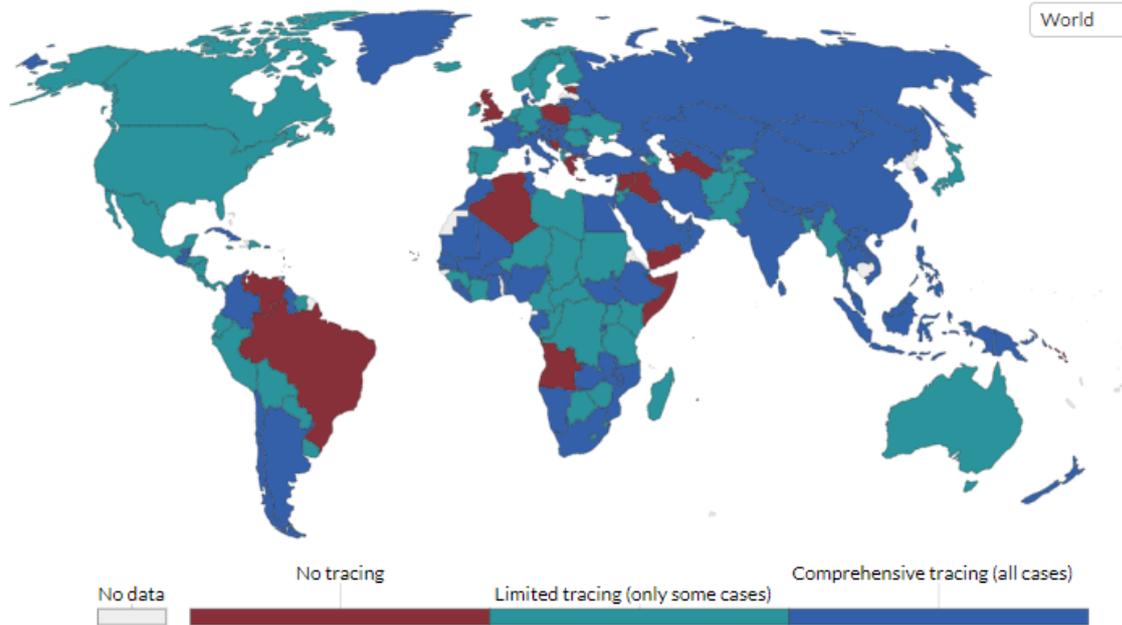
Source: Hale, Webster, Petherick, Phillips, and Kira (2020). Oxford COVID-19 Government Response Tracker - Last Updated 1st June.

CC BY

## Which countries do COVID-19 contact tracing?, Jun 1, 2020

'Limited' contact tracing means some, but not all, cases are traced. 'Comprehensive' tracing means all cases are traced.

Our World in Data



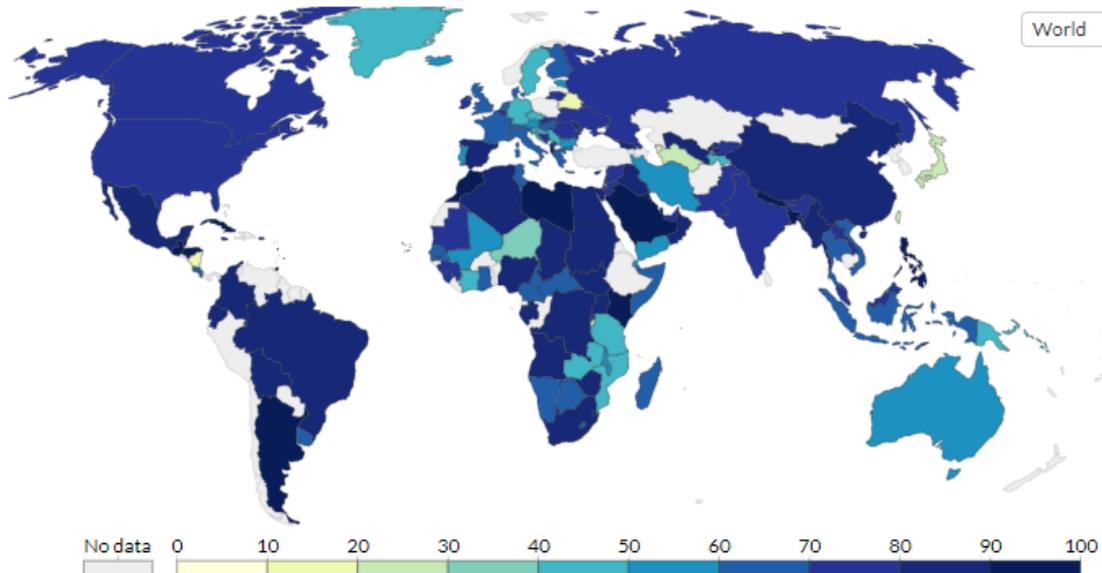
Source: Hale, Webster, Petherick, Phillips, and Kira (2020). Oxford COVID-19 Government Response Tracker – Last Updated 1st June.

CC BY

## COVID-19: Government Response Stringency Index, Jun 1, 2020

The Government Response Stringency Index is a composite measure based on nine response indicators including school closures, workplace closures, and travel bans, rescaled to a value from 0 to 100 (100 = strictest response).

Our World in Data



Source: Hale, Webster, Petherick, Phillips, and Kira (2020). Oxford COVID-19 Government Response Tracker – Last Updated 1st June.

Note: This index simply records the number and strictness of government policies, and should not be interpreted as 'scoring' the appropriateness or effectiveness of a country's response.

CC BY



# Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA  
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA  
DIREZIONE GENERALE DELLA DIGITALIZZAZIONE, DEL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO E  
DELLA STATISTICA

## OGGETTO: Ricerca e gestione dei contatti di casi COVID-19 (*Contact tracing*) ed App Immuni.

Alla luce del nuovo quadro epidemiologico e delle conseguenti riaperture disposte a decorrere dal 4 e 18 maggio u.s., è necessario procedere ad aggiornare gli strumenti messi in atto per contrastare l'epidemia COVID-19 in corso.

In questo contesto, nella fase II, il sistema ricerca e gestione dei contatti (*contact tracing*) deve essere aggiornato e rafforzato alle nuove esigenze anche attraverso il ricorso alle nuove tecnologie. Il *contact tracing*, in combinazione con l'individuazione precoce dei casi e in sinergia con altre misure come il distanziamento fisico, è un'azione essenziale per combattere l'epidemia in corso, nonché a fini preventivi.

Lo scopo di identificare e gestire i contatti dei casi probabili o confermati di COVID-19 è quello di individuare e isolare rapidamente i casi secondari, per poter intervenire e interrompere la catena di trasmissione.

Questo obiettivo viene raggiunto attraverso le seguenti azioni:

- Identificare rapidamente i contatti di un caso probabile o confermato di COVID-19;
- Fornire ai contatti le informazioni sulla patologia, sulla quarantena, sulle corrette misure di igiene respiratoria e delle mani, e indicazioni su cosa fare in caso di manifestazione dei sintomi;
- Provvedere tempestivamente all'esecuzione di test diagnostici nei contatti che sviluppano sintomi.
- La ricerca dei contatti è in grado di contribuire inoltre ad una migliore comprensione dell'epidemiologia dell'infezione da SARS-cov-2.

### Definizione del termine "contatto"

Un contatto di un caso COVID-19 è qualsiasi persona esposta ad un caso probabile o confermato COVID-19 in un lasso di tempo che va da 48 ore prima dell'insorgenza dei sintomi fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso.

Se il caso non presenta sintomi, si definisce contatto una persona che ha avuto contatti con il caso indice in un arco di tempo che va da 48 ore prima della raccolta del campione che ha portato alla conferma e fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso.

Il "Contatto stretto" (esposizione ad alto rischio) di un caso probabile o confermato è definito come:

- Una persona che vive nella stessa casa di un caso COVID-19;
- Una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso COVID-19 (per esempio la stretta di mano);
- Una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- Una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di almeno 15 minuti;

- Una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso COVID-19 in assenza di DPI idonei;
- Un operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei;
- Una persona che ha viaggiato seduta in treno, aereo o qualsiasi altro mezzo di trasporto entro due posti in qualsiasi direzione rispetto a un caso COVID-19; sono contatti stretti anche i compagni di viaggio e il personale addetto alla sezione dell'aereo/treno dove il caso indice era seduto.

Gli operatori sanitari, sulla base di valutazioni individuali del rischio, possono ritenere che alcune persone, a prescindere dalla durata e dal setting in cui è avvenuto il contatto, abbiano avuto un'esposizione ad alto rischio. Le attività di ricerca e gestione dei contatti possono essere di difficile esecuzione quando la trasmissione del virus è sostenuta, ma dovrebbero essere effettuate quanto più possibile, concentrandosi su:

- Contatti familiari
- Operatori sanitari
- Comunità chiuse ad alto rischio (dormitori, strutture per lungodegenti, rsa, etc..)
- Gruppi di popolazione vulnerabile.

### **Azioni chiave dopo l'identificazione di un caso**

Le Regioni e Province Autonome, attraverso le strutture sanitarie locali, sono responsabili delle attività di *contact tracing* - sorveglianza epidemiologica e sorveglianza attiva dei contatti. Tali attività sono affidate al Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Locale, che può avvalersi della collaborazione di altro personale reclutato.

Si descrivono, di seguito, le fasi chiave successive all'identificazione di un caso confermato o probabile.

#### *Intervista al caso indice*

Il Dipartimento di Prevenzione intervista il caso indice per raccogliere informazioni sulla storia clinica e sui possibili contatti. Questo dovrebbe avvenire attraverso una chiamata telefonica, ove possibile. Se i casi sono ricoverati in ospedale e non sono in grado di collaborare, il personale ospedaliero o il medico curante possono raccogliere le informazioni direttamente dai familiari o da coloro che prestano attività assistenziali (*caregivers*). *Identificazione ed elenco dei contatti stretti* Il Dipartimento di Prevenzione identifica i contatti stretti (dati anagrafici, indirizzo, numero di telefono) e provvede ad elencarli in un data base, avvalendosi anche del formato Excel (Allegato 1).

Per i contatti:

- Residenti/domiciliati in località afferenti ad altre ASL della stessa Regione, le informazioni vengono comunicate all'interno del circuito regionale dalla ASL che identifica il caso alla ASL di residenza/domicilio, ovvero sulla base di eventuali indicazioni operative regionali;
- Residenti/domiciliati fuori Regione, le informazioni devono essere comunicate dall'autorità sanitaria regionale di identificazione del caso all'Autorità sanitaria della Regione o Provincia Autonoma di residenza/domicilio e al Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione sanitaria - Ufficio 5;
- Residenti/domiciliati all'estero, le informazioni devono essere comunicate dall'autorità sanitaria regionale di identificazione del caso al Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione sanitaria - Ufficio 5, che informerà lo Stato coinvolto, attraverso la piattaforma della Commissione Europea EWRS – “*Early Warning Response System*” o tramite la rete dei “*National Focal Point*” (NFP) previsti dal Regolamento Sanitario Internazionale (IHR 2005).

Nella raccolta delle informazioni, si deve prestare attenzione all'appartenenza del contatto a uno dei gruppi a rischio di sviluppare forme gravi di COVID-19 e all'attività lavorativa svolta, quale assistenza ad anziani, a persone immunocompromesse e ad altre popolazioni vulnerabili. *Informazioni/indicazioni e sorveglianza*

Il Dipartimento di prevenzione fornisce informazioni e indicazioni chiare, anche per iscritto, sulle misure precauzionali da attuare ed eventuale documentazione educativa generale nei riguardi dell'infezione da SARS-CoV-2, comprese le modalità di trasmissione, gli interventi di profilassi che sono necessari (sorveglianza attiva, quarantena, ecc.), i possibili sintomi clinici e le istruzioni sulle misure da attuare in caso di comparsa di sintomatologia.

In particolare, l'operatore di sanità pubblica del Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente:

- Provvede alla prescrizione della quarantena per 14 giorni successivi all'ultima esposizione, e informa il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta da cui il contatto è assistito anche ai fini dell'eventuale certificazione INPS (circolare INPS HERMES 25 febbraio 2020 0000716 del 25 febbraio 2020). In caso di necessità di certificazione ai fini INPS per l'assenza dal lavoro, procede a rilasciare una dichiarazione indirizzata all'INPS,
- Al datore di lavoro e al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta in cui si dichiara che per motivi di sanità pubblica il contatto è stato posto in quarantena precauzionale, specificandone la data di inizio e fine;
- Eseguisce sorveglianza attiva quotidianamente (mediante telefonate, e-mail o messaggi di testo) per ottenere informazioni sulle condizioni cliniche del contatto.

I contatti stretti di casi COVID-19 devono rispettare le seguenti indicazioni:

- Divieto assoluto di mobilità dalla propria abitazione/dimora e di contatti sociali. La persona sottoposta ad isolamento domiciliare deve rimanere in una stanza dedicata e dotata di buona ventilazione, possibilmente con bagno dedicato, e limitare al massimo i movimenti in altri spazi comuni della casa. In presenza di altre persone, deve essere mantenuta una distanza di almeno un metro;
- Rimanere raggiungibili per le attività di sorveglianza attiva;
- Misurare la temperatura corporea due volte al giorno e in caso di percezione di aumento della temperatura;
- Lavare frequentemente le mani, in particolare, dopo qualsiasi contatto con i fluidi corporei (secrezioni respiratorie, urine e feci);
- In caso di insorgenza dei sintomi o segni compatibili con covid-19, anche lievi, in particolare febbre o almeno uno tra faringodinia, tosse, rinorrea/congestione nasale, difficoltà respiratoria, mialgie, anosmia/ageusia/disgeusia, diarrea, astenia deve:
  - Telefonare immediatamente al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta e al Dipartimento di Prevenzione della ASL;
  - Auto-isolarsi, ovvero restare a casa in una stanza con porta chiusa, garantendo un'adeguata ventilazione naturale;
    - Se la sintomatologia lo consente, indossare una mascherina chirurgica alla comparsa dei primi sintomi;
    - Tossire e starnutire direttamente su di un fazzoletto di carta o nella piega del gomito. Questi fazzoletti dovranno essere riposti dallo stesso paziente ponendoli dentro almeno due sacchetti resistenti chiusi (uno dentro l'altro), per evitare contatti da parte degli operatori ecologici.

Il Dipartimento di prevenzione provvede a fornire ai contatti mascherine chirurgiche e termometro, se non ne dispongono.

L'isolamento al domicilio può necessitare di misure di sostegno sociale per il corretto svolgimento della quarantena. Essa deve essere realizzata attraverso la collaborazione dei servizi di sanità pubblica territorialmente competenti, i servizi sociali delle amministrazioni comunali, le associazioni di volontariato del territorio. Devono essere garantite alcune funzioni quali il supporto per le necessità della vita quotidiana per le persone sole e prive di *caregiver* (sostegno della rete familiare e di vicinato) ed il supporto psicologico.

Laddove le condizioni adeguate per quarantena/isolamento non possano essere garantite presso l'abitazione, si raccomanda di proporre il trasferimento in strutture di tipo residenziale appositamente dedicate con un adeguato supporto sanitario per il monitoraggio e l'assistenza.<sup>2</sup>

Al termine del periodo di sorveglianza, il Dipartimento di Prevenzione comunica ai contatti l'esito della sorveglianza.

### *Esecuzione dei test diagnostici<sup>3</sup>*

Il Dipartimento di prevenzione monitora l'evolvere della situazione clinica dei contatti e provvede all'esecuzione dei test diagnostici in coloro che sviluppano sintomi, anche lievi, compatibili con COVID-19.

Se il test sulla persona esposta è positivo, si notifica il caso e si avvia la ricerca dei contatti. Per il rientro in comunità bisognerà attendere la guarigione clinica (cioè la totale assenza di sintomi). La conferma di avvenuta guarigione prevede l'effettuazione di due tamponi a distanza di 24 ore l'uno dall'altro. Se entrambi i tamponi risulteranno negativi la persona potrà definirsi guarita, altrimenti proseguirà l'isolamento fiduciario.

I riferimenti relativi alle indicazioni degli organismi internazionali per le misure da adottare vengono riportati in nota.<sup>456</sup> . Se il test è negativo, il contatto continua l'isolamento fiduciario per 14 giorni dopo l'ultima esposizione e si ripete il test prima della re-immissione in comunità. Si ribadisce che in caso di risultato negativo di un test condotto su un campione biologico da paziente fortemente sospetto per infezione da SARS-CoV-2, si raccomanda di ripetere il prelievo di campioni biologici in tempi successivi e da diversi siti del tratto respiratorio.

Se le risorse lo consentono, è opportuno considerare di testare i contatti asintomatici al termine della quarantena. Nel caso di focolai che coinvolgano strutture ospedaliere, lungodegenze, RSA o altre strutture residenziali per anziani il test va offerto ai residenti e a tutti gli operatori sanitari coinvolti.

### *Applicazioni mobili per contact tracing*

Nell'ambito del *contact tracing*, l'utilizzo di tecnologie come le applicazioni mobili ("apps") offre numerose possibilità, sebbene il metodo tradizionale rimanga quello principale per la ricerca e la gestione dei contatti. Le applicazioni mobili possono integrare e supportare questo processo, ma in nessun caso possono essere l'unico strumento utilizzato. Bisogna considerare infatti che non tutta la popolazione scaricherà l'applicazione di ricerca dei contatti sul proprio dispositivo mobile e che il suo utilizzo sarà basso in alcune popolazioni chiave (ad esempio gli anziani).<sup>7</sup>

Le applicazioni mobili per il *contact tracing* offrono diversi vantaggi:

- Non si basano sulla memoria del caso positivo (che potrebbe trovarsi in condizioni cliniche gravi al momento del colloquio);
- Consentono di rintracciare contatti sconosciuti al caso (ad es. Passeggeri che si sono seduti vicini su un mezzo di trasporto);
- Possono potenzialmente accelerare il processo di *contact tracing*;
- Possono facilitare il *follow-up* dei contatti da parte delle autorità sanitarie.

### *Applicazione IMMUNI*

Nel contesto emergenziale COVID-19, l'Applicazione IMMUNI è stata scelta, nel nostro Paese, quale strumento coadiuvante il *contact tracing* tradizionale. L'adozione di un'applicazione unica nazionale per il tracciamento dei contatti, interoperabile anche a livello europeo, ha come obiettivo quello di individuare in maniera sempre più completa gli individui potenzialmente esposti a SARSCoV- 2 e, attraverso le misure di sorveglianza sanitaria, contribuire a interrompere la catena di trasmissione.

L'applicazione si baserà sull'installazione volontaria da parte degli utenti e il suo funzionamento potrà cessare non appena sarà terminata la fase di emergenza, con eliminazione di tutti i dati generati durante il suo funzionamento.

Le funzionalità principali dell'App sono:

- Inviare una notifica alle persone che possono essere state esposte ad un caso COVID-19 – contatti stretti – con le indicazioni su patologia, sintomi e azioni di sanità pubblica previste;
- Invitare queste persone a mettersi in contatto con il medico di medicina generale o pediatra di libera scelta spiegandogli di aver ricevuto una notifica di contatto stretto di COVID-19 da Immuni.

Per raggiungere questi obiettivi, l'app si avvale del tracciamento di prossimità (anche noto come tracciamento contatti) basato su tecnologia Bluetooth Low Energy, senza ricorso alla geolocalizzazione. Quando un utente installa Immuni sul suo smartphone, l'app inizia a scambiare identificativi anonimi (codici randomici) con altri dispositivi che hanno installato la stessa app. Si tratta di codici anonimi che non permettono di risalire al dispositivo corrispondente, né tanto meno all'identità della persona, nel pieno rispetto delle raccomandazioni emanate dalla Commissione

Europea il 16 aprile 2020 in merito alle app per il tracciamento di prossimità.

Quando un utente risulta SARS-CoV-2 positivo, l'operatore sanitario che gli ha comunicato l'esito del test diagnostico gli chiede se ha scaricato l'app e lo invita a selezionare sul proprio smartphone l'opzione per il trasferimento delle sue chiavi anonime nel sistema del Ministero della salute. L'app restituisce un codice numerico (OTP) che l'utente comunica all'operatore sanitario. Il codice viene inserito, da parte dell'operatore sanitario, all'interno di un'interfaccia gestionale dedicata, accessibile per il tramite del Sistema Tessera Sanitaria, e il caricamento viene confermato dall'utente. La App notifica, agli utenti con cui il caso è stato a contatto, il rischio a cui sono stati esposti e le indicazioni da seguire, attraverso un messaggio il cui testo è unico su tutto il territorio nazionale e che lo invita a contattare il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta che farà una prima valutazione dell'effettiva esposizione al rischio del soggetto.

L'App Immuni, inserita all'interno del sistema tradizionale per favorire il tracciamento dei contatti, prevede una stretta collaborazione fra il cittadino, il Medico di Medicina Generale, il Pediatra di Libera Scelta e il Dipartimento di Prevenzione.

I dati personali, infine, verranno utilizzati per le finalità previste dall'articolo 6 del Decreto-Legge 30 aprile 2020, n. 288 al solo scopo di allertare le persone che siano entrate in contatto stretto con persone risultate Covid-19 positive e tutelarne la salute, mentre le medesime informazioni, in forma aggregata e anonima, attraverso apposita reportistica, che il Ministero della salute metterà a disposizione delle Regioni e Province autonome, potranno, ai sensi del comma 3, essere utilizzate per fini di sanità pubblica, profilassi, statistici o di ricerca scientifica. Si invita a voler dare la massima diffusione alla presente nota circolare ai servizi e ai soggetti interessati.

DIRETTORE GENERALE DGPRES DIRETTORE GENERALE DGPROGS

*\*f.to* Dott. Giovanni Rezza *\*f.to* Dott. Andrea Urbani

DIRETTORE GENERALE DGSISS

*\*f.to* Dott. Giuseppe Viggiano

Epidemiologia,  
Diagnostica e clinica,  
Farmaci e vaccini



## La promozione della salute è cruciale per la fase 2

### COVID-19/Prevenzione

di Antonella Bena

*Antonella Bena raccoglie e analizza alcuni degli aspetti più importanti da considerare per avere un efficace coinvolgimento delle comunità nella fase 2, una delle condizioni individuate come fondamentali dall'OMS. Crediti immagine: MetsikGarden/Pixabay. Licenza: Pixabay License*

Tra le condizioni necessarie per sostenere la fase 2, l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) individua il pieno coinvolgimento delle comunità. Le persone dovrebbero comprendere cosa significa passare dal rilevamento e trattamento dei casi gravi al rilevamento e isolamento di tutti i casi. La fase 2 rappresenta una "nuova normalità" nella quale le misure di prevenzione devono essere mantenute e tutti gli individui della comunità hanno un ruolo importante nel realizzarne e facilitarne l'attuazione. L'OMS raccomanda non solo di informare i cittadini ma di interpellarli regolarmente ogni volta che le misure per il controllo dell'epidemia sono implementate o revocate.

Molte delle misure cardine per proteggere cittadini e lavoratori dall'infezione sono basate sul cambiamento di comportamenti. Lavare le mani, indossare mascherine e guanti (in certi contesti), mantenere la distanza fisica, evitare assembramenti, adottare correttamente i dispositivi di protezione quando si lavora sono tutte forme di comportamento umano.

Ma cambiare il comportamento delle persone non è facile: le strategie messe in campo non possono limitarsi a informare sui rischi, minacciare sanzioni e controllare quello che succede. Ne sono la prova queste prime settimane di post-lockdown, in cui le cronache registrano assembramenti senza mascherine in bar, piazze, spiagge. Eppure i media non fanno che ripetere che se non si rispettano le regole l'epidemia riprenderà nuovo vigore e saremo costretti a chiuderci nuovamente in casa.

#### Affrontare il problema della health literacy e del bias informativo

Affinché le informazioni siano utili non devono solo essere disponibili, ma anche comprese, accettate e applicate. A maggior ragione se si considera che l'infodemia presente crea confusione e favorisce la circolazione di notizie false. Ma oltre un terzo della popolazione mondiale ha difficoltà a trovare, comprendere, valutare e utilizzare le informazioni necessarie per gestire la propria salute (Sorensen et al, 2015).

La risposta alla pandemia inoltre dovrebbe essere guardata attraverso le lenti dell'equità, ponendo attenzione ai gruppi più vulnerabili (anziani, migranti, carcerati, persone con disabilità). Su *The Conversation*, un gruppo di ricercatori fornisce alcune raccomandazioni per tenere conto dell'alfabetizzazione sanitaria quando si comunica su SARS-CoV-2:

- Fornire informazioni in modo comprensibile, riconoscendo che le persone e i gruppi con scarsa conoscenza della salute potrebbero aver bisogno di maggiori spiegazioni e di diversi formati di comunicazione (per esempio video e animazioni) che spieghino il virus, la malattia, la sua trasmissione e le misure protettive
- Spiegare la situazione in modo trasparente e chiarire ripetutamente gli obiettivi prioritari, per preparare le persone al fatto che gli interventi e le raccomandazioni potrebbero cambiare quando arrivano nuove prove e gli scenari devono essere adattati

- Comunicare nuove prove e informazioni senza temere di correggere messaggi e dichiarazioni precedenti, se necessario
- Evitare di incolpare rafforzando, invece, la responsabilità ben informata degli individui e mostrando solidarietà con i gruppi di popolazione più vulnerabili

### **Favorire il cambiamento a livello individuale**

I modelli teorici sul cambiamento del comportamento ci insegnano che le persone agiranno dopo aver ricevuto raccomandazioni sulla salute solo se (Van den Broucke, 2020):

- Ritengono di essere personalmente suscettibili allo sviluppo della condizione;
- Percepiscono la condizione come grave;
- Percepiscono l'azione preventiva come efficace;
- Pensano di essere in grado di eseguire l'azione preventiva

Nel caso di COVID-19, queste condizioni non sono sempre soddisfatte. Le persone potrebbero non considerarsi a rischio (per esempio se non sono state in contatto con altre persone che sono state contaminate), potrebbero sottovalutare la gravità della condizione (per esempio quando viene loro detto che la maggior parte dei decessi sono persone anziane o persone con morbidità preesistente) o potrebbero non considerarsi in grado di eseguire i comportamenti preventivi.

Ci sono molte strategie per aiutare le persone a cambiare comportamento. Un gruppo di ricercatori fornisce sul blog BMJ Opinion alcune raccomandazioni, concentrandosi su quelle che migliorano la motivazione o le capacità:

- Motivare le persone ad adottare un comportamento preventivo presentando loro una logica chiara, preferibilmente sotto forma di un modello mentale del processo di trasmissione
- Creare norme sociali che incoraggino il comportamento preventivo, attraverso campagne mirate all'identità personale delle persone e facendo sì che le persone si scambino feedback
- Creare il giusto livello e tipo di emozione associando avvertenze sulla salute a consigli concreti per un'azione protettiva
- Dare consigli su come i comportamenti a rischio possono essere sostituiti da comportamenti più efficaci, piuttosto che chiedere semplicemente di fermarli
- Semplificare il comportamento, ad esempio costruendolo con routine già esistenti o usando delle sollecitazioni

### **Rendere protagonisti cittadini e comunità**

Durante la gestione di precedenti epidemie, per esempio durante la recente epidemia di Ebola in Africa occidentale (Laverack, 2017), è stato evidenziato che l'attivazione di cittadini e comunità è cruciale perché contribuisce a mitigare l'impatto sociale ed economico di alcuni provvedimenti. I governi in molti casi preferiscono viceversa approcci preconfezionati *top-down*, preoccupati dalla sostenibilità e dalla complessità degli approcci partecipativi.

Un'analisi condotta con l'ECDC su quanto accaduto in quattro paesi europei (Spagna, Olanda, Irlanda, Islanda), ha tuttavia dimostrato la fattibilità e l'importanza di identificare sinergie tra il processo decisionale istituzionale e gli attori e le reti presenti nelle diverse comunità prima, durante e dopo una risposta di salute pubblica a una data emergenza epidemica (Vries et al, 2020). In molti paesi, Italia compresa, la mobilitazione di volontari durante questa pandemia da parte di organizzazioni non governative, università e organizzazioni della comunità ha garantito l'indispensabile supporto per, ad esempio, consegnare beni essenziali, distribuire le mascherine, prendersi cura delle persone vulnerabili.

Durante il lockdown è venuto a mancare l'usuale sostegno sociale delle reti familiari e amicali, quindi le persone si sono spontaneamente aiutate le une con le altre a livello di condominio, quartiere o città. Questa forma di altruismo non è avvenuta ovunque: alcune località si sono organizzate meglio rispetto ad altre. La programmazione in anticipo e il sostegno alle organizzazioni della comunità e alle reti di volontariato da parte delle istituzioni è una buona pratica che permetterebbe un supporto più sistematico ed equo a tutte le persone, specialmente a quelle più vulnerabili.

Non c'è un unico modello: ogni paese deve sviluppare il proprio approccio tenendo conto dei punti di forza e delle criticità del proprio contesto socio-culturale, politico, economico, infrastrutturale e storico. Alcuni contesti, per esempio, possono tollerare blocchi di lungo periodo mentre altri si opporranno, specialmente se la vita diventa sempre più difficile. Sostenere le comunità locali, partendo dai loro punti di forza e dalle capacità esistenti, conducendo uno sforzo comunitario proattivo che porti molti stakeholder locali al tavolo, è un modo per trovare nuove forme di sviluppo (cambiamenti dell'ambiente fisico, della struttura organizzativa, dell'amministrazione e persino della gestione) e rafforzare la resilienza.

### **La promozione della salute può svolgere un ruolo importante**

Tra le competenze della promozione della salute vi sono quelle utili per sostenere individui, organizzazioni e comunità ad aumentare il controllo sui determinanti della salute. Vi sono le strategie da usare per sostenere le persone al cambiamento ma anche quelle per sostenere le comunità al fine di ridurre la resistenza alle regole imposte dai governi e mantenere le misure di prevenzione.

La Carta di Ottawa sottolinea l'importanza di lavorare con le comunità, sostenendole nella valutazione dei bisogni, nella definizione delle priorità, nella pianificazione congiunta, nello sviluppo delle capacità, nel rafforzamento dei partenariati locali, nel lavoro intersettoriale, nel miglioramento della partecipazione pubblica e del sostegno sociale (Nutbeam, 1998). Tutte queste attività mirano a creare comunità forti, in cui individui e organizzazioni applicano le loro capacità e risorse negli sforzi collettivi per affrontare le priorità di salute e soddisfare i rispettivi bisogni. La promozione della salute può quindi contribuire a mantenere bassi i livelli di diffusione del virus, attraverso l'attivazione di azioni che conosce bene perché rappresentano il cuore delle sue competenze.

La promozione della salute può svolgere un ruolo importante anche nel periodo post-epidemia supportando le attività per affrontare lo stigma, lavorare con i sopravvissuti, fornire supporto sociale a famiglie e comunità, promuovere l'uso di servizi tra cui le vaccinazioni e il counselling. In questi mesi in cui la crisi è stata più forte tutte le risorse disponibili sono state riorientate per contrastare l'epidemia. Anche i promotori della salute sono stati coinvolti nelle attività territoriali e in molti casi i programmi di prevenzione sono stati sospesi. È tuttavia urgente che tutte le attività già in essere di promozione di stili di vita salutari (corretta alimentazione, adeguati livelli di attività fisica, prevenzione del consumo di alcool e fumo di sigaretta eccetera), le vaccinazioni, i programmi di screening, i programmi con le scuole, i programmi dedicati ad affrontare lo stress, la salute mentale e la violenza domestica vengano riprese e potenziate seguendo il sistema a doppio binario raccomandato dall'OMS-Europa.

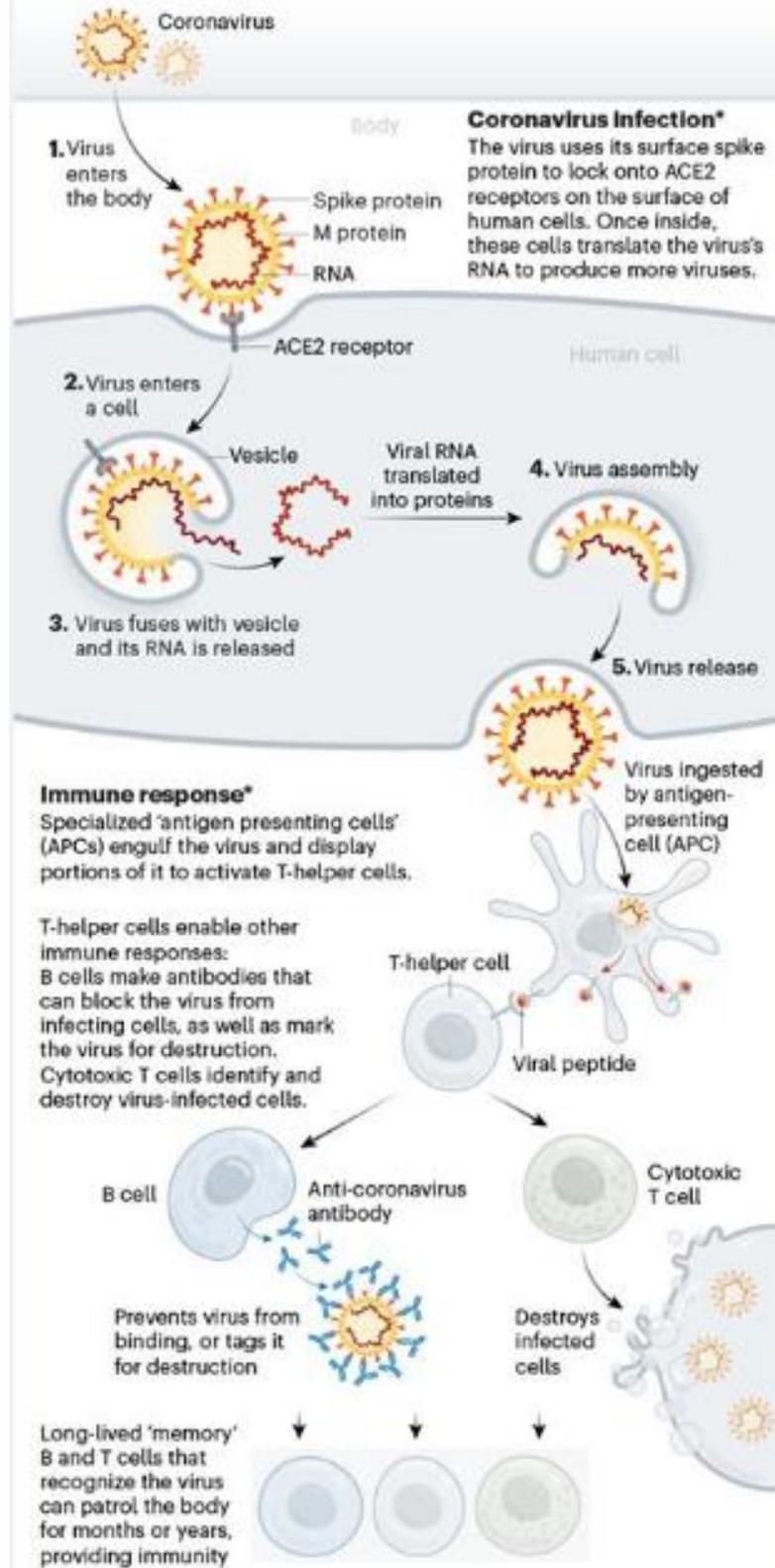
C'è infatti il rischio reale che la morbilità e la mortalità dovute a problemi di salute non legati alla pandemia aumentino significativamente. Il potenziamento dei servizi territoriali, necessario per affrontare l'epidemia nella cosiddetta fase 2, dovrebbe comprendere anche professionisti esperti in promozione della salute. La promozione della salute non è un utile esercizio che i paesi ricchi si possono permettere in tempi "normali" ma uno strumento importante per sostenere individui, comunità e società ad affrontare un momento di crisi come quello che stiamo vivendo. Il prossimo piano nazionale della prevenzione, in procinto di essere varato, dovrebbe sostenere fortemente questa prospettiva inserendola in modo strutturale nella programmazione delle regioni.

## Bibliografia

- WHO - COVID-19 strategy update - 14 April 2020
- Laverack G. The Role of Health Promotion in Disease Outbreaks and Health Emergencies. *Societies* 2017, 7, 2
- Vries DH *et al.* Methodology for assessment of public health emergency preparedness and response synergies between institutional authorities and communities. *BMC Health Services Research* (2020) 20: 411
- Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G *et al.* Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health* (2015), 25, 1053–1058.
- Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promotion International* (1998), 13, 349–364
- Strengthening and adjusting public health measures throughout the COVID-19 transition phases. Policy considerations for the WHO European Region. EU-WHO 24 aprile 2020, euro.who.int.
- Van den Broucke S. Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa. *Health Promot Int.* 2020 Apr 16. Smith JA, Judd J. COVID-19: Vulnerability and the power of privilege in a pandemic. *Health Promot J Austr.* (2020) (2):158-160.

## VACCINE BASICS: HOW WE DEVELOP IMMUNITY

The body's adaptive immune system can learn to recognize new, invading pathogens, such as the coronavirus SARS-CoV-2.



©nature

---

# Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis



Mandeep R Mehra, Sapan S Desai, Frank Ruschitzka, Amit N Patel

## Sommario

### Contesto

L'idrossiclorochina o la cloroquina, spesso in combinazione con un macrolide di seconda generazione, vengono ampiamente utilizzate per il trattamento di COVID-19, nonostante non vi siano prove conclusive del loro beneficio. Sebbene generalmente sicuro quando usato per indicazioni approvate come malattia autoimmune o malaria, la sicurezza e il beneficio di questi regimi di trattamento sono scarsamente valutati nel COVID-19.

### Metodi

Abbiamo effettuato un'analisi multinazionale del registro dell'uso dell'idrossiclorochina o della cloroquina con o senza macrolide per il trattamento di COVID-19. Il registro comprendeva dati provenienti da 671 ospedali in sei continenti.

Abbiamo incluso pazienti ricoverati in ospedale tra il 20 dicembre 2019 e il 14 aprile 2020, con risultati positivi in laboratorio per SARS-CoV-2. I pazienti che hanno ricevuto uno dei trattamenti di interesse entro 48 ore dalla diagnosi sono stati inclusi in uno dei quattro gruppi di trattamento (cloroquina da solo, cloroquina con un macrolide, idrossiclorochina da solo o idrossiclorochina con un macrolide) e pazienti che non hanno ricevuto nessuno di questi trattamenti come gruppo di controllo.

Sono stati esclusi i pazienti per i quali è stato iniziato uno dei trattamenti di interesse più di 48 ore dopo la diagnosi o durante la ventilazione meccanica, nonché i pazienti che hanno ricevuto remdesivir. Gli esiti clinici di maggiore interesse erano la mortalità intraospedaliera e l'insorgenza di nuove aritmie ventricolari (non sostenute o sostenute da tachicardia ventricolare o fibrillazione ventricolare)

### Risultati

96.032 pazienti (età media 53,8 anni, 46, 3% donne) con COVID-19 sono stati ricoverati in ospedale durante il periodo di studio e hanno soddisfatto i criteri di inclusione. Di questi, 14.888 pazienti erano nei gruppi di trattamento (1.868 hanno ricevuto cloroquina, 3.783 hanno ricevuto cloroquina con un macrolide, 3.016 hanno ricevuto idrossiclorochina e 6.221 hanno ricevuto idrossiclorochina con un macrolide) e 81.144 pazienti erano nel gruppo di controllo. 10.698 (11,1%) pazienti sono deceduti in ospedale.

Dopo aver controllato molteplici fattori confondenti (età, sesso, razza o etnia, indice di massa corporea, patologie cardiovascolari sottostanti e relativi fattori di rischio, diabete, patologie polmonari sottostanti, fumo, condizioni immunosopresse e gravità della malattia di base), rispetto alla mortalità in il gruppo di controllo (9.3%), idrossiclorochina (18.0%; *hazard ratio* 1.335, 95% *CI* 1.223–1.457), idrossiclorochina con un macrolide (23.8%; 1.447, 1.368–1.531), cloroquina (16.4%; 1.365, 1.218–1.531) e cloroquina con un macrolide (22.2%; 1.368, 1.273–1.469) erano ciascuno indipendentemente associato ad un aumentato rischio di mortalità in ospedale.

Rispetto al gruppo di controllo (0.3%), idrossiclorochina (6.1%; 2.369, 1.935–2.900), idrossiclorochina con un macrolide (8.1%; 5.106, 4.106– 5.983), la cloroquina (4.3%; 3.561, 2.760–4.596) e la cloroquina con un macrolide (6.5%; 4.011, 3.344–4.812) erano indipendentemente associati ad un aumentato rischio di nuova aritmia ventricolare durante il ricovero.

## Interpretazione

Non siamo stati in grado di confermare un beneficio dell'idrossiclorochina o della cloroquina, se usato da solo o con un macrolide, sugli esiti ospedalieri per COVID-19. Ognuno di questi regimi farmacologici era associato a una ridotta sopravvivenza in ospedale e ad una maggiore frequenza di aritmie ventricolari quando usato per il trattamento di COVID-19.

**Finanziamento** : William Harvey Distinguished Chair Cardiovascular Medicine at Brigham and Women's Hospital.

## Introduzione

L'assenza di un trattamento efficace contro l'infezione da coronavirus 2 (SARS-CoV-2) della sindrome respiratoria acuta grave ha portato i medici a reindirizzare farmaci noti per essere efficaci per altre condizioni mediche al trattamento di COVID-19. La chiave tra questi agenti terapeutici riproposti è la cloroquina antimalarica e il suo analogo idrossiclorochina, che viene utilizzata per il trattamento di malattie autoimmuni, come il lupus eritematoso sistemico e l'artrite reumatoide. (1, 2)

Questi farmaci hanno dimostrato di possedere proprietà antivirali ed effetti immunomodulatori in laboratorio. (3, 4 ) Tuttavia, l'uso di questa classe di farmaci per COVID-19 si basa su un piccolo numero di esperienze aneddotiche che hanno mostrato risposte variabili in analisi osservazionali non controllate e piccoli studi randomizzati aperti che sono stati in gran parte inconcludenti. (5, 6)

Anche la combinazione di idrossiclorochina con un macrolide di seconda generazione, come l'azitromicina (o claritromicina), è stata sostenuta, nonostante le prove limitate della sua efficacia. (7) Precedenti studi hanno dimostrato che il trattamento con cloroquina, idrossiclorochina o uno dei due farmaci combinato con un macrolide può avere l'effetto avverso cardiovascolare del prolungamento dell'intervallo QT, che potrebbe essere un meccanismo che predispone alle aritmie ventricolari. (8, 9)

Sebbene siano in corso numerosi studi multicentrici randomizzati controllati, vi è una pressante necessità di fornire una guida clinica accurata poiché l'uso di cloroquina o idrossiclorochina insieme ai macrolidi è diffuso, spesso con scarsa considerazione del potenziale rischio. Alcuni Paesi hanno accumulato questi farmaci, con conseguente carenza di questi farmaci per coloro che ne hanno bisogno per indicazioni cliniche approvate. (10)

Lo scopo di questo studio è quello di valutare l'uso della cloroquina o dell'idrossiclorochina da sola o in combinazione con un macrolide per il trattamento di COVID-19 utilizzando un ampio registro internazionale per valutare la loro applicazione nel mondo clinico reale. In particolare, abbiamo cercato di analizzare l'associazione tra questi regimi di trattamento e il decesso in ospedale. Successivamente, abbiamo cercato di valutare la presenza di nuove aritmie ventricolari clinicamente significative.

## Ricerca nel contesto

### Evidenze prima di questo studio

*Abbiamo cercato in MEDLINE (tramite PubMed) articoli pubblicati fino al 21 aprile 2020, utilizzando le parole chiave "novità coronavirus", "2019-nCoV", "COVID-19", "SARS-CoV-2", "terapia", "Idrossiclorochina", "clorochina" e "macrolidi". Inoltre, abbiamo esaminato i server di pre stampa, come Medrxiv, per articoli pertinenti e consultato le pagine Web di organizzazioni come il National Institutes of Health e l'OMS. L'idrossiclorochina e la clorochina (usate con o senza macrolidi) sono ampiamente consigliate per il trattamento di COVID-19, sulla base di prove in vitro, per un effetto antivirale contro la sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2. Il loro uso si basa su piccoli studi non controllati e in assenza di prove da studi randomizzati controllati. Sono state sollevate preoccupazioni sul fatto che questi farmaci o la loro combinazione con i macrolidi potrebbero causare instabilità elettrica e predisporre i pazienti alle aritmie ventricolari. Non è noto se questi farmaci migliorino i risultati o siano associati a danni in COVID-19.*

### Valore aggiunto di questo studio

*In assenza di studi randomizzati riportati, c'è un'urgente necessità di valutare prove del mondo reale relative agli esiti dell'uso di idrossiclorochina o clorochina (con o senza macrolidi) in COVID-19. Utilizzando un registro osservazionale internazionale in sei continenti, abbiamo valutato 9.032 pazienti con COVID-19, di cui 14.888 sono stati trattati con idrossiclorochina, clorochina o loro combinazione con un macrolide. Dopo aver controllato l'età, il sesso, la razza o l'etnia, le comorbilità sottostanti e la gravità della malattia basale, l'uso di tutti e quattro i regimi è stato associato ad un aumentato rischio di nuova aritmia ventricolare e morte in ospedale. Questo studio fornisce le prove del mondo reale sull'uso di questi regimi terapeutici includendo un gran numero di pazienti provenienti da tutto il mondo. Pertanto, a nostra conoscenza, questi risultati forniscono la prova più completa dell'uso di idrossiclorochina e clorochine (con o senza macrolide) per il trattamento di COVID-19.*

### Implicazioni di tutte le prove disponibili

*Non abbiamo trovato prove di benefici dell'idrossiclorochina o della clorochina se usati da soli o con macrolidi. L'evidenza precedente era derivata da piccoli studi aneddotici o da piccoli studi randomizzati non conclusivi. Il nostro studio ha incluso un gran numero di pazienti in più aree geografiche e fornisce le prove più solide del mondo reale fino ad oggi sull'utilità di questi regimi di trattamento. Sebbene gli studi osservazionali non possano spiegare completamente i fattori di confondimento non misurati, i nostri risultati suggeriscono non solo l'assenza di benefici terapeutici, ma anche potenziali danni con l'uso di regimi di farmaci idrossiclorochina o clorochina (con o senza macrolidi) in pazienti ospedalizzati con COVID-19.*

## Metodi

### Caratteristiche del registro e acquisizione dei dati

Abbiamo effettuato un'analisi multinazionale del registro dell'uso dell'idrossiclorochina o della clorochina con o senza macrolide per il trattamento di COVID-19. Il registro comprendeva 671 ospedali situati in sei continenti (appendice p 3). La *Surgical Outcomes Collaborative (Surgisphere Corporation, Chicago, IL, USA)* consiste in dati non identificati ottenuti mediante estrazione automatica di dati da cartelle cliniche elettroniche ospedaliere e ambulatoriali, database della catena di approvvigionamento e documenti finanziari.

Il registro utilizza una piattaforma di analisi dei dati sanitari basata su cloud che include moduli specifici per l'acquisizione dei dati, il data warehousing, l'analisi dei dati e il reporting dei dati. Un processo di immissione

manuale dei dati viene utilizzato per la garanzia della qualità e la convalida per garantire che i valori mancanti chiave siano ridotti al minimo. La *Surgical Outcomes Collaborative* (di seguito denominata Collaborative) garantisce la conformità con le linee guida *US Food and Drug Administration* (FDA) sulle prove del mondo reale. I dati del mondo reale vengono raccolti attraverso trasferimenti automatizzati di dati che acquisiscono il 100% dei dati da ciascuna entità sanitaria a intervalli regolari e predeterminati, riducendo così l'impatto della distorsione della selezione e dei valori mancanti e garantendo che i dati siano attuali, affidabili, e pertinente.

La documentazione di origine verificabile per gli elementi include cartelle cliniche elettroniche ospedaliere e ambulatoriali e, in conformità con la guida della FDA sulla pertinenza dei dati del mondo reale, l'acquisizione dei dati viene eseguita mediante l'uso di un dizionario di dati standardizzato conforme al livello HL7, con dati raccolti su una potenziale base permanente. La procedura di convalida per il registro fa riferimento alle procedure operative standard in atto per ciascuna delle quattro caratteristiche del registro certificate ISO 9001: 2015 e ISO 27001: 2013: acquisizione dei dati, archiviazione dei dati,

Il dizionario dei dati standardizzato HL7 utilizzato da Collaborative funge da punto focale per tutte le attività di acquisizione e archiviazione dei dati. Una volta che questo dizionario di dati è stato armonizzato con i dati della cartella clinica elettronica, l'acquisizione dei dati viene completata utilizzando interfacce automatizzate per accelerare il trasferimento dei dati e migliorare l'integrità dei dati.

La raccolta di un campione del 100% da ciascuna entità sanitaria viene convalidata rispetto ai registri finanziari e ai database esterni per ridurre al minimo la distorsione della selezione. Per ridurre il rischio di divulgazioni involontarie di informazioni sanitarie protette, tutte queste informazioni vengono rimosse prima dell'archiviazione nel data warehouse basato su cloud. La Collaborative ha lo scopo di ridurre al minimo gli effetti della distorsione delle informazioni e delle distorsioni di selezione acquisendo dati a 360 gradi e la registrazione consecutiva dei pazienti acquisendo il 100% dei dati all'interno di sistemi elettronici, garantendo che i risultati rimangano generalizzabili per la popolazione più ampia.

La Collaborative è conforme all'Agenzia statunitense per la ricerca sanitaria e le linee guida sulla qualità per i registri. Con l'inizio della crisi COVID-19, questo registro è stato utilizzato per raccogliere dati dagli ospedali negli Stati Uniti (che sono stati selezionati per abbinare le caratteristiche epidemiologiche della popolazione degli Stati Uniti) e a livello internazionale, per ottenere rappresentanza da diverse popolazioni in sei continenti. I dati sono stati raccolti da una varietà di ospedali urbani e rurali, ospedali universitari o comunitari e ospedali a scopo di lucro e senza scopo di lucro. La raccolta e le analisi dei dati sono ritenute esenti da revisione etica.

### **Progettazione dello studio**

Abbiamo incluso tutti i pazienti ricoverati in ospedale tra il 20 dicembre 2019 e il 14 aprile 2020, negli ospedali partecipanti al registro e con infezione COVID-19 confermata dalla PCR, per la quale è stato registrato un esito clinico di dimissione o morte in ospedale durante il ricovero. Un risultato di laboratorio positivo per SARS-CoV-2 è stato definito come un risultato positivo sul sequenziamento ad alta capacità o sul test quantitativo di trascrizione inversa PCR di campioni di tampone nasale o faringeo e questo risultato è stato utilizzato per classificare un paziente come positivo per COVID-19. COVID-19 è stato diagnosticato, in ciascun sito, sulla base della guida dell'OMS. (11)

I pazienti che non avevano una registrazione dei test nel database o che avevano un test negativo, non erano inclusi nello studio. Era necessario un solo test positivo per includere il paziente nell'analisi. I pazienti che hanno ricevuto idrossiclorochina o un trattamento basato su analoghi della cloroquina (con o senza macrolidi di seconda generazione) sono stati inclusi nel gruppo di trattamento. I pazienti che hanno ricevuto un trattamento con questi regimi a partire da più di 48 ore dopo la diagnosi di COVID-19 sono stati esclusi. Abbiamo anche escluso i dati dai pazienti per i quali è stato iniziato il trattamento mentre erano in ventilazione meccanica o se stavano ricevendo una terapia con remdesivir antivirale.

Questi criteri di esclusione specifici sono stati stabiliti per evitare l'arruolamento di pazienti nei quali il trattamento avrebbe potuto iniziare in momenti non uniformi nel corso della loro malattia COVID-19 e per escludere le persone per le quali il regime farmacologico avrebbe potuto essere utilizzato durante una fase critica di malattia, che potrebbe distorcere l'interpretazione dei risultati.

Pertanto, abbiamo definito quattro distinti gruppi di trattamento, in cui tutti i pazienti hanno iniziato la terapia entro 48 ore da una diagnosi consolidata di COVID-19: cloroquina da sola, cloroquina con un macrolide, idrossicloroquina da sola o idrossicloroquina con un macrolide. Tutti gli altri pazienti inclusi sono stati la popolazione di controllo. abbiamo definito quattro distinti gruppi di trattamento, in cui tutti i pazienti hanno iniziato la terapia entro 48 ore da una diagnosi consolidata di COVID-19: cloroquina da sola, cloroquina con un macrolide, solo idrossicloroquina o idrossicloroquina con un macrolide.

Tutti gli altri pazienti inclusi sono stati la popolazione di controllo. abbiamo definito quattro distinti gruppi di trattamento, in cui tutti i pazienti hanno iniziato la terapia entro 48 ore da una diagnosi consolidata di COVID-19: cloroquina da sola, cloroquina con un macrolide, solo idrossicloroquina o idrossicloroquina con un macrolide. Tutti gli altri pazienti inclusi sono stati usati come popolazione di controllo.

### **Raccolta dati**

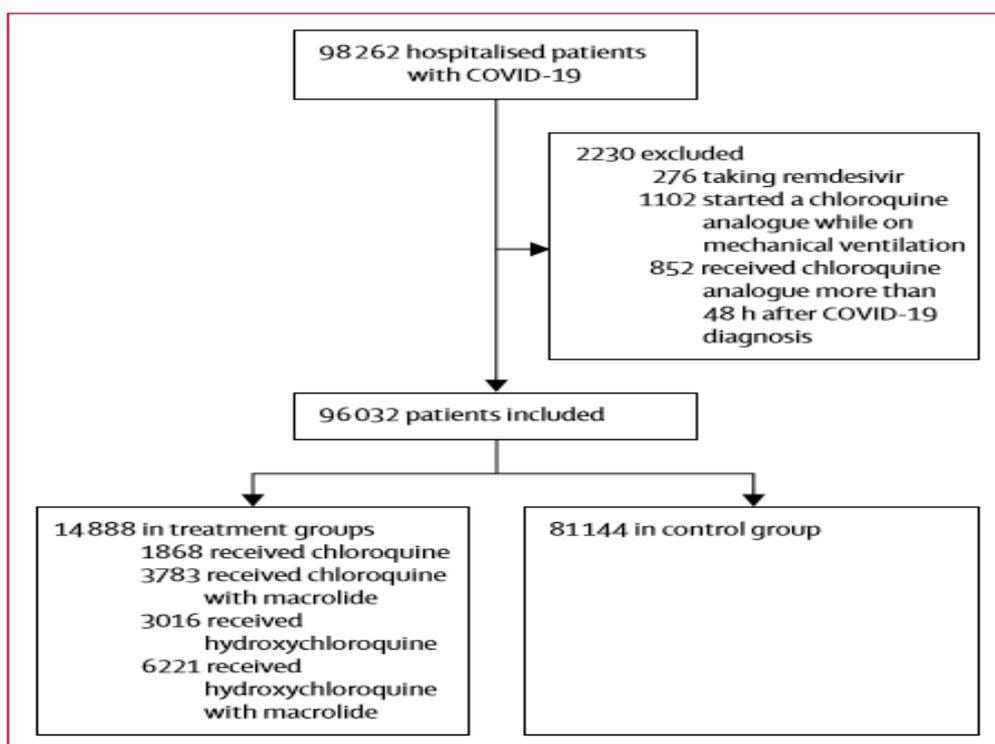
Sono stati ottenuti dati demografici dei pazienti, inclusi età, indice di massa corporea (BMI), sesso, razza o etnia e continente di origine. Sono state raccolte comorbidità preesistenti (basate sulla classificazione internazionale delle malattie, decima revisione, codici di modifica clinica) presenti nelle cartelle cliniche elettroniche di ricovero ordinario o ambulatoriali, che includevano malattie cardiovascolari (inclusa malattia coronarica, insufficienza cardiaca congestizia e storia di aritmia cardiaca), storia attuale o precedente di fumo, storia di ipertensione, diabete, iperlipidemia o broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e presenza di una condizione immunosoppressa (uso di steroidi, condizione immunologica preesistente o chemioterapia attuale in soggetti con cancro).

Abbiamo raccolto dati sull'uso dei farmaci al basale, tra cui farmaci cardiaci (inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina [ACE], bloccanti del recettore dell'angiotensina e statine) o uso di terapia antivirale diversa dai regimi farmacologici oggetto di valutazione. È stato registrato l'inizio dell'idrossicloroquina o della cloroquina durante il ricovero ospedaliero, incluso il tempo di iniziazione.

L'uso di macrolidi di seconda generazione, in particolare azitromicina e claritromicina, è stato registrato in modo simile. È stata calcolata una rapida valutazione dell'insufficienza d'organo correlata alla sepsi (qSOFA) per l'inizio della terapia (incluso un calcolo con punteggio dello stato mentale, della frequenza respiratoria e della pressione sistolica) e della saturazione di ossigeno (SPO<sub>2</sub>). È stato registrato l'inizio dell'idrossicloroquina o della cloroquina durante il ricovero ospedaliero, incluso il tempo di iniziazione. L'uso di macrolidi di seconda generazione, in particolare azitromicina e claritromicina, è stato registrato in modo simile.

È stata calcolata una rapida valutazione dell'insufficienza d'organo correlata alla sepsi (qSOFA) per l'inizio della terapia (incluso un calcolo con punteggio dello stato mentale, della frequenza respiratoria e della pressione sistolica) e della saturazione di ossigeno (SPO<sub>2</sub>). È stato registrato l'inizio dell'idrossicloroquina o della cloroquina durante il ricovero ospedaliero, incluso il tempo di iniziazione. L'uso di macrolidi di seconda generazione, in particolare azitromicina e claritromicina, è stato registrato in modo simile.

È stata calcolata una rapida valutazione dell'insufficienza d'organo correlata alla sepsi (qSOFA) per l'inizio della terapia (incluso un calcolo con punteggio dello stato mentale, della frequenza respiratoria e della pressione sistolica) e della saturazione di ossigeno (SPO<sub>2</sub>) sull'aria ambiente è stata registrata, come misura della gravità della malattia.



**Figure 1: Study profile**

## Esiti

L'outcome primario di interesse era l'associazione tra l'uso di un regime terapeutico contenente cloroquina o idrossicloroquina (con o senza macrolidi di seconda generazione) quando iniziato subito dopo la diagnosi di COVID-19 con l'endpoint della mortalità ospedaliera.

L'endpoint secondario di interesse era l'associazione tra questi regimi di trattamento e l'insorgenza di aritmie ventricolari clinicamente significative (definite come la prima occorrenza di una tachicardia ventricolare non sostenuta o di una fibrillazione ventricolare non sostenuta). Abbiamo anche analizzato i tassi di progressione verso l'uso della ventilazione meccanica e la durata totale (in giorni) delle unità di terapia intensiva per i pazienti di ciascun gruppo.

## Analisi statistica

Per l'analisi primaria della mortalità in ospedale, abbiamo controllato i fattori di confondimento, tra cui variabili demografiche, comorbidità, gravità della malattia alla presentazione clinica e altri trattamenti farmacologici (farmaci cardiaci e altre terapie antivirali).

Le variabili categoriali sono mostrate come frequenze e percentuali e variabili continue come medie con deviazioni standard. Il confronto di dati continui tra i gruppi è stato effettuato utilizzando il t-test non appaiato e dati categorici sono stati confrontati usando il test esatto di Fisher. Un valore  $p$  inferiore a 0.05 è stato considerato significativo.

L'imputazione multipla per i valori mancanti non è stata possibile perché per le variabili relative a malattie e farmaci non esistevano codici che indicavano la mancanza di dati; se la cartella clinica elettronica del paziente non includeva informazioni su una caratteristica clinica, si presumeva che la caratteristica non fosse presente.

L'analisi di regressione dei rischi proporzionali di Cox è stata effettuata per valutare l'effetto di età, sesso, razza o etnia (usando la razza bianca come gruppo di riferimento), comorbidità (BMI, presenza di malattia coronarica, presenza di insufficienza cardiaca congestizia, storia di aritmia cardiaca, diabete o BPCO, attuale fumatore, anamnesi di ipertensione, stato immunocompromesso e anamnesi di iperlipidemia), farmaci (farmaci cardiaci, antivirali e regimi terapeutici di interesse) e punteggio di gravità della malattia (qSOFA <1 e SPO 2<94%) sul rischio di aritmia ventricolare clinicamente significativa (utilizzando il tempo dall'ammissione alla prima occorrenza, o se l'evento non si è verificato, al momento della dimissione) e mortalità (utilizzando il tempo dall'ammissione alla mortalità o dimissione ospedaliera) .

Età e BMI sono stati trattati come variabili continue e tutti gli altri dati sono stati trattati come variabili categoriali nel modello.

Dal modello, sono stati stimati i rapporti di rischio (HR) con IC al 95% per le variabili incluse per determinare il loro effetto sul rischio di mortalità in ospedale (endpoint primario) o successiva ventilazione meccanica o morte (endpoint composito). È stata confermata l'indipendenza dei tempi di sopravvivenza (o tempo alla prima aritmia per l'analisi dell'aritmia ventricolare). La proporzionalità tra i predittori e il pericolo è stata convalidata attraverso una valutazione dei residui di Schoenfeld, che ha trovato  $p>0.05$  e ne ha quindi confermata la proporzionalità.

Per ridurre al minimo l'effetto di fattori di confondimento, un'analisi di corrispondenza del punteggio di propensione è stata eseguita individualmente per ciascuno dei quattro gruppi di trattamento rispetto a un gruppo di controllo che non ha ricevuto alcuna forma di tale terapia. Per ciascun gruppo di trattamento, è stato identificato un controllo di corrispondenza separato utilizzando criteri di corrispondenza del punteggio esatto e di propensione con un valore di 0.001.

Questo metodo è stato utilizzato per fornire una stretta approssimazione di dati demografici, comorbidità, gravità della malattia e farmaci di base tra i pazienti. Il punteggio di propensione era basato sulle seguenti variabili: età, BMI, genere, razza o etnia, comorbidità, uso di ACE-inibitori, uso di statine, uso di bloccanti del recettore dell'angiotensina, trattamento con altri antivirali, punteggio qSOFA inferiore a 1 e SPO 2 inferiore al 94% sull'aria ambiente. I pazienti erano ben abbinati, con stime della differenza media standardizzate inferiori al 10% per tutti i parametri abbinati.

Ulteriori analisi sono state fatte per esaminare la solidità delle stime inizialmente ottenute. Sono state eseguite analisi individuali per continente di origine e analisi aggiustate per sesso utilizzando modelli di rischi proporzionali di Cox.

È stata anche effettuata un'analisi del punto di non ritorno (un'analisi che mostra la dimensione dell'effetto e la prevalenza di un confonditore non misurato che potrebbe spostare il limite superiore dell'IC verso il valore nullo). Tutte le analisi statistiche sono state fatte con R versione 3.6.3 e SPSS versione 26.

	Survivors (n=85 334)	Non-survivors (n=10 698)	p value
Age, years	53.1 (17.5)	60.0 (17.6)	<0.0001
BMI, kg/m <sup>2</sup>	27.0 (5.1)	31.8 (6.4)	<0.0001
Obese, BMI >30 kg/m <sup>2</sup>	22 992 (26.9%)	6518 (60.9%)	<0.0001
Sex			
Female	40 169 (47.1%)	4257 (39.8%)	<0.0001
Male	45 165 (52.9%)	6 441 (60.2%)	<0.0001
Race or ethnicity			
White	57 503 (67.4%)	6 717 (62.8%)	<0.0001
Black	7 219 (8.5%)	1 835 (17.2%)	<0.0001
Hispanic	4 948 (5.8%)	1 030 (9.6%)	<0.0001
Asian	12 657 (14.8%)	862 (8.1%)	<0.0001
Native American	1 023 (1.2%)	56 (0.5%)	<0.0001
Other	1 984 (2.3%)	198 (1.9%)	0.0019
Comorbidities at baseline			
Coronary artery disease	9 777 (11.5%)	2 360 (22.1%)	<0.0001
Congestive heart failure	1 828 (2.1%)	540 (5.0%)	<0.0001
Arrhythmia	2 700 (3.2%)	681 (6.4%)	<0.0001
Diabetes	10 963 (12.8%)	2 297 (21.5%)	<0.0001
Hypertension	21 948 (25.7%)	3 862 (36.1%)	<0.0001
Hyperlipidaemia	26 480 (31.0%)	3 718 (34.8%)	<0.0001
COPD	2 603 (3.1%)	574 (5.4%)	<0.0001
Current smoker	7 972 (9.3%)	1 516 (14.2%)	<0.0001
Former smoker	14 681 (17.2%)	1 872 (17.5%)	0.45
Immunocompromised	2 406 (2.8%)	462 (4.3%)	<0.0001
Medications			
ACE inhibitor	7 521 (8.8%)	428 (4.0%)	<0.0001
Statin	8 506 (10.0%)	739 (6.9%)	<0.0001
Angiotensin receptor blocker	5 190 (6.1%)	659 (6.2%)	0.75
Antiviral	35 189 (41.2%)	3 738 (34.9%)	<0.0001
Disease severity			
qSOFA <1	71 457 (83.7%)	7 911 (73.9%)	<0.0001
SPO <sub>2</sub> <94%	7 188 (8.4%)	2 129 (19.9%)	<0.0001
Treatment group			
Chloroquine alone	1 561 (1.8%)	307 (2.9%)	<0.0001
Chloroquine with macrolide*	2 944 (3.4%)	839 (7.8%)	<0.0001
Hydroxychloroquine alone	2 473 (2.9%)	543 (5.1%)	<0.0001
Hydroxychloroquine with macrolide*	4 742 (5.6%)	1 479 (13.8%)	<0.0001
Outcomes			
De-novo ventricular arrhythmia	839 (1.0%)	400 (3.7%)	<0.0001
Non-ICU length of stay, days	9.0 (6.2)	9.8 (7.4)	<0.0001
ICU length of stay, days	2.1 (3.7)	9.4 (10.6)	<0.0001
Total length of stay, days	11.1 (7.3)	19.2 (14.4)	<0.0001
Mechanical ventilation	4 821 (5.6%)	4 533 (42.4%)	<0.0001

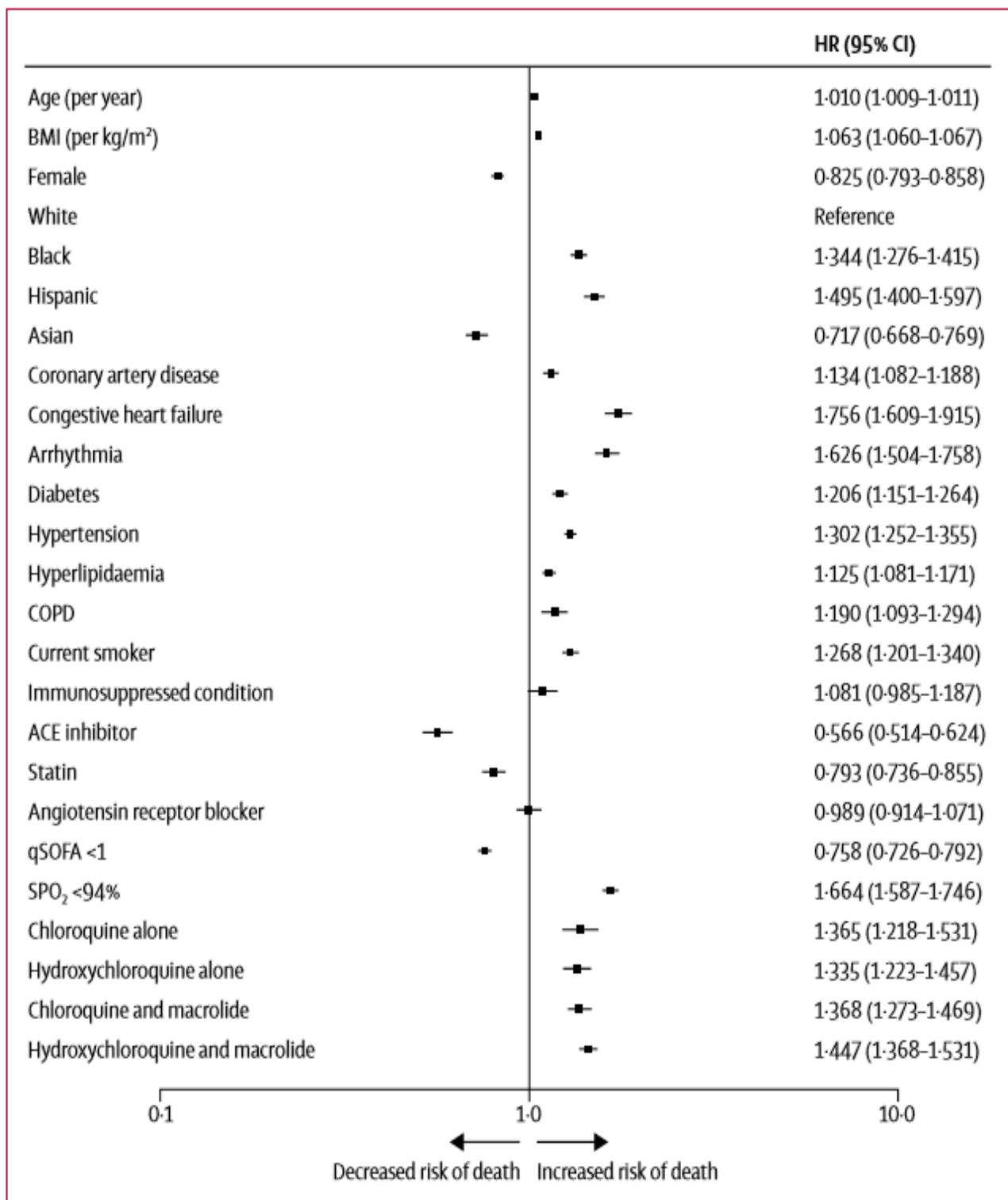
Data are mean (SD) or n (%). BMI=body-mass index. COPD=chronic obstructive pulmonary disease. ACE=angiotensin-converting enzyme. qSOFA=quick sepsis-related organ failure assessment. SPO<sub>2</sub>=oxygen saturation. ICU=intensive care unit. \*Macrolides include only azithromycin or clarithromycin.

**Table 1: Demographics and comorbidities of patients by survival or non-survival during hospitalisation**

	Control group (n=81144)	Chloroquine (n=1868)	Chloroquine with macrolide* (n=3783)	Hydroxychloroquine (n=3016)	Hydroxychloroquine with macrolide* (n=6221)
Age, years	53.6 (17.6)	55.1 (18.0)	54.9 (17.7)	55.1 (17.9)	55.2 (17.7)
BMI, kg/m <sup>2</sup>	27.4 (5.4)	27.8 (6.1)	28.2 (5.8)	28.4 (5.9)	28.5 (5.9)
Sex					
Female	37716 (46.5%)	845 (45.2%)	1718 (45.4%)	1388 (46.0%)	2759 (44.3%)
Male	43428 (53.5%)	1023 (54.8%)	2065 (54.6%)	1628 (54.0%)	3462 (55.7%)
Race or ethnicity					
White	54403 (67.1%)	1201 (64.3%)	2418 (63.9%)	2074 (68.8%)	4124 (66.3%)
Black	7519 (9.3%)	203 (10.9%)	369 (9.8%)	287 (9.5%)	676 (10.9%)
Hispanic	4943 (6.1%)	108 (5.8%)	273 (7.2%)	194 (6.4%)	460 (7.4%)
Asian	11504 (14.2%)	301 (16.1%)	603 (15.9%)	366 (12.1%)	745 (12.0%)
Native American	922 (1.1%)	19 (1.0%)	37 (1.0%)	33 (1.1%)	68 (1.1%)
Other	1853 (2.3%)	36 (1.9%)	83 (2.2%)	62 (2.1%)	148 (2.4%)
Comorbidities					
Coronary artery disease	10076 (12.4%)	284 (15.2%)	515 (13.6%)	421 (14.0%)	841 (13.5%)
Congestive heart failure	1949 (2.4%)	50 (2.7%)	103 (2.7%)	78 (2.6%)	188 (3.0%)
Arrhythmia	2861 (3.5%)	63 (3.4%)	126 (3.3%)	108 (3.6%)	223 (3.6%)
Diabetes	11058 (13.6%)	258 (13.8%)	584 (15.4%)	447 (14.8%)	913 (14.7%)
Hypertension	21437 (26.4%)	560 (30.0%)	1095 (28.9%)	891 (29.5%)	1827 (29.4%)
Hyperlipidaemia	25538 (31.5%)	607 (32.5%)	1164 (30.8%)	941 (31.2%)	1948 (31.3%)
COPD	2647 (3.3%)	55 (2.9%)	144 (3.8%)	111 (3.7%)	220 (3.5%)
Current smoker	7884 (9.7%)	190 (10.2%)	428 (11.3%)	342 (11.3%)	644 (10.4%)
Former smoker	14049 (17.3%)	321 (17.2%)	648 (17.1%)	509 (16.9%)	1026 (16.5%)
Immunocompromised	2416 (3.0%)	53 (2.8%)	122 (3.2%)	90 (3.0%)	187 (3.0%)
Baseline disease severity					
qSOFA <1	67316 (83.0%)	1530 (81.9%)	3051 (80.7%)	2477 (82.1%)	4994 (80.3%)
SPO <sub>2</sub> <94%	7721 (9.5%)	209 (11.2%)	413 (10.9%)	323 (10.7%)	651 (10.5%)
Outcomes					
De-novo ventricular arrhythmia	226 (0.3%)	81 (4.3%)	246 (6.5%)	184 (6.1%)	502 (8.1%)
Non-ICU length of stay, days	9.1 (6.4)	8.8 (6.2)	9.0 (6.6)	8.9 (6.2)	9.1 (6.7)
ICU length of stay, days	2.6 (5.0)	4.3 (6.8)	4.9 (8.1)	4.3 (6.8)	4.7 (7.8)
Total length of stay, days	11.7 (8.4)	13.2 (9.1)	13.8 (11.0)	13.2 (9.3)	13.8 (10.7)
Mechanical ventilation	6278 (7.7%)	403 (21.6%)	814 (21.5%)	616 (20.4%)	1243 (20.0%)
Mortality	7530 (9.3%)	307 (16.4%)	839 (22.2%)	543 (18.0%)	1479 (23.8%)
Ventilator or mortality	10703 (13.2%)	531 (28.4%)	1288 (34.0%)	877 (29.1%)	2120 (34.1%)

Data are mean (SD) or n (%). BMI=body-mass index. COPD=chronic obstructive pulmonary disease. qSOFA=quick sepsis-related organ failure assessment. SPO<sub>2</sub>=oxygen saturation. ICU=intensive care unit. \*Macrolides include only clarithromycin and azithromycin.

**Table 2: Patient demographics and characteristics by treatment group**



**Figure 2: Independent predictors of in-hospital mortality**

Age and BMI are continuous variables. The 95% CIs have not been adjusted for multiple testing and should not be used to infer definitive effects. ACE=angiotensin-converting enzyme. BMI=body mass index. COPD=chronic obstructive pulmonary disease. HR=hazard ratio. qSOFA=quick sepsis-related organ failure assessment. SPO<sub>2</sub>=oxygen saturation.

## Ruolo della fonte di finanziamento

Il finanziatore dello studio non ha avuto alcun ruolo nella progettazione dello studio, nella raccolta dei dati, nell'analisi dei dati, nell'interpretazione dei dati o nella stesura del rapporto. L'autore corrispondente e coautore ANP aveva pieno accesso a tutti i dati dello studio e aveva la responsabilità finale della decisione di presentare la pubblicazione.

## Risultati

96.032 pazienti ospedalizzati in 671 ospedali sono stati diagnosticati con COVID-19 tra il 20 dicembre 2019 e il 14 aprile 2020 e hanno soddisfatto i criteri di inclusione per questo studio ( figura 1 ). Tutti i pazienti inclusi hanno completato il corso ospedaliero (dimesso o deceduto) entro il 21 aprile 2020. I pazienti ricoverati in ospedale durante il periodo di studio senza un corso completo non potevano essere analizzati.

La coorte di studio ha incluso 63.315 (65,9%) pazienti dal Nord America, 16.574 (17,3%) dall'Europa, 8.101 (8,4%) dall'Asia, 4.402 (4,6%) dall'Africa, 3.577 ( 3,7%) dal Sud America e 63 (0,1%) dall'Australia (i dettagli sul numero di ospedali per continente sono presentati in appendice –(p 3 ). L'età media era di 53.8 anni (SD 17.6), 44.426 (46.3%) erano donne, l'IMC medio era 27.6 kg / m<sup>2</sup>(SD 5.5; 29.510 [30.7%] erano obesi con BMI ≥30 kg / m<sup>2</sup> ), 64.220 (66.9%) erano bianchi, 9.054 (9.4%) erano neri, 5.978 (6.2%) erano ispanici e 13.519 (14,1%) erano di origine asiatica ( appendice p 4).

In termini di comorbidità, 30.198 (31,4%) avevano iperlipidemia, 25.810 (26-9%) avevano ipertensione, 13.260 (13,8%) avevano diabete, 3.177 (3%) avevano BPCO, 2.868 (3.0%) presentava una condizione immunosoppressiva sottostante, 16.553 (17.2%) erano ex fumatori e 9.488 (9.9%) erano attuali fumatori. In termini di malattie cardiovascolari preesistenti, 12.137 (12.6%) avevano una malattia coronarica, 2.368 (2.5%) avevano una storia di insufficienza cardiaca congestizia e 3.381 (3.5%) avevano una storia di aritmia.

La durata media della degenza in ospedale è stata di 9.1 giorni (SD 6.4), con una mortalità ospedaliera complessiva di 10.698 (11.1%) su 96.032. L'uso di altri antivirali è stato registrato in 38.927 (40.5%) pazienti come trattamento per COVID-19. Gli antivirali più comuni erano lopinavir con ritonavir (12.304 [31.6%]), ribavirina (7.904 [20.3%]) e oseltamivir (5.101 [13.1%]).

I gruppi di trattamento includevano 1.868 pazienti a cui era stata somministrata la cloroquina da sola, 3.016 a cui era stata somministrata solo l'idrossicloroquina, 3.783 a cui era stata somministrata la cloroquina con un macrolide e 6.221 a cui è stata somministrata idrossicloroquina e un macrolide. Il tempo medio dall'ospedalizzazione alla diagnosi di COVID-19 è stato di 2 giorni (IQR 1–4).

La dose giornaliera media e la durata dei vari regimi farmacologici erano i seguenti: cloroquina da sola, 765 mg (SD 308) e 6.6 giorni (2.4); idrossicloroquina da sola, 596 mg (126) e 4.2 giorni (1.9); cloroquina con un macrolide, 790 mg (320) e 6.8 giorni (2.5); e idrossicloroquina con un macrolide, 597 mg (128) e 4.3 giorni (2.0). Ulteriori dettagli sulla coorte di studio sono forniti nell'appendice (pagg. 4-5) .

Le variabili demografiche e le comorbidità sono state confrontate tra sopravvissuti e non sopravvissuti (tabella 1). I non sopravvissuti erano più anziani, maggiore probabilità di essere obesi, uomini, essere di colore o ispanici, con il diabete, iperlipidemia, malattia coronarica, insufficienza cardiaca congestizia e una storia precedente di aritmie. Anche i non sopravvissuti avevano maggiori probabilità di avere BPCO e di aver riferito di fumare attualmente.

La distribuzione di dati demografici, comorbidità e risultati tra i quattro gruppi di trattamento sono mostrati nella tabella 2 . Non sono state riscontrate differenze significative tra i gruppi tra le caratteristiche di base o le comorbidità. Le aritmie ventricolari erano più comuni nei gruppi di trattamento rispetto alla popolazione di

controllo. La mortalità era più elevata nei gruppi di trattamento rispetto alla popolazione di controllo ( $p < 0.0001$ ; appendice pp 15–18).

I fattori predittori indipendenti di mortalità in ospedale sono mostrati nella figura 2. Età, BMI, razza nera o etnia ispanica (contro razza bianca), malattia coronarica, insufficienza cardiaca congestizia, storia di aritmia, diabete, ipertensione, iperlipidemia, BPCO, attuale fumatore e condizione immunosoppressa sono stati associati a un rischio più elevato di morte in ospedale. Il sesso femminile, l'etnia di origine asiatica, l'uso di ACE-inibitori (ma non i bloccanti del recettore dell'angiotensina) e l'uso di statine erano associati a un ridotto rischio di mortalità in ospedale.

Le analisi di regressione multivariata di Cox per continente sono riportate nell'appendice (pp 6–11), nonché i dati delle analisi di regressione logistica multivariata regolate dal sesso (pp 12–13) e un'analisi separata della regressione di Cox per l'endpoint combinato di ventilazione meccanica o mortalità (p 14).

I predittori indipendenti di aritmia ventricolare sono mostrati nella figura 3. La coronaropatia, l'insufficienza cardiaca congestizia, l'anamnesi di aritmia cardiaca e la BPCO sono state associate in modo indipendente ad un aumentato rischio di nuove aritmie ventricolari durante il ricovero. Rispetto al gruppo di controllo (0.3%), l'idrossiclorochina da sola (6.1%; HR 2.369, 95% CI 1.935–2.900), l'idrossiclorochina con un macrolide (8.1%; 5.106, 4.106–5.983), la sola cloroquina (4.3%; 3.561, 2.760–4.596) e la cloroquina con un macrolide (6.5%; 4.011, 3.344–4.812) sono stati associati in modo indipendente ad un aumentato rischio di insorgenza di aritmia ventricolare durante il ricovero in ospedale.

Le analisi che utilizzano l'abbinamento del punteggio di propensione per gruppo di trattamento sono riportate nell'appendice (pagg. 15–18). I risultati hanno indicato che le associazioni tra i regimi farmacologici e la mortalità, la necessità di ventilazione meccanica, la durata della permanenza e l'insorgenza di nuove aritmie ventricolari erano coerenti con l'analisi primaria.

È stata effettuata un'analisi del punto di non ritorno per valutare gli effetti di un confonditore non misurato sui risultati significativi con idrossiclorochina o cloroquina (appendice pagg. 19–20). Per la cloroquina, l'idrossiclorochina e la cloroquina con un macrolide, un ipotetico confonditore binario non osservato con una prevalenza del 50% nella popolazione esposta avrebbe bisogno di avere un HR di 1,5% per ribaltare questa analisi a non significatività al livello del 5%. Per un confronto con i confondenti osservati in questo studio, se l'insufficienza cardiaca congestizia (che ha una HR di 1.756) fosse lasciata fuori dal modello, dovrebbe avere una prevalenza di circa il 30% nella popolazione per portare a confondere l'analisi.

Allo stesso modo, per l'idrossiclorochina con un macrolide, un ipotetico confonditore binario non osservato con una prevalenza del 37% nella popolazione esposta dovrebbe avere un HR di 2.0 per ribaltare questa analisi alla non significatività al livello del 5%. Ancora, insufficienza cardiaca congestizia (che ha un HR di 1.756) avrebbe bisogno di avere una prevalenza di circa il 50% nella popolazione per portare a confondere l'analisi, se non fosse stato corretto nel modello di rischio proporzionale di Cox.

## Discussione

In questa grande analisi multinazionale del mondo reale, non abbiamo osservato alcun beneficio dell'idrossiclorochina o della cloroquina (quando usata da sola o in combinazione con un macrolide) sugli esiti in ospedale, quando iniziata subito dopo la diagnosi di COVID-19. Ciascuno dei regimi farmacologici di cloroquina o idrossiclorochina da solo o in combinazione con un macrolide era associato ad un aumentato rischio di insorgenza clinicamente significativa di aritmie ventricolari e aumento del rischio di morte in ospedale con COVID-19.

L'uso di idrossiclorochina o cloroquina nel COVID-19 si basa sulla pubblicità diffusa di piccoli studi non controllati, che hanno suggerito che la combinazione di idrossiclorochina con macrolide azitromicina ha avuto successo nel cancellare la replicazione virale. (7) Il 28 marzo 2020, la FDA ha rilasciato un'autorizzazione all'uso in emergenza per questi farmaci nei pazienti se l'accesso alla sperimentazione clinica non era disponibile. (12) Altri paesi, come la Cina, hanno pubblicato linee guida che consentono l'uso della cloroquina in COVID-19. (13) Diversi paesi hanno immagazzinato i farmaci e sono state riscontrate carenze di indicazioni approvate, come per le malattie autoimmuni e l'artrite reumatoide. (10) Una revisione osservativa retrospettiva di 368 uomini con COVID-19 trattati negli ospedali degli Stati Uniti per i veterani ha sollevato preoccupazioni sul fatto che l'uso dell'idrossiclorochina fosse associato a un maggiore rischio di morte; tuttavia, le caratteristiche di base tra i gruppi analizzati erano diverse e la possibilità di distorsioni non può essere esclusa. (14)

Un altro studio osservazionale su 181 pazienti dalla Francia ha riferito che l'uso di idrossiclorochina alla dose di 600 mg al giorno non era associato a un beneficio clinico misurabile in pazienti con polmonite COVID-19. (15) La nostra analisi su larga scala, internazionale, nel mondo reale supporta l'assenza di un beneficio clinico di cloroquina e idrossiclorochina e indica potenziali danni nei pazienti ospedalizzati con COVID-19.

La cloroquina e l'idrossiclorochina sono associate a preoccupanti tossicità cardiovascolari, in particolare a causa della loro relazione nota con l'instabilità elettrica, caratterizzata dal prolungamento dell'intervallo QT (il tempo impiegato per la depolarizzazione e la ripolarizzazione ventricolari). Questo meccanismo si riferisce al blocco del canale di potassio hERG, (16) che allunga la ripolarizzazione ventricolare e la durata dei potenziali di azione ventricolari. In condizioni specifiche, le post-depolarizzazioni precoci possono scatenare aritmie ventricolari. (9)

Tale propensione alla scatenamento dell'aritmia è più spesso osservata in soggetti con patologie cardiovascolari strutturali e durante la malattia COVID-19 è stato riportato che il danno cardiaco si manifesta ad alta frequenza. (17, 18). Inoltre, gli individui con malattie cardiovascolari rappresentano una popolazione vulnerabile che sperimenta risultati peggiori con COVID-19. (19, 20). Studi patologici hanno evidenziato disordini nell'endotelio vascolare e una vasculite diffusa osservata in più organi in COVID-19. (21)

Se i pazienti con patologie cardiovascolari sottostanti e quelli che presentano nuove lesioni cardiovascolari hanno una maggiore predilezione per le aritmie ventricolari con cloroquina o i suoi analoghi, rimane incerto ma plausibile. COVID-19 è esemplificato dalla replicazione virale iniziale seguita da un'infiammazione sistemica potenziata. (22) L'uso di cloroquina o idrossiclorochina in combinazione con un macrolide è progettato per utilizzare le loro proprietà antimicrobiche in modo sinergico. (23) I macrolidi, come l'azitromicina e la claritromicina, sono antibiotici con effetti immunomodulatori e antinfiammatori. (24)

Tuttavia, questi farmaci prolungano l'intervallo QT e aumentano il rischio di morte cardiaca improvvisa. (8, 9) In un'analisi preliminare, Borba e colleghi (25) hanno riportato uno studio randomizzato in doppio cieco con 81 pazienti adulti ricoverati in ospedale con grave COVID-19 presso una struttura terziaria in Brasile. Questo studio ha suggerito che una dose più elevata di cloroquina rappresentava un pericolo per la sicurezza, specialmente se assunta in concomitanza con azitromicina e oseltamivir. In un altro studio di coorte su 90 pazienti con polmonite COVID-19, Mercurio e colleghi (26) hanno trovato che l'uso concomitante di un macrolide era associato a un cambiamento maggiore nell'intervallo QT corretto.

Il nostro studio non ha esaminato l'intervallo QT ma invece ha analizzato direttamente il rischio di aritmie ventricolari clinicamente significative. Abbiamo mostrato un'associazione indipendente dell'uso di idrossiclorochina o cloroquina con l'insorgenza di aritmie ventricolari de-novo. Notiamo anche che il rischio di nuove aritmie ventricolari è aumentato quando i farmaci sono stati usati in combinazione con un macrolide.

Nella nostra analisi, che era dominata da pazienti del Nord America, abbiamo notato che un indice di massa corporea più elevato è emerso come un indicatore di rischio per una peggiore sopravvivenza in ospedale. L'obesità è un noto fattore di rischio per aritmie cardiache e morte cardiaca improvvisa. (27, 28)

Le aritmie più comunemente riportate sono la fibrillazione atriale e la tachicardia ventricolare. Sebbene l'età, la razza e l'IMC fossero predittivi di un aumentato rischio di morte con COVID-19, nella nostra analisi, non sono stati trovati associati con un aumentato rischio di aritmie ventricolari nella nostra analisi di regressione multivariata. Le uniche variabili che sono risultate predittive indipendenti delle aritmie ventricolari erano i quattro regimi di trattamento, insieme alle patologie cardiovascolari e alla BPCO sottostanti.

Pertanto, la presenza di comorbidità cardiovascolare nella popolazione in studio potrebbe parzialmente spiegare il rischio osservato di aumento della tossicità cardiovascolare con l'uso di cloroquina o idrossicloroquina, specialmente se usato in combinazione con macrolidi. In questa indagine, in linea con i nostri precedenti risultati in una coorte più piccola di 8.910 pazienti, (20) abbiamo scoperto che le donne e i pazienti in trattamento con ACE-inibitori (ma non con i bloccanti del recettore dell'angiotensina) o statine avevano una mortalità inferiore con COVID-19.

Questi risultati implicano che i farmaci che stabilizzano la funzione cardiovascolare e migliorano la disfunzione delle cellule endoteliali potrebbero migliorare la prognosi, indipendentemente dall'uso di combinazioni di farmaci cardiotossici. (21)

Il nostro studio ha diversi limiti. L'associazione della riduzione della sopravvivenza con i regimi di trattamento con idrossicloroquina o cloroquina deve essere interpretata con cautela. A causa del disegno dello studio osservazionale, non possiamo escludere la possibilità di fattori di confondimento non misurati, sebbene abbiamo notato in modo rassicurante la coerenza tra l'analisi primaria e il punteggio di propensione analizzato. Tuttavia, non si deve dedurre una relazione di causa-effetto tra terapia farmacologica e sopravvivenza.

Questi dati non si applicano all'uso di alcun regime terapeutico utilizzato in ambito ambulatoriale o extraospedaliero. Saranno necessari studi clinici randomizzati prima di raggiungere qualsiasi conclusione in merito al beneficio o al danno di questi agenti nei pazienti COVID-19. Notiamo anche che sebbene abbiamo valutato la relazione tra i regimi di trattamento farmacologico e l'insorgenza di aritmie ventricolari, non abbiamo misurato gli intervalli QT, né abbiamo stratificato il modello di aritmia (come la torsione di punta).

Inoltre, non è stato stabilito se l'associazione tra un aumentato rischio di morte in ospedale e l'uso dei regimi farmacologici sia direttamente correlata al loro rischio cardiovascolare, né abbiamo condotto un'analisi dose-risposta del farmaco sui rischi osservati. Anche se queste limitazioni suggeriscono un'interpretazione prudente dei risultati, riteniamo che l'assenza di qualsiasi beneficio osservato possa comunque rappresentare una motivazione ragionevole.

In sintesi, questo studio multinazionale, osservazionale, nel mondo reale su pazienti con COVID-19 che necessitano di ricovero in ospedale ha scoperto che l'uso di un regime contenente idrossicloroquina o cloroquina (con o senza macrolidi) non era associato a prove di beneficio, ma invece era associato con un aumento del rischio di aritmie ventricolari e un rischio maggiore di morte in ospedale con COVID-19. Questi risultati suggeriscono che questi regimi farmacologici non devono essere usati al di fuori degli studi clinici ed è necessaria una conferma urgente dagli studi clinici randomizzati.

## **Collaboratori**

Lo studio è stato ideato e progettato da MRM e ANP. L'acquisizione dei dati e l'analisi statistica dei dati sono state supervisionate ed eseguite da SSD. MRM ha redatto il manoscritto e tutti gli autori hanno partecipato alla revisione critica del manoscritto per importanti contenuti intellettuali. MRM e ANP hanno supervisionato lo studio. Tutti gli autori hanno approvato il manoscritto finale ed erano responsabili della decisione di presentarlo per la pubblicazione.

## Dichiarazione di interessi

MRM riceve commissioni personali da Abbott, Medtronic, Janssen, Mesoblast, Portola, Bayer, Baim Institute for Clinical Research, NupulseCV, FineHeart, Leviticus, Roivant e Triple Gene. SSD è il fondatore di Surgisphere Corporation. FR è stato pagato per il tempo trascorso come membro del comitato per sperimentazioni cliniche, consigli consultivi, altre forme di consulenza e conferenze o presentazioni; questi pagamenti sono stati effettuati direttamente all'Università di Zurigo e non sono stati ricevuti pagamenti personali in relazione a questi studi o altre attività. ANP non dichiara interessi in conflitto.

## Ringraziamenti

Lo sviluppo e la manutenzione del database collaborativo sugli esiti chirurgici è stato finanziato da Surgisphere Corporation (Chicago, IL, USA). Questo studio è stato supportato dalla William Harvey Distinguished Chair in Advanced Cardiovascular Medicine presso Brigham and Women's Hospital (Boston, MA, USA). Ringraziamo Jide Olayinka (Surgisphere) per la sua utile revisione statistica del manoscritto.

## Esiti

L'outcome primario di interesse era l'associazione tra l'uso di un regime terapeutico contenente cloroquina o idrossicloroquina (con o senza macrolidi di seconda generazione) quando iniziato subito dopo la diagnosi di COVID-19 con l'endpoint della mortalità ospedaliera. L'endpoint secondario di interesse era l'associazione tra questi regimi di trattamento e l'insorgenza di aritmie ventricolari clinicamente significative (definite come la prima occorrenza di una tachicardia ventricolare non sostenuta o di una fibrillazione ventricolare non sostenuta). Abbiamo anche analizzato i tassi di progressione verso l'uso della ventilazione meccanica e la durata totale (in giorni) delle unità di terapia intensiva per i pazienti di ciascun gruppo.

## Analisi statistica

Per l'analisi primaria della mortalità in ospedale, abbiamo controllato i fattori di confondimento, tra cui variabili demografiche, comorbidità, gravità della malattia alla presentazione clinica e altri trattamenti farmacologici (farmaci cardiaci e altre terapie antivirali). Le variabili categoriali sono mostrate come frequenze e percentuali e variabili continue come medie con deviazioni standard.

Il confronto di dati continui tra i gruppi è stato effettuato utilizzando il t-test non appaiato e dati categorici sono stati confrontati usando il test esatto di Fisher. Un valore  $p$  inferiore a 0.05 è stato considerato significativo. L'imputazione multipla per i valori mancanti non è stata possibile perché per le variabili relative a malattie e farmaci non esistevano codici che indicavano la mancanza di dati; se la cartella clinica elettronica del paziente non includeva informazioni su una caratteristica clinica, si presumeva che la caratteristica non fosse presente.

L'analisi di regressione dei rischi proporzionali di Cox è stata effettuata per valutare l'effetto di età, sesso, razza o etnia (usando la razza bianca come gruppo di riferimento), comorbilità (BMI, presenza di malattia coronarica, presenza di insufficienza cardiaca congestizia, storia di aritmia cardiaca, diabete o BPCO, attuale fumatore, anamnesi di ipertensione, stato immunocompromesso e anamnesi di iperlipidemia), farmaci (farmaci cardiaci, antivirali e regimi terapeutici di interesse) e punteggio di gravità della malattia (qSOFA <1 e SPO<sub>2</sub> <94%) sul rischio di aritmia ventricolare clinicamente significativa (utilizzando il tempo dall'ammissione alla prima occorrenza, o se l'evento non si è verificato, al momento della dimissione) e mortalità (utilizzando il tempo dall'ammissione alla mortalità o dimissione ospedaliera).

Età e BMI sono stati trattati come variabili continue e tutti gli altri dati sono stati trattati come variabili categoriali nel modello. Dal modello, sono stati stimati i rapporti di rischio (HR) con IC al 95% per le variabili incluse per determinare il loro effetto sul rischio di mortalità in ospedale (endpoint primario) o successiva

ventilazione meccanica o morte (endpoint composito). È stata confermata l'indipendenza dei tempi di sopravvivenza (o tempo alla prima aritmia per l'analisi dell'aritmia ventricolare). La proporzionalità tra i predittori e il pericolo è stata convalidata attraverso una valutazione dei residui di Schoenfeld, che ha trovato  $p > 0.05$  e ne ha quindi confermata la proporzionalità.

Per ridurre al minimo l'effetto di fattori di confondimento, un'analisi di corrispondenza del punteggio di propensione è stata eseguita individualmente per ciascuno dei quattro gruppi di trattamento rispetto a un gruppo di controllo che non ha ricevuto alcuna forma di tale terapia. Per ciascun gruppo di trattamento, è stato identificato un controllo di corrispondenza separato utilizzando criteri di corrispondenza del punteggio esatto e di propensione con un valore di 0.001.

Questo metodo è stato utilizzato per fornire una stretta approssimazione di dati demografici, comorbidità, gravità della malattia e farmaci di base tra i pazienti. Il punteggio di propensione era basato sulle seguenti variabili: età, BMI, genere, razza o etnia, comorbidità, uso di ACE-inibitori, uso di statine, uso di bloccanti del recettore dell'angiotensina, trattamento con altri antivirali, punteggio qSOFA inferiore a 1 e SPO<sub>2</sub> inferiore al 94% sull'aria ambiente. I pazienti erano ben abbinati, con stime della differenza media standardizzate inferiori al 10% per tutti i parametri abbinati.

Ulteriori analisi sono state fatte per esaminare la solidità delle stime inizialmente ottenute. Sono state eseguite analisi individuali per continente di origine e analisi aggiustate per sesso utilizzando modelli di rischi proporzionali di Cox. È stata anche effettuata un'analisi del punto di non ritorno (un'analisi che mostra la dimensione dell'effetto e la prevalenza di un confonditore non misurato che potrebbe spostare il limite superiore dell'IC verso il valore nullo). Tutte le analisi statistiche sono state fatte con R versione 3.6.3 e SPSS versione 26.



## Anche l'immunità risente dell'età

### COVID-19/Immunità

di Simonetta Pagliani

*Salvo rare eccezioni, i bambini rispondono meglio degli adulti all'infezione da SARS-CoV-2. Quest'osservazione ha dei precedenti nei casi di SARS e MERS; ma da cosa potrebbe dipendere la diversa risposta dei bambini? In che modo l'età influenza il nostro sistema immunitario?*

Crediti immagine: Myo Min Kyaw/Pixabay. Licenza: Pixabay License

Si è visto che anche in Italia, come nel resto del mondo, i bambini, salvo rare eccezioni, rispondono all'infezione da virus SARS-CoV-2 meglio degli adulti (i quali, a loro volta, sviluppano meno degli anziani forme letali di Covid-19). Secondo l'analisi di Epicentro basata su un campione di 31.096 pazienti positivi deceduti, l'età media di chi è morto è 80 anni, di quasi 20 anni più alta del totale di quelli diagnosticati infetti (62 anni).

Nel campione, i pazienti di età inferiore ai 50 anni sono 347 (l'1,1% dei deceduti); i deceduti con meno di 40 anni sono 78, di cui 53 con patologie pre-esistenti (cardiovascolari, renali, psichiatriche, diabete, obesità), 14 con un'anamnesi muta per condizioni di rilievo e 11 con storia clinica ignota.

Queste osservazioni hanno avuto precedenti nella SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*), emersa nel 2002-2003, che ha portato a 8.098 casi e a 774 morti in un periodo di 9 mesi e, dieci anni dopo, nella MERS (*Middle East Respiratory Syndrome*) che ha infettato 2.494 persone con 858 morti: i bambini hanno rappresentato meno del 5% dei soggetti colpiti da entrambi i coronavirus (con una relativa sovra-rappresentazione dei lattanti sotto l'anno d'età). Basandosi sui dati raccolti nei primi due mesi a Wuhan, i bambini positivi asintomatici sono circa il 20%, meno della metà di loro ha febbre e solo il 2% ha bisogno di terapia intensiva, perché anche il risentimento polmonare è clinicamente meno grave.

L'immunità naturale si attiva quando gli acidi nucleici virali sono riconosciuti da particolari sensori della cellula bersaglio (per lo più appartenenti alla famiglia dei *toll-like receptor*, TLR); nell'uomo esistono recettori TLR espressi sulla superficie delle cellule sentinella e altri, invece, dentro le cellule, nel reticolo endoplasmatico e negli endosomi (vescicole citoplasmatiche). Un importante ruolo di questi ultimi è distinguere RNA e DNA di batteri e virus dagli acidi nucleici self, i quali sono confinati nel nucleo e non sono presenti negli endosomi.

Il legame dei recettori con l'antigene virale attiva la produzione di interferoni e di altre citochine, in una risposta di tipo infiammatorio che il virus prova a bloccare producendo propri peptidi: se ha la meglio l'aggressore, vengono richiamati nel luogo di infezione altri macrofagi, con ulteriore produzione di citochine infiammatorie e interferoni.

Questa evoluzione svantaggiosa (la cosiddetta tempesta citochinica) può verificarsi non solo in un anziano defedato, ma anche in un adulto in buona salute: una carica virale particolarmente elevata (come quella cui sono stati esposti i sanitari non protetti dai DPI) induce linfopenia, forse per infezione diretta dei linfociti (provata nella SARS e probabile in Covid-19), che innesca una variante iper-produzione di citochine infiammatorie.

## La gravità della malattia cresce con l'età

Eric Rubin, infettivologo di Harvard ed editore capo del *New England Journal of Medicine*, ipotizza che gli adulti patiscano gli effetti del Covid-19 più dei bambini perché il loro sistema immunitario non riesce a trovare la giusta via di mezzo tra una risposta insufficiente e una risposta eccessiva. Gary Wing-Kin Wong, pneumologo infantile di Hong Kong, che ha firmato con i suoi colleghi di Wuhan un articolo sull'argomento, paragona quest'ultima alla spedizione di un battaglione di carri armati per affrontare ladri che rubano in una casa e che "finisce per distruggere l'intero villaggio".

Tra la minor gravità della malattia nei bambini e quella massima degli anziani vi è un gradiente di situazioni intermedie, che, probabilmente, può essere spiegato sia dal progressivo accumularsi di danni d'organo durante la vita, sia dalle modificazioni del sistema immunitario. Recentemente, anche Stefano Volpi, dell'IRCCS G. Gaslini di Genova, e Samuele Naviglio e Alberto Tommasini, dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, hanno discusso l'interazione tra virus e ospite in rapporto all'età su *Medico e Bambino* (la rivista fondata nel 1982 da Franco Panizon e che ha raccolto l'eredità di quel rigore scientifico unito a umanesimo pragmatico che ha illuminato non solo la pediatria, ma tutta la medicina italiana).

## Invecchiamento, artefatto del progresso

L'articolo si appoggia a una ricchissima citazione di studi, lungo i quali si dipana la fisiopatogenesi dell'interazione tra virus e ospite umano. La trama è avvincente e il finale inesorabile: milioni di anni di evoluzione hanno selezionato il sistema immunitario allo scopo di far sopravvivere l'individuo fino all'età riproduttiva.

L'invecchiamento è solo un "artefatto del progresso", come l'ha definito Leonard Hayflick. Costui, nel 1961, quando da giovane ricercatore coltivava fibroblasti in vitro, aveva visto che le cellule si potevano moltiplicare solo un numero limitato di volte (limite di Hayflick) e, quindici anni più tardi, ha dimostrato che l'enzima DNA polimerasi non riesce a duplicare per intero una molecola di DNA: una piccola parte terminale, definita telomero, rimane non duplicata a ogni replicazione, finché il materiale rimasto è così poco che la cellula si estingue (a distanza di un'altra decina di anni, però, un biologo sovietico ha scoperto che l'enzima telomerasi consente ad alcune linee cellulari di valicare questo limite, allungando i telomeri).

Un declino legato all'età tocca anche alle cellule deputate specificamente alla difesa da agenti infettivi esterni, come i linfociti vergini (*naïve*), decisivi contro le nuove infezioni. Infatti, un sistema immunitario efficace richiede un vasto repertorio di cellule *naïve*, dotate di recettori antigenici diversi: quando l'organismo è esposto a un'infezione sconosciuta, il clone di cellule che ha recettori affini per gli antigeni del virus nuovo si espande in via transitoria e, a volte, dà origine a un clone più duraturo (di memoria), che può riattivarsi in caso di successiva infezione da parte dello stesso patogeno.

Un giovane adulto sano ha una popolazione di circa 10<sup>7</sup> cloni distinti da recettori diversi e i bambini hanno un repertorio ancora più ampio, in proporzione alle dimensioni del loro timo (l'organo linfoide situato nel mediastino anteriore che genera nuovi linfociti): a 5 anni il repertorio è 5-10 volte più ampio che a 50 anni e oltre 20 volte più che a 80. Purtroppo, questo repertorio diminuisce decisamente con l'età, non solo (e, forse, non principalmente) a causa della progressiva involuzione del timo: secondo modelli matematici applicati alla revisione di studi biologici, ogni successiva esposizione a invasione virale, che aggiunge altre sottopopolazioni di memoria, finisce per ridurre il patrimonio delle cellule *naïve* e, probabilmente, anche per comprimere i lignaggi di cellule di memoria già esistenti.

A partire dall'anno di vita, il declino delle cellule immunocompetenti ha, in media, un tasso del 4% l'anno, che rallenta verso la metà della vita, per poi accelerare nella terza età. È anche plausibile, per complicare il quadro, un impatto competitivo prodotto dall'espansione di cloni linfocitari che rispondono a infezioni virali croniche

latenti, come quelle da virus di Epstein-Barr (mononucleosi), da cytomegalovirus o da herpes. Il loro continuo riciclo cellulare, inoltre, facilita le mutazioni casuali, che danno il tocco finale all'immunosenescenza.

### **Gli inconvenienti del successo della medicina**

Tuttavia, la specie umana ha opposto alle leggi di natura le sue *“magnifiche sorti e progressive”*: ci sono stati i Pasteur, i Koch e i Virchow, lo sviluppo del metodo sperimentale, l'invenzione della microscopia, che hanno consentito, fin dal diciannovesimo secolo, di controllare i fenomeni della biologia o, meglio, della microbiologia, secondo il termine con cui, nel 1881, Pasteur designò la nuova disciplina che studiava l'interazione immunitaria tra microrganismo e ospite umano.

Nella prima metà del ventesimo secolo, l'aspettativa di vita è aumentata considerevolmente, proprio per la diminuzione delle malattie infettive, in virtù delle maggiori igiene e nutrizione, ma anche dell'introduzione degli antibiotici e dei vaccini: Vincenzo Tiberio, descrivendo nel 1895 alcune mufte battericide, ha anticipato Alexander Fleming che nel 1928 ha scoperto la penicillina, poi perfezionata da E. Chain e H.W. Florey (premi Nobel per la medicina 1945) e, nel 1943, finalmente utilizzata in un ospedale militare.

Tucidide racconta che, nella “peste” di Atene del 430 a.C., *“coloro che si erano salvati dall'epidemia [...] per se stessi non avevano più nulla da temere; il contagio, infatti, non colpiva mai due volte la stessa persona, almeno non in forma così forte da risultare mortale.”*

Alla fine del Settecento, Edward Jenner riuscì a prevenire la malattia umana con il siero prelevato dalle pustole di mucche affette da vaiolo vaccino, dando inizio alle pratiche che, per quell'origine, furono chiamate vaccinazioni; e chi è Luigi Sacco, cui è intitolato l'ospedale milanese reso famoso dai media, se non chi dal 1799 generalizzò l'antivaiolosa in Italia?

Secondo i dati OCSE dell'aprile 2019, l'aspettativa di vita alla nascita degli italiani è la quarta al mondo, con una media di 83 anni. L'umanità sembra, dunque, una specie di successo; ora, però, la pandemia che affligge il pianeta manda il definitivo avvertimento del pesante scotto che può pagare per l'antropizzazione di ogni *habitat* naturale. Lo diceva anche Leopardi:

*“A queste piagge venga colui che d'esaltar con lode il nostro stato ha in uso, e vegga quanto è il gener nostro in cura all'amante natura. E la possanza qui con giusta misura anco estimar potrà dell'uman seme, cui la dura nutrice, ov'ei men teme, con lieve moto in un momento annulla in parte, e può con moti poco men lievi ancor subitamente annichilare in tutto. Dipinte in queste rive son dell'umana gente le magnifiche sorti e progressive.”*

## Bibliografia

- Channappanavar R, Zhao J, Perlman S. T cell-mediated immune response to respiratory coronaviruses. *Immunol Res* 2014; 59:118-28
- Hayflick L. The future of ageing. *Nature* 2000; 408:267-69
- Katherine J. Wu, "Ecco perché molti bambini non si ammalano gravemente", *National Geographic Italia*, 7 aprile 2020
- Johnson PL *et al.* A population biological approach to understanding the maintenance and loss of the T- cell repertoire during aging. *Immunology* 2014; 142: 167-75
- Lu K, Gary Wing-Kin Wong. SARS-CoV-2 infection in children – Understanding the immune responses and controlling the pandemic. *Pediatr Allergy Immunol* 2020; 00: 1-5. <https://doi.org/10.1111/pai.13267>
- Mold JE *et al.* Cell generation dynamics underlying naive T-cell homeostasis in adult humans. *PLoS Biol* 2019; 17: e3000383
- Qin C *et al.* Dysregulation of immune response in patients with COVID-19 in Wuhan, China. *Clin Infect Dis* 2020 Mar 12
- Ruan Q *et al.* Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China. *Intensive Care Med* 2020 Mar 3
- Schulert GS, Canna SW. Convergent pathways of the hyperferritinemic syndromes. *Int Immunol* 2018; 30: 195-203
- Shi Y *et al.* COVID-19 infection: the perspectives on immune responses. *Cell Death Differ* 2020 Mar 23 [Epub ahead of print]
- Sieni E *et al.* Linfoistocitosi emofagocitica: una sfida diagnostica per il pediatra. *Medico e Bambino* 2012; 31: 21-29
- Sung JJ, *et al.* Severe acute respiratory syndrome: report of treatment and outcome after a major outbreak. *Thorax* 2004; 59: 414-20
- Volpi S, Naviglio S e Tommasini A. Covid-19 e risposta immune Tra debolezze in difesa ed errori in attacco. *Medico e Bambino* 2020; 39
- <http://www.leopardi.it/canti34.php>
- <https://www.scienzainrete.it/articolo/sabin-non-dimenticare-perché-si-vaccina/simonetta-pagliani/2019-08-30>
- [https://www.scienzainrete.it/articolo/eliminare-polio-sfida-quasi-vinta/...](https://www.scienzainrete.it/articolo/eliminare-polio-sfida-quasi-vinta/)

## **Report 24: Anonymised and aggregated crowd level mobility data from mobile phones suggests that initial compliance with COVID-19 social distancing interventions was high and geographically consistent across the UK**

**Rapporto 24: I dati anonimizzati ed aggregati sulla mobilità delle persone a livello dei telefoni cellulari suggeriscono che la conformità iniziale agli interventi di allontanamento sociale COVID-19 era elevata e geograficamente coerente in tutto il Regno Unito.**

*Benjamin Jeffrey, Caroline E Walters, Kylie E C Ainslie, Oliver Eales, Con Ciavarella, Sangeeta Bhatia, Sarah Hayes, Marc Baguelin, Adhiratha Boonyasiri, Nicholas F. Brazeau, Gina Cuomo-Dannenburg, Richard G FitzJohn, Katy Gaythorpe, William Green, Natsuko Imai, Thomas A Mellan, Swapnil Mishra, Pierre Nouvellet, H Juliette T Unwin, Robert Verity, Michaela Vollmer, Charles Whittaker, Neil Ferguson, Christl A. Donnelly e Steven Rizley 1*

*WHO Collaborating Centre for Infectious Disease Modelling MRC Centre for Global Infectious Disease Analysis Abdul Latif Jameel Institute for Disease and Emergency Analytics (J-IDEA) Imperial College London*

*Correspondence [s.riley@imperial.ac.uk](mailto:s.riley@imperial.ac.uk), [c.donnelly@imperial.ac.uk](mailto:c.donnelly@imperial.ac.uk)*

### **Riepilogo**

Dall'inizio di marzo 2020, l'epidemia di COVID-19 in tutto il Regno Unito ha portato ad una serie di politiche di distanziamento sociale, che hanno portato a una mobilità ridotta in diverse regioni. I dati sul livello di folla sull'utilizzo dei telefoni cellulari possono essere utilizzati come proxy per i modelli di mobilità effettiva della popolazione e forniscono un modo per quantificare l'impatto delle misure di distanziamento sociale sui cambiamenti nella mobilità. Vengono analizzati due set di data base sui telefoni cellulari (dati anonimizzati e non aggregati di persone da O2 e dall'app Facebook sui telefoni cellulari) per valutare i cambiamenti nella mobilità media, sia nel complesso sia nel dettaglio in aree ad alta e bassa densità di popolazione, e cambiamenti nella distribuzione dei tempi di viaggio.

Dimostriamo che c'è stata una sostanziale riduzione complessiva della mobilità con il più rapido declino il 24 marzo 2020, il giorno dopo l'annuncio del Primo Ministro di un blocco forzato. La riduzione della mobilità è stata altamente sincronizzata in tutto il Regno Unito. Anche se la mobilità è rimasta bassa dal 26 marzo 2020, da quel momento rileviamo un aumento graduale. Mostriamo anche che i due diversi set di dati producono tendenze simili, anche se con alcune differenze specifiche di posizione. Vediamo riduzioni leggermente maggiori nella mobilità media nelle aree ad alta densità che nelle aree a bassa densità, con una maggiore variazione della mobilità nelle aree ad alta densità: alcune aree ad alta densità hanno eliminato quasi tutta la mobilità.

Siamo in grado di osservare solo le popolazioni che vivono in luoghi in cui un numero sufficiente di persone utilizza Facebook o un dispositivo collegato alla rete del fornitore pertinente in modo che nessun individuo sia identificabile. Queste analisi costituiscono una linea di base con cui monitorare i cambiamenti di comportamento nel Regno Unito mano a mano che il distacco sociale viene allentato.

## 1. Introduzione

Studi precedenti hanno evidenziato l'impatto dei cambiamenti nella mobilità umana sulla dinamica di trasmissione di SARS-CoV-2 in Cina [1,2], Italia [3], Brasile [4] e altrove. Per rallentare la diffusione della SARS-CoV-2, molti paesi hanno imposto interventi di distanziamento sociale volti a ridurre il numero di contatti potenzialmente infettivi.

Questi interventi riducono anche la mobilità individuale. Pertanto, il monitoraggio dei cambiamenti nazionali e locali nella mobilità può fornire misure utili di efficacia dell'intervento, soprattutto nelle prime fasi delle epidemie nazionali [5].

I dati sulla mobilità delle persone sono raccolti dai telefoni cellulari che sono stati utilizzati in modo efficace per misurare la risposta della popolazione alle crisi sanitarie prima dell'emergere del SARS-CoV-2 [6,7]. L'elevato numero di utenti di telefonia mobile in tutto il mondo rende i dati dei telefoni cellulari un buon proxy per i modelli di mobilità della popolazione [8].

I dati sulla posizione a livello di folla anonimizzati e aggregati utilizzati da O2 si basano sulla posizione dei siti di cella a cui i dispositivi sono vicini in un preciso momento [8]. Questo è distinto da altre aziende che sono prevalentemente social media basati sulle app e società di ricerca che forniscono dati di posizione tramite il sistema operativo del telefono e le loro applicazioni che registrano la posizione e l'accuratezza stimata di quella posizione a intervalli regolari quando il GPS del portatile è abilitato.

Il governo del Regno Unito ha introdotto il distacco sociale attraverso una serie di politiche specifiche: dal 12 marzo, agli individui che mostrano qualsiasi sintomo di COVID-19 – una nuova tosse continua o una temperatura elevata – è stato chiesto di isolarsi a casa per 7 giorni. Dal 16 marzo, alle persone è stato chiesto di fermare tutti i contatti non essenziali, fermare tutti i viaggi non necessari e lavorare da casa, ove possibile.

La raccomandazione di auto-isolamento per le persone con sintomi è continuata, ma, in aggiunta, da quel momento ai membri non sintomatici della famiglia è stato chiesto di isolarsi per 14 giorni. Le scuole sono state chiuse dopo il 20 marzo, insieme a pub, club, ristoranti, palestre e altri luoghi di vendita al dettaglio e per il tempo libero. Dal 23 marzo, l'orientamento del governo è cambiato ulteriormente in "devi stare a casa", con le persone che possono lasciare la loro casa solo per l'acquisto di cibo essenziale, per necessità mediche, una forma quotidiana di esercizio e il lavoro se non era possibile lavorare da casa.

Il primo allentamento di queste misure si è verificato in Inghilterra la sera del 10 maggio 2020, quando le persone che non potevano lavorare da casa sono state incoraggiate a tornare al lavoro dall'11 maggio. Dal 13 maggio a tutti gli individui in Inghilterra è stato permesso di intraprendere più viaggi all'aperto per l'esercizio fisico o per visitare i parchi. (Vedere la tabella S1, che include collegamenti a pagine specifiche su [www.gov.uk](http://www.gov.uk) per ogni intervento non farmacologico)

Qui utilizziamo i dati dell'applicazione Facebook sui telefoni cellulari (indicati come app di Facebook nel resto di questo documento) del COVID Mobility Data Network per il Regno Unito e Irlanda, e dei dati dei telefoni cellulari di O2, che non solo sono resi non disponibili e aggregati ai dati a livello di persone, ma su cui è anche stata fatta una ulteriore estrapolazione per dare un quadro dell'intera popolazione del Regno Unito, per descrivere i recenti cambiamenti nella mobilità nel Regno Unito e le potenziali implicazioni per la trasmissione SARS-CoV-2.

## 2. Risultati

Il numero medio di viaggi per distretto delle autorità locali (LAD) effettuati nel Regno Unito da parte degli utenti dell'app di telefonia mobile di Facebook è diminuito notevolmente tra il 18 e il 26 marzo compreso (Figura 1), da circa il 99% della linea di base a circa il 37%. Il numero di viaggi era ancora vicino alla linea base di venerdì 20 marzo (l'ultimo giorno in cui le scuole erano aperte, oltre ai bambini fragili e ai figli dei lavoratori

fondamentali, vedi tabella S1) a circa l'87% della linea di base, poi è sceso sostanzialmente nel fine settimana del 21-22 marzo a circa il 30% del numero di riferimento di viaggi giornalieri per LOD.

Questo è stato il primo fine settimana durante il quale tutti i pub, club, bar, palestre ecc. sono stati chiusi (Tabella S1). Vediamo un leggero aumento del numero medio di viaggi per LAD lunedì 23 al 67% della linea di base. La sera di lunedì 23 marzo i messaggi del governo sono passati da "vi consigliamo di rimanere a casa" a "dovete restare a casa".

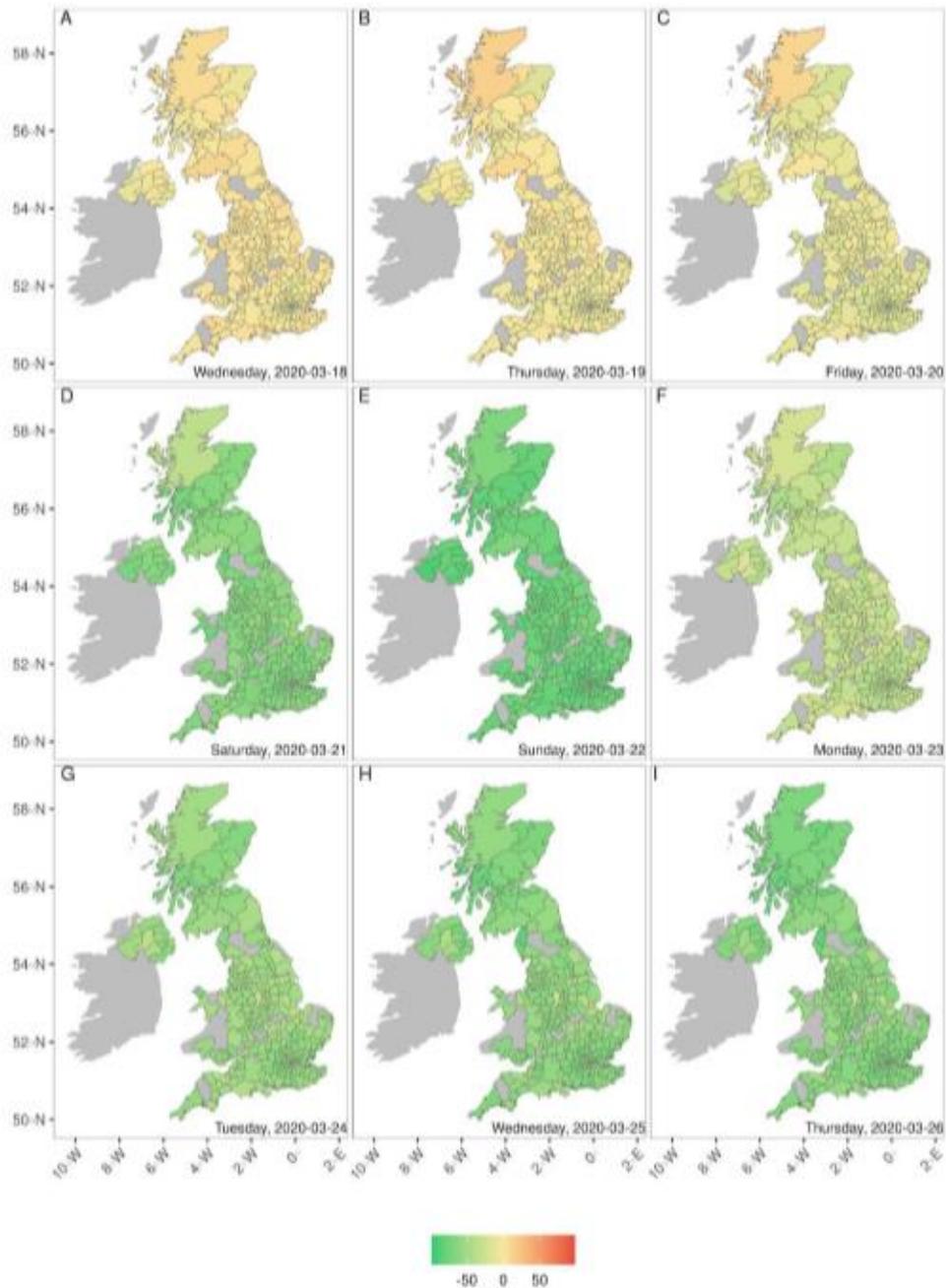
Da martedì 24 a giovedì 26 marzo vediamo quindi una maggiore diminuzione del numero di viaggi giornalieri effettuati per LAD a circa il 40% della linea di base in tutto il Regno Unito nei giorni lavorativi e circa il 15% della linea di base il fine settimana successivo. Come percentuale del numero di viaggi giornalieri effettuati per LAD, questa differenza tra i giorni feriali e i fine settimana rimane approssimativamente costante dal 26 marzo fino all'ultimo giorno di dati che abbiamo considerato: il 22 maggio (Figura 2 e 3).

Le riduzioni della mobilità sono state scarse per fonte di dati, città (Londra, Cardiff, Glasgow, Belfast) o paese del Regno Unito (Figura 2). Ci sono stati chiari effetti del fine settimana in tutte le aree (vedi il paragrafo precedente) e piccole variazioni da un giorno all'altro (Figura 2), tuttavia, le tendenze in diverse località erano altamente coerenti.

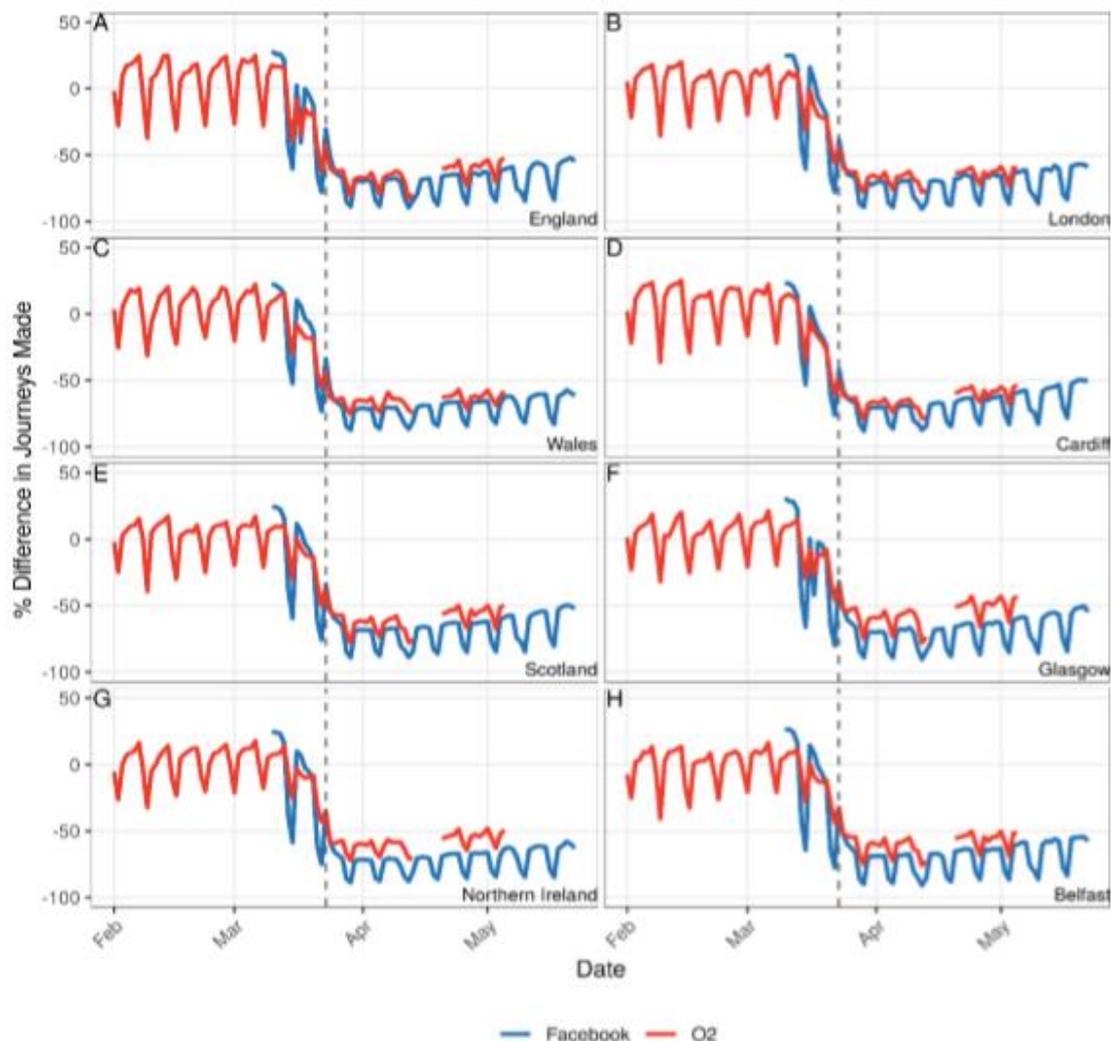
Ad esempio, il mercoledì della prima settimana intera dopo il lockdown (il 31 marzo 2020) la città con il maggior numero di viaggi giornalieri rispetto alla linea di base era Belfast secondo i dati di Facebook e Glasgow secondo i dati del telefono cellulare (30% e 35% della linea di base rispettivamente), e la città con il minor numero di viaggi giornalieri rispetto alla linea di base dello stesso giorno erano Glasgow secondo i dati di Facebook e Belfast secondo i dati di dati del telefono cellulare (rispettivamente 29% e 33% della linea di base). In media, i dati di Facebook hanno suggerito che sono stati effettuati meno viaggi a seguito degli interventi di distanziamento sociale rispetto ai dati del telefono cellulare.

A seguito della riduzione iniziale della mobilità in coincidenza con l'introduzione di misure di distacco sociale, si è registrato un graduale aumento del numero di viaggi giornalieri effettuati da Facebook e dagli utenti di telefonia mobile, a partire dal 1 aprile circa e proseguendo fino al 22 maggio (figura 2, 3 e 4). Utilizzando i dati di Facebook abbiamo adattato più modelli lineari di segmentazione (vedi Metodi) alla quantità di viaggi giornalieri effettuati per LAD come percentuale rispetto alla linea di base (numero medio di viaggi giornalieri per riquadro nella settimana 10 – 16 marzo).

Un modello lineare segmentato con 5 punti di interruzione è stato il più oculato (Figura 3) con punti di interruzione il 13 marzo, 23 marzo, 27 marzo, 20 aprile e 27 aprile. Tuttavia, un modello di 4 punti di interruzione aveva solo un AICc marginalmente più elevato (300.68 vs -299.86) e quindi non poteva essere rifiutato (tabella S2). Per il periodo tra il 27 marzo e il 20 aprile si è registrato un aumento statisticamente significativo del numero di viaggi giornalieri ( $p$ -value < 0,001), con una mobilità (in percentuale rispetto alla linea di base) che aumenta ad un tasso di 0,15 punti percentuali al giorno. Per il periodo successivo al 27 aprile, questo tasso di aumento è stato di 0,51 punti percentuali al giorno. Concludiamo che dall'inizio di aprile c'è stato un graduale aumento del numero di viaggi giornalieri effettuati per LAD e che questo tasso è aumentato di recente.



**Figure 1: Rapid reduction in mobility in the UK from the 18th March 2020 (A) through to the 26th March (I). Colour shows percentage change in daily number of journeys compared to the mean in the week 10th-16th March 2020 inclusive, by origin tiles that consistently reported data each day. Sufficient data were not available for tiles in the grey area. Note that C and D are weekend days and there was an increase in overall mobility on the 23rd March (see also Figure 2).**



**Figure 2: Consistent changes in mobility observed between Facebook data and mobile phone data. Change in movement over time as a percentage of baseline movement for the four home countries within the UK and their largest city for Facebook data (blue) and mobile phone data (red). Baseline movement defined as the mean number of journeys starting within a small unit within each city from 10th-16th March 2020 inclusive. The dashed vertical line at 23rd March indicates when the most stringent lockdown measures were imposed.**

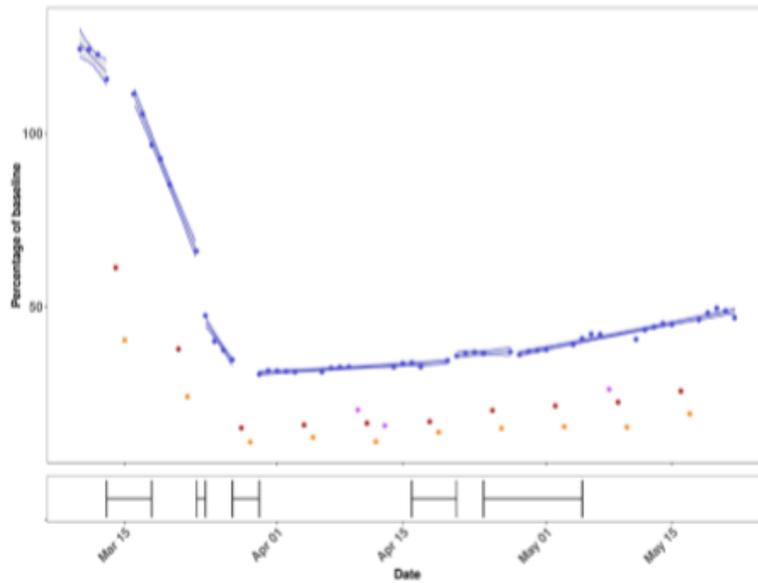


Figure 3: Fit of the segmented-linear model with 4 breakpoints to the percentage relative to baseline of number of trips against time (top panel). Weekdays (blue), Saturdays (red), Sundays (orange) and bank holidays (purple). Bottom panel shows univariate 95% confidence regions for each breakpoint.

29 May 2020

Imperial College COVID-19 response team

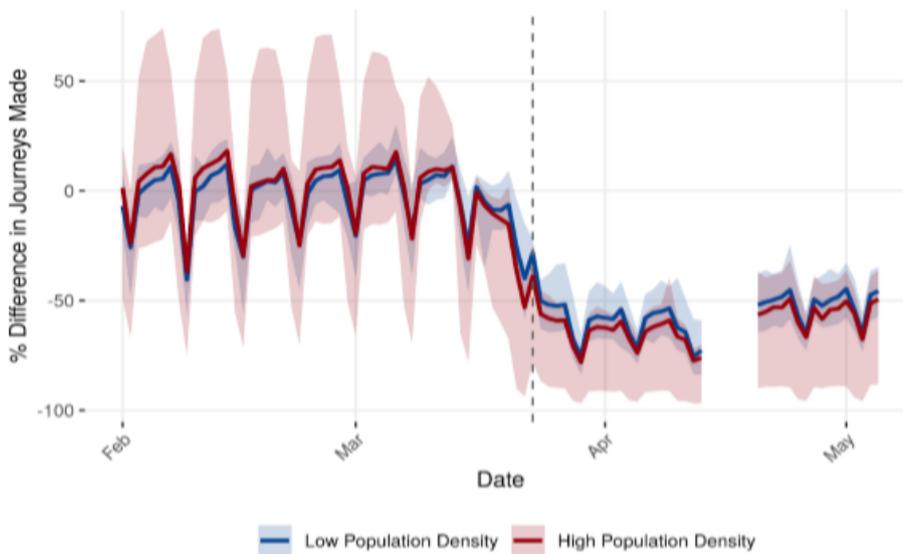


Figure 4: We ranked each UK local authority district by population density and determined the corresponding quartile for each local authority district, with lower population density in quartile 1 and higher population density in quartile 4. The shaded region is the range of percentage differences in journeys made at each time point for both lower quartile (low population density) and upper quartile (high population density) using the mobile data. Solid lines are the median difference from baseline within each quartile. The dashed line on 23rd March is when the most stringent lockdown measures were imposed.

C'è stata una forte diminuzione del numero medio dei viaggi effettuati all'interno di popolazioni ad alta densità rispetto alle popolazioni a bassa densità (Figura 4), dal 91% al 47% della linea di base nelle popolazioni a bassa densità e dal 90% al 40% della linea di base nelle popolazioni ad alta densità tra il 18 e il 26 marzo. Prima dell'inizio del blocco, il 24 marzo, si sono verificati i più alti effetti di mobilità media, effetti più pronunciati del fine settimana (maggiore diminuzione della mobilità durante il fine settimana che nei giorni feriali) e una maggiore gamma di mobilità all'interno di popolazioni ad alta densità rispetto alle popolazioni che vivono in regioni con densità di popolazione inferiore.

Tuttavia, dopo il blocco, la riduzione della mobilità nelle popolazioni ad alta e bassa densità è stata paragonabile nei fine settimana e leggermente superiore nei giorni feriali nelle popolazioni a bassa densità (ad esempio il 43% e il 38% della linea di base nei popolazioni a bassa e alta densità rispettivamente il 31 marzo 2020). Inoltre, la gamma di riduzioni della mobilità nelle popolazioni ad alta densità non era simmetrica rispetto alla media: alcune popolazioni ad alta densità hanno ridotto i loro livelli di mobilità di quasi il 100% rispetto ai livelli di base, mentre la gamma nella popolazione a bassa densità era più stretta e circa simmetrica rispetto alla media pre e post-lockdown.

Abbiamo osservato cambiamenti simili nella distribuzione delle distanze di viaggio (Figura 5) a quelle descritte in precedenza per il numero di viaggi. Nei due quartili più bassi della densità di popolazione (figura 5A e 5B), la diminuzione dopo il blocco è stata inferiore e la distanza di viaggio mediana è stata inferiore a tutti i punti temporali rispetto ai LAD più densamente popolati. Tuttavia, l'intervallo della distanza di viaggio era maggiore sia prima che dopo il blocco nelle popolazioni a densità più bassa (Figura 5A) rispetto alle popolazioni ad alta densità (Figura 5D).

### 3. Conclusioni

La sequenza delle decisioni politiche attuate fino dalla sera del 23 marzo 2020 è riuscita a ridurre la mobilità nel Regno Unito, misurata come il numero di viaggi effettuati ogni giorno, il che può essere un buon proxy per le interazioni sociali non domestiche. Secondo i dati di Facebook e della rete mobile, non sembra che vi sia stata una sostanziale variazione dell'adesione regionale a questi interventi, né vi è stata una notevole differenza tra l'aderenza nelle aree a bassa e alta densità di popolazione. Sembra che la mobilità abbia cominciato a diminuire circa una settimana prima dell'applicazione del blocco nel Regno Unito la sera del 23 marzo, ma che il calo più marcato è stato dopo quella data. Un graduale aumento del numero di viaggi effettuati ogni giorno è iniziato all'inizio di aprile e da allora è proseguito. Questo tasso di aumento può aver subito un'accelerazione, come indicato dal nostro modello lineare segmentato si adatta, ma il tasso attualmente stimato è che la popolazione sta recuperando solo lo 0,5% dei livelli di mobilità precedenti al giorno.

È interessante notare che il grado di sincronia osservato nella risposta del Regno Unito al blocco descritto qui non è sempre stato osservato altrove. Ad esempio, la mobilità a livello statale negli Stati Uniti mostra una variabilità molto maggiore [14] come quella tra il movimento dei borghi a New York [15], mentre sia l'Italia [3] sia il Brasile [4] hanno osservato tendenze di mobilità molto più visibili dal punto di livello spaziale nel corso dell'epidemia di SARS-CoV-2, simile a quello che riportiamo qui per il Regno Unito. Questa variazione della mobilità potrebbe aver portato a differenze nella trasmissione della SARS-CoV-2 e quindi potrebbe spiegare alcune delle variazioni nazionali ed internazionali nei casi e nei decessi correlati all'infezione da SARS-CoV-2 [3,4,14,15].

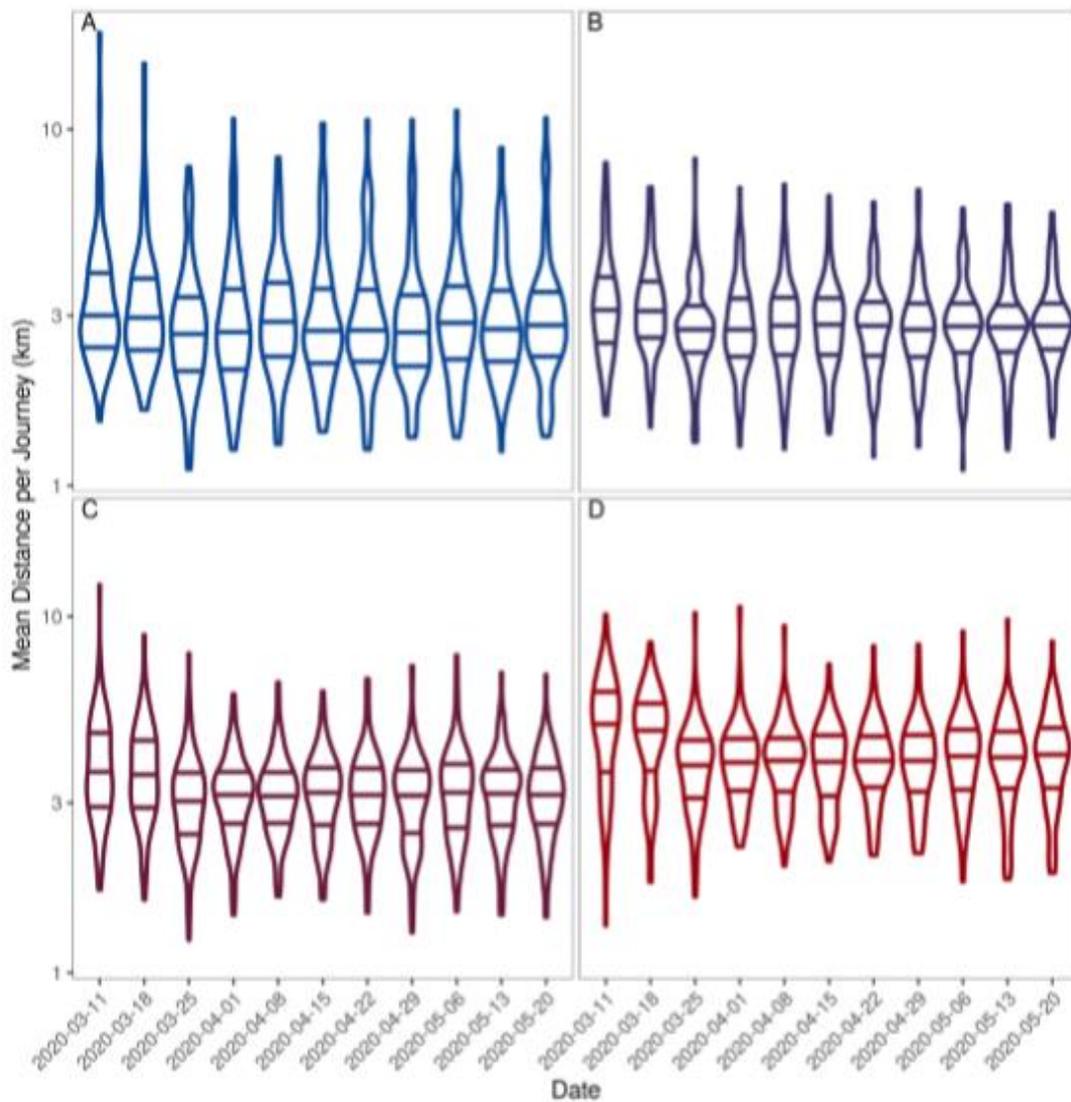


Figure 5: Distribution of mean journey lengths per LAD on each Wednesday in the Facebook data for areas of increasing population density. Plots A-D show journey length distributions for each quartile of population density from lowest (A) to highest (D). The y axis is on a log10 scale and the median and interquartile range for each distribution is shown by the horizontal lines. A Gaussian kernel is used to define the shape of the distributions which are truncated at the minimum and maximum point in the data.

Tuttavia, ci sono lievi differenze nella distanza di viaggio media tra le aree ad alta e bassa densità di popolazione prima e dopo il 23 marzo. Ciò può essere dovuto al fatto che le persone che vivono in piccole città e villaggi hanno meno lontano da viaggiare per raggiungere il loro posto di lavoro e i loro negozi essenziali rispetto alle persone che vivono o lavorano in città. La maggiore diminuzione della distanza di percorrenza mediana all'interno di aree densamente popolate durante il blocco riflette probabilmente il numero ridotto di persone che pendolano dentro e fuori il centro delle grandi città.

Questo studio ha alcune limiti. In primo luogo, i dati sono stati riportati solo per le località con un numero sufficientemente elevato di ricevitori di segnalazione per garantire che i viaggi non fossero identificabili. Ciò ha comportato un sottoinsieme (circa il 90%) dei LAD del Regno Unito inclusi nelle nostre analisi. In secondo luogo, è difficile valutare quanto siano rappresentativi i nostri dati della popolazione più ampia che non utilizza l'app Facebook o O2 come operatore di telefonia mobile.

Tuttavia, è rassicurante che le tendenze nel cambiamento della mobilità siano in gran parte coerenti tra i due set di dati. In terzo luogo, i dati registrano il movimento del ricevitore in termini di numero di viaggi effettuati e della distanza media percorsa che, se considerata come un proxy per la trasmissione, potrebbero non sempre cogliere i veri cambiamenti nel comportamento di contatto sociale.

Tuttavia, notiamo che la diminuzione della mobilità è stata seguita da vicino da un plateau e poi dalla riduzione del caso giornaliero e del tasso di mortalità nel Regno Unito (<https://coronavirus.data.gov.uk/>). Infine, non esiste una forma funzionale ovvia con cui adattarsi al modello di recupero della mobilità dopo il blocco. Pertanto, abbiamo usato un approccio di regressione lineare segmentato per identificare potenziali punti di interruzione. Durante i periodi di cambiamento graduale, questi punti di interruzione potrebbero non riflettere i cambiamenti effettivi nel comportamento della popolazione.

Notiamo che i dati di Facebook, che utilizza la posizione GPS, vengono raccolti a una risoluzione spaziale più fine rispetto ai dati della rete mobile, che è a livello di posizione dell'albero. Tuttavia, i dati della rete mobile includono tutti i tipi di telefoni cellulari registrati nella rete mobile, non solo gli smartphone con l'app Facebook installata e i servizi di geolocalizzazione abilitati, ed è quindi probabile che includano un campione più ampio e più rappresentativo della popolazione. Queste differenze possono spiegare la differenza di cambiamento nella mobilità tra i due set di dati osservati nella Figura 2. Il confronto con altri set di dati sulla mobilità, come i dati sulla posizione del portatile Google (<https://www.google.com/covid19/mobility/>) e i dati di ricerca dei percorsi Apple (<https://www.apple.com/covid19/mobility>), non rientrava nell'ambito di questo progetto, in quanto nessuno di questi set di dati aveva una copertura sufficiente a livello subnazionale.

Abbiamo dimostrato l'utilità dei dati dei telefoni cellulari per monitorare i cambiamenti nella mobilità delle persone, valutando come questo è cambiato in risposta all'epidemia di COVID-19 nel Regno Unito. Vediamo che, mentre l'adesione alle restrizioni di movimento era inizialmente elevata e geograficamente coerente, è progressivamente diminuita nel tempo. Sarà importante continuare a monitorare i cambiamenti nella mobilità mano a mano che l'epidemia progredisce, per informare i decisori politici per limitare la diffusione della SARS-CoV-2.

#### 4. Metodologia

Abbiamo ricevuto dati tramite Facebook Data for Good Program [9] che descrive il numero giornaliero di viaggi che iniziano all'interno di un riquadro e la somma della lunghezza di tutti i viaggi che iniziano all'interno di un riquadro, dove un riquadro è definito da una griglia che Facebook applica alla superficie terrestre per aggregare il movimento dei suoi utenti [10]. Ogni riquadro è di circa 25 km. quadrati.

Un viaggio nei dati di Facebook è definito come il movimento di un ricevitore da un riquadro all'altro tra due successivi aggiornamenti dei dati di geolocalizzazione (il periodo di tempo tra gli aggiornamenti è definito dai

sistemi operativi dei telefoni cellulari). La latitudine e la longitudine del baricentro di ogni riquadro è stata fornita e queste sono state utilizzate per aggregare i dati dal livello del riquadro al livello del distretto dell'autorità locale (LAD) per coerenza con i dati della rete mobile (descritti di seguito). I dati sono stati utilizzati per il 10 marzo - 22 maggio 2020 compresi per Facebook e per il 1 febbraio - 5 maggio 2020 inclusi per la rete mobile.

Facebook ha anche fornito dati sul numero giornaliero di utenti attivi della loro app, con servizi di localizzazione GPS abilitati, all'interno di posizioni diverse. Abbiamo anche aggregato questi dati ai LAD del Regno Unito e calcolato la dimensione della popolazione di Facebook in ogni LAD rispetto alla media nella prima settimana di dati (10 - 16 marzo 2020 inclusi). Per adattarsi alla modifica delle dimensioni della popolazione di Facebook nel tempo (Figura S2) il numero di viaggi giornalieri per LAD e la distanza totale giornaliera percorsa per LAD sono stati divisi per la dimensione della popolazione di Facebook per LAD rispetto alla prima settimana di dati.

Oltre ai dati di Facebook, abbiamo ricevuto dati a livello di persone anonimizzate e aggregate da O2 (che è ulteriormente modellato per la popolazione del Regno Unito) che illustrano in dettaglio il numero di viaggi che iniziano all'interno di ogni distretto degli enti locali del Regno Unito per il 1 febbraio - 5 maggio 2020 inclusi. Un viaggio viene creato quando un dispositivo si sposta da un gruppo sovrapposto di celle a un altro (dove una cella è un'area di copertura fornita da un singolo ripetitore di rete mobile) e rimane con il gruppo di celle abbastanza a lungo da indicare che il dispositivo è fermo.

Poiché si tratta di dati derivati dai ripetitori, vengono registrati tutti i telefoni cellulari registrati nella rete del provider di dati, non solo gli smartphone con il rilevamento GPS abilitato. Per consentire il confronto dei dati della rete mobile con i dati di Facebook, abbiamo definito un livello di base di mobilità come il numero medio giornaliero di viaggi entro la settimana 10 - 16 marzo 2020 per LAD. Abbiamo quindi calcolato la variazione percentuale della mobilità per i dati di Facebook e della rete mobile rispetto a questa linea di base.

Abbiamo esaminato i dati sul numero medio giornaliero di viaggi all'interno delle seguenti regioni : singoli paesi del Regno Unito, città specifiche (definite dai confini dei loro LADS costituenti) che sono state selezionate perché sono la città più grande in ciascuno dei quattro paesi del Regno Unito rispettivamente (Londra, Cardiff, Glasgow e Belfast), LAD, e infine abbiamo raggruppato i LAD in quartili di densità di popolazione (dovunque il quartile della densità di popolazione più bassa è indicato come 1, mentre il quartile 4 è il quartile di maggiore densità di popolazione). La posizione dei quartili di densità di popolazione è illustrata nella figura S1. I dati che descrivono la popolazione per LAD sono stati forniti da LandScan [11].

Abbiamo predisposto un modello di segmentazione lineare [12] alla percentuale relativa alla linea di base per i dati di Facebook aggregati a livello nazionale rispetto al tempo. Il modello di segmentazione lineare divide i dati in più componenti temporali divisi per "punti di interruzione", quindi, utilizzando la regressione lineare si adatta a una linea retta a ogni componente separata. Le date di ogni punto di interruzione sono incluse come parametri del modello. La dimensione minima di un componente consentita è stata scelta per essere formata da tre punti dati per ridurre al minimo l'eccessivo adattamento.

A causa della differenza di categoria tra i livelli di mobilità nei giorni feriali, il sabato e la domenica, abbiamo adattato il modello solo nei giorni feriali. Anche i giorni festivi sono stati omessi dai dati durante l'adeguamento, in quanto erano notevolmente diversi dagli altri giorni feriali, ma non sono stati considerati rappresentativi di tendenze a più lungo termine dei dati.

Abbiamo studiato modelli lineari segmentati con punti di interruzione 0, 1, 2, 3, 4, 5 e 6. Per ogni modello, tutte le possibili permutazioni dei punti di interruzione sono state considerate soggette al vincolo di un minimo di tre punti dati per componente. Per ogni permutazione sono stati montati gli altri parametri del modello, assumendo errori di registro normale per il numero di viaggi in percentuale rispetto alla linea di base.

La ponderazione relativa dei punti è stata stimata utilizzando la ponderazione inversa della varianza, in cui la varianza relativa è stata stimata come numero giornaliero di viaggi. La permutazione con la massima

probabilità è stata quindi considerata la soluzione migliore per il modello. I confronti dei modelli lineari segmentati (con diversi numeri di punti di interruzione) sono stati effettuati utilizzando il criterio di informazione Akaike corretto (AICc), con il modello più oculato considerato quello con l'AICc più basso.

Infine, abbiamo studiato anche le differenze nella distribuzione della distanza percorsa per viaggio in aree ad alta e bassa densità di popolazione e come queste distribuzioni sono cambiate in seguito all'introduzione di misure di distacco sociale. La forma di queste distribuzioni è stata definita livellando i punti dati utilizzando una distribuzione gaussiana kernel.

Tutte le analisi sono state condotte utilizzando il linguaggio di programmazione statistica R [14] e il codice utilizzato per tracciare le cifre ed eseguire le analisi è disponibile pubblicamente all'indirizzo: <https://github.com/mrc-ide/covid-ukmobility-report>.

## 5. Ringraziamenti

Vorremmo ringraziare Ian Burrows (O2) e Chris Wroe (O2) per il loro aiuto nella comprensione dei dati della rete mobile e per i loro commenti utili su questo rapporto. Ringraziamo Alex Pompe (Facebook Data for Good) per il suo aiuto nella comprensione dei dati di Facebook. Vorremmo anche ringraziare O2 e Facebook Data for Good per averci reso disponibili i loro dati. Inoltre, questo lavoro ha beneficiato di consulenza e collaborazione con Caroline Buckee e del COVID-19 Mobility Data Network.

## 6. References

1. Kraemer MUG, Yang C-H, Gutierrez B, Wu C-H, Klein B, Pigott DM, et al. The effect of human mobility and control measures on the COVID-19 epidemic in China. *Science*. 2020. doi:10.1126/science.abb4218
2. Ainslie KEC, Walters CE, Fu H, Bhatia S, Wang H, Xi X, et al. Evidence of initial success for China exiting COVID-19 social distancing policy after achieving containment. *Wellcome Open Res*. 2020;5: 81.
3. Vollmer M, Mishra S, Unwin H, Gandy A, Melan T, Bradley V, et al. Report 20: A sub-national analysis of the rate of transmission of Covid-19 in Italy. 2020 [cited 11 May 2020]. doi:10.25561/78677
4. Vollmer M, Mishra S, Unwin H, Gandy A, Melan T, Bradley V, et al. Report 20: A sub-national analysis of the rate of transmission of Covid-19 in Italy. 2020 [cited 11 May 2020]. doi:10.25561/78677
5. Buckee CO, Balsari S, Chan J, Crosas M, Dominici F, Gasser U, et al. Aggregated mobility data could help fight COVID-19. *Science*. 2020;368: 145–146.
6. Bengtsson L, Lu X, Thorson A, Garfield R, von Schreeb J. Improved response to disasters and outbreaks by tracking population movements with mobile phone network data: a postearthquake geospatial study in Haiti. *PLoS Med*. 2011;8: e1001083.
7. Wesolowski A, Buckee CO, Bengtsson L, Wetter E, Lu X, Tatem AJ. Commentary: containing the ebola outbreak - the potential and challenge of mobile network data. *PLoS Curr*. 2014;6. doi:10.1371/currents.outbreaks.0177e7fcf52217b8b634376e2f3efc5e
8. González MC, Hidalgo CA, Barabási A-L. Understanding individual human mobility patterns. *Nature*. 2008;453: 779–782.
9. Facebook Data for Good. [cited 15 May 2020]. Available: <https://dataforgood.fb.com/>
10. Maas P, Iyer S, Gros A, Park W, Nayak C, Dow A. Facebook Disaster Maps: Aggregate Insights for Crisis Response & Recovery - Facebook Research. In: Facebook Research [Internet]. [cited 15 May 2020]. Available:

<https://research.fb.com/publications/facebook-disaster-mapsaggregate-insights-for-crisis-response-recovery/>

11. Rose, Amy N., Jacob J. McKee, Marie L. Urban, Eddie A. Bright, and Kelly M. Sims. 2019. "LandScan 2018." Oak Ridge, TN: Oak Ridge National Laboratory. <https://landscan.ornl.gov/>.

12. Wagner AK, Soumerai SB, Zhang F, Ross-Degnan D. Segmented regression analysis of interrupted time series studies in medication use research. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2002;27. 299 - 309. doi:10.1046/j.1365-2710.2002.00430.x.

13. R Core Team (2019). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL: <https://www.R-project.org/>.

14. H Juliette T Unwin, Swapnil Mishra Valerie C Bradley, Axel Gandy, et al. Report 23 - State-level tracking of COVID-19 in the United States [cited 21 May 2020] doi:10.25561/79231

15. Kissler, Stephen M., Nishant Kishore, Malavika Prabhu, Dena Goffman, Yaakov Beilin, et al. Reductions in commuting mobility predict geographic differences in SARS-CoV-2 prevalence in New York City (2020). <https://doi.org/10.25561/79231>

29 May 2020

Imperial College COVID-19 response team

## 7. Supplementary Information

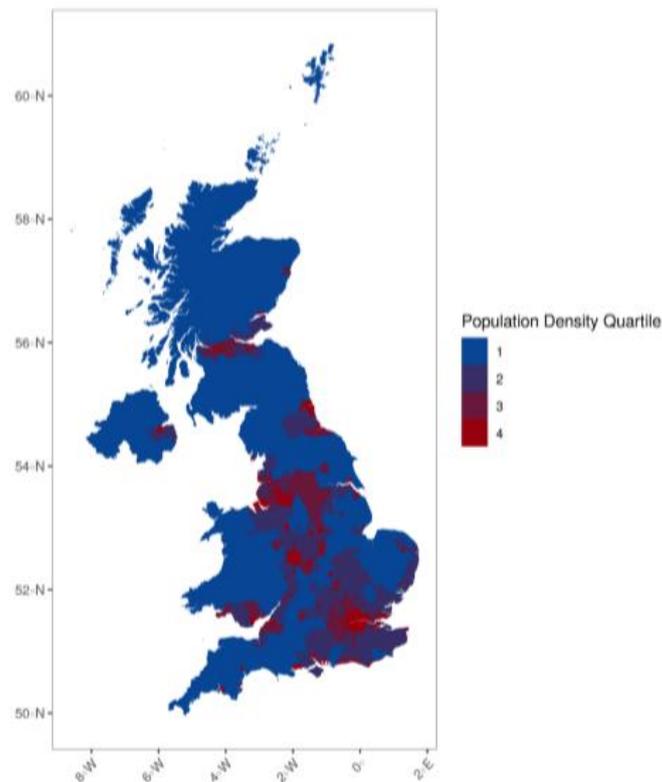


Figure S1: Population density per LAD in the UK split into quartiles with 1 being the lowest quartile of population density and 4 the greatest. These data were provided by LandScan [11].

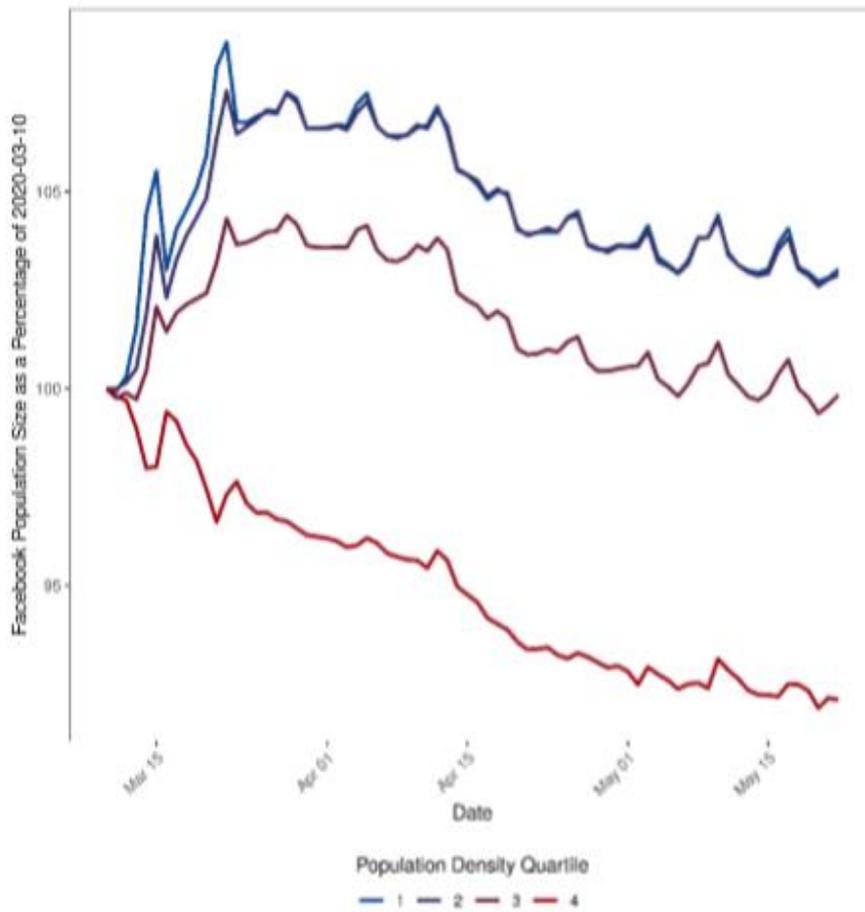


Figure S2: Changing number of users recorded in the Facebook data per LAD population density quartile in the UK. Population density quartile 1 is the lowest and 4 the highest. The y-axis shows the number of Facebook users as a percentage of the number there was on the first day recorded in the Facebook data, the 10th of March 2020.

**Table S1: Key announcements from the UK government pertaining to movement restrictions.**

Date of announcement	Date of action	Action	Source
12/03/2020	12/03/2020	Individuals displaying any COVID-19 symptoms asked to isolate at home for 7 days. Symptoms were defined as either a new continuous cough or a high temperature.	T1
16/03/2020	16/03/2020	Advised people to: - stop non-essential contact with others - stop all unnecessary travel - work from home where possible - avoid pubs, clubs, theatres and other such social venues.	T2
18/03/2020	20/03/2020	Schools close for nearly all pupils; children of key workers can still attend school.	T3
20/03/2020	21/03/2020	Closure of all: - cafes, pubs, bars, restaurants with take away service allowed to continue - nightclubs, theatres, cinemas, gyms and leisure centres.  Agreed between all the formations of the United Kingdom and all the devolved administrations.	T4
23/03/2020	23/03/2020	Individuals informed that they must stay home and only go out for: - shopping for basic necessities as infrequently as possible - one form of exercise per day, either alone or with members of your household - any medical need, or to care for a vulnerable person - travelling to and from work, but only when necessary and work cannot be done from home.	T5
10/05/2020	11/05/2020 - 13/05/2020	England only, individuals:  - May visit outside spaces, such as parks - May take multiple trips outside for exercise with members of your household - Encouraged to return to work if they cannot work from home, avoiding public transport if possible	T6

## Perché si muore sempre meno di Covid?

### COVID-19/Epidemiologia

di Luca Carra

In Italia si muore sempre meno di Covid. Ieri (24 maggio) la Protezione civile ha segnalato 50 decessi (0 decessi in Lombardia salvo verifiche). Ma se i morti son sempre meno, possiamo sperare che anche in presenza di una ripresa delle infezioni la mortalità resti contenuta? Non potrebbe darsi il caso che, come accaduto fin dall'inizio in Germania, alla crescita degli infetti corrisponda una linea solo in leggera salita dei morti, quindi uno scenario diverso e per molti versi tranquillizzante? O ci stiamo illudendo?

L'Italia risulta attualmente terza (dopo Belgio e Francia) nel rapporto fra morti e casi confermati di Covid-19, noto come Case Fatality Rate (CFR)[1]: 14,1%. La media mondiale è 6,6%, quella della Germania 4,6%, dell'Islanda 0,5%. Il CFR cresce ovviamente con l'età, diventando massimo sopra gli 80-90 anni.

In sostanza, la storia della letalità da febbraio a oggi sembra suggerire che si stia passando da uno scenario italiano a uno islandese.

#### Errori ed effetto sorpresa

Come è possibile che lo stesso virus a marzo uccidesse quasi la metà dei ricoverati e a maggio dieci volte meno? Nei giorni scorsi qualcuno ha sostenuto, come il virologo Massimo Clementi, che il virus sia nel frattempo mutato, perdendo parte della sua aggressività. Ma in attesa di ricevere conferme o smentite definitive di questa ipotesi, ci si può attenere a una spiegazione più solida: da una medicina di guerra si è tornati finalmente a una medicina normale, che deve affrontare una malattia normale, ancorché insidiosa. In sostanza se non è mutato il virus, sono comunque diversi i casi che vanno in ospedale.

Perché allora così tanti morti fra marzo e aprile?

La prima ipotesi indica possibili errori terapeutici commessi davanti a una malattia ancora poco compresa, e in condizioni di estrema emergenza. Luciano Gattinoni, fondatore della scuola lombarda di terapia intensiva e ora di stanza a Gottinga, da me interrogato sull'argomento, fa un esempio:

Nella prima settimana di Covid i pazienti critici venivano trattati in terapia intensiva con una ventilazione a pressione positiva intorno a 15-16 centimetri d'acqua. Dopo un mese la pressione è stata aggiustata a 7-8. Insomma, nell'emotività dei primi momenti, da una parte è stato fatto troppo e, dall'altra, non sono state fatte tante cose, come una analisi accurata delle TAC. D'altronde, capisco benissimo che in quel momento, con l'ospedale pieno di morti, fosse impensabile occuparsi di fisiopatologia. Non si è fatta attenzione al fatto che non ci trovavamo davanti alle caratteristiche di insufficienza respiratoria che eravamo abituati a vedere nei decenni precedenti. C'era qualcosa di diverso.

#### Marzo è il mese più crudele, ma anche aprile non scherza

Ce lo ricordiamo il mese di marzo in Lombardia?[2] Salita di casi esponenziale, tracciamento saltato, corsie e terapie intensive sature, malati gravi spediti via aereo in Germania, camion militari che traslavano centinaia di

bare dalla città martire di Bergamo verso i forni crematori di Modena, seguiti da qualche auto di parenti attoniti. Negli ospedali, metà dei malati muore in corsia e nelle terapie.

Il 21 marzo, così scrivono i medici del Papa Giovanni XXIII di Bergamo sul Catalyst del *New England Journal of Medicine*: *“Il nostro ospedale è altamente contaminato e siamo già oltre il punto del collasso: 300 letti su 900 sono occupati da malati di Covid-19. Più del 70% dei posti in terapia intensiva è riservato ai malati gravi di Covid-19 che abbiano una ragionevole speranza di sopravvivere. La situazione è così grave che siamo costretti a operare ben al di sotto dei nostri standard di cura”*.

L’attesa per un posto in terapia intensiva dura ore. I pazienti più anziani non vengono rianimati e muoiono in solitudine senza neanche il conforto di appropriate cure palliative. Le famiglie non possono avere alcun contatto coi malati terminali e sono avvisate del decesso dei loro cari per telefono, da medici benintenzionati, ma esausti ed emotivamente distrutti. Nelle zone circostanti la situazione è anche peggiore.

Gli ospedali sono sovraffollati e prossimi al collasso, e mancano le medicazioni, i ventilatori meccanici, l’ossigeno e le mascherine e le tute protettive per il personale sanitario. I pazienti giacciono su materassi appoggiati sul pavimento. (...)

Stiamo imparando che gli ospedali possono essere i principali veicoli di trasmissione del Covid-19, poiché si riempiono rapidamente di malati infetti che contagiano i pazienti non infetti. Lo stesso sistema sanitario regionale contribuisce alla diffusione del contagio, poiché le ambulanze e il personale sanitario diventano rapidamente dei vettori. I sanitari sono portatori asintomatici della malattia o ammalati senza alcuna sorveglianza.

### **Il caso dell’ospedale di Crema**

Il mese più crudele era arrivato in anticipo, e il direttore generale dell’Ospedale di Crema Germano Pellegata se lo ricorda bene:

A metà marzo avevamo 70-80 accessi di pazienti Covid al pronto soccorso al giorno. Su 400 letti del nostro ospedale 350 erano occupati da questi casi, 120 in ventilazione, 18 in terapia intensiva, 28 nell’ospedale da campo montato in fretta e furia dall’esercito e gestito dalla brigata cubana di sanità.

E Crema non è Codogno, epicentro del focolaio, né Alzano, né Bergamo, dove i numeri riportati dalla cronaca di quei giorni sono da capogiro. Ricorda Pellegata: *“Noi pensavamo di essere pronti. Come tutti gli ospedali lombardi, avevamo aggiornato i piani pandemici a fine 2019. A gennaio, visto cosa stava succedendo in Cina, avevamo fatto scorte: 20.000 FP2 e 3.000 FP3, tute, caschi, calzari.”*

Dal primo caso del 20 febbraio abbiamo riconvertito l’ospedale triplicando i letti in intensiva, chiudendo blocchi operatori e Unità coronarica, trasformando la struttura adiacente di riabilitazione respiratoria in ospedale e mettendo a sistema le tre pneumologie; abbiamo avviato l’addestramento di tutto il personale, dovendo mettere anche gli oculisti a occuparsi di polmoniti.

Ma anche nelle strutture che più rapidamente sono riuscite a trasformarsi in ospedali Covid, la risposta per alcune settimane non ha potuto essere ottimale. Il consumo di ossigeno, ad esempio, durante il picco epidemico è aumentato di 15 volte, costringendo l’Ospedale di Crema a intervenire rapidamente per rinforzare l’impianto con nuovi serbatoi e con altri accorgimenti che potessero portare la giusta pressione nei reparti di ventilazione.

## Morte con Covid (e molte altre malattie)

Uno studio condotto nell'ospedale cremasco sui primi 411 ricoverati con sintomi di Covid-19, la maggior parte dei quali confermati con tampone o con TC (che risulta molto affidabile, mentre il tampone sbaglia 2 volte su 10), dà ragione a chi (come l'INPS) sostiene che i casi e i morti da Covid sono di più di quelli registrati dalla Protezione civile. In questa prima fase dell'epidemia al nosocomio di Crema ne morrà il 17,5% (percentuale destinata ad aumentare nelle settimane seguenti): due terzi sono maschi, di età media 81 anni; zero morti sotto i 60 anni.

I ricercatori Giuseppe Pinter Lauria dell'Istituto Besta di Milano e Guido Caldarelli dell'IMT di Lucca hanno analizzato, in particolare, le malattie che hanno complicato il quadro e giocato un ruolo nella morte dei più fragili. Grazie a una analisi a rete elaborata da Caldarelli, si può infatti capire che il decesso non dipende dall'età in sé, ma ricorre soprattutto in chi è affetto da malattie di cuore, insufficienza renale, cancro, ipertensione, diabete e malattie respiratorie che si dispongono in cluster caratteristici.

Un altro studio sull'epidemia in Lombardia, Veneto e Reggio Emilia dal 21 febbraio al 21 aprile ha determinato una letalità del 27,6%, e ha osservato che la comorbidità gioca un ruolo cruciale nella morte per Covid fino agli 80 anni, dopo di che sembra prevalere la fragilità legata all'età.

Oggi, il direttore generale dell'ospedale di Crema è in grado di darci il quadro completo della letalità che disegna un andamento confortante:

I decessi di tutto il periodo 23 febbraio-19 maggio sono pari al 19% dei malati Covid: 2,8% la prima settimana, 7,9% la seconda, 26% la terza, 24% la quarta, 38% la quinta settimana (22-29 marzo), 24% la sesta, 23% la settima, 19% l'ottava, 16% la nona, 7,7% la decima e 7,3% l'undicesima.

## Il virus molla la presa? I dati del San Raffaele

L'ematologo Fabio Ciceri è il vicedirettore scientifico dell'Ospedale San Raffaele di Milano, coinvolto pesantemente nell'emergenza Covid-19. Come abbiamo visto, anche qui la letalità cala di settimana in settimana dal 29% dell'esordio al 2% delle ultime settimane. "Da un paio di settimane non vediamo quasi più pazienti Covid, e i pochi che vengono non presentano forme gravi" racconta Ciceri. I principali ospedali pubblici milanesi che hanno svolto una funzione di *hub* nell'epidemia, come il Sacco e il Niguarda, ricoverano ancora nuovi casi sintomatici, ma in numero inferiore con il passare dei giorni.

La malattia sembra aver perso forza dappertutto: e se non è il virus mutato, da cosa può dipendere? Fabio Ciceri offre tre spiegazioni:

Le cure in ospedale e a casa sono più appropriate che nei primi tempi e somministrate in modo più precoce. Si è messo a fuoco che, al di là delle polmoniti, la malattia presentava un quadro infiammatorio e di trombosi diffusa da trattare con anticoagulanti e terapie immunomodulanti. Inoltre, uscendo dall'emergenza e con più letti disponibili, gli ospedali rispondono meglio. Un altro punto importante è la stagionalità: a febbraio-marzo negli esami sierologici dei pazienti abbiamo trovato virus influenzali e altri virus che suggeriscono infezioni concomitanti e, quindi, aggravanti il quadro. Anche l'inquinamento atmosferico, irritando le vie respiratorie, fa sovraesprimere i recettori ACE2 e peggiorare la prognosi.

Alla domanda se si aspetta una ripresa dell'epidemia, Ciceri è ottimista: *"Non ci aspettiamo una ripresa dei casi gravi. Durante l'emergenza in Lombardia non si è riusciti a tracciare gli infetti e i loro contatti, ma ormai il sistema è rodato per catturare i malati in tempo utile per isolarli e, se necessario, curarli precocemente. Abbiamo vissuto una frattura fra ospedale e territorio che ora si va ricomponendo"*.

## In ospedale solo quando serve

Sul rapporto fra territorio e ospedale insiste anche Luciano Gattinoni quando gli chiedo di spiegare il successo della Germania.

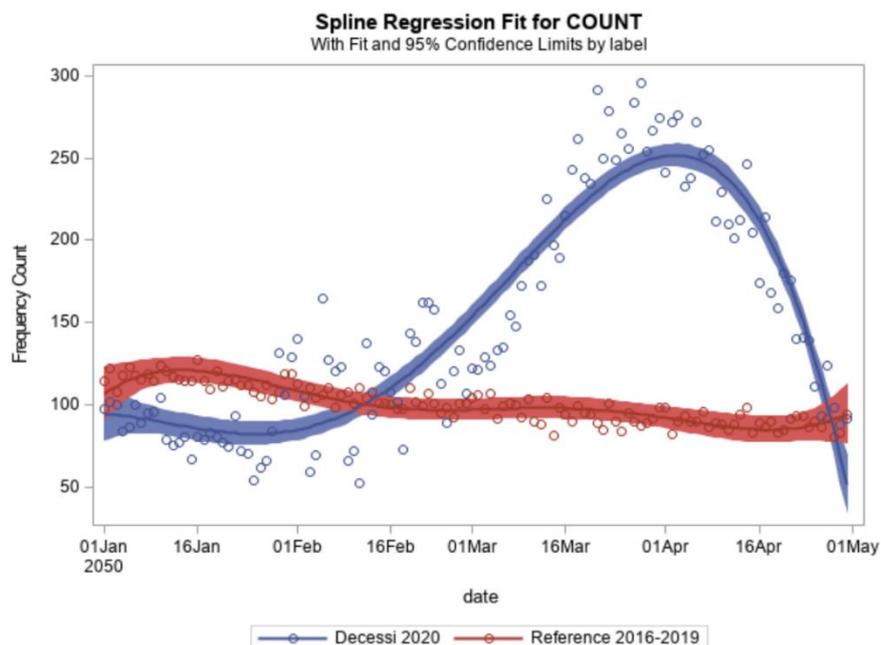
Perché ci sono meno morti in Germania? Secondo me, la prima e più grande differenza con l'Italia è che hanno tenuto i malati più a casa. In Germania, quando arriva in ospedale, il malato si trova davanti a un cartellone con su scritto *Nicht betreten*, non entrare! Chi ha sintomi anche solo sospetti per Covid, fosse un raffreddore o una congiuntivite, non mette piede in ospedale, deve suonare un campanello e qualcuno veniva a occuparsi di lui. Nella gran maggioranza dei casi, queste persone vengono rimandate a casa e prese in carico dai medici di base.

E attenzione: il 50% del personale che riceve questi pazienti è costituito da medici di base che fanno i turni in ospedale. In Germania, la medicina generale è unita alle cure ospedaliere, non separata come da noi, dove i medici di famiglia hanno una "convenzione" con il SSN. Questa frattura in Germania non esiste: c'è integrazione. Questo ha tenuto le persone che non ne avevano bisogno lontane dagli ospedali, salvando molte vite.

## Effetto harvest

Ma è l'epidemiologo della ATS Milano Antonio Russo, autore della recentissima Valutazione degli eccessi di mortalità dei primi cinque mesi del 2020 in rapporto ai cinque anni precedenti, che inquadra il calo delle morti da Covid nel modo più convincente: *"Negli ultimi mesi del 2019 e nei primi due del 2020 c'è stata una minore mortalità a Milano come altrove in Italia, che ha portato all'accumulo nella popolazione di un serbatoio di persone fragili interessate da una pesante mortalità immediata. Il persistere dell'epidemia ha interessato prevalentemente la popolazione anziana con molte comorbidità, che si è infettata e morta (oltre 5.000 dei 6.000 decessi in più nella conurbazione milanese)."*

Questo serbatoio di mortalità 'precoce' si è esaurito, e ora sono rimasti soggetti più resistenti agli effetti del virus, oltre al fatto che ora gli anziani hanno capito che devono proteggersi dall'infezione più dei giovani anche grazie ad una azione mirata dei medici di famiglia. Questo potrebbe essere uno dei motivi per cui i pronto soccorso vedono da tempo pazienti meno gravi.



*La figura mostra il difetto di mortalità totale nell'area dell'ATS Milano dal 1 gennaio al 15 febbraio, seguita dall'eccesso di mortalità totale (parte della quale dovuta a Covid-19) che si esaurisce a fine aprile, per tornare a mostrare un difetto di mortalità. L'ATS Milano comprende 193 comuni, compresa la provincia di Lodi, per una popolazione di 3 milioni e mezzo di abitanti. Fonte: Valutazione degli eccessi di mortalità nel corso dell'epidemia Covid-19 nella popolazione dell'ATS Milano. Giovedì 21 maggio 2020.*

In altre parole, i "risparmiati" dal normale eccesso di mortalità invernale per influenza e altre cause sono caduti per primi, seguiti dalla popolazione più fragile per età e per le altre malattie che accompagnano gli ultimi anni di vita di buona parte della popolazione anziana. L'epidemiologia lo chiama *effetto harvest*, l'ultimo e fatale raccolto.

### **Carica virale e superdiffusione**

Passando dall'epidemiologia alla biologia, i ripetuti sequenziamenti fatti sul genoma virale trovato nei tamponi fatti in Lombardia tenderebbero per il momento a escludere una variante lombarda più aggressiva delle altre, che ora si sarebbe indebolita. Si potrebbe tuttavia ipotizzare che sia cambiata non la virulenza, ma la carica infettante media dei casi. Come qualsiasi veleno, anche i virus sono infatti più letali in grandi dosi.

Potrebbe essere quindi che la carica infettante media, cresciuta con la concentrazione spaziotemporale dei contagi nei cluster lombardi a causa della superdiffusione, facilitata anche dalle infezioni ospedaliere, ora sia tornata a livelli molto bassi. E che tale possa restare, con un accorto monitoraggio e l'evitamento di eventi di superdiffusione.

### **Note**

1. *La posizione dell'Italia nel mondo quanto a Case fatality Rate è stata corretta nell'articolo alle 14:30, poiché nella prima versione poneva l'Italia prima anziché terza, come risulta al momento dalle fonti più accreditate. Il Case Fatality Rate (CFR), rapporto fra morti e casi registrati, non va confuso con l'Infection Fatality Rate (IFR), il rapporto fra i morti e tutti gli infetti (anche quelli non ancora individuati) che per Covid varia dal'1 per mille all'uno per cento.*

2. *Il più completo e obiettivo rapporto sull'epidemia di Covid-19 in Italia aggiornato a fine aprile è: An unprecedented challenge. Italy's first response to Covid-19. WHO, Regional Office for Europe (2020).*

## SARS-CoV-2: il mistero di un virus perfetto

### COVID-19/Epidemiologia

di Gaetano Di Chiara

Il virus alla base dell'attuale pandemia, il SARS-CoV-2, fino a pochi mesi fa un totale sconosciuto, ora lo è sempre meno, grazie al fatto che una consistente parte della ricerca mondiale, non solo biomedica, è stata orientata e reimpostata sul virus e sui temi a esso collegati. Nonostante ciò, vi è un aspetto che rimane sconosciuto e oscuro: l'origine del virus. Questo aspetto è di fondamentale importanza non solo dal punto di vista scientifico generale ma anche per le possibili ricadute sulla prevenzione e sui rapporti internazionali.

Il primo SARS-CoV-2 trovato nel paziente HU-1 di Wuhan, ai primi di dicembre 2019, nasce praticamente perfetto, dato che nei successivi mesi, nonostante nel corso della pandemia il virus si sia riprodotto per migliaia di miliardi di volte, è andato incontro a un numero relativamente ridotto di mutazioni significative (Zhan *et al*, 2020). Come si sa, il genoma del SARS-CoV-2 è costituito da un singolo filamento di RNA e le mutazioni più significative delle basi che lo costituiscono sono quelle che determinano la sostituzione di aminoacidi (mutazioni non-sinonime) e che quindi possono modificare la funzione del virus. Il virus, quindi, fin dal suo primo apparire noto nell'uomo e fino a oggi, è rimasto essenzialmente invariato.

#### Mutazioni ed evoluzione

Tra le mutazioni significative avvenute nel corso dell'attuale pandemia è una mutazione non-sinonima (D614G) della proteina Spike (Pacchetti *et al*, 2020), che aumenta l'affinità del virus per il legame con il recettore ACE e quindi la sua infettività, ma non la letalità (Korber *et al*, 2020). In accordo con questo guadagno funzionale, il virus portatore di questa mutazione, apparsa in Europa già prima di marzo 2020, ha progressivamente rimpiazzato il ceppo originario, diventando, a partire dalla fine di marzo 2020, esclusiva in Italia, Francia, Germania, New York e persino a Taiwan, e prevalente a livello globale (Korber *et al*, 2020).

La particolarità del SARS-CoV-2 di essere nato apparentemente già in versione evoluta contrasta con l'origine e l'evoluzione di un altro coronavirus appartenente alla stessa famiglia, il SARS-CoV, l'agente dell'epidemia che negli anni 2002-2004, in due ondate successive, colpì la Cina ma non si diffuse significativamente al resto del mondo (Zhan *et al*, 2020). Come si sa, i due virus hanno un'omologia genomica del 79% e condividono il recettore, ACE2, con cui si legano alle cellule umane.

Al contrario del SARS-CoV-2, il SARS-CoV non è nato perfetto ma ha migliorato la sua capacità di infettare attraverso una significativa serie di mutazioni che si sono verificate nei primi mesi dell'epidemia, attraverso il passaggio da uomo a uomo (Zhan *et al*, 2020). A questo primo periodo di intensa mutagenicità e di selezione di varietà più contagiose è seguito un periodo di bassa mutagenicità, segno che il virus aveva raggiunto un adattamento sufficiente ad assicurargli una conservazione attraverso il passaggio nell'uomo.

Tutto, si direbbe, in accordo con il principio darwiniano della selezione naturale per adattamento all'ambiente che, nel caso del virus, è l'ospite, cioè l'essere umano. Una storia evolutiva, questa del SARS-Cov,

perfettamente in linea con l'idea che i primi reperti del virus ritrovati nell'uomo corrispondessero a un virus da poco entrato in contatto con la nostra specie.

### **Differenze con la prima SARS**

Ovviamente ci si chiede dove e quando il SARS-CoV-2 abbia subito quell'evoluzione che lo ha reso così adatto all'essere umano da non richiedere un miglioramento attraverso una serie di mutazioni che ne aumentassero la contagiosità. In effetti, il SARS-CoV-2 come noi lo conosciamo, fin dal suo apparire, si presenta come una specie virale matura e molto più perfezionata, ai fini della sua conservazione, rispetto al SARS-CoV.

Infatti il nuovo virus è in grado di infettare, al contrario del SARS-CoV, anche le prime vie respiratorie, facilitando così l'emissione del virus all'esterno. Inoltre il SARS-CoV-2 ha un'affinità per il suo recettore nell'ospite, ACE2, dalle 10 alle 20 volte superiore a quella del SARS-CoV. Queste due caratteristiche rendono il SARS-CoV-2 molto più contagioso del SARS-CoV.

Inoltre, il SARS-CoV-2, probabilmente attraverso una serie di mutazioni negative, avvenute a un certo punto della sua evoluzione ma comunque non nel corso della pandemia, ha una letalità inferiore rispetto al SARS-CoV. È evidente che una letalità ridotta e una contagiosità elevata sono caratteristiche che favoriscono la conservazione del SARS-CoV-2, al contrario del SARS-CoV che invece, essendo relativamente poco contagioso e molto letale, è andato facilmente incontro all'estinzione.

Un secondo, fondamentale aspetto dell'origine dei betacoronavirus umani è la derivazione da progenitori provenienti da un ospite prossimale. Così, il SARS-CoV è stato trasmesso all'uomo dallo zibetto delle palme, un piccolo mammifero che viene allevato perché si ciba delle bacche delle palme, che una volta defecate hanno un aroma che ricorda il caffè e per questo sono utilizzate come infuso. Lo zibetto, a sua volta, è probabilmente l'ospite intermedio del SARS-CoV tra il pipistrello e l'essere umano.

Questa sequenza di trasferimento dal pipistrello allo zibetto e quindi all'uomo è in accordo con il fatto che a essa corrisponde un progressivo aumento dell'omologia genomica del virus relativo a ciascuno di questi ospiti. Così l'omologia del coronavirus del pipistrello con il SARS-Cov umano è del 96% (Zhou *et al*, 2020) mentre quello dello zibetto è del 99%. Da questo si deduce che lo spillover, il trasferimento del CoV dallo zibetto all'uomo, è stato reso possibile dal fatto che il coronavirus dello zibetto era facilmente adattabile all'uomo anche se non ancora nella versione definitiva, che sarebbe stata raggiunta solo in seguito a una serie di mutazioni intervenute nella prima fase del trasferimento alla nostra specie.

### **Sorgenti animali del virus**

Per quanto riguarda SARS-CoV-2, l'ospite dal quale sarebbe avvenuto il trasferimento all'essere umano è ignoto. Sebbene l'omologia del genoma del CoV di pipistrello con il SARS-Cov2 sia del 96%, notevolmente più elevata rispetto a quella del SARS-CoV (79%), studi che utilizzano come indice di divergenza evolutiva un parametro neutro, cioè non sottoposto a selezione evolutiva, come le differenze in basi che codificano per lo stesso aminoacido (sinonime), indicano che la divergenza tra il SARS-Cov-2 e il virus del pipistrello è 14 volte più ampia di quella tra l'uomo e lo scimpanzè e il doppio di quella tra l'uomo e il macaco (Tang *et al*, 2020). Questa ampia divergenza evolutiva esclude il pipistrello come ospite prossimale del virus. Il pipistrello rimane comunque il maggiore indiziato come sorgente primaria del virus. Inizialmente, il pangolino, un piccolo formichiere squamoso, è stato indicato come ospite intermedio del SARS-CoV-2 tra pipistrello e uomo, ma questa ipotesi è stata in seguito scartata, in quanto l'omologia genomica tra il virus del pangolino e quello umano è inferiore (84%) a quella del pipistrello e la divergenza sinonima paragonabile a quella tra l'uomo e il topo (Tang *et al*, 2020).

## Non arriva necessariamente dal wet market

In realtà, per quanto riguarda l'origine del SARS-CoV-2 esistono molte incongruenze che hanno gettato un'aura di mistero e di sospetto sull'origine del virus. Una notizia della prima ora, accreditata dallo stesso governo cinese, aveva indicato nel *wet market* di Wuhan e nella macellazione in loco di animali selvatici che albergano il virus il meccanismo del trasferimento all'uomo. Questa possibilità, tuttavia, è in contrasto con il fatto che tutti i reperti ambientali, cioè non prelevati dall'uomo, provenienti dal mercato di Wuhan hanno un'omologia con il virus isolato nell'uomo del 99,9%, sono cioè identici al virus come lo si è ritrovato nei pazienti e quindi in uno stadio ormai evoluto (Zhan *et al*, 2020). Bisogna però considerare che questi reperti sono stati ottenuti dopo la chiusura del mercato di Wuhan, non prima, e quindi sono poco significativi al fine di ricostruire la progenie del virus.

D'altra parte, nonostante l'enfasi sul mercato di Wuhan come sede dello spillover, il primo virus raccolto e caratterizzato come SARS-CoV-2 proviene da un soggetto che non lavorava né frequentava il mercato di Wuhan. Infine, studi di epidemiologia genomica hanno localizzato nel sud della Cina, piuttosto che a Wuhan e nella provincia di Hubei, il primo caso di infezione da SARS-CoV-2 (Forster *et al*, 2020).

## Tre ipotesi sull'origine del virus

A questo punto, tre sono le ipotesi che si possono prendere in considerazione: secondo la *prima ipotesi*, il SARS-CoV-2, analogamente al SARS-CoV, si sarebbe naturalmente evoluto in un ospite intermedio tra il pipistrello e l'essere umano, andando incontro, nell'ospite, a quelle mutazioni adattative che lo hanno reso praticamente maturo per infettare l'uomo. Questo giustificerebbe l'assenza di quella serie iniziale di mutazioni adattative che invece si osservano nel SARS-CoV. Questa ipotesi è debole perché è inverosimile che una specie non umana possa fornire un ambiente così simile a quello umano da fornire la stessa pressione selettiva di un ospite umano, consentendo l'omissione di una iniziale serie di mutazioni adattative conseguenti al passaggio nel nuovo ospite, l'uomo.

Queste considerazioni portano infatti alla *seconda ipotesi*, e cioè che il virus si sia evoluto infettando indisturbato l'uomo per circa tre mesi, il tempo necessario per effettuare una serie di mutazioni, alcune positive, altre negative e quindi risultanti in un aumento dell'infettività e, rispettivamente, in una riduzione della letalità. In questo modo il virus avrebbe raggiunto la fase evoluta, che è quella che conosciamo. Il punto debole di questa ipotesi è che non esiste traccia ufficiale di questa fase nei resoconti cinesi, a meno di pensare che sia avvenuta ma sia stata coperta e che il virus sia stato rivelato quando ormai l'iniziale processo evolutivo era già terminato.

Esiste però una *terza ipotesi*, che è sicuramente la più intrigante ma anche la più speculativa, secondo la quale il virus sia originato in un centro di ricerca. Come si sa, molti ricercatori occidentali hanno escluso con forza la possibilità che il virus sia stato costruito in silicio utilizzando metodi di biologia molecolare. Ciò però non esclude che il virus sia stato ottenuto in laboratorio utilizzando gli stessi metodi utilizzati in natura, trasferendolo dal pipistrello in un ospite intermedio il più possibile vicino all'uomo, per esempio un primate ed eventualmente un primate antropomorfo, nel quale il virus ha subito mutazioni che lo hanno reso abbastanza evoluto da richiedere ancora solo poche ulteriori mutazioni per le quali potrebbero essere stati sufficienti un paio di mesi, durante i quali il virus potrebbe aver circolato nell'uomo rimanendo misconosciuto o comunque non segnalato al servizio sanitario nazionale e all'OMS.

Allo stato attuale non esiste alcuna prova di questa terza possibilità, che rimane altamente speculativa e ai limiti della fantascienza. Ma purtroppo questa pandemia ci ha insegnato che è possibile anche ciò che sembra impossibile. Infatti, a gennaio di quest'anno nessuno avrebbe mai immaginato che l'epidemia segnalata in Cina a dicembre sarebbe esplosa in Italia dopo qualche mese.

## Bibliografia

- Korber B, Fischer WM, Gnanakaran S, Yoon H, Theiler J, Abfalterer W, Foley B, Giorgi EE *et al.* Spike mutation pipeline reveals the emergence of a more transmissible form of SARS-CoV-2 (2020) bioRxiv, <https://doi.org/10.1101/2020.04.29.069054>
- Pachetti M, Marini B, Benedetti F, Giudici F, Mauro E, Storici P, Masciovecchio C, Angeletti S, Ciccozzi M, Gallo RC *et al.* Emerging SARS-CoV-2 mutation hot spots include a novel RNA-dependent-RNA polymerase variant. (2020) *J. Translat. Med.* 18, 179
- Tang X, Wu C, Li X, Song Y, Yao X, Wu X, Duan Y, Zhang H, Wang Y, Qian Z, Cui J and Lu J. On the origin and continuing evolution of SARS-CoV-2, (2020) *Nation. Sci. Rev.* <https://doi.org/10.1093/nsr/nwaa036>
- Zhan SH, Deverman BE, Chan YA SARS-CoV-2 is well adapted for humans. What does this mean for re-emergence? (2020) bioRxiv, <https://doi.org/10.1101/2020.04.29.069054>
- Zhang T, Wu Q, Zhang Z. Probable Pangolin Origin of SARS-CoV-2 Associated with the COVID-19 Outbreak. (2020) *Current Biology* 30, 1346 <https://dx.doi.org/10.1016/j.cub.2020.03.022>
- Zhou P, Yang X-L, Wang X-G, Hu B, Zhang L, Zhang W *et al.* A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. (2020) *Nature.* 579, 270

# L'impatto del Covid 19 sui minori (1)





## Policy Brief for children - Breve politica per i minori

I bambini non sono il volto di questa pandemia. Ma rischiano di essere tra le sue maggiori vittime. Mentre sono stati fortunatamente in gran parte risparmiati dagli effetti diretti di salute di COVID-19 - almeno fino ad oggi - la crisi sta avendo un effetto profondo sul loro benessere.

Tutti i bambini, di tutte le età, e in tutti i paesi, sono colpiti, in particolare, dagli impatti socioeconomici e, in alcuni casi, da misure di mitigazione che possono inavvertitamente fare più male che bene. Questa è una crisi universale e, per alcuni bambini, l'impatto sarà per tutta la vita.

Inoltre, gli effetti dannosi di questa pandemia non saranno distribuiti equamente. Ci si aspetta che siano i più dannosi per i bambini nei paesi più poveri, nei quartieri più poveri e per coloro che si trovano in situazioni già svantaggiate o vulnerabili.

Ci sono tre canali principali attraverso i quali i bambini sono colpiti da questa crisi: l'infezione con il virus stesso; l'impatto socioeconomico immediato delle misure per fermare la trasmissione del virus e porre fine alla pandemia; e il potenziale più a lungo-effetti a termine del ritardo nell'attuazione degli obiettivi di sviluppo sostenibile.

Tutto questo sta interessando i bambini in diversi modi:

- *La riduzione della povertà*: Si stima che 42-66 milioni di bambini potrebbero cadere in condizioni di estrema povertà a seguito della crisi di quest'anno, aggiungendo i 386 milioni di bambini già in condizioni di estrema povertà nel 2019.
- *La crisi dell'apprendimento è stata esacerbata*: 188 paesi hanno imposto chiusure scolastiche in tutto il paese, colpendo più di 1,5 miliardi di bambini e giovani. Le perdite potenziali che possono accumularsi nell'apprendimento per le giovani generazioni di oggi, e per lo sviluppo del loro capitale umano, sono difficili da comprendere. Più di due terzi dei paesi hanno introdotto una piattaforma nazionale di apprendimento a distanza, ma tra i paesi a basso reddito la quota è solo del 30 per cento. Prima di questa crisi, quasi un terzo dei giovani del mondo era già stato escluso digitalmente.
- *Minacce per la sopravvivenza e la salute dei bambini*: le difficoltà economiche cui si sono confrontate le famiglie a causa della recessione economica globale potrebbero causare centinaia di migliaia di morti infantili nel 2020, invertire gli ultimi 2-3 anni di progressi nella riduzione della mortalità infantile in un solo anno. E questa cifra allarmante non tiene nemmeno conto dei servizi interrotti a causa della crisi (riflette solo il rapporto attuale tra economie e mortalità, quindi è probabile una sottostima dell'impatto). La malnutrizione è prevista in quanto 368,5 milioni di bambini in 143 paesi che normalmente si affidano ai pasti scolastici per una fonte affidabile di alimentazione quotidiana devono ora guardare ad altre fonti. Anche i rischi per la salute mentale e il benessere dei bambini sono notevoli. I bambini rifugiati e sfollati interni, nonché quelli che vivono in stato di detenzione e in situazioni di conflitto attivo sono particolarmente vulnerabili.
- *Rischi per la sicurezza dei bambini*: le misure di blocco e di protezione in atto comportano un rischio maggiore di bambini che assistono o subiscono violenze e abusi. Anche i bambini in situazioni di conflitto, così come quelli che vivono in condizioni insalubri e affollate come gli insediamenti di rifugiati e sfollati interni, sono a rischio. La dipendenza dei bambini dalle piattaforme online per

l'apprendimento a distanza ha anche aumentato il rischio di esposizione a contenuti inappropriati e adescatori online.

Questa sintesi fornisce un'analisi più approfondita di questi effetti. Esso individua inoltre una serie di azioni immediate e durature per l'attenzione dei governi e dei responsabili politici, anche in relazione alle tre priorità seguenti:

- *Riequilibrare la combinazione di interventi per minimizzare l'impatto delle strategie standard di allontanamento fisico e blocco sui bambini nei paesi e nelle comunità a basso reddito e ampliare i programmi di protezione sociale per raggiungere i bambini più vulnerabili.*
- *Dare priorità alla continuità dei servizi incentrati sull'infanzia, con particolare attenzione all'equità dell'accesso, in particolare in relazione alla scolarizzazione, ai programmi nutrizionali, all'immunizzazione e ad altre cure materne e neonatali e ai programmi di protezione dell'infanzia basati sulla comunità.*
- *Fornire un sostegno pratico ai genitori e agli assistenti, compreso il modo di parlare della pandemia con i bambini, come gestire la propria salute mentale e la salute mentale dei propri figli e gli strumenti per aiutare a sostenere l'apprendimento dei propri figli.*

Per ciascuno di questi casi, devono essere messe in atto protezioni specifiche per i bambini vulnerabili, compresi i rifugiati, gli sfollati, i senzatetto, i migranti, le minoranze, gli abitanti delle baraccopoli, i bambini che vivono con disabilità, i bambini di strada, che vivono negli insediamenti dei rifugiati e i bambini nelle istituzioni. È giunto il momento di rafforzare la solidarietà internazionale per i bambini e l'umanità. e gettare le basi per una trasformazione più profonda del modo in cui nutriamo e investiamo nella generazione più giovane del mondo. Il sistema delle Nazioni Unite - Le nostre agenzie, fondi, programmi e le entità del Segretariato - stanno lavorando in tutte le sedi e sono pronte a sostenere tutti i governi e le società.

### **I canali attraverso i quali Covid-19 colpisce i bambini**

La pandemia COVID-19 presenta la più grande prova che il mondo abbia affrontato dalla Seconda Guerra Mondiale e dalla formazione delle Nazioni Unite. Per capire l'impatto sui bambini del mondo, è utile distinguere tre canali attraverso i quali le loro vite sono colpite.

*Il primo canale è attraverso l'infezione da virus.*

Per fortuna, i bambini sono stati in gran parte risparmiati dalle gravi reazioni sintomatiche più comuni tra le persone anziane. Sono stati registrati numerosi casi di ospedalizzazione e decessi di bambini che hanno ceduto al virus, ma si tratta di eccezioni e sono probabilmente legate a condizioni precedenti. Molto più comune è stato per i bambini perdere tragicamente un genitore, membro della famiglia, o altro per il COVID-19. L'impatto psicosociale di tali perdite sui bambini non dovrebbe essere trascurato.

*Il secondo canale è attraverso gli effetti socioeconomici del virus e le misure correlate per sopprimere la trasmissione e controllare la pandemia.*

Mentre i servizi sanitari sono sopraffatti nel prendersi cura di un gran numero di pazienti infetti che necessitano di trattamento, i bambini e le donne incinte sono meno in grado di accedere alle cure standard.<sup>1</sup> Anche i figli dei lavoratori in prima linea hanno dovuto adattarsi a sistemi alternativi di custodia dei bambini. I bambini che vivono in zone di conflitto armato, che già lottano ampiamente per accedere ai servizi sanitari, possono essere ulteriormente esclusi dall'attenzione e dall'accesso ai sistemi sanitari gravemente appesantiti. Le misure di allontanamento e di blocco fisico, le restrizioni di movimento e le chiusure dei confini e le strategie di sorveglianza colpiscono i bambini in una miriade di modi.

## See: UN Policy Brief on the Impact of COVID-19 on Women

Servizi per l'infanzia faccia a faccia ; scolarizzazione, programmi nutrizionali, assistenza materna e neonatale, servizi di immunizzazione, servizi di salute sessuale e riproduttiva, trattamento del l'HIV, **strutture di cura** alternative, programmi di protezione dell'infanzia basati sulla comunità; e la gestione dei casi per i bambini che necessitano di cure supplementari personalizzate, compresi quelli che vivono con disabilità, e le vittime di abusi. sono stati spesso parzialmente o completamente sospesi.

L'impatto della pandemia si estende ben oltre la sfera della salute fisica. La pandemia sta avendo effetti profondi sul benessere mentale dei bambini, il loro sviluppo sociale, la loro sicurezza, la loro privacy, la loro sicurezza economica, e oltre, come esploriamo nella sezione seguente. I bambini che vivono negli insediamenti dei rifugiati e quelli che vivono negli insediamenti dei rifugiati o in altre condizioni affollate sono particolarmente vulnerabili.

**Anche se i bambini non sono il volto di questa pandemia, i suoi più ampi impatti sui bambini rischiano di essere catastrofici e tra le conseguenze più durature per la società nel suo complesso.**

Il terzo canale è il rischio che il virus e la sua risposta annullino gli sforzi a lungo termine per gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile e per garantire la realizzazione dei diritti di tutti i bambini.

Prima di questa crisi, vivevamo in un mondo che non riusciva a prendersi cura adeguatamente dei bambini; dove un bambino sotto i 15 anni muore ogni cinque secondi; dove un bambino su cinque è malnutrito (stentato); oltre la metà (53%) dei bambini di 10 anni nei paesi a basso e medio reddito (fino a quattro bambini su cinque nei paesi poveri) non può leggere e capire storie semplici; e un bambino su quattro sotto i 5 anni non ha registrato la loro nascita.

Più si allunga la crisi attuale, più drammatico sarà l'impatto su questi bambini e se le economie faticano e la spesa pubblica è limitata, è più probabile l'aumento del loro numero. In situazioni di conflitto attivo, la risposta pandemica può aumentare i fattori di spinta e trazione per il reclutamento dei bambini, così come lo sfruttamento sessuale e il rapimento.

Quella che è iniziata come emergenza sanitaria pubblica è diventata un formidabile test per lo sviluppo globale e per le prospettive delle giovani generazioni di oggi.

L'impatto complessivo della pandemia sui bambini riflette gli effetti combinati di questi tre canali, che sono al centro della sezione seguente.

### **Gli impatti di Covid-19: dimensioni e scala**

Proprio come ci sono molteplici canali attraverso i quali la pandemia colpisce i bambini, così ci sono molteplici dimensioni del suo impatto sui bambini. Gli effetti potrebbero essere raggruppati in quattro parti: 1) cadere nella povertà; 2) istruzione; 3) sopravvivenza e salute; e 4) sicurezza.

Mentre è troppo presto per quantificare la dimensione finale di questi effetti e le decisioni dei politici svolgeranno un ruolo critico nel determinare la loro scala, è possibile presentare alcune stime iniziali e punti di riferimento.

#### **Cadere nella povertà**

L'allontanamento fisico e le misure di lockdown necessarie per salvare vite umane e combattere la trasmissione del virus hanno determinato una significativa riduzione dell'attività economica in tutte le principali economie e la conseguente recessione globale. La gravità della recessione resta da vedere, ma gli impatti socioeconomici sono stati esposti in dettaglio nella [Little policy brief on the socioeconomic impact]<sup>2</sup>.

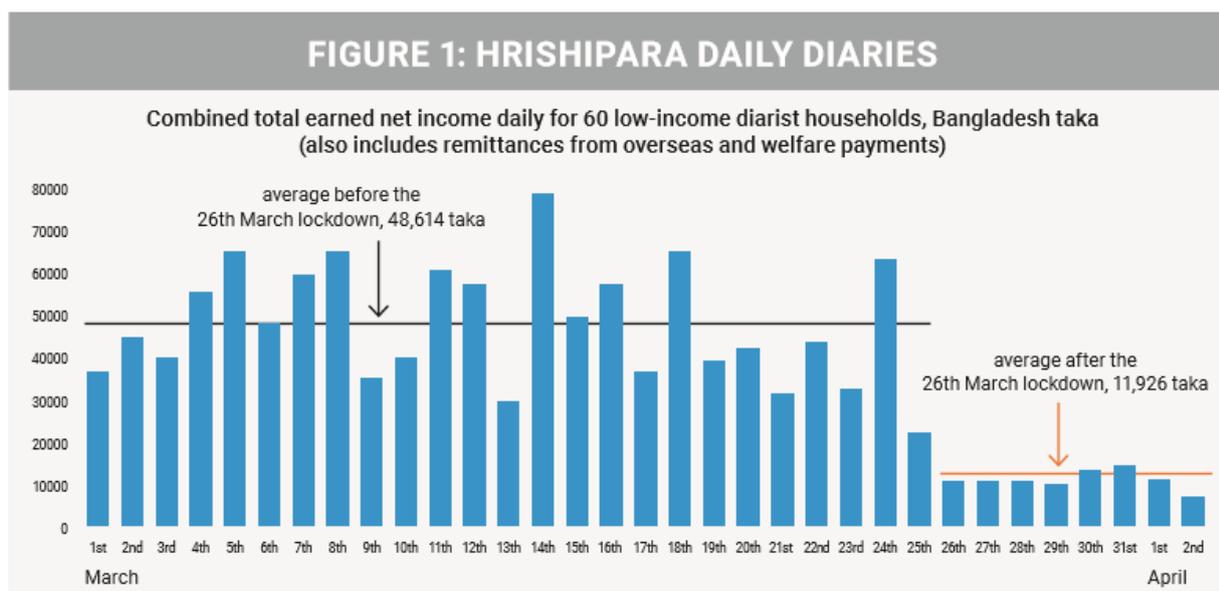
Le stime dell'IMF<sup>3</sup> prevedono una contrazione del reddito globale del 3% nel 2020, ipotizzando che la pandemia si ritiri nella seconda metà di quest'anno. Una situazione già grave potrebbe facilmente diventare molto peggiore se deflussi di capitali dalle economie emergenti e in via di sviluppo innescano una cascata di default sovrani disordinati.

1. Shared responsibility, global solidarity: UN Report on responding to the socio-economic impacts of COVID-19
2. World Economic Outlook 2020

A livello di famiglia, il crollo del reddito minaccia la sopravvivenza di milioni di famiglie con bambini in tutto il mondo. L'introduzione delle previsioni dello scenario ottimistico del FMI in una povertà IFPRI MODEL<sup>4</sup> indica un aumento della povertà estrema (1,90 dollari al giorno) quest'anno di 84-132 milioni di persone, circa la metà delle quali sono bambini, rispetto a uno scenario controfattuale pre-pandemico.

Queste stime iniziali catturano solo gli effetti di una recessione globale sulle famiglie povere, ignorando gli effetti localizzati dei familiari costretti a rifugiarsi sul posto, o a migrare verso le loro case rurali, abbandonando i loro normali mezzi di sussistenza. I diari finanziari di 60 famiglie a basso reddito nel quartiere di Hrishipara nel Bangladesh centrale fanno emergere l'improvviso crollo dei redditi giornalieri quando vengono introdotte misure di blocco (vedi Figura 1).<sup>5</sup> Storicamente, il peso di tali shock sulle famiglie è stato sproporzionatamente sostenuto dalle ragazze.

Tali shock di reddito a livello di famiglia, anche se solo temporanei, possono avere effetti devastanti sui bambini, in particolare su coloro che vivono in famiglie povere con beni limitati.



In molti paesi abbiamo assistito a una rapida espansione dei programmi di assistenza sociale per compensare le famiglie per la perdita di reddito. A partire dal 10 aprile 2020, 126 paesi hanno introdotto o adattato misure di protezione sociale, di cui 83 forniscono un sostegno esplicito ai bambini e alle loro famiglie.<sup>6</sup> La durata dell'attuale blocco rimane incerta, così come la probabilità che vengano reintrodotti blocchi in risposta a futuri focolai di COVID-19.

### Istruzione

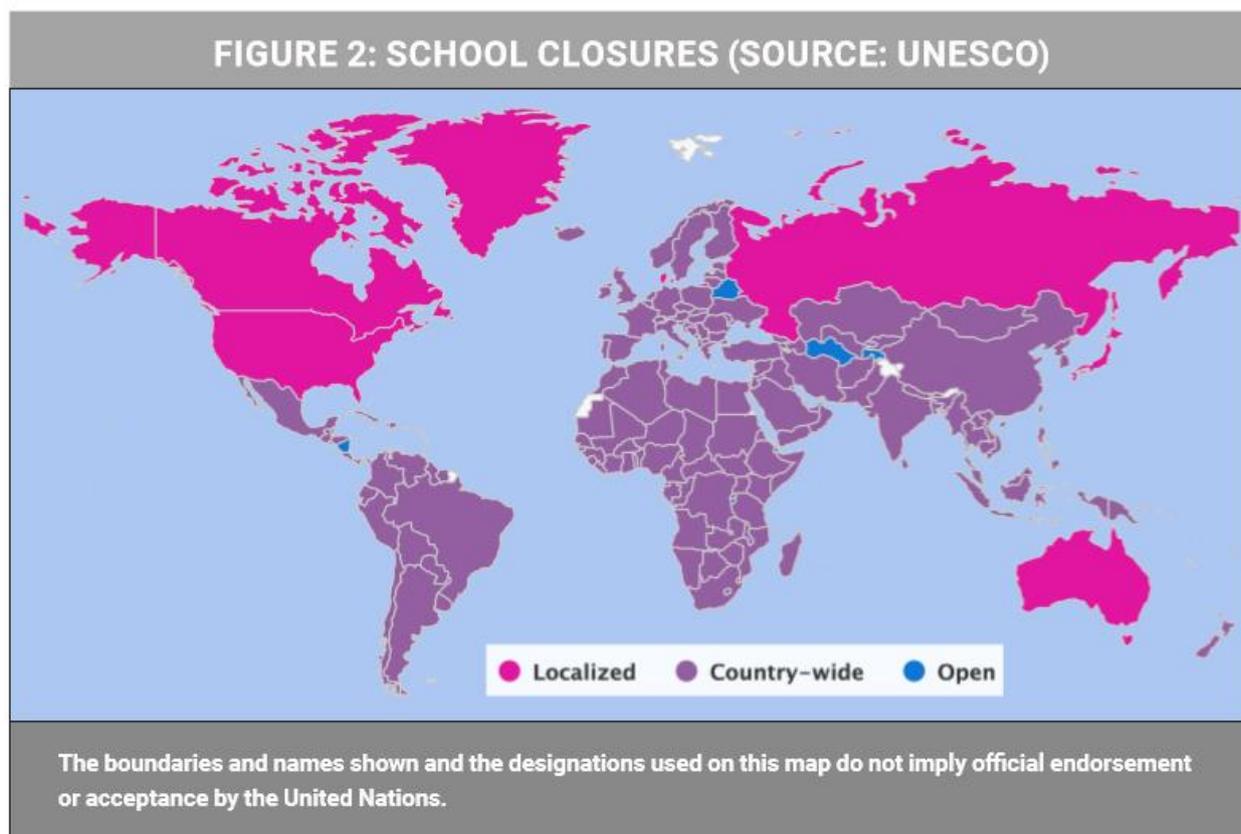
La chiusura mondiale delle scuole non ha precedenti storici. 188 paesi hanno imposto chiusure in tutto il paese, colpendo più di 1,5 miliardi di bambini e giovani (vedi figura 2).<sup>7</sup> In contrasto con precedenti focolai di malattia, sono state imposte preliminarmente chiusure di scuole: in 27 paesi sono state introdotte chiusure prima che si registrassero casi di virus.<sup>8</sup> In molti paesi che prevedono l'introduzione di blocchi estesi, almeno 58 paesi e territori hanno rinviato o riprogrammato gli esami, mentre 11 paesi hanno annullato gli esami.<sup>9</sup>

4. IFPRI, 2020
5. HRISHIPARA DAILY DIARIES, 2020
6. Gentilini et al., 2020
7. UNESCO, 2020
8. CGD, 2020
9. UNESCO, 2020

Le perdite potenziali che possono accumularsi nell'apprendimento per le giovani generazioni di oggi, e per lo sviluppo del loro capitale umano, sono difficili da comprendere. Per minimizzare queste perdite, molte scuole stanno offrendo l'apprendimento a distanza ai loro allievi. Tuttavia, questa opzione è disponibile solo per alcuni. Mentre più di due terzi dei paesi hanno introdotto una piattaforma nazionale di apprendimento a distanza, solo il 30 per cento dei paesi a basso reddito lo hanno fatto.<sup>10</sup>

Le ragazze hanno meno accesso alla tecnologia digitale rispetto ai ragazzi, che possono ridurre il loro accesso e la partecipazione all'apprendimento on-line<sup>11</sup>. I bambini che vivono in insediamenti informali, campi con infrastrutture limitate e nessun accesso a Internet sono particolarmente colpiti. Le restrizioni di confinamento e di movimento possono essere incentivi per le parti in conflitto ad occupare, saccheggiare o distruggere scuole e ospedali; mentre le scuole vuote possono essere usate per uso militare.

Bambini con disabilità e con esigenze specifiche sono particolarmente difficili da soddisfare attraverso i programmi a distanza. La qualità e l'accessibilità del l'insegnamento a distanza dovrebbero variare notevolmente sia all'interno che all'esterno dei paesi. Solo 15 paesi offrono l'insegnamento a distanza in più di una lingua.<sup>12</sup>



Tali perdite saranno maggiori per i bambini che, coinvolti dalla pandemia, abbandonano del tutto la scuola. Questa possibilità aumenta con l'aumentare della chiusura delle scuole e della contrazione economica causata dalla pandemia.

L'esperienza con l'HIV in Kenya dimostra che i bambini che perdono un genitore hanno ridotto le probabilità di tornare a scuola.<sup>13</sup> In situazioni di conflitto continuo, i bambini che non frequentano più la scuola possono essere incentivati ad unirsi alle forze armate o ai gruppi, perpetuando così il ciclo di violenza.

10. UNESCO, 2020
11. <https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Documents/facts/FactsFigures2019.pdf>
12. CGD, 2020
13. Evans and Miguel, 2013

## Sopravvivenza e salute

L'impatto diretto dell'infezione da COVID-19 sui bambini è stato finora molto più mite che per altri gruppi di età. I dati preliminari di casi osservati in Cina e negli Stati Uniti suggeriscono che i tassi di ospedalizzazione per i bambini sintomatici sono tra 10 e 20 volte inferiori rispetto alla mezza età, e tra 25 e 100 volte inferiori rispetto agli anziani.<sup>14</sup> Di pazienti ricoverati, i bambini sono i meno suscettibili di richiedere cure critiche.

La percentuale di bambini sintomatici che perdono la vita a causa del virus in Cina è stata stimata in 1 su 25.000, ovvero 30 volte meno di quelli di mezza età e 3.000 volte meno degli anziani. Le conclusioni tratte da tali dati dovrebbero tuttavia essere formulate con estrema cautela, data la limitata copertura delle serie di dati esistenti e i vari contesti dove COVID-19 è ora in libertà. L'impatto epidemiologico del virus può variare nel tempo e in contesti diversi.

A differenza dell'impatto diretto del COVID-19, gli effetti più ampi della pandemia sulla salute dei bambini sono significativi. Un reddito familiare ridotto costringerà le famiglie povere a ridurre le spese essenziali per la salute e il cibo. Rifacendosi alle previsioni di crescita economica globale del FMI e al rapporto storico tra crescita del PIL e mortalità infantile nei paesi in via di sviluppo<sup>15</sup>, nel 2020 potrebbero verificarsi centinaia di migliaia di decessi dovuti allo scenario pandemico. Ciò invertirebbe di fatto in un solo anno i progressi degli ultimi 2-3 anni di progressi nella riduzione della mortalità infantile.

Queste stime si concentrano solo sugli effetti della recessione globale di quest'anno sulla salute dei bambini e non tengono conto dei molteplici modi in cui i servizi sanitari sono direttamente disturbati dalla pandemia. Ciò include un accesso ridotto agli interventi essenziali di salute riproduttiva, materna, neonatale e infantile, come l'assistenza prenatale, la partecipazione qualificata alla nascita e il trattamento per la polmonite.

Includere anche la sospensione di tutte le campagne di vaccinazione contro la poliomielite in tutto il mondo, riducendo gli sforzi decennali per eliminare il virus dagli ultimi due territori, l'Afghanistan e il Pakistan, e per affrontare i recenti focolai del virus derivato dal vaccino in Africa, Asia orientale e Pacifico. Inoltre, le campagne di immunizzazione contro il morbillo sono state sospese in almeno 23 paesi che vede rivolti cumulativamente più di 78 milioni di bambini fino all'età di 9<sup>16</sup> anni. Nel frattempo, bambini e adolescenti con malattie croniche, compresi quelli che vivono con l'HIV, rischiano di ridurre l'accesso ai medicinali e alle cure.

L'alimentazione dei bambini è una preoccupazione vitale. 368,5 milioni di bambini in 143 paesi che normalmente si affidano ai pasti scolastici per una fonte affidabile di alimentazione quotidiana devono ora provvedere con altre fonti.<sup>17</sup> Questa sfida è resa più grande dallo shock economico che le famiglie devono affrontare, che influenzerà negativamente la dieta dei bambini, donne incinte e madri che allattano. Inoltre, misure di serrata attuate frettolosamente rischiano di perturbare le catene di approvvigionamento alimentare e i mercati alimentari locali. Se tali effetti non vengono risolti rapidamente, essi comportano conseguenze potenzialmente gravi per la sicurezza alimentare.

14. Verity et al., 2020; CDC, 2020; CDC, 2020. See also Stoltenberg, 2020
15. Baird et al., 2011
16. UNICEF, 2020

## 17. WFP, 2020

Se le scuole dovessero rimanere chiuse e far sì che le ragazze abbandonino la scuola, dovremmo anche anticipare un aumento della gravidanza adolescenziale nell'anno successivo. Una recente meta-analisi della prevalenza e dei determinanti della gravidanza adolescenziale in Africa ha rilevato che le ragazze adolescenti che escono dalla scuola hanno più del doppio delle probabilità di avere maternità precoci rispetto a quelle che frequentano la scuola.<sup>18</sup>

Anche i servizi idrici, igienico-sanitari (WASH) sono a rischio di interruzione a causa di misure di blocco, che rappresentano ulteriori minacce per la salute dei bambini a causa di malattie trasmesse dall'acqua. Più di 700 bambini sotto i cinque anni muoiono ogni giorno per malattie diarroiche legate a servizi inadeguati<sup>19</sup>, e questo numero potrebbe aumentare bruscamente se i servizi esistenti crollano. Ciò è particolarmente allarmante dato il ruolo critico dell'igiene nella prevenzione dell'infezione e nel controllo della diffusione di COVID-19.

Gli effetti delle misure di allontanamento fisico e delle restrizioni di movimento sulla salute mentale dei bambini rappresentano un altro motivo di preoccupazione. I bambini oggi devono affrontare l'ansia per l'impatto negativo della pandemia sulla loro vita e sulle loro comunità, e l'incertezza per il futuro: per quanto tempo le circostanze straordinarie di oggi dureranno e come la pandemia alla fine si risolverà.

Per i bambini che affrontano privazioni estreme, lo stress acuto può compromettere il loro sviluppo cognitivo e innescare problemi di salute mentale a lungo termine.

### Sicurezza

Per la maggior parte dei bambini, la casa rappresenta una fonte di sicurezza. Ma per una minoranza, il caso è tragicamente contrario. La violenza da parte dei parenti è la forma più comune di violenza vissuta dai bambini.<sup>20</sup> I bambini sono anche spesso testimoni di violenza domestica contro le donne, i cui tassi si pensa siano aumentati in molti paesi, come descritto nel breve politico sull'impatto del COVID-19 su donne<sup>21</sup>. È più probabile che tali atti di violenza si verifichino mentre le famiglie sono confinate a casa e soffrono di intenso stress e ansia. Il 60% di tutti i bambini di tutto il mondo vive in paesi in cui è in vigore un blocco totale o parziale<sup>22</sup>.

Gli arresti rappresentano tragicamente anche un'opportunità per i pedofili di fare del male ai bambini. I bambini raramente sono in grado di denunciare atti così eclatanti. Tuttavia, in un momento di maggiore necessità, i bambini non hanno più contatti con gli insegnanti per segnalare incidenti a casa, mentre l'assistenza sociale e i relativi servizi legali e di protezione per i bambini vengono sospesi o ridimensionati.

La dipendenza dei bambini dalle piattaforme online per l'apprendimento a distanza ha anche aumentato il rischio di esposizione a contenuti inappropriati e adescatori online. La crescente digitalizzazione amplifica la vulnerabilità dei bambini.

Proprio come l'effetto combinato della chiusura delle scuole e delle difficoltà economiche può costringere alcuni bambini ad abbandonare la scuola, si può prevedere che la stessa combinazione può costringere i bambini al lavoro minorile, a diventare bambini soldato e a sposarsi in paesi ad alto rischio. I bambini senza assistenza parentale sono particolarmente vulnerabili allo sfruttamento e ad altre azioni negative.

18. Kassa et al., 2018

19. [data.unicef.org](https://data.unicef.org)

20. UNICEF, 2017

21. UN Policy Brief on the Impact of COVID-19 on Women

22. For data on countries with full or partial lockdown, please see [acaps.org](https://acaps.org); for data on child population, please see [population.un.org](https://population.un.org)

L'attuazione mal pianificata o eseguita di misure di contenimento e mitigazione presenta rischi aggiuntivi per la sicurezza dei bambini e la violazione dei loro diritti, soprattutto quando non sono adottate anche misure per la cura dei più vulnerabili. Arresti forzati, coprifuoco e restrizioni dei movimenti hanno portato alla chiusura improvvisa dei campi profughi e delle istituzioni residenziali, e alla dispersione degli abitanti delle baraccopoli, compresi i bambini.

Gli strumenti di sorveglianza utilizzati per imporre la quarantena e l'allontanamento sociale e per consentire il tracciamento dei contatti si sono dimostrati un potente strumento per controllare la diffusione del virus in alcuni paesi, ma in alcune occasioni hanno violato i diritti dei bambini alla privacy. Ciò include la condivisione pubblica di informazioni personali di bambini infetti, o informazioni sufficienti per la loro identificazione personale. Questi approcci rischiano di ridurre le protezioni legali e i diritti che possono rivelarsi difficili da recuperare.

### **L'impatto irregolare di Covid-19**

L'impatto del COVID-19 sulla povertà dei bambini, la sopravvivenza e la salute, l'apprendimento e la sicurezza sono di vasta portata. Tuttavia, i suoi effetti non saranno distribuiti equamente. Alcuni bambini sono destinati a sostenere i costi maggiori in assenza di azioni di mitigazione. Allo stesso modo, i tempi e la durata degli effetti della pandemia sono un fattore critico nel valutare quale influenza avranno in ultima analisi sulla traiettoria della vita dei bambini.

### **Effetti distributivi**

In un'epoca caratterizzata da un'estrema disuguaglianza, la pandemia COVID-19 è un evento fondamentalmente squalificante. Si prevede che i suoi effetti saranno più dannosi per i bambini nei paesi più poveri, per le famiglie più povere all'interno dei paesi, e per le ragazze all'interno delle famiglie più povere. Ciò pone una sfida monumentale al principio alla base degli obiettivi di sviluppo sostenibile di non lasciare indietro nessuno.

I paesi a basso reddito e i paesi in cui si svolgono conflitti sono i meno in grado di affrontare gli effetti di una recessione globale e di arresti localizzati, vista la grande quota di attività produttiva che si verifica nel settore informale e nei sistemi di protezione sociale più deboli.

Questi stessi paesi non dispongono delle infrastrutture necessarie per mettere a punto sofisticate soluzioni di apprendimento a distanza, sistemi sanitari più deboli, una minore forza lavoro dei servizi sociali, strutture meno accessibili, e sono lontani da immunizzazione universale. Le famiglie povere hanno meno fonti di reddito sicure e meno risorse, meno accesso all'assistenza sanitaria e più co-morbidità, e meno strumenti per connettersi all'apprendimento a distanza, sia che si tratti di una televisione, di una radio o di un dispositivo online, e hanno più probabilità di far uscire i bambini dalle scuole.

I bambini più poveri del mondo devono già affrontare un'esistenza precaria e gli effetti sproporzionati della pandemia sulle loro vite rappresentano una vera e propria minaccia per la loro sopravvivenza e sviluppo. È pertanto di fondamentale importanza che le strategie di allontanamento fisico e di serrata siano adattate in contesti a basso reddito per evitare che le famiglie povere siano private della possibilità di mantenere i loro mezzi di sussistenza o di compensare le loro perdite, e per garantire i mercati alimentari da cui dipendono queste famiglie e i loro figli.

### **Bambini vulnerabili**

Oltre ai bambini poveri, vi sono altre popolazioni di bambini vulnerabili per le quali gli effetti della pandemia rischiano di essere particolarmente gravi e la cui protezione merita un'attenzione particolare.<sup>23</sup> Un miliardo di persone in tutto il mondo vivono in baraccopoli, insediamenti informali e alloggi inadeguati<sup>24</sup>.

23. UNICEF, 2017

24. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2019/goal-11/>

Le misure standard di allontanamento fisico e di serrata rischiano di accelerare la diffusione della pandemia tra queste popolazioni, che spesso non hanno acqua potabile e impianti per lavarsi le mani a casa, e si affidano alle strutture igienico-sanitarie comuni. Queste stesse misure rischiano di nuovo di distruggere i mezzi di sussistenza di queste persone, con gravi conseguenze per i loro figli. L'applicazione delle restrizioni di movimento e delle misure di allontanamento fisico può servire da copertura per la discriminazione e la violenza contro questi e altri bambini vulnerabili.

Dei 13 milioni di bambini rifugiati nel mondo, quelli che risiedono in campi o insediamenti affollati affrontano sfide simili. Essi, insieme a un milione di bambini richiedenti asilo e a 17 milioni di bambini sfollati nel mondo, sono tra quelli che più probabilmente saranno esclusi dalla protezione sociale, e saranno colpiti negativamente dalle restrizioni alla circolazione di coloro che possono mantenere uno status più sicuro. I bambini con disabilità sono tra i più dipendenti dai servizi faccia a faccia, tra cui la salute, l'istruzione e la protezione, che sono stati sospesi nell'ambito delle misure di allontanamento sociale e di blocco. Essi hanno meno probabilità di beneficiare di soluzioni di apprendimento a distanza.

I bambini che vivono in istituti e detenuti - compresi i bambini migranti - devono affrontare un diverso tipo di vulnerabilità. La loro cura continua è facilmente messa in pericolo in un momento di crisi. Anche i bambini che vivono in luoghi di conflitto attivo meritano un sostegno urgente. L'autorità contestata per queste impostazioni pone evidenti sfide per l'istituzione di misure per controllare e mitigare la diffusione del virus. Le misure di blocco rischiano di intrappolare i bambini in situazioni non sicure.

### **Effetti a più lungo termine**

L'impatto finale della crisi sui bambini dipende da quanto tempo ci vorrà perché la pandemia finisca. Una più lunga lotta per contenere il virus non solo prolunga il dolore causato dalla pandemia, ma solleva la prospettiva che l'impatto della pandemia avrà effetti persistenti o persistenti sui bambini.

Ad esempio, se le economie più avanzate sono in fase di arresto, meno probabilità hanno di "scattare indietro". A livello di famiglia, le famiglie in difficoltà vedranno sempre più chi lavora perdere il lavoro o essere costretto a vendere beni produttivi per sopravvivere, con conseguenze di lunga durata per la povertà infantile. Lo stesso vale per altri impatti della pandemia.

Più a lungo le scuole rimangono chiuse, meno è probabile che i bambini siano in grado di recuperare l'apprendimento e le competenze essenziali che supportano una sana transizione verso l'età adulta. Più le campagne di immunizzazione sono sospese, più grande e più costosa sarà la lotta per eliminare la poliomielite e per gestire i focolai di morbillo.

Per i bambini colti all'apice di questa crisi, c'è una reale prospettiva che i suoi effetti altereranno in modo permanente le loro vite. I bambini che si trovano ad affrontare una deprivazione acuta nell'alimentazione, nella protezione o nella stimolazione, o nei periodi di esposizione prolungata allo stress tossico, durante la finestra critica dello sviluppo della prima infanzia, sono suscettibili di sviluppare crisi per tutta la vita in quanto il loro sviluppo neurologico è compromesso.

I bambini che abbandonano la scuola dovranno affrontare non solo un più elevato rischio di matrimonio infantile, lavoro minorile, e gravidanze adolescenziali, ma vedranno la loro potenziale aspettativa di vita precipitare. I bambini che subiscono disagi familiari durante questo periodo di forte stress rischiano di perdere il senso di sostegno e sicurezza da cui dipende il benessere dei bambini.

## L'impatto dell'epidemia di Ebola sui bambini

Sebbene le caratteristiche epidemiologiche di Ebola e COVID-19 varino significativamente, le misure di contenimento e mitigazione messe in atto per contenerne la diffusione hanno molte somiglianze. Di conseguenza, l'epidemia di Ebola fornisce prove convincenti e recenti degli impatti socioeconomici che si verificano in ambienti a basso reddito durante un'emergenza sanitaria pubblica.

- *Ritorno a scuola:* Nei villaggi fortemente disturbati della Sierra Leone, i tassi di iscrizione scolastica per le ragazze tra i 12 e i 17 anni sono scesi dal 50 al 34 per cento.<sup>25</sup>
- *Accesso alla salute:* Il numero di consegne in ospedale e di tagli cesarei in Sierra Leone è diminuito di oltre il 20 per cento durante l'epidemia. Questo è stato in gran parte a causa della chiusura di ospedali privati e senza scopo di lucro. Il numero di donne con cure prenatali è sceso del 27 per cento.<sup>26</sup>
- *Immunizzazione:* La percentuale di bambini liberiani al di sotto di 1 anni completamente immunizzati è scesa dal 73% prima dell'epidemia, al 36% durante l'epidemia, e si è ripresa solo parzialmente al 53% entro la fine del 2015. I casi di morbillo nei bambini liberiani sotto i 5 anni sono aumentati, probabilmente a causa della mancanza di programmi di vaccinazione. Il numero medio di casi mensili di morbillo è passato da 12 prima dell'epidemia a 60 immediatamente dopo.<sup>27</sup>
- *Salute dei bambini:* in uno studio condotto su 45 strutture sanitarie pubbliche in Guinea, il numero di bambini di età inferiore a 5 anni colpiti da infezioni respiratorie acute è diminuito del 58% negli ospedali e del 23% nei centri sanitari tra Novembre 2013 e novembre 2014. Nello stesso periodo, il numero di bambini colpiti da diarrea è diminuito del 60% negli ospedali e del 25% nei centri sanitari.<sup>28</sup>
- *Nutrizione infantile:* in un distretto della Sierra Leone colpito dall'Ebola, il numero di bambini con diagnosi di grave malnutrizione acuta è aumentato dall'1,5% prima dell'epidemia al 3,5% dopo l'epidemia.<sup>29</sup>
- *Gravidanze adolescenziali:* In Sierra Leone, la probabilità di gravidanza per le ragazze tra i 12 e i 17 anni era dell'11% più alta nei villaggi fortemente disturbati dall'Ebola che nei villaggi leggermente disturbati. Ciò è stato causato da gravidanze fuori dal matrimonio.<sup>30</sup>
- *Violenza sessuale:* il 55% dei bambini dei focus group ha dichiarato di ritenere che la violenza contro i bambini nella loro comunità sia aumentata durante o dopo l'epidemia.<sup>31</sup>
- *Registrazione delle nascite:* si stima che 70.000 nascite non siano state registrate in Liberia a causa dell'epidemia; solo 700 sono state registrate tra gennaio e maggio 2015.<sup>32</sup>
- *Perdita dell'adulto accudente:* almeno 16.600 bambini hanno perso un genitore o un parente, mentre 3.600 hanno perso entrambi i genitori.<sup>33</sup>

25. Bandiera et al., 2018

26. Ribacke et al., 2016; UNICEF, 2014

27. Wesseh et al., 2017

28. Barden-O'Fallon et al., 2015

29. Kamara et al., 2017

30. Bandiera et al., 2018

31. Risso-Gill and Finnegan, 2015

32. UNICEF, 2015

33. UNICEF, 2015

## Fare tutto il possibile per ridurre i rischi e gli impatti - informazione, solidarietà e azione

La pandemia COVID-19 è potenzialmente catastrofica per molti bambini in tutto il mondo. Il suo impatto rischia di smontare i progressi globali in molti degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile per i bambini, mettendo fuori dalla vista obiettivi già ambiziosi. In parole povere, non possiamo permetterci che questo accada. Evitare questo risultato richiederà progressi su tre fronti.

- *Ulteriori informazioni:* Una risposta ottimale a COVID-19, bilanciando più livelli di rischi per salvare la maggior parte delle vite, può essere fatta solo se i nostri modelli sono espansi per catturare le diverse dimensioni della pandemia, comprese quelle che riguardano i bambini. Abbiamo bisogno di un rapido accumulo di dati sulla portata e la natura degli impatti tra i bambini, comprese specificamente le ragazze, le famiglie e le comunità. Dobbiamo saperne di più sulle variabili.
- *Più solidarietà:* La pandemia COVID-19 è una prova della nostra solidarietà: all'interno delle comunità locali, della comunità di ricerca scientifica e della comunità delle nazioni. I bambini offrono una causa comune che può alimentare un maggiore senso di unità tra le persone. Inoltre, gli adolescenti hanno un ruolo potente da svolgere nel generare questo spirito, come molti stanno già dimostrando in tutto il mondo, sia attraverso il volontariato il loro aiuto all'interno delle comunità, o la lotta allo stigma, alla xenofobia e discriminazione online. La solidarietà è necessaria, inoltre, in situazioni di conflitto attivo in cui rispondere alla chiamata globale del Segretario generale consentirebbe al mondo di concentrarsi insieme sulla vera lotta contro COVID-19.
- *Più azione:* i governi di tutto il mondo stanno adottando azioni di ampio respiro per contenere e mitigare la pandemia. Sulla base delle migliori pratiche già adottate da diversi governi, tali azioni devono essere adattate per riflettere il contesto locale e accompagnate da ulteriori misure per contrastare gli effetti indesiderati sui bambini al fine di garantire il benessere dei bambini sia durante la pandemia che dopo la sua fine.

In tale contesto, i governi e i partner dovrebbero prendere in considerazione le seguenti misure per contribuire a ridurre al minimo gli effetti negativi di questa crisi sui bambini:

- L'immediato sviluppo o l'espansione dell'assistenza sociale alle famiglie, preferibilmente attraverso l'uso di sussidi universali per l'infanzia che offrono uno strumento semplice e comprovato per proteggere i bambini dalla povertà estrema.
- L'urgente sicurezza delle catene di approvvigionamento alimentare e dei mercati alimentari locali, per proteggere i bambini da una crisi della sicurezza alimentare.
- Urgente adeguamento delle strategie standard di allontanamento fisico e di lockdown in contesti a basso reddito, soprattutto nelle aree urbane, negli insediamenti di rifugiati e nei luoghi colpiti da conflitti attivi, che altrimenti aggraverà gli impatti negativi della pandemia sui bambini. Mentre gli adattamenti ottimali dipenderanno dall'impostazione, un principio guida sarà quello di riequilibrare la combinazione di interventi- test, allontanamento fisico, tracciamento del contatto, igiene pubblica, restrizioni di movimento-per riflettere le caratteristiche, capacità e risorse di ciascun ambiente.
- Dare priorità alla continuità dei servizi incentrati sui bambini, con particolare attenzione alla parità di accesso. Tali servizi comprendono la scolarizzazione, programmi nutrizionali, assistenza materna e neonatale, servizi di immunizzazione, servizi di salute sessuale e riproduttiva, trattamento dell'HIV, servizi di salute mentale e psicosociale, registrazione delle nascite, programmi di protezione dell'infanzia basati sulla comunità, e la gestione dei casi per i bambini che necessitano di cure supplementari personalizzate, compresi quelli che vivono con disabilità e vittime di abusi. Il mantenimento della continuità dei servizi durante una pandemia, in particolare nei paesi che già attraversano una crisi umanitaria, richiederà ai politici di cogliere questo momento per:
  - proteggere i minori dalla violenza, dall'abuso o dallo sfruttamento e classificare i servizi di protezione dei minori come essenziali;
  - Trasformare gli approcci di consegna dei servizi che attualmente sono insufficienti, compresi quelli per gli abitanti delle baraccopoli e bambini in movimento;
  - Realizzare investimenti rivoluzionari nell'accesso a banda larga e nei beni pubblici digitali che sostengano l'apprendimento, oltre a investimenti complementari nell'alfabetizzazione digitale e nella regolamentazione che garantiscano la privacy dei minori, la protezione dei dati

e la sicurezza online, adottando al contempo misure più energiche per proteggere i minori dallo sfruttamento e dall'abuso sessuale dei minori online, nonché da altri danni online;

- Costruire sistemi di service delivery resilienti e adattabili che siano meglio in grado di resistere alla prossima crisi;
  - Imparare insieme ad altri collaborando con iniziative, come la COVID-19 Global Education Coalition, che sta sostenendo i governi per migliorare e aumentare l'apprendimento equo durante la chiusura delle scuole.
- Introduzione di protezioni specifiche per i bambini vulnerabili, compresi i migranti, gli sfollati, i rifugiati, le minoranze, gli abitanti delle baraccopoli, i bambini con disabilità, i bambini che vivono negli insediamenti dei rifugiati e i bambini nelle istituzioni. Ciò dovrebbe includere il divieto dell'arresto o della detenzione di minori per violazione delle direttive relative al COVID-19; la garanzia che qualsiasi bambino arrestato o detenuto sia immediatamente restituito alla sua famiglia e il rilascio di bambini in stato di detenzione, ove possibile.
  - Fornire sostegno pratico ai genitori e agli assistenti, compreso il modo di parlare della pandemia con i bambini, come gestire la propria salute mentale e la salute mentale dei propri figli, e strumenti per aiutare a sostenere l'apprendimento dei propri figli.
  - Dare priorità al ripristino dei servizi per l'infanzia alla fine del lockdown.
  - Garantire che i bambini, gli adolescenti e i giovani abbiano accesso ai test, ai trattamenti e ai vaccini COVID19 man mano che diventano disponibili.

#### **Cosa sta facendo l'ONU per aiutare?**

- Sostegno politico e orientamento normativo su tutti gli aspetti della risposta pandemica sui bambini
- Progettazione di programmi per sostenere servizi incentrati sui bambini e per mitigare gli impatti negativi del virus e misure di contenimento e mitigazione sui bambini
- Sostegno e informazione pubblica per educare i politici e i cittadini a realizzare i diritti e il benessere dei bambini durante la pandemia
- Monitoraggio della situazione dei bambini e dei servizi da cui dipendono, con un'attenzione particolare ai bambini più vulnerabili
- Fornitura globale di prodotti essenziali per i bambini in relazione al COVID-19.





## *Ministero della Salute*

# Indicazioni per le attività e le misure di contrasto e contenimento del virus sars-cov-2 nei dipartimenti di salute mentale e nei servizi di neuropsichiatria infantile dell'infanzia e dell'adolescenza

Introduzione e precauzioni generali La guida "COVID-19" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità indica, tra i servizi essenziali da garantire, quelli che si occupano di disturbi mentali, servizi che trattano oggi in Italia circa 900 mila adulti e circa 500.000 minori.

Va considerato che le persone con disturbi psichiatrici sono, generalmente, più suscettibili alle infezioni per diversi motivi e nel caso del COVID-19 potrebbero essere più a rischio di contrarre forme gravi. Tale popolazione già presenta un elevato rischio di mortalità: la speranza di vita è ridotta, rispetto alla popolazione generale, di 15-20 anni.

Come è ampiamente documentato, tra le persone affette da disturbi psichici sono molto frequenti le malattie respiratorie, la cui causa principale va ascritta a tassi di tabagismo estremamente elevati. Infine, nel corso di un anno, circa il 15% di esse è ricoverato per periodi medio-lunghi di permanenza in contesti ospedalieri e residenziali, con elevato rischio specifico di contrarre patologie per via respiratorie, inclusa la polmonite.

Inoltre, le persone con problemi di salute mentale potrebbero essere maggiormente influenzate dalle risposte emotive provocate dall'epidemia di COVID-19, con conseguenti ricadute o peggioramento di una condizione di salute mentale già esistente a causa dell'elevata suscettibilità allo stress rispetto alla popolazione generale.

Per quanto riguarda i servizi di NPIA e di riabilitazione dell'età evolutiva, va ricordato che essi seguono, oltre alla popolazione in età evolutiva con disturbi psichiatrici, anche utenti con disturbi neurologici e con patologie associate che determinano una rilevante fragilità dal punto di vista organico, e che benché vi siano segnalazioni di un minor rischio di ammalare nei bambini e di una minore gravità dell'eventuale infezione, non vi è alcuna evidenza che essi (ed in particolare gli adolescenti, più difficili da limitare negli spostamenti e nei contatti con i pari) non possano fungere da vettori, in particolare asintomatici.

Inoltre, la gestione della distanza di sicurezza è impossibile con molti utenti e per molte tipologie di interventi (psicomotori, neuromotori, logopedici, educativi ecc). Infine, si tratta di una popolazione che si troverebbe in estrema difficoltà per la possibile improvvisa mancanza, temporanea o permanente, dei caregiver principali, nonché degli operatori di riferimento.

Mantenere pertanto la funzionalità della rete dei servizi territoriali, soprattutto quelli rivolti alle persone più fragili (persone con sofferenza psichica, con disabilità, con malattie a decorso protratto) è un impegno di carattere etico, oltre che una responsabilità di sanità pubblica, che assume particolare rilevanza nel corso dell'attuale emergenza sanitaria da SARS-CoV-2.

A tal fine è essenziale far riferimento a un patrimonio condiviso di modalità operative, applicabili su tutto il territorio nazionale, per evitare che si possano verificare disuguaglianze inter- e intraregionali, interpretazioni difformi di norme a carattere generale o che non vengano intraprese tempestivamente misure preventive.

Sono inoltre necessarie direttive valide su tutto il territorio nazionale per definire i percorsi di accesso alle cure dei pazienti COVID-19 e per assicurare adeguati dispositivi di protezione individuale agli operatori.

L'obiettivo è quello di garantire, perdurando l'emergenza sanitaria, il massimo livello di assistenza compatibile con le esigenze di sanità pubblica e di sicurezza delle cure. L'emergenza può così diventare un'occasione importante per sviluppare maggiore assunzione di responsabilità collettiva, e nuovi modi di lavorare con gli utenti e le famiglie, sfruttando al massimo le nuove tecnologie: pagine social, messaggistica individualizzata, applicazioni per smartphone, attività abilitative on line con software dedicati, tutorials e piattaforme dipartimentali protette ma interattive, strumenti gratuiti di Google o di altre piattaforme.

Le indicazioni per l'attività dei DSM e dei Servizi NPIA forniscono principalmente linee di carattere organizzativo e gestionale relative al riassetto dei sistemi di cura reso necessario dall'emergenza.

Costituiscono inoltre elementi di riferimento essenziali per il funzionamento dei Servizi di fronte all'emergenza:

1. La definizione di un piano di risposta dei Servizi e delle singole strutture all'emergenza, da aggiornare alla luce dei cambiamenti epidemici;
2. Un'adeguata e costante formazione e addestramento del personale sull'evolvere dell'epidemia e sull'applicazione delle misure adottate;
3. La comunicazione ad operatori, utenti, familiari e altri stakeholders delle misure adottate nei servizi e delle loro motivazioni;
4. Un'attività di sostegno psicologico e pratico agli operatori sanitari impegnati in prima linea nei reparti internistici/infettivologici COVID. 5) la reale disponibilità degli strumenti necessari all'applicazione delle misure adottate (es.: Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) per operatori e utenti, locali per isolamento, ecc.).

## **Servizi di psichiatria adulti**

### **1. CSM e ambulatori**

#### ***Indicazioni generali:***

Le attività delle strutture territoriali vanno riprogrammate garantendo la continuità terapeutica attraverso contatti telefonici, videochiamate ed altre modalità telematiche; saranno assicurati gli interventi per i casi urgenti ed i contatti indifferibili, sia in sede che a domicilio. Le Aziende Sanitarie dovranno attivare all'interno delle strutture sistemi di videoconferenza. Sono sospese e riorganizzate con altre modalità tutte le attività di gruppo, le riunioni di equipe e tutte le attività che implicano la presenza contemporanea di più operatori.

#### ***Istruzioni operative:***

##### ***Attività in remoto***

Le attività ambulatoriali già programmate dai CSM vengono o rimodulate attraverso contatto telefonico dell'operatore di riferimento con l'utente e/o i familiari allo scopo di verificare lo stato di salute fisica e psichica (preoccupazioni per la situazione attuale, condizioni cliniche rispetto alla visita più recente) e la condizione di salute dei familiari.

Nel corso del colloquio telefonico vengono fornite le informazioni sul funzionamento dei servizi, sulle indicazioni generali a mantenere la distanza fisica dalle altre persone, e viene valutata congiuntamente l'opportunità di mantenere o riprogrammare la visita di controllo. In tutti i casi va ribadita la possibilità di accesso diretto non programmato in caso di necessità clinica e/o per eventuali urgenze, nei consueti orari di apertura del Servizio, che rimangono immutati, compatibilmente con le risorse di personale disponibile. ☐ La comunicazione del giorno e dell'ora dell'appuntamento deve essere accompagnata dalla raccomandazione

di rispettare rigorosamente gli orari, evitando sia di arrivare in anticipo sia di sostare in sala d'attesa alla conclusione della prestazione, e della necessità di utilizzare i dispositivi messi a disposizione all'ingresso per accedere alla struttura (disinfettante mani, mascherina chirurgica).

Gli operatori di riferimento devono continuare a mantenere il contatto con i pazienti in carico in fase di sufficiente compenso clinico, avvalendosi di strumenti telematici. Tutte le prestazioni (anche telefoniche) devono essere riportate in cartella clinica e registrate all'interno del sistema informativo.

Gli operatori dedicati ad attività di conduzione di gruppi valuteranno l'opportunità di mantenere una regolarità di contatto con i singoli componenti del gruppo per verificare lo stato di salute e l'utilizzo di strategie di protezione attraverso il contatto telefonico ed altre modalità di telecomunicazione.

Qualora sia necessaria la compilazione di ricette, lo psichiatra favorirà la via informatica e dematerializzata, se possibile, oppure provvederà a rilasciarle in forma cartacea in busta chiusa presso l'accettazione del CSM. ☒ Le somministrazioni programmate di farmaci devono ritenersi equivalenti ad urgenze in quanto il loro differimento metterebbe a rischio la salute dei pazienti, pertanto, devono essere effettuate con la dovuta regolarità Presenza del paziente e/o dei familiari nella struttura

Il mantenimento dell'attività in presenza richiede la scrupolosa osservanza da parte degli operatori dei servizi territoriali di alcune norme di igiene e profilassi:

- Gli operatori devono costantemente indossare delle mascherine chirurgiche, anche quando essi non sono in rapporto diretto con utenti, e mantenere appropriato distanziamento. Qualora questo debba essere ridotto per manovre sanitarie si dovranno assumere ulteriori precauzioni.
- Altrettanto fondamentale è il corretto lavaggio delle mani prima e dopo ogni attività effettuata e/o l'utilizzo delle apposite soluzioni idro-alcooliche.
- Nel caso di prestazioni quali consegna, somministrazione orale o endovenosa o intramuscolare di farmaci, devono essere indossati anche i guanti e/o altri presidi secondo le indicazioni in vigore.
- Va evitato l'uso di telefoni fissi se non in viva voce o di uso esclusivo di un solo operatore.
- Vanno rimossi giornali e riviste presenti nelle aree comuni che normalmente fungono da intrattenimento per utenti e familiari. Ogni servizio individuerà e delimiterà i percorsi di accesso e indirizzerà l'utenza dalla postazione fissa della Zona Filtro verso le aree di attesa, dove non potrà essere superato il limite consentito dalla necessità di mantenere una distanza fisica appropriata.

Gli accompagnatori dovranno essere limitati a quelli strettamente necessari (es: accompagnatori di persone non autosufficienti) e andrà valutata la loro permanenza all'interno delle aree di attesa in funzione della distanza minima prescritta.

All'ingresso nel CSM tutte le persone che accedono al servizio devono indossare le mascherine chirurgiche, usarle costantemente e mantenere il distanziamento. Le persone riceveranno le indicazioni per effettuare la detersione delle mani con gel disinfettante e verranno quindi direzionati con opportuna segnaletica alla Zona Filtro dell'accettazione o altro luogo dedicato che consenta il mantenimento delle distanze prescritte.

Nella Zona Filtro verrà effettuato triage per sintomi COVID-19 nel paziente e nei conviventi e per l'eventuale esposizione a soggetti positivi. ☒ Nel caso di notizia di contatto certo con un caso COVID-19, la visita psichiatrica sarà accompagnata dalla necessaria informazione sull'isolamento fiduciario e dall'attivazione dell'autorità sanitaria locale competente sul territorio (Servizio Igiene Sanità Pubblica- S.I.S.P.) per i passaggi successivi;

Di fronte invece a febbre o a sintomi COVID-19 già presenti, viene contattato il S.I.S.P. e il medico di medicina generale per l'attivazione del percorso di approfondimento diagnostico e l'isolamento; la valutazione psichiatrica ed il successivo monitoraggio vengono comunque garantiti per via telefonica o videochiamata, salvo situazioni di urgenza che vengono riorientate verso il pronto soccorso.

### *Visite domiciliari*

Dovranno essere limitate ai casi urgenti e indifferibili per i quali sussistono difficoltà a raggiungere il Servizio e che non possano essere gestite con modalità telematiche.

Preventivamente alla visita a domicilio o in altro luogo gli operatori si informeranno sullo stato di salute del paziente e dei familiari per valutare il rischio di esposizione. Nel caso di febbre e/o sintomi COVID-19 la visita va rimandata, mantenendo un contatto telefonico per seguire l'evoluzione clinica.

Durante la visita domiciliare il paziente, eventuali familiari presenti e tutti gli operatori indosseranno la mascherina chirurgica o manterranno la distanza sociale di un metro. In caso di somministrazioni di farmaci indossare oltre alla mascherina chirurgica, i guanti monouso e un camice ordinario o monouso;

Qualora fosse indispensabile eseguire la visita ad un paziente con sintomi respiratori o altri elementi altamente suggestivi di rischio COVID-19, sarà necessario indossare Dispositivi di Protezione Individuali (DPI), quali guanti monouso, mascherina filtrante FFP2/3, occhiali e camici monouso.

Le attività di supporto domiciliare ai pazienti che vivono in alloggi supportati, gruppi appartamento o nelle famiglie in cui sono stati inseriti (IESA), vanno mantenute con le modalità più idonee a verificare l'andamento delle convivenze e la condizione clinica e relazionale dei nuclei abitativi. Il monitoraggio e l'assistenza degli operatori durante la limitazione degli spostamenti determinata dalla pandemia COVID-19 risulta indispensabile.

### *Visite urgenti territoriali*

Considerato che le procedure d'urgenza, inclusi gli Accertamenti e i Trattamenti Sanitari Obbligatorii, comportano una situazione simile a quella degli operatori delle emergenze (112 o DEA), nella quale si assistono persone spesso sconosciute e non collaborative (strada, domicilio dei pazienti etc.), ed essendo coinvolti in situazioni in cui è possibile un contatto diretto con l'assistito, anche in situazione di agitazione e/o di discontrollo comportamentale, appare opportuno che gli operatori: 1. Vengano dotati del massimo livello possibile di DPI. 2.

Mantengano tutti in generale la massima distanza di sicurezza possibile, lasciando che un solo operatore, generalmente il medico, si avvicini all'assistito per effettuare il colloquio, mantenendo la distanza minima di sicurezza, salvo in casi di necessità. 3. Qualora ci si trovi in ambiente chiuso, provare a spostarsi in ambiente aperto o areare la stanza.

## **2. Centro Diurno**

### ***Indicazioni generali:***

Le attività delle strutture semiresidenziali vanno ridotte in modo da limitare il numero di presenze contemporanee di persone, riservandole ai pazienti per cui vi è necessità inderogabile di supporto diurno. Con ciascun utente verrà definito un programma alternativo (colloqui individuali programmati presso il CSM di persona o telefonici, se possibile in videochiamata).

### ***Istruzioni operative:***

Andrà potenziata la capacità dei servizi e degli operatori delegati a queste attività di effettuare videochiamate individuali e di gruppo. A tutti i pazienti è opportuno garantire la continuità terapeutica e riabilitativa attraverso contatti telefonici o videochiamate. Anche le attività di gruppo sono riorganizzate attraverso l'utilizzo di piattaforme di videochiamata. Tutte le attività che vengono effettuate vanno registrate sia per tipologia che per la presenza degli utenti. Particolare attenzione verrà posta alla condizione di vita degli utenti e sulle condizioni di salute del nucleo familiare in cui vivono

### 3. Strutture residenziali psichiatriche e REMS

#### *Indicazioni generali:*

Devono essere poste in essere tutte le strategie appropriate per prevenire l'ingresso e la diffusione del virus nelle strutture residenziali, nonché protocolli per rispondere alle persone che possono aver contratto l'infezione, e deve essere al contempo garantito il mantenimento delle attività riabilitativo-terapeutiche e delle relazioni sociali degli utenti.

#### *Istruzioni operative:*

Va identificato un referente per la prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e specificatamente per COVID-19 adeguatamente formato, e garantita la formazione di tutto il personale sanitario e di assistenza, compresi gli addetti alle pulizie, soprattutto sul corretto uso dei DPI. Vanno identificati preventivamente spazi/strutture per garantire l'appropriato isolamento di eventuali pazienti COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, per evitare il diffondersi del contagio.

La numerosità degli utenti rappresenta un fattore di rischio per la diffusione di COVID-19. Pertanto la presenza degli utenti all'interno delle strutture andrebbe ridotta in modo quantitativamente significativo quando la numerosità dei residenti non permetta di osservare il dovuto distanziamento fisico, con dimissioni temporanee in accordo con il paziente e la famiglia e limitando dunque la permanenza ai soli pazienti dal compenso clinico scarso e/o senza possibilità di adeguata accoglienza/supporto al domicilio da parte dei familiari.

L'ingresso di nuovi pazienti va evitato o limitato ai casi di marcata gravità e/o non procrastinabili (ad esempio pazienti provenienti dal SPDC per un periodo di postacuzie).

Per i pazienti dimessi temporaneamente, la continuità terapeutica viene garantita, oltre che attraverso contatti telefonici, videochiamate ed altre modalità di telecomunicazione, anche da visite domiciliari da parte del personale del CSM e/o della Struttura Residenziale.

Devono essere sospese e riorganizzate tutte le attività di gruppo dei pazienti, le riunioni di equipe e tutte le attività di gruppo che implicano la presenza contemporanea di più persone. Può essere valutata la possibilità di mantenere attività con gruppi di pazienti poco numerosi, con distanziamento fisico e uso della mascherina chirurgica, in spazi ampi e ben areati o all'aperto.

Le strutture comunque devono mantenere le attività riabilitative in atto con i singoli pazienti nei limiti concessi dalla normativa nazionale / regionale durante la pandemia, e riorganizzarle in modo partecipativo con il contributo dei pazienti.

Durante i pasti va mantenuto il distanziamento, eventualmente organizzando più turni ed utilizzate posate, piatti e bicchieri mono-uso, oppure applicare procedure che garantiscano adeguata igienizzazione delle posate, piatti e bicchieri riutilizzabili.

Le uscite al di fuori del perimetro della struttura vanno limitate alle situazioni giudicate strettamente indispensabili dal responsabile della struttura, sulla base delle condizioni dell'utente, escludendo dai permessi i soggetti in sorveglianza sanitaria. I pazienti vanno dotati di mascherina chirurgica, autocertificazione (secondo la normativa vigente) e di attestazione di ricovero in struttura. Sono sospesi di regola i rientri a casa (sia diurni che pernottamenti).

L'accesso di visitatori alla struttura va limitato ai soli casi di necessità inderogabile, permettendo ai visitatori di entrare solo uno per volta e rimanendo all'ingresso della struttura, dopo accertamento da parte degli operatori della assenza di sintomatologia e/o di contatto con persone positive al tampone. I visitatori devono portare con sé la mascherina chirurgica ed indossarla prima di essere a contatto con utente ed operatori, effettuando la detersione delle mani prima dell'incontro e mantenendo la distanza di sicurezza.

Gli utenti presenti nella struttura vanno attivamente supportati nel rispetto delle misure di prevenzione, promuovendo attivamente il distanziamento dagli altri ospiti e dagli operatori ed il frequente lavaggio delle mani.

Vanno promosse le uscite individuali e l'attività fisica dei residenti all'interno del perimetro della struttura laddove siano presenti cortili, giardini, aree esterne all'edificio ma comunque di pertinenza della struttura.

Vanno promossi e sostenuti attivamente i contatti a distanza (telefonate, videochiamate ecc.) tra i pazienti e i loro amici e familiari.

Le raccomandazioni sopra descritte vanno condivise con gli operatori della struttura e comunicate a pazienti e familiari, oltre che esposte all'ingresso della struttura.

Va attuata una sorveglianza sanitaria giornaliera dei pazienti residenti attraverso la rilevazione della temperatura corporea (una volta al giorno) e della presenza di possibili sintomi COVID-19 (tosse, mal di gola, difficoltà respiratoria, congiuntivite, anosmia, ageusia e altro). Tali dati vanno tracciati sulla cartella infermieristica.

Gli operatori devono sempre utilizzare le mascherine chirurgiche ed attuare le misure di prevenzione igienico-sanitarie (lavaggio frequente e accurato delle mani o guanti monouso, igiene respiratoria, ricambio d'aria nei locali). In particolare i guanti vanno utilizzati durante la dispensazione dei pasti, la somministrazione delle terapie e la distribuzione quotidiana di denaro e sigarette, laddove presente.

Per quanto riguarda le nuove ammissioni:

- I pazienti vanno attentamente valutati dal punto di vista infettivologico: è pertanto indicata l'effettuazione di un tampone prima dell'ingresso.
- Se non è stato possibile effettuare il tampone prima dell'ingresso, si attua l'isolamento precauzionale per 14 giorni e il soggetto indosserà la mascherina chirurgica e avrà contatti solo con operatori che indossano mascherina chirurgica e guanti.
- L'ingresso deve essere posticipato se:

Il paziente presenta febbre e/o sintomi respiratori

Il tampone risulti positivo

Il soggetto oltre alla guarigione clinica non abbia almeno 2 tamponi negativi

Il soggetto abbia avuto contatti stretti con persona positiva negli ultimi 14 giorni.

In caso di paziente già residente e sintomatico (con febbre e/o sintomi suggestivi di infezione da COVID-19), ma non ancora sottoposto a tampone è necessario apporre immediatamente al paziente la mascherina chirurgica ed interagire con lui solo attraverso dispositivi individuali di protezione come guanti monouso, mascherina chirurgica e camici monouso. Il paziente va collocato in isolamento in camera singola con bagno riservato e separato dagli altri residenti anche per i pasti e l'assunzione delle terapie. Oltre ad avvisare il medico della struttura, vanno attivate le procedure (notifica al SISP) per i casi sospetti e per l'effettuazione del tampone faringeo.

In caso di paziente COVID-19 asintomatico o paucisintomatico con quadro clinico che non necessita di ospedalizzazione, ma con impossibilità di dimissione al domicilio o in altra struttura dedicata, il paziente viene isolato in camera singola e deve indossare guanti monouso e mascherina chirurgica nelle interazioni con gli operatori. Vanno seguite tutte le altre indicazioni relative all'isolamento dei soggetti COVID-19 per quanto riguarda pasti, biancheria, igienizzazione ecc.

Gli operatori procedono ad ogni contatto diretto con lui solo dentro la stanza, riducendoli al minimo indispensabile e solo con gli idonei dispositivi individuali di protezione (guanti monouso, mascherina filtrante FFP2/3, occhiali e camici monouso), con modalità analoghe alle precauzioni attuate in area internistica/infettivologica COVID-19 e dopo specifica formazione.

Anche in questo caso viene predisposto un attento monitoraggio clinico (misurazione temperatura corporea tre volte al giorno e della saturazione di ossigeno, "test del cammino").

Le persone entrate in contatto con lui (altri utenti, personale) devono osservare l'isolamento per 14 giorni ed effettuare il tampone, se sintomatiche. In caso di tampone negativo, il personale può rientrare al lavoro con DPI e ulteriore attenzione alle norme igieniche. In caso di peggioramento della sintomatologia COVID-19 si contatta il servizio di trasporto sanitario e si trasferisce il paziente in pronto soccorso seguendo le misure di prevenzione come indicazioni ministeriali (Circolare 0005443-22/02/2020-DGPRE-DGPRE-P).

#### **4. Servizi psichiatrici di diagnosi e cura**

##### ***Indicazioni generali:***

I ricoveri ospedalieri in SPDC vanno limitati ai casi urgenti ed indifferibili ed ai Trattamenti Sanitari Obbligatori. I pazienti con disturbi psichiatrici attivi e sintomi COVID-19 devono essere ricoverati in camere dedicate nei reparti internistici/infettivologici COVID-19 con la presenza di un'équipe psichiatrica che monitorizzi quotidianamente il quadro psicopatologico. Tale possibilità va concordata con la Direzione Strategica delle Aziende Sanitarie e con i Responsabili clinici di area COVID-19 fin dalle fasi iniziali dell'epidemia. Altre soluzioni organizzative per il ricovero potranno essere assunte dalle amministrazioni regionali in base all'andamento epidemiologico.

##### ***Istruzioni operative:***

Nell'approccio ad un paziente in stato di agitazione e/o con comportamenti aggressivi durante la degenza ospedaliera o in Pronto Soccorso è indicato un livello di protezione maggiore degli operatori con l'utilizzo maschere FFP2/3, camice monouso/grembiule monouso, guanti monouso, occhiali di protezione/visiera. È da sottolineare però che tali dispositivi possono agire da trigger con i pazienti, e quindi devono essere messe in atto tutte le possibili strategie di rassicurazione e di de-escalation, in modo tempestivo e generalizzato. ☒ Per tutti i pazienti ricoverati in SPDC, COVID-19 negativi, va limitato l'accesso dei visitatori alle situazioni giudicate strettamente indispensabili, privilegiando i contatti telefonici o in videochiamata. Per i pazienti in isolamento in SPDC (ad es. in attesa di tampone) non è permessa alcuna visita.

Va effettuata attività di informazione agli utenti presenti in reparto relativamente al rispetto rigoroso delle norme di prevenzione, promuovendo attivamente il frequente lavaggio delle mani e le misure di distanziamento fisico.

Va attuata una sorveglianza sanitaria giornaliera dei pazienti ricoverati in SPDC attraverso la rilevazione della temperatura corporea (due volte al giorno) e della presenza di sintomi suggestivi di COVID-19. Tali dati vanno tracciati sulla cartella infermieristica. È indicato che tutti i pazienti indossino mascherine chirurgiche sempre, si lavino regolarmente le mani ed osservino la distanza di sicurezza gli uni dagli altri e dagli operatori.

Le raccomandazioni sopra descritte vanno condivise con tutti gli operatori del reparto e comunicate sempre a pazienti e familiari, oltre che esposte all'ingresso della struttura.

Le indicazioni operative di cui ai successivi punti 1, 2 e 3 riguardano i pazienti che presentano un disturbo psichiatrico acuto tale da richiedere un ricovero e al contempo risultino casi confermati COVID -19, e nello specifico:

- I pazienti che presentano un disturbo psichiatrico acuto tale da rendere necessario un ricovero psichiatrico o che già si trovino in condizione di ricovero in reparto psichiatrico e che risultino COVID-19;
- I pazienti che arrivano in Pronto Soccorso per un disturbo psichiatrico acuto, a cui nel triage risulti il sospetto/positività COVID-19;
- I pazienti già ricoverati per sintomatologia COVID-19 (febbre, tosse e problemi respiratori) e che successivamente presentano sintomi psichiatrici importanti in quadri diagnostici specifici quali episodio maniacale, episodio psicotico acuto, disturbo grave di personalità. Spesso in questi casi il problema che rende peculiare la gestione del paziente è prevalentemente il problema comportamentale (agitazione, aggressività, disorganizzazione comportamentale). Va comunque notato che buona parte dei pazienti che presentano quadri organici gravi di norma manifestano una attenuazione della sintomatologia psichiatrica, compresa quella comportamentale. Non sono considerati invece:
  - Pazienti con disturbo psichiatrico in condizioni di relativa stabilità, ma con sintomi clinici COVID-19 per i quali invece sono valide le stesse indicazioni per il trattamento COVID-19 che riguardano la popolazione generale. Per questi pazienti se è indicato un ricovero per COVID-19, questo deve avvenire nei reparti internistici/infettivologici COVID-19 specifici;
  - Pazienti che per la prima volta presentano un quadro psichiatrico a carattere di delirium durante la degenza in reparto internistico/infettivologico COVID-19, che verranno gestiti nello stesso reparto con la consulenza psichiatrica.

1) In caso di paziente ricoverato sintomatico (febbre e/o sintomi suggestivi di COVID-19), ma non ancora sottoposto a tampone è necessario che il paziente indossi la mascherina chirurgica, che sia collocato in isolamento in camera singola, anche per i pasti e l'assunzione di terapie.

2) In caso di paziente COVID-19 asintomatico o paucisintomatico senza indicazioni per ricovero in area internistica/infettivologica COVID-19, ma con scompenso psichiatrico acuto ed in assenza di strutture specifiche alternative, la degenza può avvenire in SPDC solo se è possibile un totale isolamento del paziente (in camera dedicata con ossigeno e bagno separato) senza possibilità di contatto con gli altri pazienti; gli operatori adottano un livello di protezione maggiore con l'utilizzo mascherine FFP2/3, camice monouso/grembiule monouso, guanti monouso, occhiali di protezione/visiera, analogo a quelle messe in atto in area internistica/infettivologica COVID-19 e dopo specifica formazione. Viene predisposto un attento monitoraggio clinico (misurazione temperatura corporea tre volte al giorno e della saturazione di ossigeno, "test del cammino") in costante contatto con i sanitari di area internistica/infettivologica COVID-19. Qualora non sia possibile garantire l'isolamento, il paziente va inserito in area internistica/infettivologica COVID-19 garantendo consulenza e assistenza psichiatrica.

3) In caso di paziente COVID-19 sintomatico che presenta un peggioramento sintomatologico (febbre, tosse, raffreddore, dispnea) è da ricoverare in area internistica/infettivologica COVID-19, con presenza flessibile di personale garantito dalle UO di Psichiatria (psichiatra ed infermieri).

### **Servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e di riabilitazione dell'età evolutiva**

La riorganizzazione delle attività clinico-assistenziali di NPIA e riabilitazione deve poter garantire contemporaneamente la massima continuità e supporto a pazienti e famiglie e il minimo rischio di diffusione del virus in utenti, familiari e operatori.

In particolare, per quanto riguarda il supporto, va tenuto conto che l'emergenza da nuovo coronavirus e le limitazioni conseguenti rappresentano per bambini, ragazzi e famiglie con disturbi NPIA un momento di grandissimo sovraccarico e alto rischio di sequele negative nel tempo, incluso il disturbo post traumatico da stress, e che pertanto la riorganizzazione delle attività dovrà tenere conto in modo mirato di questi aspetti, garantendo intensità di cura adeguate.

È fondamentale mettere in campo modalità che consentano di mantenere la filiera della presa in carico tra attività ambulatoriale territoriale, attività ospedaliera, attività semiresidenziale e residenziale, nonché il coordinamento e l'integrazione degli interventi con il paziente e la sua famiglia.

È necessario predisporre fin dall'inizio un piano organizzativo di emergenza che tenga conto della necessità di:

- Formare adeguatamente gli operatori sull'emergenza in corso, sulle misure di prevenzione igienico-sanitarie da adottare, sull'uso corretto dei DPI e sulla psico educazione ad utenti e familiari;
- Mantenere efficaci comunicazioni tra tutti gli operatori;
- Garantire relazioni coordinate tra i diversi livelli e funzioni, con attenzione al possibile progressivo incremento dei contagi e alle sue conseguenze negative sulla organizzazione delle attività, che dovranno poter essere rapidamente riorganizzate per linee di priorità.

In particolare:

- Tutte le riunioni de visu tra più di due operatori devono essere interrotte e sostituite da riunioni via audioconferenza o videoconferenza o comunque sempre effettuate con mascherina chirurgica e adeguata distanza di sicurezza. È verosimile che esse debbano essere più frequenti anche se più brevi per poter monitorare adeguatamente i rapidi cambiamenti che vi possono essere nelle situazioni cliniche e garantire una adeguata rimodulazione degli interventi e programmazione delle generali attività di servizio.
- Per facilitare la gestione organizzativa, occorre definire équipe di operatori di limitate dimensioni, ciascuna con un coordinatore, che si raccordano frequentemente al proprio interno da remoto per rispondere agli obiettivi concordati. ☒ I coordinatori si devono confrontare tra loro in audio/videoconferenza almeno una volta la settimana, per ricalibrare l'insieme delle attività in corso e rimodulare progressivamente le priorità.

È inoltre fondamentale che tali équipe di operatori strutturino in modo esplicito modalità per mantenere la continuità di cura anche a fronte di possibili malattie degli operatori, con piani predefiniti su chi e come subentra sia dal punto di vista della catena della responsabilità che della gestione clinica, e su come e con quali priorità rimodulare le attività stesse se le risorse non fossero più sufficienti o il personale medico e infermieristico dovesse essere cooptato in emergenza su altre attività.

Sia attivata la trasversalità tra i diversi servizi di NPIA e di riabilitazione, per confrontarsi continuamente rispetto alle nuove modalità di intervento, ma anche per garantire supporto reciproco nel caso vi siano operatori che non sono più in grado di garantire le attività, ed in particolare quale supporto a utenti e servizi di zone ad alta prevalenza di infezione COVID-19.

Vengano definite adeguate modalità per supportare lo sforzo emotivo degli operatori sanitari che lavorano nei reparti ospedalieri in particolare di area COVID-19, nonché le famiglie che hanno un familiare ricoverato in area COVID-19 o deceduto, ed i soggetti in isolamento o in quarantena particolarmente fragili e/o con scarsa rete sociale e familiare, anche indicati da Medici di Medicina Generale o Pediatri di Libera Scelta. Le indicazioni che seguono potranno essere progressivamente aggiornate con l'evolversi della pandemia.

## **1. Attività Ambulatoriali Territoriali**

### ***Indicazioni generali:***

E' fondamentale che tutte le attività ambulatoriali non urgenti e per le quali non sia assolutamente indispensabile l'effettuazione in presenza vengano spostate in modalità telematica in modo progressivo ma rapido e venga organizzata una modalità di smartworking per il massimo numero possibile di operatori, limitando la presenza nei servizi a coloro che sono strettamente indispensabili per la gestione delle attività urgenti e di quelle non procrastinabili che richiedono presenza diretta.

È inoltre fondamentale che vengano prioritariamente tutelati gli utenti, i familiari e gli operatori che presentano condizioni di maggior rischio, per i quali le attività vanno riorganizzate immediatamente in remoto e/o in smart-working.

In particolare ciò riguarda: - gli utenti affetti da disturbi a rilevante compromissione organica (SMA, paralisi cerebrale, malattie metaboliche, sindromi genetiche complesse ecc); - gli utenti con familiari o conviventi in situazioni di alto rischio o fragilità (patologie respiratorie, immunodepressione, patologie oncologiche ecc); - gli operatori con problemi di salute che determinano possibili fragilità (patologie respiratorie, immunodepressione, patologie oncologiche ecc).

### ***Istruzioni operative:***

Smart-working e telemedicina nei servizi di NPIA e riabilitazione dell'età evolutiva

Lo smart-working degli operatori deve essere chiaramente strutturato, per quanto riguarda l'organizzazione degli orari di inizio e fine attività, gli obiettivi e le tipologie di attività, gli utenti da seguire e le modalità degli interventi, gli strumenti da utilizzare e da avere a disposizione, le modalità di rilevazione delle attività, i referenti e le verifiche in itinere.

- Devono essere rapidamente potenziate tutte le risorse necessarie per consentire le attività di telemedicina e tele riabilitazione in remoto, via telefono, videoconferenza, piattaforme dedicate (forniture di smartphone di servizio e di telecamere e microfoni per i pc fissi, autorizzazioni rapide per installazione di software, applicazioni e trasferimenti di chiamata, autorizzazioni per la privacy ecc.).
- L'attività in remoto deve essere proattiva e far percepire ad utenti e famiglie che l'equipe curante è presente come sempre, ma con nuove modalità. Idealmente, ogni presa in carico va mantenuta e tradotta nelle nuove modalità, con priorità alle situazioni di maggiore complessità. Andrebbero inoltre progressivamente ricontattati anche i pazienti in follow up, seguendo adeguati criteri di priorità, in modo da verificare l'andamento e offrire supporto: è possibile che pazienti stabili, all'inizio dell'emergenza, peggiorino nel tempo e i genitori non abbiano i contatti corretti per raggiungere gli operatori o ritengano erroneamente che le attività siano state interrotte e che i referenti non siano raggiungibili.

### ***In particolare:***

Per ciascun paziente va ridefinito il Piano di Trattamento Individualizzato, in continuità con quello che svolgeva in precedenza ma rimodulato negli obiettivi e nelle azioni alla luce della situazione attuale, in modo partecipato con i caregivers.

Per ciascuna famiglia vanno individuati e concordati gli strumenti di comunicazione disponibili (Skype, WhatsApp video, voce ecc..) e l'organizzazione e tempistica delle attività, e valutato se sia necessario attivare modalità per recuperare gli strumenti informatici, se insufficienti.

Ogni intervento deve essere modulato sul tipo di 'nucleo' cui ci si riferisce, per caratteristiche e numerosità degli spazi e delle persone presenti, per le diverse dinamiche, per la tipologia dei rapporti con l'esterno che devono essere tenuti in conto, anche, ma non solo, in relazione al rischio infettivo.

Indispensabile una check-list semistrutturata di informazioni, da esplorare nel corso dei colloqui e/o degli interventi riabilitativi/terapeutici, per poter definire e ridefinire nel tempo la tipologia e calendarizzazione dei supporti necessari. La logistica di casa, la presenza o meno di spazi all'aperto, l'eventuale sovraffollamento, l'età e le condizioni dei conviventi (con particolare attenzione alla presenza di adolescenti e di persone anziane), la situazione economica e lavorativa, la presenza e l'irrigidimento di conflittualità familiari, l'organizzazione della giornata, la presenza o meno di tempi e spazi di decompressione e in cui le persone possono stare da sole, le eventuali difficoltà a reperire i farmaci, l'andamento del sonno e dell'alimentazione,

il carico della didattica a distanza, la presenza o meno di sufficienti strumenti tecnologici, i contatti da remoto con le persone significative, la rete sociale anche a distanza, l'allontanamento, la malattia o il lutto relativo a persone care, la presenza di sintomi o positività sono tutte informazioni fondamentali per la calibratura degli interventi in remoto, oltre alla diagnosi, alla valutazione delle condizioni cliniche nel tempo, alla tenuta sulle indicazioni terapeutiche (farmacologiche e non) e all'eventuale insorgenza di segnali precoci di difficoltà. Fondamentale è tenere conto del cambiamento emotivo e psichico cui vanno incontro tutte le persone durante prolungate situazioni di stress e di costrizione: la ricalibrazione degli interventi dovrà essere costante e condivisa.

Particolare attenzione andrà dedicata alle situazioni per le quali l'isolamento in casa e le limitazioni ai movimenti possono essere maggiormente critici dal punto di vista clinico (persone con autismo o con ADHD; adolescenti con disturbi psichiatrici gravi; adolescenti migranti con disturbi NPIA e in particolare minori stranieri non accompagnati; bambini e ragazzi con disturbi motori, in particolare se necessitano di ausili per gli spostamenti; bambini con disturbi NPIA e a rischio di maltrattamento o incuria ecc ecc ).

Nell'ambito della valutazione, vanno inoltre identificate le situazioni per le quali è indispensabile prevedere brevi uscite nelle vicinanze dell'abitazione per prevenire o gestire le situazioni di crisi (es alcuni utenti con ASD o disturbi psichiatrici), e mettere a disposizione una certificazione conseguente.

La prescrizione dei farmaci indispensabili andrà pianificata (possono esserci rallentamenti nelle forniture), utilizzando per quanto possibile la ricetta dematerializzata e concordando modalità con la famiglia, il MMG e PLS e con le Farmacie per rendere agevole e sempre disponibile in casa la quantità di presidi farmacologici necessari. ☑ Di particolare utilità mettere a disposizione materiali di supporto per famiglie, insegnanti e altri operatori, attraverso contenitori di informazioni e strumenti il più possibile sistematizzati e condivisi (ad es. piattaforme dedicate), che aiutino a minimizzare il carico.

Esempi di materiali utili possono essere:

- Indicazioni per la strutturazione della giornata a casa,
- Strategie per la riduzione dello stress,
- Testi e storie, anche tradotti in simboli o in lingua madre,
- Video per la lettura condivisa da remoto,
- Selezione di test che si possano sottoporre in remoto per i percorsi di valutazione, ☑ strategie e piattaforme per chi deve affrontare la maturità,
- Giochi e attività fisiche selezionate per tipologia di utenza,
- Altro.

Devono essere date indicazioni su come poter contattare gli operatori di riferimento in caso di bisogno e sulle modalità di accesso per eventuali urgenze, che restano comunque garantite.

Va inoltre tenuto conto con particolare attenzione delle famiglie che non si riescono a rintracciare, proseguendo il tentativo di contatto e definendo se e come attivare interventi ulteriori.

Al termine di ciascun contatto da remoto, si fisserà il contatto successivo.

Le attività di rete con le scuole e/o le strutture educative residenziali e terapeutiche residenziali e/o con altri servizi vanno effettuate via teleconferenza o videoconferenza. Anche in questo caso, è verosimile che servano contatti più frequenti e di minore durata.

Con le strutture educative residenziali e terapeutiche è importante che venga valutata la gestione del gruppo e non solo del singolo caso condividendo indicazioni per l'organizzazione della giornata in base alle risorse disponibili.

Registrazione delle attività ☒ Tutte le attività andranno registrate nel diario clinico, con la medesima dicitura che avrebbe avuto la prestazione se fosse stata effettuata in presenza (colloquio clinico, seduta riabilitativa, psicoterapia, intervento educativo, gruppo educativo ecc ecc) indicando tra parentesi la modalità con cui è stata effettuata e il motivo, ad esempio “effettuato via teleconferenza per emergenza COVID-19”. Analogamente andranno registrate nei flussi informativi in uso.

#### *Eventuali attività cliniche in presenza*

☒ Se la situazione epidemiologica lo consente, può essere opportuno mantenere transitoriamente le attività in presenza con utenti e famiglie con disturbi psichiatrici gravi o con altri disturbi per i quali si ritenga necessaria una fase di transizione e preparazione allo spostamento in remoto e alle limitazioni in corso. Vanno mantenuti i controlli clinici di pazienti in fase di criticità, se non gestibili da remoto.

#### *In particolare:*

Ove sia indispensabile, previa valutazione clinica, effettuare attività in presenza per urgenze e/o controlli non differibili, tali attività devono essere svolte utilizzando le mascherine chirurgiche, che devono comunque essere tenute costantemente sul viso in modo corretto dagli operatori, anche quando non hanno utenti o incontrano un altro operatore.

L'attività NPIA e riabilitativa è attività a stretto contatto con gli utenti, e in assenza di mascherine chirurgiche (e di presidi per disinfettare i materiali dopo ciascun utente) non possono essere effettuate, non trattandosi di attività urgenti. Altrettanto fondamentale il corretto lavaggio delle mani prima e dopo ogni utente, e/o l'utilizzo di guanti monouso.

Va evitato l'uso di telefoni fissi se non in viva voce o di uso esclusivo di un solo operatore, e rimossi giochi e attrezzature presenti nelle aree comuni e che normalmente fungono da intrattenimento per i bambini. Va prestata la massima attenzione alla disinfezione tutti gli oggetti che possono essere di uso condiviso, quali mouse, tastiere, pulsanti di accensione dei PC, braccioli di sedie, maniglie di cassette e porte, superfici delle scrivanie.

Va inoltre sempre effettuato l'approfondimento telefonico preventivo per individuare il livello di rischio, verificando la presenza di sintomi attuali o recenti (febbre, tosse, dispnea, anosmia, ageusia) nel soggetto e nei genitori e in altri conviventi, l'eventuale esposizione a soggetti positivi e il livello di isolamento mantenuto negli ultimi giorni/settimane.

Le attività ambulatoriali e domiciliari in presenza non dovranno essere direttamente effettuate in caso di sospetta positività COVID-19, dovranno essere riorientate in base al bisogno prioritario e riorganizzate di conseguenza.

È opportuno, date le caratteristiche di fragilità dell'utenza, che la sospetta positività COVID-19 sia sempre approfondita con tampone, e che il monitoraggio di famiglie con soggetti con disturbi NPIA che risultino positive, avvenga includendo tutte le necessarie attenzioni e supporti mirati anche dal punto di vista NPIA e psicosociale, non ultimo prevedendo in anticipo l'eventuale organizzazione logistica per i minori in caso di necessità di ospedalizzazione dei caregivers.

Modalità pratiche di attività clinica in presenza ☒ L'eventuale prestazione in presenza deve essere organizzata prevedendo un congruo lasso di tempo tra una prenotazione e la successiva; ciò allo scopo di non far sostare in sala d'attesa le persone.

La comunicazione del giorno e dell'ora dell'appuntamento deve essere accompagnata dalla raccomandazione, con modalità calibrate per ciascuna famiglia, di rispettare gli orari, evitando sia di arrivare in anticipo sia di sostare in sala d'attesa alla conclusione della prestazione, e della necessità di utilizzare i dispositivi messi a disposizione all'ingresso per accedere alla struttura (disinfettante mani, mascherina chirurgica).

L'uso della mascherina dovrà essere valutato caso per caso per bambini/adolescenti, per i quali può essere opportuno costruire un percorso progressivo condiviso (in particolare per quanto riguarda gli adolescenti con disturbi psichiatrici). Andrà inoltre raccomandato di non portare giochi dal domicilio e comunque di limitarli ad uno ad esclusivo utilizzo del bambino stesso.

Il materiale utilizzato dagli utenti all'interno degli studi e ambulatori dovrà essere sanificato prima di poter essere riutilizzato per altri pazienti.

Le regole di sicurezza su procedure di accesso e interazione, distanza, protezioni devono essere chiaramente definite, condivise in anticipo telefonicamente con i familiari e gestite con gli utenti. Ciò può inoltre rappresentare un'occasione importante di intervento con i ragazzi e le famiglie nella direzione di una maggiore consapevolezza della situazione, di esplicitazione delle preoccupazioni e di protezione di sé e degli altri.

#### *Attività domiciliari*

Le attività domiciliari possono essere mantenute ove indispensabili e in base alla ridefinizione del progetto terapeutico individuale, preferibilmente in via transitoria e verso un progressivo spostamento in remoto. ☒ Richiedono le stesse precauzioni indicate per quelle ambulatoriali, in particolare rispetto al filtro telefonico precedente per la valutazione del livello di rischio COVID-19. Gli operatori indosseranno mascherina chirurgica, guanti monouso, camice monouso, e terranno una distanza di almeno 1 metro; richiederanno che i familiari e possibilmente l'utente indossino la mascherina chirurgica; inviteranno ad areare gli ambienti. Al termine dell'intervento sarà eseguita sempre l'igiene delle mani. In tutte le occasioni in cui è possibile, la visita domiciliare andrà svolta in spazi non ristretti, mantenendo le distanze prescritte.

## **2. Attività Semiresidenziali Terapeutiche**

#### *Indicazioni generali:*

Le attività semiresidenziali terapeutiche devono essere riorganizzate con modalità che garantiscano intensità di cura adeguata, preferibilmente in remoto. Deve essere organizzata una modalità di smart working per il massimo numero possibile di operatori, limitando la presenza nei servizi a coloro che sono strettamente indispensabili per la gestione delle attività urgenti e di quelle non procrastinabili che richiedono presenza diretta.

Le attività semiresidenziali implicano attività in gruppi, a volte anche numerosi, spostamenti ripetuti ed inoltre pongono significative difficoltà nel mantenere la distanza di sicurezza tra gli utenti e con gli operatori e a utilizzare adeguati dispositivi di protezione individuale. Per tale motivo vanno modificate, in modo mirato a seconda delle singole situazioni.

#### *Istruzioni operative:*

L'attività in presenza può essere mantenuta a livello individuale per gli utenti particolarmente fragili dal punto di vista della rete familiare e sociale o che presentano compenso clinico labile, anche utilizzando interventi domiciliari in preparazione dello spostamento in remoto. Ove appropriato in base all'evolvere della pandemia, può anche essere valutata la possibilità di mantenere attività con gruppi poco numerosi, con distanziamento fisico e uso della mascherina chirurgica, in spazi ampi e ben areati o all'aperto.

Le attività cliniche nei confronti dei pazienti e delle loro famiglie e le attività di rete devono venire rapidamente rimodulate utilizzando modalità di telemedicina (telefono, videoconferenza, teleconferenza ecc), condividendo un nuovo PTRI con l'utente e la famiglia secondo quanto già indicato per le attività ambulatoriali territoriali e ponendo particolare attenzione a garantire una frequenza di contatto e un livello di intensità terapeutica appropriato.

Devono essere date indicazioni su come poter contattare gli operatori di riferimento in caso di bisogno e sulle modalità di accesso per eventuali urgenze, che restano comunque garantite.

Devono essere mantenuti i percorsi ospedale-territorio per le emergenze - urgenze psichiatriche.

### **3. Attività Residenziali Terapeutiche**

#### ***Indicazioni generali:***

In corso di emergenza SARS CoV-2, le strutture residenziali terapeutiche dovrebbero essere organizzate come sistemi sostanzialmente chiusi, in cui i vettori di potenziale contagio vengano limitati agli operatori ed eventuali ed eccezionali visitatori. Per tale motivo vanno attivate misure di contenimento generale, deve essere effettuata una ricerca attiva dei potenziali soggetti a rischio e previsto un piano per la gestione dei casi sospetti e/o positivi al SARS-CoV-2. È inoltre necessario riorganizzare le attività e la strutturazione della giornata sulla base degli obiettivi degli utenti e delle diverse dinamiche individuali e di gruppo attivate dall'emergenza COVID-19, rimodulandole alla luce delle limitazioni e della necessità di distanziamento fisico, nonché delle risorse progressivamente disponibili.

Nell'ambito delle strategie di prevenzione e controllo dell'epidemia da SARS-CoV-2 è necessaria la massima attenzione nei confronti dei contesti residenziali terapeutici per le peculiarità strutturali (spazi di accoglienza, spazi individuali, spazi comuni) e organizzative (turnazione del personale, attività di gruppo) che li caratterizzano e che rendono necessaria una rilevante ridefinizione complessiva.

Un eventuale contagio all'interno di una struttura residenziale terapeutica può determinare un importante impatto epidemiologico e sulla salute mentale degli utenti.

Allo stesso tempo, restrizioni previste per il contenimento della diffusione del virus, se non adeguatamente gestite, possono peggiorare in modo rilevante lo stato clinico degli utenti, che a sua volta può indurre comportamenti che determinano un maggior rischio di infezione.

Dovranno pertanto essere messe in atto strategie che garantiscano contemporaneamente la massima appropriatezza degli interventi terapeutici e il minimo rischio di diffusione del virus in utenti, familiari e operatori.

Una adeguata programmazione, la chiarezza delle procedure e una riorganizzazione/strutturazione precisa delle attività rappresentano elementi chiave per garantire la necessaria continuità terapeutica e prevenire escalation comportamentali che sarebbero di difficile gestione nell'attuale scenario pandemico.

#### ***Istruzioni operative:***

##### ***1. Strategie di prevenzione e controllo dell'epidemia da virus SARS-CoV-2***

Devono essere attuate tutte le misure di riorganizzazione e prevenzione già descritte, a cui vanno affiancati gli elementi specifici per il contesto residenziale:

- a. Misure organizzative generali
- b. Va identificato un referente della struttura per la prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e specificatamente per COVID-19 adeguatamente formato, in raccordo con la Direzione Sanitaria della struttura o con un comitato multidisciplinare di supporto (Unità di Risk Management) nell'ambito della struttura o a livello aziendale, in stretto contatto con le autorità sanitarie locali.
- c. Va effettuata attività di formazione specifica sui principi di base della prevenzione e controllo delle ICA a tutto il personale sanitario e di assistenza, compresi gli addetti alle pulizie, e soprattutto sul corretto uso dei DPI. ☒ Devono essere date disposizioni agli operatori affinché attuino il monitoraggio del proprio stato di salute relativamente all'insorgenza di febbre e/o sintomi simil-influenzali (tosse e/ o problemi

respiratori e/o dolori muscolari diffusi, mal di testa, rinorrea, mal di gola, congiuntivite, diarrea, vomito, ageusia, anosmia) e, nel caso di insorgenza di quadri clinici compatibili, avvisino il referente ed evitino di recarsi al lavoro, salvo diversa indicazione del proprio MMG/delle autorità sanitarie, che andranno tempestivamente informati.

- d. Il rientro in servizio dopo sintomatologia suggestiva COVID-19 dovrebbe avvenire solo a fronte di due tamponi negativi. In presenza di elementi epidemiologici di rischio (contatti stretti con un caso confermato o probabile di COVID-19), andranno seguite le indicazioni delle autorità sanitarie.
- e. Devono essere messi a disposizione degli operatori e degli utenti presenti nella struttura materiali informativi e cartellonistica che descrivano in modo chiaro e semplice le norme di prevenzione da seguire, ed in particolare quelle connesse al corretto uso dei DPI e al frequente lavaggio delle mani.
- f. Deve essere mantenuta la scrupolosa osservanza delle misure previste dalle indicazioni ministeriali e dai loro progressivi aggiornamenti.
- g. Gli operatori devono sempre utilizzare i dispositivi di protezione individuale e seguire le misure preventive igienico-sanitarie (lavaggio frequente e accurato delle mani con acqua e sapone o in mancanza con gel disinfettanti, guanti monouso in situazioni particolari). I guanti monouso vanno utilizzati durante la dispensazione dei pasti e delle terapie.
- h. Durante i pasti deve essere mantenuto adeguato distanziamento sociale, eventualmente organizzando più turni e devono essere utilizzare posate, piatti e bicchieri monouso, oppure applicate procedure che garantiscano adeguata igienizzazione delle posate, piatti e bicchieri riutilizzabili.
- i. Le attività di gruppo devono essere sospese e riorganizzate o effettuate in gruppi poco numerosi, in spazi ampi ed arieggiati, mantenendo il distanziamento tra le persone ed indossando mascherine chirurgiche. Dopo gli incontri le stanze vanno arieggiate e le superfici disinfettate come da indicazioni specifiche.
- j. L'accesso alla struttura da parte di familiari e conoscenti va interrotto, fatte salve situazioni eccezionali.

I fornitori o altri soggetti autorizzati possono entrare solo uno per volta e rimanendo all'ingresso della struttura, dopo accertamento da parte degli operatori dell'assenza di sintomatologia e/o di contatto con persone COVID-19. Chiunque acceda alla struttura deve indossare la mascherina chirurgica, effettuare la detersione delle mani e mantenere la distanza di sicurezza.

L'ingresso di nuovi pazienti va evitato o limitato ai casi non procrastinabili (ad esempio pazienti provenienti da reparti ospedalieri per un periodo di post-acuzie o pazienti non rinviabili su decreto del Tribunale per i Minorenni), e solo a fronte della possibilità di garantire spazi adeguati per l'eventuale necessità di isolamento. È sempre opportuna, ed in particolare per utenti provenienti da strutture ospedaliere, l'esecuzione del tampone prima dell'inserimento, stante la frequenza di casi asintomatici in età evolutiva.

Nei nuovi accessi va comunque sempre verificata l'assenza di sintomi quali febbre e/o tosse e/ o problemi respiratori e/o dolori muscolari diffusi, mal di testa, rinorrea, mal di gola, congiuntivite, diarrea, vomito, ageusia, anosmia nei ragazzi e nei familiari e valutata la presenza di eventuali contatti a rischio nei 14 giorni precedenti.

Se la numerosità dei residenti non permette di garantire il necessario distanziamento fisico, può essere valutata l'opportunità di ridurre il numero degli utenti presenti prevedendo una dimissione temporanea in accordo con il paziente e la famiglia e dopo aver verificato l'effettiva possibilità di accoglienza e supporto a domicilio da parte dei familiari. Per i pazienti dimessi temporaneamente la continuità terapeutica viene comunque garantita a distanza attraverso contatti telefonici, videochiamate ed altre modalità di telecomunicazione.

#### *b. Preparazione della struttura alla gestione dei casi COVID-19 sospetti o confermati.*

Ogni struttura dovrebbe ☑ Effettuare un'adeguata programmazione dell'approvvigionamento, in quantità e qualità, dei dispositivi di protezione individuale e di altri prodotti e dispositivi necessari per la prevenzione e controllo della trasmissione del SARS-CoV-2.

Eventuali difficoltà nell'approvvigionamento vanno comunicate al responsabile COVID-19. ☒ Identificare gli spazi che potranno essere adibiti all'isolamento dei pazienti, ove si rendesse necessario, preferibilmente all'esterno della struttura o in camera singola con bagno ad uso esclusivo di ciascun ospite in isolamento, con asciugamani dedicati o monouso.

Tale stanza dovrà essere dotata, di termometro personale e se possibile, di televisione e altri arredi di prima necessità (letto, comodino, sedia, ecc) ed eventuali beni dell'ospite da valutare al momento. In assenza di un bagno annesso alla camera, dovrà essere individuato un bagno nelle immediate vicinanze della camera, ad uso esclusivo e dotato di materiale monouso per l'igiene personale.

Sarà necessario istruire il paziente per la disinfezione dei sanitari o organizzare una appropriata sanificazione da parte di personale con adeguati DPI.

Prevedere preventivamente soluzioni che permettano di evitare il rientro a casa degli operatori impegnati nell'assistenza, consentendo (se opportuno) l'allontanamento dai propri familiari (individuazione di possibili strutture ricettive nelle vicinanze della comunità, come ad esempio alberghi, appartamenti ecc.).

Preparare i ragazzi ai diversi possibili scenari che si potrebbero presentare e condividere con loro le strategie/soluzioni che la struttura ha individuato, supportandoli nell'elaborazione emotiva e nella identificazione preventiva di modalità che possano rendere tollerabile l'isolamento, anche basandosi sulle loro non piccole capacità nello stare per lunghi periodi sui social e più in generale nel web. Condividere esplicitamente che tra le strategie possibili vi sono l'isolamento e la separazione in altra struttura di sé o di un convivente/amico.

#### *c. Gestione caso sospetto o confermato COVID-19:*

In caso di paziente sintomatico (febbre, tosse e/ o problemi respiratori e/o dolori muscolari diffusi, mal di testa, rinorrea, mal di gola, congiuntivite, diarrea, vomito, ageusia, anosmia) è necessario far indossare al paziente la mascherina chirurgica ed interagire con lui solo con adeguati DPI (guanti monouso e mascherina chirurgica), nonché collocarlo immediatamente in isolamento in camera singola.

Va avvisato il medico della struttura e il referente COVID-19, e vanno attivate le procedure regionali per i casi di sospetto COVID19. Stante il rischio di diffusione del contagio nella comunità e all'esterno di essa (operatori e loro familiari) e il conseguente impatto epidemiologico, è fortemente raccomandata l'esecuzione del tampone naso-faringeo per ricerca di SARS-CoV-2 nel paziente sospetto e in tutti i contatti stretti, onde poter immediatamente isolare operatori e pazienti positivi. Ogni soggetto sintomatico deve essere gestito come caso COVID-19 anche in presenza di tampone negativo nelle fasi iniziali.

Il paziente va isolato in camera anche per i pasti e l'assunzione di terapie, con sanificazione pluriquotidiana delle superfici, seguendo le indicazioni più aggiornate delle autorità sanitarie.

Andranno attuate tutte le possibili strategie per supportare il paziente nel mantenere l'isolamento. È auspicabile che gli utenti COVID-19 possano essere spostati al di fuori della struttura, per limitare il rischio di diffusione.

#### *2. Riorganizzazione delle attività terapeutico abilitative.*

Una puntuale programmazione e strutturazione delle attività terapeutiche rappresenta un elemento chiave al fine di garantire l'appropriatezza degli interventi terapeutici, prevenire eventi critici e sequele negative nel tempo che possono peggiorare il quadro clinico presentato dagli utenti.

Per ciascun paziente va ridefinito il Piano Terapeutico-Riabilitativo Individualizzato, in continuità con quello che svolgeva in precedenza ma rimodulato negli obiettivi e nelle azioni alla luce della situazione attuale, in

modo partecipato con il minore e con la famiglia e i servizi territoriali di competenza (in modalità Skype o videoconferenza).

L'organizzazione della giornata deve essere orientata a garantire una ampia prevedibilità della sequenza di eventi, e le attività terapeutico-riabilitative devono essere strutturate in maniera chiara (prevedendo un'agenda quotidiana delle attività). È fondamentale che i ragazzi mantengano le routine quotidiane soprattutto in relazione alla cura di sé, alimentazione, ritmo sonno veglia. Allo stesso tempo, è necessario riuscire ad essere flessibili, adattando il programma alla situazione, evitando di applicare regole con rigidità e favorendo la collaborazione, incoraggiando e supportando i ragazzi anche quando non riescono a seguire il programma proposto.

La riorganizzazione e riprogrammazione delle attività tiene conto non solo delle risorse interne delle strutture, ma anche delle risorse e opportunità del contesto territoriale ove la struttura residenziale è collocata in termini di proposte di attività on line.

L'organizzazione efficace dello spazio fisico è importante sia in termini di cura, che in termini di privacy. Per quanto possibile, è utile garantire ai ragazzi anche momenti di solitudine e intimità in cui poter parlare con la famiglia, con il proprio compagno/a o con gli amici.

Il coinvolgimento attivo dei ragazzi nella riorganizzazione è importante, per individuare strategie condivise e sostenibili per la gestione quotidiana e sviluppare consapevolezza e capacità di autotutela e tutela degli altri. Andranno inoltre previsti gruppi di discussione dove i ragazzi possano condividere quello che provano e in particolare paura, tristezza, rabbia, e individuare/elaborare strategie per la gestione delle emozioni. I ragazzi possono

Inoltre diventare un supporto tra pari importante tra loro, per i coetanei di altre strutture residenziali e anche per i coetanei sani, strutturando iniziative online di vario genere.

Il proseguimento delle attività psicoterapeutiche deve essere garantito, all'interno della struttura (se presenti) o con modalità in remoto se le attività sono svolte da professionisti esterni alla struttura.

Fondamentale, laddove previsto nel PTRI, il proseguimento del percorso scolastico attraverso la didattica a distanza. ☑ Va promossa l'attività fisica dei residenti e le uscite, mantenendo il distanziamento sociale, all'interno del perimetro della struttura laddove siano presenti cortili, giardini, aree esterne all'edificio ma comunque di pertinenza della struttura.

È necessario consentire e promuovere i contatti a distanza dei ragazzi con i familiari (ove consentito) attraverso gli strumenti di comunicazione disponibili (Skype, WhatsApp video, voce) prevedendo contatti che verosimilmente dovranno essere più frequenti, stante l'interruzione delle visite e le preoccupazioni relative alla situazione esterna, eventualmente di minore durata. Anche dove i contatti non siano consentiti per provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria, andrà valutato caso per caso se e come mantenere un adeguato flusso di informazioni.

Vanno previsti contatti frequenti del Direttore Sanitario o del Coordinatore della struttura con i familiari degli utenti attraverso gli strumenti di comunicazione che le famiglie hanno a disposizione (Skype, WhatsApp video, voce), per supportarli a tollerare la preoccupazione della lontananza, per aggiornarli sulle condizioni dei ragazzi ma anche per poter essere prontamente informati sulla comparsa di eventuali problematiche (malattie o altro) e avere la possibilità di attivare immediatamente tutti i supporti necessari al minore.

Le attività di rete con altri servizi vanno mantenute e potenziate, via teleconferenza o videoconferenza.

La ricalibrazione delle attività deve avvenire su base quotidiana, alla luce dell'andamento della giornata trascorsa.

#### 4. Attività specialistiche ospedaliere

Indicazioni generali:

È fondamentale che la rete delle NPIA ospedaliere agisca in modo integrato e coordinato, in dimensione interaziendale, strutturando modalità trasversali che permettano ai pazienti che ne hanno necessità di ricevere comunque le risposte essenziali, sfruttando al massimo le disponibilità delle aree non ancora gravemente colpite e delle aree non COVID-19 esistenti. È infatti molto elevato il rischio che l'emergenza in atto non consenta di garantire neppure i servizi essenziali ad un'utenza già molto fragile e che ne ha assoluto bisogno.

##### ***Istruzioni operative:***

È utile concentrare alcune attività in poche strutture e identificare modalità per garantire alle altre adeguato supporto da remoto (es. possibilità di eseguire refertazioni EEG o di altri esami strumentali in telemedicina, evitando lo spostamento di pazienti e familiari e garantendo ugualmente la gestione delle situazioni cliniche non rimandabili, inclusa la consulenza clinica).

Le riunioni de visu tra più di due operatori devono preferibilmente essere interrotte, e sostituite da riunioni via audioconferenza o videoconferenza o comunque sempre effettuate con mascherina chirurgica e adeguata distanza di sicurezza.

Va evitato l'uso di telefoni fissi se non in viva voce o di uso esclusivo di un solo operatore, e rimossi giochi e attrezzature presenti nelle aree comuni e che normalmente fungono da intrattenimento per i bambini.

Per ciascun paziente va inoltre sempre effettuato un adeguato approfondimento preventivo per individuare il livello di rischio COVID-19, verificando la presenza di sintomi attuali o recenti (febbre, tosse, dispnea, anosmia, ageusia, altro) nel soggetto e nei genitori e in altri conviventi, l'eventuale esposizione a soggetti positivi e il livello di isolamento mantenuto negli ultimi giorni/settimane. Ogni volta sia possibile (es. richiesta telefonica di consulenza urgente da parte dei genitori, verifica spostamento per visite programmate ecc) tale approfondimento va sempre effettuato per via telefonica e ripetuto, secondo le modalità definite localmente, nel momento in cui eventualmente il paziente arriva in ospedale.

Tutte le attività devono essere svolte utilizzando le mascherine chirurgiche, che devono comunque essere tenute costantemente sul viso in modo corretto dagli operatori, anche quando non hanno utenti o incontrano un altro operatore. Deve sempre essere effettuato il corretto lavaggio delle mani prima e dopo ogni utente, e/o utilizzati guanti monouso in modo appropriato, ed utilizzati ulteriori DPI come da indicazioni nel caso di attività in area COVID-19.

##### *Attività ambulatoriale, di day service o day hospital.*

Valgono, con le opportune modifiche, le indicazioni relative alla parte ambulatoriale territoriale.

Tutte le famiglie dei pazienti già programmati per visite ambulatoriali, day service o day hospital devono essere contattate telefonicamente da un operatore sanitario di riferimento al fine di valutare le condizioni del paziente ed effettuare l'approfondimento preventivo.

Anche l'attività ambulatoriale per le prime visite dovrà essere sottoposta a filtro preventivo, preferibilmente telefonico, per approfondire adeguatamente il problema e l'effettiva urgenza, nonché il livello di rischio COVID-19.

Ove possibile, viene effettuato monitoraggio clinico telefonico o con altre modalità da remoto (per esempio adeguare una terapia).

Nei casi in cui la prestazione non sia procrastinabile e necessari di esami strumentali, viene valutato se vi sia la possibilità di effettuare gli esami localmente e procedere poi comunque alla refertazione e alla consulenza distanza. ☒ Se anche ciò non fosse possibile o opportuno, viene organizzata la esecuzione contestuale di visita ed eventuali esami in day service/day hospital.

Tutte le attività andranno registrate nel diario clinico, con la medesima dicitura che avrebbe avuto la prestazione se fosse stata effettuata in presenza, indicando tra parentesi la modalità con cui è stata effettuata e il motivo, ad esempio “effettuato via teleconferenza per emergenza COVID-19”.

Le attività dei servizi di neurofisiologia (EEG/Studio potenziali evocati ecc) e neuroradiologia proseguono solo per pazienti non procrastinabili, con le medesime precauzioni indicate più sopra. ☒ Va tenuta nota di tutte le prestazioni annullate per ogni paziente, per pianificare l'attività quando potrà essere nuovamente programmata.

### *Degenza*

Devono essere mantenute solo le attività urgenti o non procrastinabili, sia in ambito neurologico che psichiatrico, e rimandate in particolare le situazioni provenienti da altre regioni.

e famiglie dei pazienti in lista di attesa devono essere contattate da un operatore sanitario di riferimento per verificare la procrastinabilità del ricovero, concordare le modalità di monitoraggio e gestione da remoto delle condizioni del paziente e definire una possibile nuova data di ammissione.

È fondamentale che venga mantenuta per quanto possibile la disponibilità di posti letti per ricoveri non procrastinabili (urgenti ed indifferibili) per pazienti non COVID19 con malattie sia neurologiche che psichiatriche, anche nell'ambito di accordi di reciproco supporto interregionali.

Va sempre effettuato l'approfondimento relativo al rischio COVID-19 su paziente, familiari, conviventi. In tutti i ricoveri, ma in particolare nel caso di pazienti adolescenti soprattutto se con disturbi psichiatrici, è inoltre opportuna l'esecuzione di routine del tampone, stante che è in questa fascia di età che vi è la massima frequenza di positivi asintomatici, al fine di non esporre gli altri utenti (spesso in situazione di fragilità organica) ed il personale a rischi particolarmente elevati in relazione a una popolazione di pazienti con maggiori difficoltà a rispettare le restrizioni e le precauzioni ora necessarie.

Il personale sanitario deve utilizzare costantemente dispositivi di protezione individuale (mascherine chirurgiche, guanti monouso, occhiali protettivi e camici monouso, a cui affiancare visiere, o altro ove vi sia l'indicazione clinica).

È consentita la presenza di un solo genitore per paziente, previa valutazione del rischio COVID-19, al quale è richiesto l'uso costante della mascherina chirurgica e l'attenzione a tutte le misure igienico-sanitarie previste, in particolare al lavaggio delle mani. Per quanto possibile, è opportuno che il genitore o l'accompagnatore presente sia lo stesso per tutta la durata del ricovero.

I pazienti asintomatici, sospetti COVID-19, sono da isolare in camera singola con servizi igienici autonomi, con mascherina chirurgica, e non è consentita alcuna visita. Va comunque valutata l'opportunità di trasferire il paziente in degenza pediatrica COVID-19 se confermata la positività. Può essere prevista la presenza di un solo genitore, con adeguati DPI.

Va effettuata adeguata informazione agli utenti e ai familiari presenti in reparto relativamente al rispetto delle norme di prevenzione, promuovendo attivamente il frequente lavaggio delle mani, e le raccomandazioni devono essere esposte all'interno del reparto.

Trial e somministrazione di terapie speciali 2 Proseguono tutte le terapie che non si possono interrompere, cercando di rimandarle se possibile e comunque a discrezione clinica (quali ad esempio la somministrazione di Spinraza intratecale, di anticorpi monoclonali per pazienti con Sclerosi Multipla ecc.).

Per i pazienti reclutati nei trial, devono essere seguite le specifiche indicazioni reperibili nei siti di AIFA (<https://www.aifa.gov.it/web/guest/-/gestione-degli-studi-clinici-in-italia-in-corso-di-emergenza-covid-19-coronavirus-disease-19->) e di EMA (Guidance to sponsors on how to manage clinical trials during the COVID-19 pandemic).



## Nota tecnica: la protezione dei bambini durante la pandemia di Coronavirus (v.1)1

### Introduzione

Malattie infettive come il COVID-19 possono implicare una interruzione delle attività negli ambienti in cui i bambini crescono e si sviluppano. Tali interruzioni, che coinvolgono famiglie, amicizie, routine quotidiane e la comunità nel suo senso più ampio, possono avere conseguenze negative sul benessere, lo sviluppo e la protezione dei bambini.

Inoltre, le misure utilizzate per prevenire e controllare la diffusione di COVID-19 possono esporre i bambini a rischi di protezione. Le misure di quarantena e di isolamento domiciliari, basate su strutture di riferimento e zone geografiche possono avere un impatto negativo sui bambini e sulle loro famiglie.

1 Citazione suggerita: L'Alleanza per la protezione dell'infanzia nell'azione umanitaria, Nota tecnica: Protezione dei bambini durante la pandemia di coronavirus, Versione 1, marzo 2019

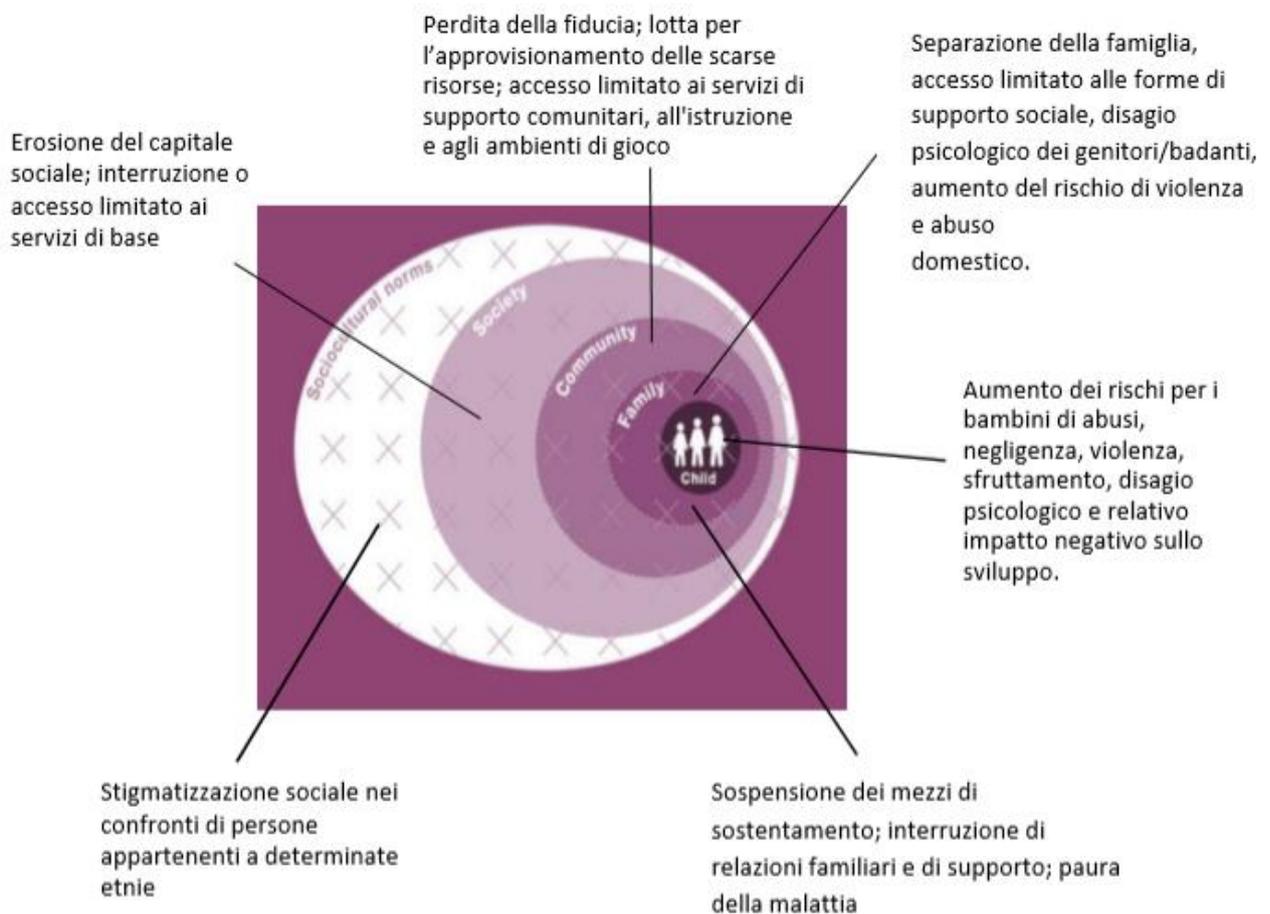
2 Per ulteriori informazioni sulla quarantena, consultare pagine 14–15 della Nota di orientamento: protezione dei bambini durante le epidemie di malattie infettive

L'obiettivo della presente nota tecnica è di aiutare i professionisti di protezione dell'infanzia a rispondere meglio ai rischi di protezione della stessa durante la pandemia di COVID-19. Nella Parte 1 si presentano i rischi potenziali di protezione che il COVID-19 può comportare per i bambini. Nella parte 2 si presentano le opzioni programmatiche in linea con gli Standard minimi del 2019 per la protezione dell'infanzia nell'azione umanitaria (CPMS) e la Nota di orientamento: protezione dei bambini durante le epidemie di malattie infettive.

## 1. Protezione dell'infanzia in caso di Coronavirus

Il COVID-19 può mutare rapidamente il contesto in cui vivono i bambini. Le misure di quarantena come le chiusure delle scuole e le restrizioni di movimenti interrompono la routine e il supporto sociale dei bambini, creando al contempo nuovi fattori di stress per i genitori e i badanti che dovranno trovare nuove opzioni di assistenza per i bambini a carico o rinunciare al lavoro. Lo stigma e la discriminazione legati al COVID-19 possono rendere i bambini più vulnerabili ad atti di violenza e al disagio psicosociale. Le misure di controllo della malattia che non tengono conto delle esigenze e delle vulnerabilità specifiche di genere, nello specifico di donne e ragazze, possono anche aumentare i rischi di protezione e portare donne e ragazze ad utilizzare strategie negative di adattamento. Bambini e famiglie che sono già vulnerabili per ragioni di esclusione socio-economica o che vivono in ambienti sovraffollati sono particolarmente a rischio.

### 1.1. L'impatto socio-ecologico del COVID-19



2

### 1.2 Rischi di protezione dell'infanzia

Nella tabella seguente sono elencati i rischi per la protezione dei bambini riscontrati nell'attuale pandemia di COVID-19 e i rischi potenziali osservati in precedenti hotspot di malattie infettive.

Rischi presentati dal COVID-19 e misure relative di controllo	Cause dei rischi
<b>Rischio per la protezione dell'infanzia: maltrattamenti fisici ed emotivi</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ridotta supervisione e negligenza nei confronti dei bambini</li> <li>• Aumento degli abusi sui minori e di violenza domestica / interpersonale</li> <li>• Avvelenamento e altri pericoli e rischi di lesioni sui bambini</li> <li>• Sovraffollamento o mancanza di accesso ai servizi di protezione dell'infanzia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chiusure di scuole, materna e primaria, necessità dei genitori/badanti di continuare a lavorare, malattia, quarantena / isolamento dei genitori/badanti</li> <li>• Aumento del disagio psicosociale tra i genitori/badanti e i membri della comunità</li> <li>• Disponibilità e uso improprio di disinfettanti tossici e alcol</li> <li>• Aumento di ostacoli per la segnalazione di incidenti</li> </ul>
<b>Rischio di protezione dell'infanzia: violenza di genere</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rischio maggiore di sfruttamento sessuale dei bambini, ivi compreso sesso in cambio di assistenza, sfruttamento sessuale dei bambini a fini commerciali e matrimoni precoci e forzati</li> <li>• Sovraffollamento o totale mancanza di servizi di protezione dell'infanzia/violenze di genere.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ridotta protezione dei bambini a livello familiare</li> <li>• Reddito familiare ridotto e / o dipendenza su estranei per il trasporto di beni e servizi alla comunità</li> <li>• Responsabilità domestiche imposte alle donne in base al genere, come la cura dei familiari o le faccende domestiche</li> <li>• Maggiori ostacoli nella segnalazione di incidenti e nella ricerca di cure mediche o altri supporti</li> </ul>
<b>Rischio di protezione dell'infanzia: salute mentale e disagio psicosociale</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'angoscia dei bambini dovuta ad episodi di morte, malattia, o separazione dalle persone amate o paura della malattia.</li> <li>• Peggioramento delle patologie di salute mentale preesistenti.</li> <li>• Sovraffollamento o mancanza di accesso ai servizi di salute mentale e supporto psicosociale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento dei livelli di stress dovuti a misure di isolamento in un'unità di trattamento o quarantene domestiche</li> <li>• Bambini, genitori e badanti con pregresse patologie di salute mentale potrebbero non poter accedere ai servizi di supporto consueti.</li> <li>• Le misure di quarantena possono creare paura e panico nella comunità, specialmente nei bambini, se non messi in condizione di comprendere cosa stia succedendo.</li> </ul>

Rischi presentati dal COVID-19 e misure relative di controllo	Cause dei rischi
<b>Rischio di protezione dell'infanzia: lavoro minorile</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento nell'impiego dei bambini in lavori pericolosi e di sfruttamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perdita o riduzione di redditi familiari</li> <li>• Opportunità o aspettative di lavorare legate alla chiusura delle scuole.</li> </ul>
<b>Rischio di protezione dell'infanzia: minori non accompagnati e separati</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Separazione</li> <li>• Diventare non accompagnato o responsabile della famiglia</li> <li>• Essere collocato in strutture residenziali per minori</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perdita dei genitori/badanti dovuti alla malattia</li> <li>• Isolamento/quarantena dei genitori/badanti separato dal bambino/i</li> <li>• Bambini mandati dai genitori a stare con altri membri della famiglia in zone non colpite.</li> </ul>
<b>Rischio di protezione dell'infanzia: esclusione sociale</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stigmatizzazione sociale delle persone infette o individui/gruppi sospettati di essere infetti</li> <li>• Aumento del rischio/supporto limitato per i bambini che vivono/lavorano in strada e altri bambini già a rischio</li> <li>• Aumento del rischio/supporto limitato ai bambini con problemi con la giustizia, ivi compresi quelli residenti in istituti di detenzione.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discriminazione sociale e razziale di individui / gruppi sospettati di essere infetti</li> <li>• Impatto sproporzionato sui gruppi più svantaggiati ed emarginati</li> <li>• Chiusura / inaccessibilità dei servizi di base per bambini e / o famiglie vulnerabili</li> <li>• Interruzione dei procedimenti di registrazione delle nascite a causa della quarantena</li> </ul>

## 1. Misure di risposta per la protezione dell'infanzia

Azioni di advocacy con il governo, collaborazione con altri settori e programmazione specifica per la protezione dell'infanzia rappresentano priorità chiave come misure di risposta al COVID-19.

### 2.1 Collaborare tra settori e con i governi

Come sottolineato negli Standard minimi del 2019 per la protezione dell'infanzia nell'azione umanitaria (CPMS), "la prevenzione e la risposta alle epidemie di malattie infettive richiede uno stretto coordinamento e collaborazione tra diversi settori".

Una risposta multisettoriale (a) assicura che i bisogni dei bambini e dei genitori/badanti siano affrontati in modo olistico e (b) porta a risultati migliori per i bambini. Gli attori della protezione dell'infanzia dovrebbero anche considerare di collaborare con leader religiosi e tradizionali.

Gli interventi multisettoriali dovrebbero dare priorità a:

- Procedure standard per la documentazione e il rinvio (referral) ai servizi competenti per i casi dei bambini che potrebbero richiedere un follow-up;
- Protocolli chiari per prevenire / ridurre la separazione familiare e altre forme di rischio per la protezione dei minori;

- Ridurre lo stigma e l'esclusione sociale che possono derivare dalla malattia; e • elaborare i messaggi comunitari in modo chiaro, coordinato e a misura di bambino sui rischi e le vulnerabilità tipiche dei bambini legati all'epidemia.

Nel collaborare con il governo, gli attori di protezione dell'infanzia dovrebbero far in modo di garantire che le misure messe in atto per far fronte al COVID-19 siano conformi a standard internazionali, in linea con le indicazioni dell'OMS, non discriminatorie, proporzionate e fondate sui diritti umani.

Quelle che seguono sono azioni prioritarie per collaborare tra settori e con i governi al fine di garantire una risposta sensibile alla protezione dei minori.

### **Salute (CPMS Standard 24)**

- Sostenere l'accesso gratuito all'assistenza sanitaria ai bambini vulnerabili e alle loro famiglie (se non è già universale).
- Collaborare per includere le problematiche relative alla protezione dell'infanzia nelle valutazioni del settore sanitario e negli strumenti di monitoraggio.
- Sviluppare procedure standard comuni tra i servizi di protezione dell'infanzia e quelli sanitari al fine di documentare e segnalare i casi relativi ai bambini, garantendo che i bambini ricevano cure sicure, appropriate e fondate sull'unione della famiglia, qualora il bambino fosse separato.
- Sostenere procedure di ammissione e dimissione chiare e a misura di bambino per promuovere l'unità della famiglia e ridurre il rischio di separazione.
- Facilitare una comunicazione sicura e regolare tra bambini e genitori / caregivers che sono temporaneamente separati.
- Collaborare per garantire che strutture sanitarie e accesso alle cure mediche siano a misura di bambino, ivi compresa una guida per il personale sanitario sulla comunicazione a misura di bambino e sulle misure specifiche per sostenere il benessere psicosociale dei bambini durante le cure e la quarantena.
- Supportare momenti di formazione in materia di tutela dei minori per gli operatori sanitari (in particolare quando i bambini sono separati dalle loro famiglie o dai badanti).
- Stabilire nelle strutture sanitarie modalità di reclami e meccanismi di feedback sicuri e a misura di bambino.
- Rafforzare la capacità di presa in carico delle vittime di violenza sessuale (Gestione Clinica dello Stupro) e garantire che siano disponibili forniture minime nelle strutture chiave per assistere in modo adeguato le vittime di violenza sessuale.
- Collaborare alle cure della salute mentale e al supporto psicosociale (MHPSS) e alla elaborazione di messaggi rivolti ai bambini e ai genitori/badanti affetti da COVID-19.
- Includere nella redazione di piani di emergenza misure per proteggere i bambini durante un'epidemia COVID-19.
- Garantire che i materiali di informazione, istruzione e comunicazione, comprese le informazioni sui servizi disponibili, siano prodotti e visualizzati con testo limitato in versioni a misura di bambino.

### **WASH (Water Sanitation e Hygiene) (CPMS Standard 26)**

- Collaborare per garantire che postazioni per il lavaggio delle mani a misura di bambino siano disponibili in strutture sanitarie, scuole, centri di assistenza all'infanzia, centri di assistenza alternativi e altre località che i bambini potrebbero frequentare.
- Collaborare per fornire attività di promozione dell'igiene sicure e a misura di bambino prima e durante le epidemie, inclusa la produzione di poster e infografiche rivolte a bambini, genitori / caregivers e agli insegnanti. Partecipare alle ispezioni di sicurezza per valutare e rispondere ad eventuali bisogni di messa in sicurezza nelle strutture WASH.

- Nutrizione (CPMS Standard 25)
- Garantire che bambini e famiglie in quarantena, autoisolamento o presso strutture sanitarie abbiano accesso ad un adeguato supporto nutrizionale.
- Partecipare alle ispezioni di sicurezza per valutare e rispondere ad eventuali bisogni di messa in sicurezza nei centri nutrizionali.

#### **Istruzione (CPMS Standard 23; INEE List of Resources)**

- Limitare l'impatto dell'interruzione scolastica utilizzando metodi di educazione a distanza a misura di bambino come TV, radio o apprendimento online.
- Sostenere con il governo e i datori di lavoro privati un accordo di lavoro flessibile nei confronti di genitori e caregivers che potrebbero aver perso l'accesso ai servizi per l'infanzia, consentendo loro di poter continuare a prendersi cura del benessere ed istruzione dei propri figli.
- Collaborare con le scuole al fine di garantire che i messaggi di protezione e sicurezza vengano trasmessi a genitori e figli in modo da limitare il panico e l'angoscia, rassicurando ed incoraggiando l'adesione ai messaggi di natura sanitaria.
- Formare insegnanti e altro personale scolastico sui segnali di disagio, per consentire loro di identificare e rinviare (referral) ai servizi competenti i bambini che potrebbero avere esigenze specifiche di protezione dell'infanzia.
- Garantire che insegnanti e volontari abbiano le conoscenze e le competenze necessarie relative alla mitigazione del rischio di violenza di genere, alla prevenzione dello sfruttamento e degli abusi sessuali (PSEA), alla tutela dei minori e alle procedure sicure per il rinvio (referral) dei casi.
- Supportare lo sviluppo e la diffusione di reclami e meccanismi di feedback a misura di bambino nelle scuole e in altre strutture educative.
- Sviluppare, diffondere o affiggere messaggi nelle scuole sulla protezione dei bambini e sui servizi disponibili, tra cui gestione integrata del caso (case management) e la ricerca e il ricongiungimento familiare.
- Lavorare con attori dell'educazione per affrontare lo stigma e l'esclusione sociale nelle scuole.

#### ***2.2 Programmi specifici di protezione dell'infanzia***

Quali azioni dovrebbero integrare le azioni esistenti negli Standard minimi del 2019 per la protezione dell'infanzia nell'azione umanitaria (CPMS) e nella Nota di orientamento: protezione dei bambini durante le epidemie di malattie infettive per proteggere i bambini durante la pandemia di COVID-19? Oltre a mitigare i rischi, dobbiamo basarci sui punti di forza e sulle strategie di coping positive di comunità, famiglie, genitori/badanti e bambini.

Azioni prioritarie di protezione dell'infanzia	
Azioni di preparazione	Azioni di risposta
<b>Strategia di protezione dell'infanzia: attività individuali e di gruppo per il benessere del bambino</b> (CPMS Standards 10 & 15)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>In consultazione con altri attori, identificare attività alternative di salute mentale e supporto psicosociale (MHPSS) e attività educative per i bambini</li> <li>Consultare i bambini e gli adolescenti, comprese le ragazze, nella progettazione degli interventi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formare gli operatori di servizi sanitari, educativi e dell'infanzia nonché il personale che lavora sulla salute mentale e supporto psicosociale sui rischi di protezione dell'infanzia associati a COVID-19</li> <li>Individuare strategie per fornire supporto psicosociale ai bambini, in particolare quelli in quarantena</li> <li>Condurre campagne di informazione a distanza, in modo adeguato all'età e al genere</li> <li>Adattare i già esistenti percorsi di invio dei pazienti (referral pathways) ai servizi di competenza</li> </ul>
<b>Strategia protezione dell'infanzia: rafforzare gli ambienti familiari e assistenziali</b> (CPMS Standard 16)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lavorare con bambini, genitori/badanti e altre parti interessate per comprendere le credenze e le pratiche culturali che potrebbero proteggere o mettere in pericolo i bambini durante un'epidemia</li> <li>Individuare opportunità per campagne di sensibilizzazione per evidenziare l'importanza delle relazioni genitore-figlio efficaci</li> <li>Sviluppare un piano inter-agenzia, in collaborazione con le autorità competenti, per rafforzare l'assistenza ai bambini vulnerabili</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fornire supporto mirato ai centri di cura temporanei e alle famiglie, comprese le famiglie ove il capofamiglia sia un bambino e le famiglie affidatarie, per supportare emotivamente i bambini e ad insegnare a prendersi cura di sé in modo adeguato</li> <li>Fornire assistenza finanziaria e materiale (in contanti e con beni non alimentari) alle famiglie le cui opportunità di generare reddito sono state colpite</li> <li>Incoraggiare e creare opportunità sicure per supportare i contatti di routine tra bambini e familiari qualora fossero fisicamente separati</li> <li>Collaborare con attori di settori diversi, compresi i governi, per mettere in atto misure che prevengano la separazione famiglia-bambino</li> </ul>

Azioni prioritarie di protezione dell'infanzia	
Azioni di preparazione	Azioni di risposta
<b>Strategia di protezione dell'infanzia: approccio a livello comunitario (CPMS Standard 17)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificare quale ruolo possono svolgere le comunità nelle attività di sensibilizzazione e nella protezione dei bambini e delle famiglie</li> <li>• Collaborare con le comunità al fine di identificare strategie di prevenzione e protezione di gruppi vulnerabili (ad esempio rifugiati, bambini in affidamento temporaneo, persone a rischio di stigmatizzazione ed esclusione sociale)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaborare con i membri della comunità per sviluppare messaggi a misura di bambino su COVID-19, i rischi associati e i percorsi di rinvio dei casi.</li> <li>• Identificare strategie flessibili per comunicare in remoto con le comunità</li> <li>• Insieme alle comunità, svolgere attività per porre fine alla stigmatizzazione, promuovere strategie di coping sicure e supportare le popolazioni colpite</li> <li>• Lavorare, ove necessario, con leader tradizionali e religiosi per adattare pratiche tradizionali (ad esempio saluti, cerimonie di sepoltura e di lutto, ecc.)</li> </ul>
<b>Strategia di protezione dell'infanzia: gestione di caso – case management (CPMS Standard 18)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornire formazione e supporto agli assistenti sociali e agli operatori dei 'numeri di emergenza per bambini' già esistenti su COVID-19, compresi fatti e falsi miti, impatto sui problemi di protezione dell'infanzia e servizi di supporto</li> <li>• Lavorare con operatori sanitari al fine di sviluppare strategie che includano bambini emarginati e quelli difficili da identificare.</li> <li>• Identificare misure di mitigazione del rischio per gli assistenti sociali e metodi alternativi di follow-up qualora le visite a domicilio diventino impossibili</li> <li>• Facilitare il rinvio (referral) a servizi specializzati, ivi compresi i servizi per le vittime di violenza di genere</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rivedere o sviluppare Procedure Operative Standard con il settore sanitario e altri settori al fine di garantire l'identificazione e il rinvio (referral) dei bambini a rischio ai servizi di competenza</li> <li>• Istituire meccanismi che garantiscano, in caso di restrizioni di movimento, l'accesso a cure olistiche a misura di bambino per i minori vittime di violenza.</li> <li>• Identificare i bambini il cui status li rende più vulnerabili (ad esempio bambini senza sostegno familiare; bambini rifugiati, sfollati interni, migranti o apolidi; bambini che vivono e / o lavorano in strada; bambini con disabilità; ecc.)</li> </ul>
<b>Strategia di protezione dell'infanzia: affidamento temporaneo (CPMS Standard 19)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificare, formare e guidare attori sanitari locali sulla prevenzione della separazione familiare e l'identificazione e rinvio (referral) ai servizi specializzati di minori non accompagnati e separati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stabilire soluzioni di affidamento temporaneo sicure e fondate sulla famiglia (meglio se l'assistenza sia fornita da parenti)</li> <li>• Garantire che i bambini separati dai loro caregivers abbiano regolari opportunità di comunicare con loro</li> </ul>

Azioni prioritarie di protezione dell'infanzia	
Azioni di preparazione	Azioni di risposta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificare e formare le persone tra le comunità che sono in condizioni di prendersi cura di minori non accompagnati o separati in caso di epidemia di COVID-19</li> <li>• Sviluppare la capacità dei sistemi per prevenire la separazione, impegnarsi nel rintracciamento e ricongiungimento familiare e fornire un sistema di affidamento temporaneo su base familiare per i minori non accompagnati.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitare di diffondere informazioni che potrebbero involontariamente incoraggiare le famiglie a trascurare o abbandonare i propri figli</li> <li>• Collaborare con le autorità competenti per stabilire un sistema di registrazione per prevenire la separazione a lungo termine e facilitare il ricongiungimento familiare.</li> </ul>

### 3. Risorse

<i>Child Protection Area of Responsibility Child Protection Resource Menu for COVID-19</i>	Una <a href="#">collezione</a> di risorse sulla protezione dell'infanzia relative alla risposta al COVID-19
<i>Key messages and actions for coronavirus disease (COVID-19) prevention and control in schools</i>	<a href="#">Guida operativa</a> su come proteggere i bambini e scuole dal COVID-19.
<i>INEE Resource Page on Novel Coronavirus (COVID-19)</i>	Una <a href="#">collezione</a> di risorse sul COVID-19 ed educazione in situazioni di emergenza
<i>IASC MHPSS Reference Group's Briefing Note about MHPSS Aspects of COVID-19</i>	Una <a href="#">nota breve</a> sugli aspetti di salute mentale e supporto psicosociale dell'epidemia del 2019 di coronavirus (COVID-19)

# Il “dopo” Covid19

Vision,

Impatti economici e sociali



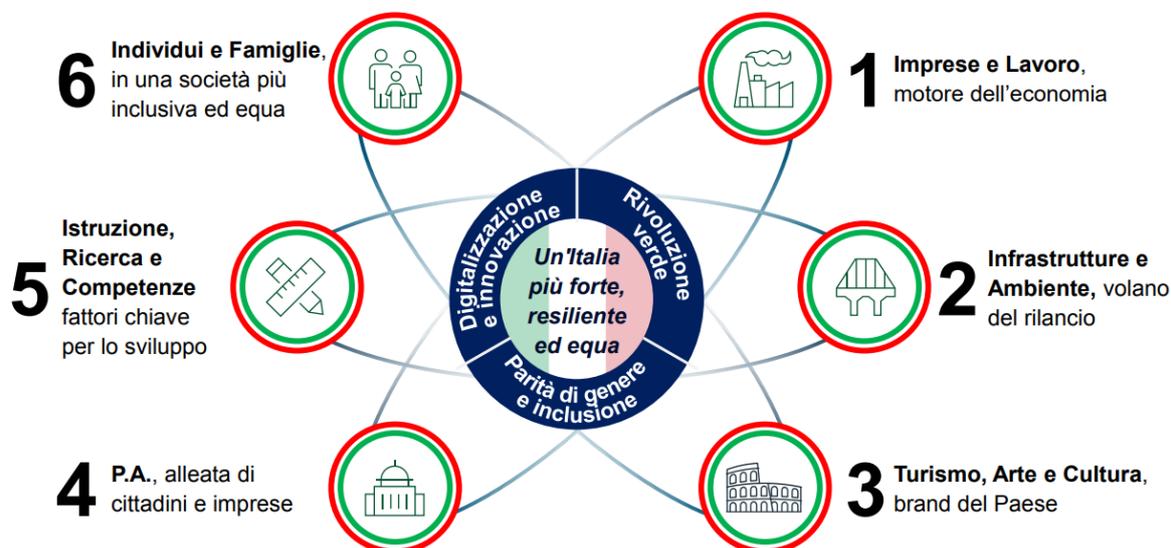
Comitato di esperti in materia economica e sociale

# Iniziative per il rilancio "Italia 2020-2022"

Schede di Lavoro

Enrica Amato, Donatella Bianchi, Marina Calloni, Elisabetta Camussi, Roberto Cingolani, Vittorio Colao, Riccardo Cristadoro, Giuseppe Falco, Franco Focareta, Enrico Giovannini, Giovanni Gorno Tempini, Giampiero Griffo, Maurizia Iachino, Filomena Maggino, Enrico Moretti, Riccardo Ranalli, Marino Regini, Linda Laura Sabbadini, Raffaella Sadun, Stefano Simontacchi, Fabrizio Starace

La strategia per il rilancio dell'Italia:



2

## Indice delle iniziative:

1. Occupazione e ripartenza delle imprese
2. Liquidità di sopravvivenza alle imprese
3. Riduzione impatto contenziosi post-crisi
4. Rafforzamento capitalizzazione delle imprese
5. Incentivo alle misure di presidio del rischio fiscale
6. Emersione lavoro nero
7. Emersione e regolarizzazione contante derivante da redditi non dichiarati
8. Regolarizzazione e rientro dei capitali esteri (no scheda)
9. Passaggio a pagamenti elettronici
10. Innovazione tecnologica e proprietà intellettuale
11. Innovazione energetica e sostenibilità (no scheda)
12. Sostegno a Start-up innovative
13. Competenze gestionali e assunzioni specialistiche
14. Riqualificazione disoccupati/CIG
15. Piattaforme formative pubblico-private per filiere produttive
16. Reti, Filiere e Aggregazioni
17. Sostegno Export
18. Reshoring
19. Terzo settore

## Imprese e lavoro motore dell'economia

### I. Intervenire urgentemente per difendere l'occupazione, garantire liquidità e rafforzare la capitalizzazione delle imprese

#### 1.i | Escludere contagio COVID da responsabilità penale e ridurre temporaneamente il costo delle misure organizzative anti contagio

Principalmente Pubblico Principalmente Privato No funding Attuare subito Finalizzare Strutturare Escludere il "contagio Covid-19" dalla responsabilità penale del datore di lavoro per le imprese non sanitarie e neutralizzare fiscalmente, in modo temporaneo, il costo di interventi organizzativi (ad es. turnazione, straordinari) conseguenti all'adozione dei protocolli di sicurezza e al recupero della produzione perduta per il fermo, per non penalizzare la competitività dell'impresa e i redditi dei lavoratori.

#### 1.ii | Smart Working: osservazione per normarlo al meglio e codice etico a immediata tutela dei lavoratori.

Utilizzare la fase attuale per un'attenta e profonda osservazione dello Smart Working e delle dinamiche ad esso connesse per identificare elementi con cui migliorare la normativa vigente (legge n. 81/2017), al fine di renderla perfettamente aderente al nuovo contesto che si sta sviluppando, in cui da un lato c'è la necessità di un'adozione diffusa per questioni anche di sicurezza e dall'altro l'obiettivo di dare a imprese e lavoratori un'opzione migliorativa sia della produttività sia delle condizioni lavorative. Al fine di evitare utilizzi impropri dello strumento già nell'immediato si raccomanda di definire e adottare un codice etico per la PA e di promuoverlo nel mondo dell'impresa.

#### 1.iii | Rinnovo dei contratti a tempo determinato in scadenza

Consentire (in deroga temporanea a Decreto Dignità) il rinnovo dei contratti a tempo determinato in scadenza almeno per tutto il 2020.

### **2.iii | Compensazioni fiscali e rinvio pagamenti imposte**

Rendere più agevole la compensazione orizzontale dei debiti con i crediti fiscali, nonché prevedere la compensazione dei debiti con i crediti liquidi esigibili verso la PA (anche tramite la costruzione di una piattaforma informatica). Differire il saldo imposte 2019 e il primo acconto 2020.

### **2.iv | Pagamento rapido dei fornitori per favorire liquidità**

Promuovere un codice di comportamento – volontario ma fortemente sponsorizzato a livello governativo – per il pagamento rapido dei fornitori (ad es. a 30 giorni) al fine di riattivare la circolazione dei flussi di liquidità soprattutto a favore delle imprese piccole e deboli negozialmente. Se necessario, intervenire in sede legislativa.

### **2.v | Decreto liquidità e factoring pro soluto**

Estendere il decreto liquidità al factoring pro-soluto e al reverse factoring come garanzia della filiera.

### **2.vi | Accesso alla liquidità per imprese in crisi**

Modificare il decreto liquidità che permetta il sostegno finanziario anche alle imprese con esposizioni UTP che presentano possibilità concrete di risanamento.

### **3.i | Rinegoziazione dei contratti di locazione tra proprietari e locatari**

Prevedere per legge la ripartizione del rischio tra locatore e conduttore nella forma di presunzione o, in alternativa, incentivazione (tramite riduzione di IMU e TARI) della rinegoziazione dei canoni commerciali e dei finanziamenti correlati (ad es. mutui ipotecari).

### **3.ii | Disincentivare il ricorso alle procedure concorsuali**

Disincentivare, ove possibile, il ricorso alle procedure concorsuali (concordati preventivi e fallimenti) per evitare il conseguente blocco ex lege del pagamento ai fornitori e la conseguente sottrazione di liquidità e risorse al sistema. Nello specifico, evitare che il debitore ricostituisca il valore dell'azienda solo a scapito dei creditori.

### **3.iii | Sospendere per il 2020 i vincoli del T.U. partecipate pubbliche**

Sospendere per il 2020 i vincoli del d.lgs. 175/2016 (TU in materia di società a partecipazione pubblica) al ripianamento delle perdite delle imprese pubbliche (e del trasporto pubblico in particolare) ed evitare il ricorso al concordato preventivo e all'amministrazione straordinaria (che impedirebbe il pagamento dei fornitori e rallenterebbe l'esecuzione degli investimenti).

### **4.i | Incentivi alla capitalizzazione delle imprese**

Creare incentivi per gli aumenti di capitale, rendendo l'ACE più attrattiva, introducendo una Super-ACE per le imprese che investono in tecnologia green e semplificandone la deliberazione.

### **4.ii | Semplificazione procedure di aumento di capitale**

Ridurre tempi e costi delle procedure di aumento di capitale per le società quotate.

### **4.iii.a | Risparmio privato e investimenti nelle PMI e nelle società non quotate**

Favorire una strutturale riallocazione del risparmio verso PMI/società non quotate, tramite, per un periodo definito, nuove agevolazioni fiscali per le persone fisiche che sottoscrivono OICR che investono prevalentemente in società non quotate e modifiche normative necessarie ad ampliare la platea di potenziali sottoscrittori.

#### **4.iii.b | Incentivare fondi di turnaround di imprese UTP**

Introdurre incentivi per l'istituzione di fondi di turnaround che agevolino anche l'esecuzione di investimenti in imprese UTP attraverso ogni strumento compatibile con la normativa europea qualora l'intermediario finanziario (SGR) assuma il ruolo di sponsor del risanamento.

#### **4.iv | Sostegno strutturale alle società non quotate (soprattutto PMI) di filiera**

Incentivare strumenti di capitale (ad es. azioni di risparmio a termine con limite al rendimento massimo o strumenti finanziari partecipativi di capitale) con la sottoscrizione dei quali il capo-filiera possa patrimonializzare per alcuni anni fornitori e distributori e facilitarne l'accesso a liquidità (tramite credito bancario, factoring, ecc.) e a capitali esterni.

#### **5 | Incentivo all'adozione di sistemi di tax control framework**

Incentivo all'adozione di sistemi di tax control framework anche attraverso l'estensione del dialogo preventivo con l'amministrazione finanziaria. Introdurre la non applicabilità delle sanzioni amministrative e penali per le società (italiane ed estere identificate in Italia) che (i) siano in regime di cooperative compliance o (ii) implementino un modello di presidio del rischio fiscale (Tax Control Framework) o (iii) segnalino e documentino adeguatamente operazioni caratterizzate da un rischio di natura fiscale.

#### **6 | Emersione lavoro nero**

Favorire l'emersione attraverso opportunità di *Voluntary Disclosure* ai fini della regolarizzazione, prevedendo un meccanismo di sanatoria e incentivazione riducendo contribuzione cuneo fiscale, nonché sanzioni in caso di falsa dichiarazione o mancato perfezionamento delle procedure di emersione.

#### **7 | Emersione e regolarizzazione del contante derivante da redditi non dichiarati**

(i) Introdurre la *Voluntary Disclosure* sul contante e altri valori derivanti da redditi non dichiarati (anche connessa all'emersione del lavoro nero) a fronte del pagamento di un'imposta sostitutiva e dell'impiego per un periodo minimo di tempo (ad es. 5 anni) di una parte significativa dell'importo in attività funzionali alla ripresa (ad es. investimento nel capitale dell'impresa del soggetto che fa la *Voluntary Disclosure*, o investimento in social bond nominativi o altri strumenti analoghi). Condizionare gli effetti premiali in ambito penale a specifici requisiti di coerenza. (ii) Promuovere un'iniziativa per mettere rapidamente fuori corso le banconote in Euro di maggior taglio (500 e 200).

#### **9 | Passaggio a pagamenti elettronici**

(i) Incentivare l'utilizzo dei pagamenti elettronici (PA, esercizi commerciali e soprattutto servizi e prestazioni) tramite: deduzioni/detractions dall'IRPEF, lotterie instant win, credito d'imposta per gli esercenti e accordi con il sistema bancario per riduzione delle commissioni. (ii) Rendere effettive ed eventualmente inasprire le sanzioni per gli esercizi commerciali e servizi privi di POS o con POS non funzionante. (iii) Scoraggiare l'uso del contante per ammontari rilevanti attraverso la riduzione di limiti ai pagamenti in contanti nonché disincentivi al ritiro e all'utilizzo degli stessi (ad es. anticipo fiscale a valere sui prelievi di contante).

#### **10 | Innovazione tecnologica e proprietà intellettuale**

Incentivare l'innovazione tecnologica delle imprese con il ripristino e potenziamento delle misure previste da Industry 4.0 prevedendo una durata pluriennale degli incentivi (5 anni). Inoltre, aumentare i limiti per gli investimenti previsti per i crediti R&D, ampliare il regime del patent box a ulteriori beni immateriali e incrementare il beneficio previsto (anche ai fini del re-shoring ad alto valore aggiunto).

## 12 | Sostegno a Start-up innovative

Rafforzare le misure di sostegno alle start-up e PMI innovative con incremento delle agevolazioni fiscali per l'investimento da parte di individui, società e fondi specialistici (detassazione proventi e aumento dell'ammontare di detrazione e deduzione) e con l'aumento di massimali previsti per gli investimenti annui.

## 13 | Competenze gestionali e assunzioni specialistiche

Incentivare reskilling manageriale per stimolare l'adozione delle competenze necessarie ad adattare i sistemi produttivi alle nuove esigenze post-Covid, attraverso defiscalizzazioni temporanee per la partecipazione a formazione gestionale e per l'assunzione di competenze esterne (inclusi neolaureati) nelle PMI

### 14.i | Riqualificazione disoccupati/CIG

Incentivare la riqualificazione della forza lavoro e dei disoccupati finanziata attraverso fondi specializzati (ad es. "fondo nuove competenze") prevedendo:

1. Incentivi alle imprese (ad es. defiscalizzazione di spese di formazione, riduzione del cuneo fiscale)
2. Incentivi ai lavoratori (ad es. divieto di cumulo additivo tra retribuzione e trattamento)
3. Utilizzo di programmi formativi di qualità
4. Sistema di valutazione della qualità dei programmi di formazione (ad es. esiti della formazione su benessere, occupazione e reddito dei lavoratori coinvolti)

Incentivare la riqualificazione della forza lavoro e dei disoccupati finanziata attraverso fondi specializzati (ad es. "fondo nuove competenze") prevedendo:

1. Incentivi alle imprese (ad es. defiscalizzazione di spese di formazione, riduzione del cuneo fiscale)
2. Incentivi ai lavoratori (ad es. divieto di cumulo additivo tra retribuzione e trattamento)
3. Utilizzo di programmi formativi di qualità
4. Sistema di valutazione della qualità dei programmi di formazione (ad es. esiti della formazione su benessere, occupazione e reddito dei lavoratori coinvolti)

## 15 | Piattaforme formative pubblico-private per filiere produttive

Promuovere lo sviluppo di progetti di qualificazione professionale "di filiera" pubblico-privato, basati su alleanze tra agenzie formative, istituti tecnici, università ed imprese, consentendo agli enti formativi la possibilità di accedere a strumenti negoziali nazionali (ad es. mutuando l'esperienza degli strumenti negoziali pubblici per R&S, come i contratti di sviluppo/accordi di innovazione, da traslare in campo formativo).

## 16 | Reti, Filiere e Aggregazioni

1. Potenziare e agevolare l'utilizzo di strumenti collaborativi e aggregativi (ad es. Reti d'impresa, Associazioni Temporanee d'Impresa, ecc.).
2. Incentivare le aggregazioni (ad es. defiscalizzazione della quota di maggior reddito derivante dall'aggregazione, ammortamento del goodwill riveniente dalla fusione), con ulteriori agevolazione per le aggregazioni di imprese in crisi (riduzione cuneo fiscale)

## 17 | Sostegno Export

Sostenere il rilancio dell'export italiano con un piano volto a minimizzare gli impatti dell'emergenza Covid-19 sul sistema di credito (ad es. estendendo e rafforzando le azioni di SACE a supporto dei crediti per export) e sul sistema fieristico, e valutare incentivi all'export di carattere più generale.

## 18 | Reshoring

Incentivare il re-insediamento in Italia di attività ad alto valore aggiunto (ad es. R&D strategico, produzione in settori ad alta componente tecnologica) e/o produttive rafforzando in tal modo il sistema Paese/la competitività del Paese; ad es. tramite decontribuzione dei relativi lavoratori, incentivi agli investimenti

produttivi, maggiorazione ai fini fiscali del valore ammortizzabile delle attività rimpatriate. Valutare l'estensione del regime a tutti i nuovi insediamenti produttivi in Italia.

## **19 | Terzo Settore**

Sostenere le imprese sociali (comprese le cooperative sociali) attraverso (i) la piena attuazione della Riforma del Terzo Settore, in particolare della parte relativa alle agevolazioni fiscali; (ii) il sostegno all'accesso e alla diffusione di strumenti di finanza sociale italiani e europei; (iii) la facilitazione di processi aggregazione per tutti gli enti non profit.

## **Infrastruttura e ambiente**

**20/21. Realizzazione e unità di presidio infrastrutture strategiche**

**22. Codice degli Appalti**

**23. Semplificazione PA**

**24. Investimenti concessioni**

**25. Piano Fibra Nazionale**

**26. Cablaggio PA**

**27. Sviluppo Reti 5G**

**28. Sussidio Digital Divide**

**29. Sblocco e accelerazione investimenti operatori del settore energetico**

**30. Efficienza e transizione energetica e Tecnologie energetiche innovative**

**31/32. Economia circolare d'impresa e Gestione rifiuti e acque reflue**

**33/34. Infrastrutture e bacini idrici**

**35. Verde e dissesto idrogeologico**

**36/37/38. Trasporto pubblico locale, Trasporto privato e Ciclabilità**

**39. Porti e ferrovie**

**40/41. Edilizia sociale e abitativa**

### **20 e 21 | Realizzazione infrastrutture strategiche e Unità di presidio infrastrutture strategiche**

Regolare con un regime ad hoc l'implementazione delle infrastrutture "di interesse strategico", identificate come le reti di telecomunicazioni, le infrastrutture energetiche e per la salvaguardia dell'ambiente e per la messa in sicurezza del territorio, e le infrastrutture di trasporto/logistica, attraverso leggi/protocolli nazionali di realizzazione non opponibili da enti locali. Pianificare una rapida esecuzione di tali infrastrutture "di interesse strategico", attraverso una unità di presidio presso la Presidenza del Consiglio responsabile della rapida esecuzione degli investimenti previsti.

### **22 | Codice degli Appalti**

Semplificare l'applicazione del codice degli appalti ai progetti di natura infrastrutturale: (i) Applicare tel quel alle infrastrutture "di interesse strategico" le Direttive europee; (ii) Integrare le Direttive europee per le sole porzioni in cui esse non sono auto-applicative; (iii) Rivedere parallelamente la normativa in un nuovo codice, basato sui principi delle Direttive europee.

### **23 | Semplificazione PA**

Sburocratizzare i processi con la PA, formalizzando tramite ricevuta telematica la formazione del silenzio-assenso e vietando la richiesta di documenti specifici (da parte della PA) laddove l'autocertificazione è accettabile.

### **24 | Investimenti concessioni**

Negoziare un'estensione delle concessioni equilibrata e condizionata ad un piano di investimenti espliciti e vincolanti (ad es., nei settori autostrade, gas, geotermico e idroelettrico), coerenti con le macro-direttive del *Green Deal* europeo.

### **25 | Piano Fibra Nazionale**

1. Sviluppare un piano per il completamento della copertura nazionale della rete in fibra
2. Estendere la logica di gara per lo sviluppo di un'unica rete in fibra ottica a tutte le aree oggi senza impegni cogenti di copertura (c.d. B grigie, C/D senza impegni cogenti, ecc.), sostenendone parzialmente i costi con finanziamenti governativi e imponendo al fornitore vincente condizioni cogenti di realizzazione nonché garanzia di accesso competitivo a pari condizioni tecnico/operative a tutti gli operatori. Sanzionare la mancata realizzazione delle aree di impegno.

### **26 | Cablaggio PA**

Pianificare l'installazione di accessi in fibra in tutti gli edifici della PA, con particolare attenzione a scuole e strutture socio-sanitarie e amministrazioni locali per rendere possibile il passaggio a servizi digitali ai cittadini, *smart working* degli impiegati e accesso universale a Dati della PA.

### **27 | Sviluppo Reti 5G**

Adeguare i livelli di emissione elettromagnetica in Italia ai valori europei, oggi circa 3 volte più alti e radicalmente inferiori ai livelli di soglia di rischio, per accelerare lo sviluppo delle reti 5G. Escludere opponibilità locale se protocolli nazionali sono rispettati.

### **28 | Sussidio Digital Divide**

Concedere voucher per sostenere l'accesso alla banda larga delle fasce meno abbienti della popolazione, focalizzato sulla migliore tecnologia disponibile localmente e differenziato tra fibra e altre tecnologie.

### **29 | Sblocco e accelerazione investimenti operatori del settore energetico**

Sbloccare autorizzazioni per i significativi investimenti privati già approvati dagli operatori del settore energetico (nel campo della distribuzione gas, del *repowering* degli impianti di produzione di energia rinnovabile, ecc.): (i) Individuare i progetti chiave che necessitano un'accelerazione degli investimenti e ridurre i relativi tempi autorizzativi, anche con interventi specifici per il settore energetico; (ii) Effettuare interventi specifici di tipo normativo/regolatorio per determinati sotto-settori.

### **30 | Efficienza e transizione energetica e Tecnologie energetiche innovative**

1. Definire piano a lungo termine di decarbonizzazione ed esplicito obiettivo di carbon neutrality, come da linee guida europee e sul modello di altri Paesi
2. Istituire un percorso privilegiato per gli interventi di transizione energetica
3. Incentivare l'efficienza energetica e la transizione energetica (ad es. produzione/auto-produzione di energia rinnovabile) di imprese, PA locale e centrale e privati attraverso interventi autorizzativi, regolatori e fiscali

4. Incentivare nuove tecnologie emergenti attraverso un piano nazionale (ad es., nuove rinnovabili, idrogeno, stoccaggio CO2)

### **31 e 32 | Economia circolare d'impresa, Gestione rifiuti e acque reflue**

Adeguare norme, incentivi e fondi relativi al trattamento di rifiuti e scarti per favorire l'attivazione di progetti di economia circolare a livello aziendale, anche su piccola scala, attraverso un piano strategico specifico sul modello della transizione energetica (che includa anche finanziamenti a centri di ricerca dedicati e incentivi a fondi di Venture Capital che agevolino technology transfer tra aziende). Definire e finanziare investimenti infrastrutturali nel ciclo dei rifiuti urbani e industriali e nella depurazione e riutilizzo delle acque reflue, con particolare attenzione a quei comuni che rientrano in procedura infrazione UE.

### **33 e 34 | Infrastrutture idriche e Bacini idrici**

Incentivare interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria delle infrastrutture idriche (adduzione e trasporto), anche attraverso la rivisitazione del sistema normativo e tariffario e la revisione del meccanismo di governance del settore. Finanziare interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria per lo sfruttamento dei bacini idrici, per valorizzarne l'utilizzo in agricoltura e per la transizione energetica.

### **35 | Verde e dissesto idrogeologico**

1. Definire un piano di investimento finalizzato ad aumentare e preservare le aree verdi, il territorio e gli ecosistemi nazionali – ad es., finanziando la bonifica dei siti inquinati, e incoraggiando le imprese a quantificare nei loro bilanci e reporting non-finanziario il capitale naturale che gestiscono e i servizi ecosistemici di cui beneficiano
2. Contrastare il consumo di suolo e il conseguente dissesto idrogeologico – ad es., inserendo obiettivi di conservazione e ripristino del capitale naturale in tutte le strategie e politiche che comportano un maggior consumo del suolo.

### **36, 37 e 38 | Trasporto pubblico locale, Trasporto privato e Ciclabilità**

Incentivare il rinnovo del parco mezzi del Trasporto Pubblico Locale (TPL) verso mezzi a basso impatto (es. ibrido, elettrico, biocombustibile, ...). Incentivare il rinnovo dei mezzi pesanti privati con soluzioni meno inquinanti. Pianificare investimenti e finanziamenti a favore della Ciclabilità, incentivando la creazione dell'infrastruttura ciclistica e incoraggiandone l'utilizzo.

### **39 | Porti e ferrovie**

Predisporre un piano "intermodale" su scala nazionale per la logistica merci, con focus sull'ammodernamento dei porti e sull'espansione della rete ferroviaria per il trasporto merci. Rivalutare il posizionamento strategico dell'Italia (particolarmente rilevante per il Sud) nei flussi merci europei/del Mediterraneo.

### **40 e 41 | Edilizia abitativa ed Edilizia sociale**

**Edilizia Abitativa.** Sostenere un piano di investimenti finalizzato a potenziare un'offerta abitativa economicamente accessibile, socialmente funzionale ed ecosostenibile, attraverso la messa a disposizione di immobili e spazi pubblici inutilizzati da sviluppare con fondi pubblico-privati da offrire sul mercato a prezzi calmierati (ad es., Modello del Comune di Milano).

**Edilizia sociale.** Investire nell'ammodernamento dell'edilizia sociale, con particolare attenzione alle infrastrutture scolastiche e socio-sanitarie, anche ricorrendo all'emissione di social impact bond come forma di finanziamento misto pubblico-privato (ad es., fondi ex Voluntary Disclosure).

## Turismo, Arte e Cultura.

42. Piano di difesa stagione 2020 (no scheda)
43. Protezione del settore e dell'occupazione
44. Presidio Turismo Italia
45. Piano Turismo Italia
46. Piano comunicazione Turismo Italia
47. Incentivi a miglioramenti strutturali
48. Incentivo al consolidamento del settore turistico
49. Miglioramento qualità del sistema ricettivo
50. Promozione e commercializzazione prodotti turistici
51. Sviluppo nuovi prodotti turistici
52. Trasporti turistici
53. Formazione turistica
54. Attrazione capitali privati
55. Riforma modelli di gestione enti artistici e culturali
56. Potenziamento competenze museali
57. Potenziamento competenze di artigianato specialistico

### 43.i | Protezione del settore e dell'occupazione

Dare agevolazioni e defiscalizzazioni per le attività del 2020-2021, incentivando gli operatori ad aprire in modo da preservare sia l'avviamento sia l'occupazione, in particolare stagionale (ad es. defiscalizzazione contributiva in caso di assunzione, aumento delle agevolazioni rispetto agli extra costi dovuti alla sanificazione, contributi finalizzati all'incentivo alla riapertura).

### 43.ii | Protezione del settore e dell'occupazione

Prevedere per legge una ripartizione del rischio tra locatore e conduttore nella forma di presunzione, o in alternativa incentivazione (tramite riduzione di IMU e TARI) della rinegoziazione dei canoni commerciali.

### 44 | Presidio Turismo Italia

Creare un presidio governativo speciale focalizzato sul recupero e rilancio del settore nel prossimo triennio con l'obiettivo di assicurare coordinamento governativo orizzontale e territoriale verticale nel periodo di rilancio:

- Focalizzare l'unità/presidio governativo sul turismo come settore economico per tutta la ripresa, con condivisi obiettivi per area e territorio.
- Creare un coordinamento permanente con tutti gli attori coinvolti (Ministeri, strutture diplomatiche, Regioni, ENIT, associazioni di categoria, operatori dei diversi comparti) con meccanismi di regolare condivisione delle informazioni e delle linee guida.
- Aumentare la capacità di spesa e assegnare obiettivi espliciti di crescita settoriale e di immagine nel medio termine.
- Lanciare e coordinare un'unità di data/analytics sul Turismo, a beneficio sia del presidio sia degli attori del comparto, per sostenere con rapidità e accuratezza le azioni di rilancio.

### 45 | Piano Turismo Italia

Pianificare un miglioramento strutturale di qualità, sicurezza e competitività del Turismo in Italia, sviluppando al più presto un piano strategico di lungo periodo, articolato sulle leve di intervento prioritarie (portafoglio prodotti, trasporti, sistema ricettivo, canali di vendita/distribuzione, formazione, *branding* e strategia di comunicazione e promozione, assetto normativo).

#### **46 | Piano comunicazione Turismo Italia**

Rafforzare il ruolo delle strutture periferiche coinvolte nel settore (ad es. diplomatiche) al fine di avviare un'attività di *Public Relations & Reputation* strutturata in coordinamento con Ministero degli Esteri (comparabile a quella offerta dai nostri principali concorrenti, come ad esempio la Spagna), che sia in grado di monitorare l'immagine dell'Italia sui media nazionali ed internazionali e sviluppare un piano di comunicazione efficace e coerente.

#### **47 | Incentivi a miglioramenti strutturali**

Incentivare tramite finanziamenti a tasso ridotto e crediti fiscali la riqualificazione delle strutture ricettive, sia nelle sue componenti di base (ad es., immobiliare, cablaggio fibra ottica, impianti di aria condizionata, strutture per persone con disabilità oltre al livello di pura *compliance* normativa), sia nelle componenti premium in grado di attrarre domanda ad alto valore aggiunto, in coerenza con il piano strategico definito.

#### **48 | Incentivo al consolidamento del settore turistico**

Sostenere la creazione di reti di impresa e aggregazioni (ad es. prevedendo un contributo a fondo perduto dell'investimento necessario per la creazione e l'avviamento delle reti tra imprese del settore; credito d'imposta sull'investimento previsto dal programma di rete; misure ad hoc che favoriscano distacco e codatorialità nell'ambito di contratti di rete rispetto alle nuove assunzioni e al personale già in organico).

#### **49.i | Miglioramento della qualità del sistema ricettivo**

Pianificare e lanciare una revisione degli standard di qualità delle strutture ricettive, approfittando dell'attuale emergenza sanitaria e per ottenere uniformità a livello nazionale

- Censimento complessivo iniziale
- Definizione standard qualità stringenti e tempi di miglioramento richiesti
- Introduzione di sistema nazionale di ispezione e validazione regolare e frequente

#### **49.ii | Miglioramento della qualità del sistema ricettivo**

Valorizzare e utilizzare per uso turistico beni immobiliari di valore storico e artistico, indicendo bandi di gara per la concessione di tali immobili ad uso alberghiero ad operatori del settore ed eventualmente valutando la creazione di una catena iconica italiana.

#### **50 | Promozione e commercializzazione prodotti turistici**

Migliorare la promozione e favorire la commercializzazione dei prodotti turistici esistenti

#### **51.i | Valorizzare il potenziale inespresso dell'offerta del Paese**

Valorizzare il potenziale inespresso dell'offerta del Paese, incentivando la bassa stagione, definendo con anticipo i calendari scolastici, incentivando poli turistici in aree ad alto potenziale naturalistico, paesaggistico o culturale, rafforzando la rete e le attività delle "Città Creative" italiane.

#### **51.i | Valorizzare il potenziale inespresso dell'offerta del Paese – dettaglio "Città Creative"**

Rafforzare la Rete e le attività delle Città Creative, considerata la ricchezza culturale, ambientale ed artistica dell'Italia, incentivando la candidatura di nuove città. Tale politica è fondamentale non solo per il rafforzamento della rete in senso locale, nazionale e internazionale, bensì per lo sviluppo di un turismo sostenibile. L'azione per la tutela e la valorizzazione del patrimonio culturale, artistico e ambientale italiano diventa tanto più necessaria, quanto più nel periodo post-Covid-19 bisognerà rafforzare la connessione tra istituzioni pubbliche, enti privati e associazioni di cittadini.

### **51.ii | Sviluppo nuovi prodotti turistici**

Sviluppare nuovi prodotti turistici focalizzati su “verticali” specifici che, pur essendo di grande potenzialità per il Paese, risultano al momento non adeguatamente sviluppati (ad es. la nautica, l'enogastronomia, gli itinerari dello shopping di alto livello, lo sci etc).

### **52 | Trasporti Turistici**

Migliorare l'accessibilità del turismo italiano, investendo nei collegamenti infrastrutturali chiave relative alle aree/poli turistici ad alto potenziale e ad oggi mancanti, potenziando le dorsali dell'Alta Velocità, alcuni aeroporti turistici minori e la logistica intermodale per le città d'arte.

### **53 | Formazione Turistica**

Migliorare l'offerta formativa del turismo e potenziarla finanziariamente, per garantire risorse preparate di qualità attraverso un sistema premiante collegato allo standard qualitativo.

### **54 | Attrazione capitali privati**

Sviluppare un piano integrato di attrazione dei capitali per rafforzare la dotazione dedicata ad Arte e Cultura:

- Potenziare incentivi fiscali e strumenti di promozione internazionale per sollecitare donazioni e sponsorizzazioni (eliminando o innalzando, ove possibile, i limiti attualmente previsti dalla legge)
- Lanciare fondi di impact-investing dedicati ad Arte e Cultura Italiana, definendone privilegi per i sottoscrittori e tutele per gli enti beneficiari e favorendone la allocazione a capitoli specifici e geografici per garantire la massima mobilitazione di capitali filantropici e impact locali.

### **55 | Riforma modelli gestione enti artistici e culturali**

Migliorare i modelli di gestione del patrimonio artistico e culturale per permettere un pieno sfruttamento del potenziale del paese e maggior libertà e creatività specifica nelle forme di fruizione

- Affrancare le strutture dai vincoli gestionali attuali (ad es. codice appalti e scadenze concessioni) e favorire iniziative di sviluppo pubblico-privato
- Sviluppare nuovi sistemi di incentivi per le aziende titolari di concessioni al fine di premiare le gestioni virtuose.

### **56 | Potenziamento competenze museali.**

Potenziare le competenze specifiche nel settore, integrando l'offerta artistica e culturale esistente (ad es. musei) con percorsi formativi universitari o di formazione specialistica.

### **57 | Potenziamento competenze di artigianato specialistico**

Accrescere le professionalità specialistiche del settore con percorsi di formazione universitaria, creando un archivio digitale delle competenze specifiche e incentivando lo sviluppo di progetti imprenditoriali.

## **Pubblica Amministrazione.**

- 58. Superamento della “burocrazia difensiva”
- 59. Trasparenza sulle prestazioni della PA
- 60. Codice degli appalti (vedi iniziativa 22)
- 61. Autocertificazione e silenzio-assenso
- 62. e-Procurement
- 63. Dati per statistica e ricerca scientifica
- 64. Piano Digitalizzazione PA
- 65. Progetto Cloud PA
- 66. Rafforzamento cyberdifesa
- 67. Piano Competenze Procurement ICT
- 68. Piano Risorse Umane PA
- 69. Formazione continua PA
- 70. Revisione modelli di lavoro
- 71. Rafforzare la formazione del middle-management pubblico
- 72. PA Verde
- 73. Piano di Digital Health nazionale
- 74. Monitoraggio sanitario nazionale

### **58 | Superamento della “burocrazia difensiva”**

Intervenire per riformare la responsabilità dei funzionari e dirigenti pubblici per danno erariale in casi differenti dal dolo, e/o prevedere che il premio assicurativo (compreso quello per l’assistenza legale da parte di un professionista scelto dal dirigente) venga pagato dall’amministrazione di appartenenza.

### **59 | Trasparenza sulle prestazioni della PA**

Rafforzare la misurazione end-to-end delle prestazioni delle pubbliche amministrazioni attraverso indicatori chiave (ad es. tempi di attraversamento delle principali pratiche) pubblicati regolarmente su una piattaforma aperta per consentire un confronto tra le diverse amministrazioni, vincolando incentivi diretti al il miglioramento dei servizi.

### **61 | Autocertificazione e silenzio-assenso.**

Ampliare gli ambiti di applicabilità di autocertificazione e meccanismi di silenzio-assenso in tempi garantiti, e parallelizzare gli iter di approvazione dei diversi enti pubblici.

### **62 | e-Procurement**

Promuovere l’e-procurement a tutti i livelli attraverso l’aggregazione delle stazioni appaltanti per raggiungere la soglia minima e la professionalità adeguata, attivando tutte le leve normative e operative necessarie (e.g., completare la disciplina attuativa per la digitalizzazione degli appalti; creare una base di dati degli appalti pubblici, capillare e qualitativamente elevata).

### **63 | Dati per statistica e ricerca scientifica**

Rimuovere gli ostacoli all'utilizzazione di dati amministrativi, censimenti, survey etc a fini statistici, di ricerca scientifica e di valutazione delle politiche nel rispetto del Regolamento Europeo 679/2016. Rendere questi dati realmente accessibili alla comunità scientifica, introducendo il concetto di utilità sociale del trattamento dei dati a tali fini a fianco delle garanzie di privacy dei cittadini.

#### **64 | Piano Digitalizzazione PA**

Incentivare, affiancare e supportare tutte le amministrazioni, anche locali, nel processo di trasformazione digitale, dotando il Ministero dell'Innovazione di risorse umane e finanziarie consistenti per promuovere la migrazione e l'uso generalizzato di PagoPa, app "IO", SPID o CIE.

#### **65 | Progetto Cloud PA.**

Lanciare e finanziare il piano di migrazione al cloud per garantire rilevante risparmio di risorse, maggiore sicurezza, coerenza e interoperabilità delle banche dati.

#### **66 | Rafforzamento cyberdifesa**

Dotare l'Italia di un sistema di cyberdifesa di eccellenza, per potenziare in misura significativa la capacità di prevenzione, monitoraggio, difesa e risposta, in linea con i migliori standard internazionali.

#### **67 | Piano Competenze Procurement ICT**

Trasformare le modalità di acquisto dei servizi ICT della PA, attraverso una nuova unità dedicata di procurement di servizi ICT e lo sviluppo di processi ad-hoc di procurement per prodotti e servizi digitali (ad es. cloud).

#### **68 | Piano Risorse Umane PA.**

Trasformare le modalità di reclutamento del personale P.A. in entrata nei prossimi anni, gestendo volumi e specifiche competenze in chiave strategica e dinamica rispetto ai fabbisogni, per focalizzare il reclutamento sulle esigenze emergenti (ad es. competenze digitali, tecniche e di processo).

#### **69 | Formazione continua PA**

Formulare un nuovo piano di formazione per la PA, e ridisegnare i processi di formazione dei dipendenti pubblici ripristinando misure minime di investimento in formazione per ogni ente. Richiedere la formulazione di piani di formazione dettagliati per unità e modernizzare le modalità di formative, attraverso l'adozione di piattaforme di e-learning PA da condividere nazionalmente

#### **70 | Revisione modelli di lavoro**

Rivedere le modalità di lavoro, attraverso la diffusione dello smart working nella pubblica amministrazione, introducendo sistemi organizzativi, piattaforme tecnologiche e un codice etico che consentano di sfruttare le potenzialità in termini di riduzione dei costi e miglioramento di produttività e benessere collettivo, tenendo conto anche delle differenze di genere e di età.

#### **71 | Rafforzare la formazione del middle-management pubblico**

Garantire la formazione del middle management nella PA.

#### **72 | Predisporre una direttiva per rendere più sostenibili le pubbliche amministrazioni**

Rendere sistematiche le azioni già intraprese da alcune pubbliche amministrazioni per la gestione energetica, dei rifiuti, della mobilità, delle risorse umane, dell'acquisto di beni e servizi ecc. alla luce dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo sostenibile e degli indirizzi politici dell'Unione europea; Definire e coordinare le responsabilità interne alle amministrazioni (energy manager, ecc.) per aumentare la coerenza, l'efficacia e l'efficienza delle azioni a favore della sostenibilità.

#### **73 | Piano di Digital Health nazionale**

Sviluppare Ecosistema Digitale Salute a livello nazionale, che connetta tutti gli attori della filiera e renda disponibili tutti i dati sanitari del paziente agli operatori autorizzati, per permettere una cura integrata a casa,

presso strutture sanitarie pubbliche/private e in ospedale, attraverso personalizzazione, monitoraggio ed interventi più efficienti.

#### 74 | Monitoraggio sanitario nazionale

Sviluppare un sistema di monitoraggio sanitario nazionale, anche a supporto del piano di *digital health* e di sistemi di *early warning* nel monitoraggio delle pandemie, garantendo la disponibilità di dati omogenei, di buona qualità e in tempo reale, nonché di adeguate capacità di elaborazione e sintesi.

**Contesto:** Al momento esiste:

- Frammentazione nelle procedure per la raccolta dei dati;
- Lentezza nel processo di elaborazione legate a ritardi tecnologici (trasmissione di dati su nascita e morte attraverso modulistica cartacea: 600.000 moduli cartacei anno, che richiedono all'ISTAT lunghi tempi tecnici di controllo);
- Mancato sfruttamento di sinergie tra enti diversi
- Per superare queste rigidità in alcuni casi si richiedono interventi normativi, per altre bastano procedimenti amministrativi.

**Contesto:**

Al momento esiste:

- Frammentazione nelle procedure per la raccolta dei dati;
- Lentezza nel processo di elaborazione legate a ritardi tecnologici (trasmissione di dati su nascita e morte attraverso modulistica cartacea: 600.000 moduli cartacei anno, che richiedono all'istat lunghi tempi tecnici di controllo);
- Mancato sfruttamento di sinergie tra enti diversi

Per superare queste rigidità in alcuni casi si richiedono interventi normativi, per altre bastano procedimenti amministrativi

**Azioni specifiche:**

Creazione di un sistema di “early warning” basato sull’infrastruttura di Tessera Sanitaria (che già collega in tempo reale tutti gli operatori sanitari italiani) integrata con le infrastrutture delle altre amministrazioni, attraverso i seguenti passi operativi:

- L’informatizzazione della rilevazione delle cause di morte (inserita in DL e da attuare);
- L’interoperabilità delle banche dati digitali sanitarie già esistenti (prescrizioni mediche, uso dei farmaci, comunicazioni di malattia all’INPS);
- La condivisione dei dati sui ricoveri ospedalieri, al momento raccolti dal Ministero della Salute. b. La raccolta dei dati avverrebbe con ampie garanzie in materia di Privacy e sarebbe gestita da SOGEI che già mantiene i dati “tessera sanitaria” sulle prescrizioni mediche emesse dai medici di base (sistema SAC).

L’uso a fini statistici delle informazioni così raccolte consentirebbe la rapida identificazione a livello territoriale di focolai di specifiche patologie. c. I dati raccolti sarebbero un supporto al piano di digital health e in generale alla gestione in remoto di diversi servizi sanitari

## Istruzione, Ricerca e Competenze.

- 75. Modernizzazione del sistema della Ricerca
- 76. Poli di eccellenza scientifica
- 77. Supporto ai ricercatori
- 78. Spinta alla formazione su nuove competenze
- 79. Partnership per upskilling
- 80. Diritto alla competenze
- 81. Orientamento giovani
- 82. Inclusione studenti con disabilità
- 83. Istruzione terziaria professionalizzante
- 84. Education-to-employment
- 85. Formazione ordini professionali
- 86. Applied PhD
- 87. Agenda di cooperazione università-imprese

### 75 | Modernizzazione del sistema della Ricerca

Sviluppare azioni mirate a modernizzare il comparto ricerca e a semplificarne la gestione, avvicinandolo allo standard internazionale.

### 76 | Poli di eccellenza scientifica internazionale competitivi

Creare poli di eccellenza scientifica internazionale differenziando le università al loro interno sulla base della pluralità di "missioni" delle università e del diverso grado di qualità della ricerca delle loro strutture interne.

### 77 | Supporto ai ricercatori

Incentivare la mobilità, l'attrazione e il bilanciamento di genere dei ricercatori.

### 78 | Spinta alla formazione su nuove competenze

Lanciare un programma didattico sperimentale per colmare gap di competenze e *skill* critiche (capacità digitali, STEM, *problem-solving*, finanziarie di base).

### 79 | Partnership per *upskilling*

Predisporre e lanciare un progetto di iniziative di *upskilling* (co-finanziate da pubblico e privato), facendo leva sul settore privato per supportare insegnanti, cultura, ricerca e scuola.

### 80 | Diritto alla competenze

Creare un Fondo speciale per il "Diritto alle competenze", con l'obiettivo di contrastare il calo atteso delle immatricolazioni dovuto alla crisi sanitaria e incrementare il tasso di successo formativo e occupazionale degli studenti universitari.

### 81 | Orientamento giovani

Introdurre un programma nazionale di orientamento sostenibile che concili le aspettative dei giovani sul futuro con le trasformazioni del sistema socioeconomico.

### 82 | Inclusione studenti con disabilità

Rafforzare i processi e gli strumenti di inclusione degli studenti con disabilità con soluzioni immediate per garantire l'accessibilità delle piattaforme comunicative ed i relativi contenuti, i sostegni educativi in presenza, le dotazioni strumentali per le famiglie che ne siano prive.

### **83 | Istruzione terziaria professionalizzante.**

Creare un canale di istruzione terziaria professionalizzante di dimensioni finalmente consistenti, potenziando l'offerta degli ITS e incentivando fortemente l'offerta di "lauree professionalizzanti".

### **84 | *Education-to-employment***

Lanciare una piattaforma digitale di *education-to-employment* su scala nazionale, focalizzata in ambiti definiti in base all'offerta e sussidiata da accordi pubblico/privati.

### **85 | Formazione per gli ordini professionali**

Rafforzare la formazione continua per gli ordini professionali, progettando corsi trasversali fra i diversi ordini su tematiche comuni relativi a organizzazione del lavoro, nuove competenze green, digitale, etc. per favorire lo scambio di competenze e massimizzare la velocità di apprendimento.

### **86 | *Applied PhD*.**

Innovare il dottorato di ricerca creando un percorso di "*applied PhD*" per formare le figure professionali a più elevata specializzazione per il mercato del lavoro, prendendo così le distanze dalla concezione del dottorato solo come addestramento alla carriera accademica e portando il numero dei dottori di ricerca più vicino alla media europea.

### **87 | Agenda di cooperazione università-imprese.**

Rafforzare la cooperazione fra università e imprese per orientare ricerca e sviluppo verso grand challenges e favorire la crescita di un sistema nazionale dell'innovazione.

## **Individui e Famiglie.**

88. Presidi di Welfare di prossimità

89. Supporto psicologico alle famiglie

90. Organizzazioni di cittadinanza attiva

91. Progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati

92. Servizi Territoriali sociosanitari

93. Politiche del lavoro per le persone con disabilità

94. Stereotipi di genere

95. Sostegno e sviluppo dell'occupazione femminile

96. Valutazione di Impatto di genere (VIG)

97. Conciliazione dei tempi di vita e sostegno alla genitorialità

98. Interventi per le donne vittime di violenza

99. Fondo di contrasto alla povertà alimentare minorile

100. Child Guarantee

101. Dote educativa

102. Servizio Civile

### **88 | Presidi di Welfare di prossimità**

Implementare il modello di welfare di prossimità (luoghi fisici e virtuali di incontro, orientamento alla fruizione di servizi esistenti, definizione di interventi aggiuntivi, ecc.) nelle aree metropolitane e nelle città con più di

50.000 abitanti o in comuni consorziati, rivolto a individui e famiglie per fronteggiare e curare le fragilità emerse con la crisi o preesistenti ad essa e promuovere il benessere individuale e collettivo.

**Contesto:** Nelle scienze sociali e psicologiche il termine resilienza psicologica connota la capacità degli individui e delle comunità di affrontare costruttivamente gli eventi traumatici, riorganizzando la propria vita. L'emergenza sanitaria, economica e sociale hanno messo in luce la necessità di riforma del sistema di welfare italiano (l'ultima innovazione risale alla L.328/2000, con la centralità del Terzo Settore) per rispondere a differenti esigenze. I servizi sociali sono infatti ancora concepiti come rivolti essenzialmente ai cittadini fragili (che spesso non vi accedono quanto dovrebbero a causa di carenze di varia natura del sistema): le persone che attraversano problemi "ordinari" (genitorialità, invecchiamento, malattia, conflitto etc.) non fruiscono di tali servizi e spesso improvvisano soluzioni individuali e costose. Un welfare contemporaneo deve invece sostenere le fragilità e insieme promuovere benessere individuale e collettivo per aumentare il capitale sociale.

**Azioni specifiche:** I presidi sono strutture comunali multiservizio di incontro, orientamento e intervento rivolti a individui, famiglie, anziani, gruppi di pari. I professionisti che vi operano (psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, career counselors) saranno formati per offrire soluzioni di welfare peculiari a bisogni personalizzati. I presidi saranno realizzati nei Comuni con più di 50.000 abitanti o presso Comuni consorziati, nell'ambito normativo disegnato dalla legge 328/2000 (legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), con il coinvolgimento di ANCI, Ministero Lavoro e Previdenza Sociale, Ministero Salute, Forum Terzo Settore e Ordini Professionali. Principali funzioni:

- Presa in carico multidisciplinare sulle situazioni di disagio e/o svantaggio.
- Prevenzione di fenomeni di devianza sociale, dispersione scolastica, dipendenza, violenza di genere, tramite individuazione dei target e attivazione di interventi ad hoc in particolare nelle periferie urbane.
- Interventi per giovani ed adolescenti, di sostegno all'utilizzo positivo del tempo e al riconoscimento delle proprie potenzialità, anche attraverso la chiave ludicoeducativa.
- Sostegno sulle situazioni transitorie di crisi e difficoltà (lutto, separazione, licenziamento), di transizione (neo genitori, trasferimento, pensionamento...), di conflitto (es. vicinato).
- Orientamento ai servizi pubblici e del privato sociale, formali e informali, presenti sul territorio.
- Coinvolgimento delle realtà pubbliche e del terzo settore del territorio (Servizi sociali ed educativi dei Comuni, agenzie di tutela della salute, attori del privato sociale, Banche del Tempo). b. La Cabina di regia Benessere Italia avrà il compito di fornire dati, analisi e statistiche utili a monitorare l'andamento dei fenomeni trattati ed informare la progettazione/evoluzione dei modelli di intervento.

## 89 | Supporto psicologico alle famiglie

Fornire supporto psicologico attraverso pacchetti di colloqui alle famiglie e agli individui direttamente impattati dal Covid-19, allo scopo di prevenire e ridurre sindromi depressive ed i connessi costi sociali e sanitari.

**Contesto:**

- In tempi pre-Covid la prevalenza di depressione in Italia era del 5,4% e del 4,2% quella dell'ansia (ISTAT, 2018). La letteratura internazionale (Lancet, 2020) ha già dimostrato gli effetti di precedenti pandemie sulla popolazione: crescita elevata di ansia, depressione, disturbi del sonno, problemi relazionali. I primi dati disponibili sugli italiani confermano la tendenza: il 21,8% riferisce di stress elevato, il 20,8% ansia, il 17,3% depressione, il 7,3% disturbi del sonno (dati Università di Roma Tor Vergata e Università dell'Aquila, su 18.000 persone).
- I dati mostrano la presenza di maggiore disagio ma anche di maggiori risorse potenziali in particolare nella famiglia (sistema mutualmente compensativo), che va sostenuta affinché si potenzi la resilienza che serve per la ripresa. Il circuito negativo tra crisi sanitaria, crisi socioeconomica e crisi psicosociale può essere intercettato e ridotto in maniera significativa, grazie ad una consistente, tempestiva e accessibile azione di supporto psicologico ad un numero esteso di utenti, in ottica preventiva.

- In Italia le famiglie che hanno problemi di aiuto psicologico ricevono risposte nei servizi pubblici, in tempi pre Covid, nel 25% dei casi: va pertanto creata una tipologia di risposta complementare adeguata a questa fase critica.

#### **Azioni specifiche:**

a. Erogazione di un pacchetto di quattro colloqui di supporto psicologico al verificarsi, nell'ambito familiare, di almeno una delle seguenti circostanze:

- Perdita di congiunti et similia;
- Perdita del lavoro o di altra fondamentale fonte di reddito familiare;
- Ex pazienti Covid;
- Vittime di violenza di genere.

b. Modalità di erogazione: sulla base di una valutazione dei servizi del SSN (DSM, Psicologia clinica, ecc.) che attesti l'indicazione ad un trattamento psicoterapico breve in relazione alla sussistenza di una delle condizioni sopra indicate, sarà verificata la possibilità che l'erogazione della prestazione avvenga entro i 15 giorni solari dalla data di accettazione. Qualora tale termine non possa essere rispettato in ambito SSN all'utente saranno rilasciati un voucher per 4 sessioni di psicoterapia da utilizzare presso professionisti psicologi-psicoterapeuti aderenti ad un'apposita manifestazione di interesse, che preveda la partecipazione al programma di sostegno psicologico e definisca ex-ante il costo unitario della prestazione in convenzione: 40,00 - 70,00 euro da fissare su base regionale.

c. Limiti temporali: le prestazioni dovranno essere fruite entro il 31 dicembre 2021. d. Si stima che nel primo anno di applicazione tra le 50.000 e le 100.000 le persone potranno accedere all'intervento, pari ad un investimento previsto di 2,5-5 mln di euro.

### **90 | Organizzazioni di cittadinanza attiva**

Rafforzare il ruolo delle organizzazioni di cittadinanza attiva. Il fenomeno dell'attivismo civico o cittadinanza attiva esiste in Italia da alcuni decenni e ha una indiscutibile rilevanza sociale e istituzionale. Si tratta di un insieme di forme autonome di organizzazione dei cittadini che hanno come ragion d'essere la tutela di diritti, la cura di beni comuni materiali o immateriali, il sostegno a soggetti in condizioni di difficoltà o di emarginazione.

### **91 | Progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati**

Potenziare i Progetti Terapeutico-Riabilitativi Individualizzati sostenuti da Budget di Salute e i Progetti Personalizzati di Vita Indipendente, strumenti prioritari per la realizzazione di un welfare di inclusione ed alternativi al ricovero in strutture residenziali, quale risposta ai bisogni di cura e di emancipazione delle persone fragili e rese vulnerabili, attraverso la trasformazione dei costi sociali e sanitari in investimenti produttivi di salute e sviluppo locale.

#### **Contesto:**

- Oltre 400.000 persone anziane, minori, disabili, con problemi di salute mentale o dipendenze ospitate in Residenze.
- La concentrazione di persone in Strutture Residenziali ha mostrato vulnerabilità al contagio da Covid-19.
- La scarsa qualità dei servizi è stata evidenziata in Relazioni di Organismi Istituzionali.
- Richiesta diffusa di armonizzare esperienze di deistituzionalizzazione, domiciliarità e personalizzazione degli interventi.

#### **Azioni specifiche:**

- Destinatari: persone che richiedono prestazioni sociosanitarie (LEA sociosanitari DPCM 12 gennaio 2017) ad elevata integrazione e sociali di Vita Indipendente. b. Nelle persone attualmente ospitate nelle strutture residenziali:
  - Rivalutazione dei Progetti sociali e sanitari individualizzati, con assessment orientato alla valutazione del funzionamento e dei sostegni appropriati a favorire la partecipazione dei diretti interessati e

verifica della possibilità di ridefinizione del 50% dei progetti con Budget di Salute e per la Vita Indipendente con sostegno intensivo alla domiciliarità (c/o abitazione propria, in cohousing, in gruppo-appartamento, condomini sociali, ecc.) orientati al conseguimento del massimo grado di autonomia e autodeterminazione possibile, da realizzare in coprogettazione, cogestione e cofinanziamento pubblico-privato (sociale e imprenditoriale). c. Nelle persone per le quali si prevede ammissione presso strutture residenziali:

- o Definizione prioritaria (>70%) di Progetti Terapeutico-Riabilitativi Individualizzati sostenuti da Budget di Salute e di Progetti Personalizzati di Vita Indipendente con valutazione del funzionamento e dei sostegni appropriati a favorire la partecipazione dei diretti interessati, e sostegno intensivo alla domiciliarità (c/o abitazione propria, in cohousing, in gruppo-appartamento, condomini sociali, ecc.) per il conseguimento del massimo grado di autonomia e autodeterminazione possibile, da realizzare in coprogettazione, cogestione e cofinanziamento pubblico-privato (sociale e imprenditoriale).
- Trasformazione dei costi sociali e sanitari in investimenti produttivi di salute e sviluppo locale. e. Il beneficiario del progetto da oggetto di intervento deciso da altri diventa soggetto della progettazione, a cui partecipa di diritto perché riguarda la sua vita.

## 92 | Servizi Territoriali sociosanitari

Recuperare la funzione dei Servizi Territoriali per la Salute Mentale e le Dipendenze Patologiche di sostegno alla resilienza della popolazione e di inclusione sociale, attraverso investimenti mirati sul piano delle risorse umane e della formazione.

### **Contesto:**

- Ridotti investimenti in Salute Mentale e Dipendenze Patologiche. Nonostante l'Italia rappresenti un modello per la Salute Mentale di Comunità (chiusura degli Ospedali Psichiatrici nel 1978 e degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari nel 2016) il Paese si attesta nelle ultime posizioni in Europa per percentuale della spesa sanitaria investita in questo ambito (3,6% a fronte di Francia, Germania, UK che stanziavano circa il 10%). Analogamente, per le Dipendenze Patologiche, a fronte del 1,5% della spesa sanitaria considerato standard di riferimento, la spesa non raggiunge lo 0,7%.
- La ridotta disponibilità di fondi si è tradotta nel depauperamento dei Servizi Territoriali e nell'impovertimento delle attività di inclusione sociale e lavorativa, accentuando le disparità inter-regionali
- Ne è conseguito un sempre più ampio ricorso alla residenzialità, da alcuni definita «nuova forma di istituzionalizzazione territoriale». Di fatto la spesa per la residenzialità rappresenta il 50% circa dell'intera spesa per la Salute Mentale in Italia e ben oltre il 50% per le Dipendenze Patologiche.

### **Azioni specifiche:**

- Incrementare l'investimento nei settori della Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche di almeno il 35% rispetto alla spesa attuale, prevedendo il graduale superamento delle disuguaglianze di accesso inter-regionali, attraverso il reclutamento del personale carente della dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie.
- Orientare le prassi dei Servizi verso la personalizzazione degli interventi ed il superamento delle strutture residenziali, attraverso un imponente piano di formazione e di qualificazione delle attività secondo criteri evidence-based.
- Sottoporre a monitoraggio e valutazione sistematica le attività svolte, includendo indicatori di processo ed esito relativi alla Salute Mentale e alle Dipendenze Patologiche nel Nuovo Sistema di Monitoraggio dei LEA.
- Verificare l'aumento atteso della capacità di resilienza della popolazione di utenti fragili della Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche attraverso indagini nazionali su dati ISTAT.

## 93 | Politiche del lavoro per le persone con disabilità

Sistematizzare politiche del lavoro per le persone con disabilità, attraverso la proposta di misure ad hoc e di azioni di inclusione: istituzione report periodico unico ISTAT sui lavoratori con e senza disabilità, istituzione di un albo nazionale tutor per il sostegno al lavoro delle persone con disabilità, sistematizzazione degli istituti legislativi già esistenti etc.

**Contesto:**

Le persone che lavorano in condizioni di disabilità (dati Istat) sono 2.992.000 (1.357.000 donne) di cui 328.000 con gravi limitazioni (136.000 donne). Sono 360.000 gli occupati in base alle quote obbligatorie di cui alla legge 68/99. Le persone con disabilità in cerca di un impiego sono 676.000 (2015 relazione al Parlamento). Secondo i risultati di inclusione lavorativa in Italia, in linea con l'art. 27 della CRPD, il rischio di divenire disoccupati alla riapertura delle aziende dopo il Covid-19 è più alto rispetto agli altri lavoratori. Vanno tutelate le condizioni di maggiore rischio in caso di comorbidità. Va realizzata la banca dati del collocamento mirato per unificare il mercato del lavoro e sostenuta l'occupazione non solo attraverso la legge 68/99, largamente insufficiente, ma con politiche attive del lavoro.

**Azioni specifiche:**

- Individuazione di un sistema di protezione per tutti i lavoratori con disabilità che nella fase di riapertura delle attività lavorative non fossero ritenuti in condizione di riprendere immediatamente i posti di lavoro per ragioni di salute a rischio. Il triage dovrebbe basarsi su criteri clinici oggettivi.
- Sulla base dei principi di non discriminazione ed eguaglianza di opportunità (CRPD, art. 3 Costituzione, legge 67/2006, art 5 della CRPD) i lavoratori con disabilità vanno proposti accomodamenti ragionevoli (obbligatorie in base all'art. 9 della legge 9 agosto 2013, n.99) - per es. *smart working*, turnazioni appropriate, tutoraggi, meccanismi di conservazione del posto di lavoro, etc.); per i lavoratori con disabilità intellettive e relazionali e quelli con disabilità psico-sociali si propone il ritorno al lavoro con una dote per un'azione di tutoraggio di qualche settimana.
- Istituzione presso i centri per l'impiego di albi provinciali di associazioni o di esperti certificati in grado di fornire sostegni di tutoraggio per lavoratori con disabilità intellettive e relazionali e con disabilità psico-sociali.
- Definizione della "Banca dati del collocamento mirato" (art. 9 del D. Lgs. 151/2015).
- Unificazione del mercato del lavoro ordinario e quello delle persone con disabilità, attraverso un unico rapporto periodico dell'ISTAT.
- Inclusione delle persone con disabilità all'interno delle politiche attive del lavoro con gli opportuni sostegni e tutoraggi.
- Individuazione di azione di rimozione delle barriere architettoniche e sensoriali negli incentivi e finanziamenti messi a disposizione delle imprese (DM 236/1989 punto 4.5).

## 94 | Stereotipi di genere

Sviluppare e realizzare un programma di azioni diversificate sul piano culturale contro gli stereotipi di genere che agiscano sulla eliminazione degli ostacoli alla piena e libera espressione femminile sul piano formativo, lavorativo, della carriera, della prevenzione della violenza contro le donne.

**Contesto:**

- In Italia gli stereotipi di genere sulla violenza contro le donne sono ancora estesi. Il 30% dei giovani tra 18 e 29 anni pensa che sia accettabile che un uomo controlli il cellulare e l'attività sui social network della propria compagna/moglie (Istat 2019).
- Il 51% degli intervistati ritiene che il principale ruolo della donna sia quello di accudire la famiglia e i figli contro l'11% della Svezia. (Eurobarometro 2017).
- La lotta agli stereotipi di genere è inserita nella tabella di marcia che definisce le priorità della nuova strategia 2020 – 2025 presentata a marzo dalla Commissione europea.
- Diverse ricerche rilevano che i primi stereotipi di genere relativi alle materie di studio, ruoli famigliari, professionali e sociali emergono nei primi anni di scuola primaria.

**Azioni specifiche:**

- Estensione a tutte le scuole primarie e secondarie di primo grado delle azioni di promozione dell'avvicinamento delle bambine alle materie STEM e dei bambini alla cura.
- Estensione del 50% del MEF per il Comitato Nazionale per l'Educazione finanziaria per progetti di formazione finanziaria e imprenditoriale, per le donne anche con basso titolo di studio, e che comprenda anche azioni dalla scuola primaria.
- Promozione, anche attraverso incentivi, di prodotti audiovisivi per il grande pubblico che divulgano una figura femminile non stereotipata in famiglia, sul lavoro, nella società.
- Affidamento all'AGCOM del compito di monitoraggio sull'uso di stereotipi di genere basati su caratteristiche fisiche, attitudinali e di ruolo, per ogni età e contesto nella comunicazione commerciale e definizione di linee guida.
- Promozione dello sport femminile anche attraverso incentivi alle sponsorizzazioni ed introduzione del professionismo nello sport anche per le donne.
- Creazione di un sistema di monitoraggio del linguaggio online con l'adozione di misure, da parte dei diversi social, di contrasto ai termini e alle locuzioni discriminatorie di genere.
- Azioni di incentivi e/o penalizzazioni presso gli editori per garantire visibilità delle donne in professioni anche più dichiaratamente maschili e viceversa, all'interno dei libri di testo delle primarie e secondarie di primo grado. Azioni per garantire maggiore presenza di autrici all'interno dei libri delle scuole secondarie superiori e di donne che hanno contribuito alla storia.
- Corsi rivolti agli/ alle studenti delle scuole dell'obbligo e superiori per un uso consapevole dei nuovi social media, quale azione preventiva contro stereotipi di violenza e linguaggio.
- Mettere a regime presso l'Istat di una rilevazione obbligatoria «Barometro sugli stereotipi e le discriminazioni» per il monitoraggio annuale delle opinioni e degli atteggiamenti dei cittadini.
- Promozione di attività di Public Awareness realizzate dalle Università (Terza Missione): disseminazioni (Science Cafè) e maratone ideative (Gender Hackathon) con cittadini, esperti, ricercatori, studenti, associazioni per l'invenzione di soluzioni tecnologiche che contrastino gli stereotipi di genere (app per training, role games, «pillole» di consapevolezza etc.). k. Introduzione automatica del doppio cognome dei genitori alla nascita dei figli, salvo diverso accordo degli stessi.

### 95.i | Sostegno dell'occupazione femminile

Sostenere e dare impulso all'occupazione femminile adottando un sistema di misure volto a limitare le uscite delle donne dal mercato del lavoro per motivi familiari, favorendo l'alleggerimento del sovraccarico di lavoro non retribuito sulle donne, e ad aumentare l'ingresso di nuove occupate.

#### **Contesto:**

- In Italia il tasso di occupazione femminile è molto basso: sotto il 50%. Minore accesso al lavoro, maggiore interruzione, precarietà, irregolarità del lavoro, sono alla base di questa situazione, l'Italia è penultima in Europa dopo la Grecia.
- Un quarto delle donne lascia il lavoro dopo la nascita del figlio.
- La situazione peggiorerà con la crisi perché le donne sono più precarie, più irregolari, più inserite nei settori dei servizi più colpiti.
- Il carico di lavoro familiare è tra i più elevati in Europa ed espone al rischio di interruzione del lavoro e di abbandono data anche la scarsità di servizi per la prima infanzia. (ISTAT, 2020).

#### **Azioni specifiche:**

- Adottare un sistema di misure volto a limitare le uscite dal mercato del lavoro per motivi familiari e aumentare gli ingressi con la costruzione di nuovi posti di lavoro
- Avviare la riforma dei congedi parentali indennizzandoli almeno al 60%, individuando forme di supporto pubblico, per incentivarne l'utilizzo specie da parte maschile ed estendere i congedi di paternità a 15 giorni
- Adottare un migliore e più efficace sistema di indennità di maternità per le lavoratrici autonome per le quali non è automatico a causa del fatto che le Casse previdenziali restano rigidamente separate:

quanto versato in una non serve nel momento in cui si passa ad un'altra né può essere cumulato se si è in parallelo su due.

- Realizzare progetti formativi e di orientamento a cura delle Regioni per donne di differenti target: per individuare le chance di resilienza, fornendo servizi di varia natura, a seconda delle esigenze: a) donne che hanno dovuto chiudere la loro impresa a causa della crisi b) donne a bassa scolarità che hanno perso lavoro irregolare o precario c) donne immigrate, lavoratrici della cura, o arrivate per ricongiungimenti familiari, o rifugiate con il coinvolgimento dell'Associazione delle donne Immigrate.
- Potenziare l'occupazione nei settori dell'assistenza sociale, sanità e servizi educativi per la prima infanzia, ad alta intensità femminile, puntando nel medio lungo periodo ad allinearsi a Paesi europei più avanzati. Se dovessimo confrontarci con i livelli tedeschi, considerando la diversa consistenza della popolazione, dovremmo colmare un gap di 1 milione 100 mila occupati in assistenza sociale, 500 mila in sanità.

### **95.ii | Empowerment nella sfera lavorativa, istituzionale e sociale**

Promuovere l'empowerment delle donne al lavoro, nelle istituzioni e nella società attraverso l'introduzione di strumenti diversificati (incentivi, norme, programmi, linee guida) dedicati al settore pubblico e privato per coinvolgerli attivamente sull'obiettivo di incrementare l'occupazione femminile, riequilibrare la presenza di donne nelle posizioni apicali di imprese e istituzioni e negli organi amministrativi che applicano sistemi di cooptazione, massimizzare l'inclusione delle competenze e prospettive delle donne nelle scelte per il rilancio del Paese e della nostra società, ridurre il divario retributivo di genere.

#### **Contesto:**

- Nei luoghi decisionali le donne sono rappresentate al 36% nei CdA solo laddove è presente una norma a tutela della parità di genere, altrimenti raggiungono circa il 20%.
- Nelle posizioni executive e di top management di aziende pubbliche e private, la presenza di manager donne è ancora più bassa, a dispetto delle competenze e qualificazioni possedute.
- Le donne ricoprono posizioni mediamente meno retribuite e, nelle posizioni più elevate a contrattazione individuale, le retribuzioni mostrano un pay gap rilevante coi colleghi uomini.
- Anche laddove le donne costituiscono la maggioranza (sanità, magistratura, istruzione) le donne in posizioni apicali e decisionali sono una sparuta minoranza.

#### **Azioni specifiche:**

- Puntare alla parità di genere (min. 40%) con obiettivi incrementali predefiniti nel medio (5 anni) e lungo periodo (10 anni), promuovendo la paritaria progressione di carriera delle donne.
- Adottare regole di trasparenza, monitoraggio e riequilibrio delle retribuzioni di uomini e donne, per tutti i livelli di inquadramento e inclusive di retribuzione variabile e non monetaria.
- Nella PA, nelle istituzioni, enti pubblici (locali, regionali, nazionali, governativi), nei partiti politici, nonché nelle fondazioni e nel Terzo Settore, introduzione delle quote di genere negli organi apicali e consultivi ove si adottano sistemi di cooptazione (task force, commissioni - anche di natura temporanea). Pena: decadenza organo.
- Nelle società pubbliche e private con più di 250 dipendenti e nelle controllate quotate (non già oggetto della L.160/2019), promuovere l'estensione delle quote di genere Consigli di Amministrazione, valutando l'introduzione di un tetto al numero di incarichi per evitare il fenomeno dell'*interlocking* sia per uomini sia per donne
- Nelle società pubbliche e private con più di 250 dipendenti e loro controllate, promuovere l'adozione di una Policy di Genere che, insieme a linee guida su organizzazione del lavoro, criteri di selezione e promozione a garanzia della parità di genere, introduca l'obbligo di dichiarazione di obiettivi incrementali sul numero di donne in posizioni dirigenziali (medio e lungo termine)
- Obbligo di trasparenza sulle retribuzioni complessive (fissa, variabile, non monetaria) al fine della eliminazione del *gender pay gap* (framework UE).

## 96 | Valutazione d'impatto di genere

Adottare la valutazione d'impatto di genere (VIG) per integrare nei processi decisionali la piena equità/parità tra uomini e donne. Contribuire ad una migliore governance grazie alla capacità di elaborare politiche e attività legislative che rispondano meglio alle esigenze di tutti i cittadini. Produrre un vero e proprio «salto culturale» a livello istituzionale e una potente leva di cambiamento della cultura organizzativa del nostro Paese.

### **Contesto:**

- Ritardo dell'Italia in tema di gender equality (posizione di coda tra i Paesi UE). Necessario intervenire per allinearsi alla Strategia per la parità di genere 2020-2025 della Commissione europea ed includere una prospettiva di uguaglianza in tutti i settori della società. La VIG segue le linee guida del Gender Impact Assessment dello European Institute for Gender Equality.
- Carezza/assenza di uno standard sistemico che preveda la generazione e raccolta dei dati disaggregati per genere per qualsiasi gruppo/settore oggetto di indagine, con conseguente limitata consapevolezza delle disuguaglianze di contesto e sui potenziali impatti di iniziative progettate senza adeguata distinzione di genere. Urgenza di adottare la prospettiva dello sviluppo sostenibile, come definito nell'Agenda 2030 ONU, quale strada maestra per quella rinascita sociale, economica e istituzionale necessaria per affrontare con successo le grandi sfide della nostra epoca, tra cui l'emergenza Covid-19.

### **Azioni specifiche:**

- Adozione della valutazione dell'impatto di genere quale metodologia di progettazione e analisi di ogni iniziativa legislativa, regolamentare e politica secondo questi passaggi:
  - Integrazione della dimensione di genere nell'elaborazione di: legislazione, politiche, programmi, progetti e linee di indirizzo strategico
  - Identificazione degli aspetti del progetto per cui la diversità di genere risulta rilevante sui destinatari diretti, indiretti e sui principali stakeholder
  - Analisi del divario di genere esistente e dei prevedibili effetti della politica/iniziativa sulla diversità di genere
  - Identificazione dei fattori di misurazione applicabili e misura dell'impatto previsto
  - Raccolta delle evidenze emerse, reporting e proposte specifiche di miglioramento della politica/iniziativa da implementare – Verifica delle modalità implementative e di misurazione dei risultati effettivi sulla diversità di genere per eventuali interventi correttivi
  - Fruibilità della medesima metodologia e delle competenze acquisite per la piena integrazione di ulteriori fattori ESG nei processi decisionali della funzione pubblica, elevando la qualità delle politiche del Paese e abilitandole a perseguire lo sviluppo sostenibile indispensabile per affrontare le sfide epocali che ci attendono
- Raccomandazione di adozione delle linee guida della VIG anche in aziende e imprese, per ogni policy aziendale, al fine di valutarne il diverso impatto su uomini e donne nelle diverse fasi di carriera.

## 97.i | Conciliazione dei tempi di vita e sostegno alla genitorialità

Lanciare un piano nazionale per lo sviluppo di nidi pubblici e privati (0-3 anni) per la maggioranza dei bambini, per migliorare la conciliazione dei tempi di vita, sostenere il desiderio di maternità e paternità e diminuire le disuguaglianze tra bambini.

### **Contesto:**

- La disponibilità di nidi è ancora bassa (25%) e fortemente sperequata sul territorio. I bambini del Sud in pochissimi (10%) hanno l'opportunità di frequentare il nido ed è proprio al Sud che la fecondità è ormai più bassa. La carezza di nidi fa crescere il fenomeno delle anticipazioni delle iscrizioni (1

bambino su 4 al Sud) alla scuola dell'infanzia e poi alle primarie con conseguenze negative sugli esiti scolastici e la crescita delle disuguaglianze tra bambini.

- La carenza dei nidi causa l'accentuarsi del problema della conciliazione dei tempi di vita e limita la possibilità di soddisfare il desiderio di maternità e paternità.

#### **Azioni specifiche:**

Lanciare un piano nazionale per l'apertura di nidi (0-3anni):

- Estensione dell'offerta di nidi raggiungendo in 3 anni il 60% dei bambini eliminando le differenze territoriali tra Centro, Nord e Mezzogiorno. Il nido è un servizio educativo a cui devono poter accedere tutti i bambini senza differenze.
- Organizzazione dei servizi con orari flessibili e aperture anche nei giorni festivi in modo da garantirne la dovuta flessibilità nell'utilizzo.

#### **97.iii | Conciliazione dei tempi di vita e sostegno alla genitorialità**

Introdurre tra i servizi di welfare erogabili a livello territoriale dalla Pubblica Amministrazione, dalle organizzazioni datoriali e dagli Ordini Professionali, la competenza del Work-Life Balance che mira a promuovere la compatibilità del lavoro con la vita personale e familiare.

#### **Contesto:**

- Il 40% degli occupati svolge attività di cura verso figli minori o parenti non autosufficienti, e ha difficoltà oggettive e soggettive a conciliare lavoro e vita familiare.
- In maggioranza, sono le donne ad assumersi i carichi di cura domestici e familiari. Le difficoltà di conciliazione sono destinate ad aggravarsi con l'attuale crisi, con elevato rischio di fuoriuscita delle donne dal mercato del lavoro.

#### **Azioni specifiche:**

- La funzione del Work-Life Balancer (WLB) è supportare gli individui che si rivolgono al servizio nella definizione di progetti di conciliazione vita-lavoro personalizzati attraverso strumenti di flessibilità (es. smart working); gestione dei congedi parentali tra i partner; ricorso ai servizi di welfare territoriali; progetti di conciliazione tramite aggregazione di famiglie, Banche del Tempo, coinvolgimento della comunità locale ecc.
- Nella P.A. questa funzione può essere inclusa tra le misure previste dalla direttiva n. 2/2019 "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche".
- Introducendo questa figura, le organizzazioni potranno provvedere alla stesura di un "Programma di work-life balance" per evidenziare gli obiettivi che intendono perseguire e gli strumenti da utilizzare o predisporre ex novo.
- Il WLB monitorerà le situazioni di difficoltà legate alla conciliazione di vita e lavoro e produrrà un rendiconto periodico delle istanze ricevute, dei progetti sviluppati, e degli esiti prodotti. Potrà operare anche attraverso consultazioni, survey, workshop per la rilevazione dei bisogni.
- Opportune funzioni (a livello comunale o provinciale o regionale in base alle caratteristiche del territorio) costituiranno i raccordi che permetteranno il monitoraggio e/o il coordinamento delle attività anche a livello nazionale.

#### **97.iv | Conciliazione dei tempi di vita e sostegno alla genitorialità**

Agevolare l'ampliamento degli strumenti di welfare aziendale orientati a fornire supporto alla genitorialità, attraverso la detassazione/decontribuzione delle relative spese e somme erogate dalle aziende.

#### **Contesto:**

- La gestione della famiglia, in particolare dei figli minori, con l'attuale situazione di chiusura delle scuole e insegnamento a distanza, si sta scaricando in modo importante sulle donne lavoratrici.
- Anche strumenti positivi ed utili, come lo Smart Working, se diventano una scelta obbligata che ricade soprattutto sulla donna, rischiano di diventare strumenti di segregazione, richiudono le donne in casa

allontanandole dal luogo di lavoro. La prestazione di lavoro in Smart Working, se abbinata alla cura della prole, crea un sovraccarico di impegno fisico e psicologico sulla persona che abbina queste funzioni, con ripercussioni anche sulla salute, quantomeno intesa come condizione di benessere psico-fisico. Effetto che non si ha, invece, con altri strumenti quali ed esempio i congedi parentali.

- Gli strumenti messi in campo dal Governo, congedi parentali aggiuntivi e bonus baby sitter, pur utili non sono sufficienti, una loro espansione peraltro porrebbe certamente problemi di spesa. Anche con la riapertura delle scuole e degli asili nido, non si risolverebbe del tutto il problema, dovendosi rispettare il principio di rarefazione delle presenze.
- Le difficoltà della gestione dei figli minori, in particolare in età prescolare, costituisce comunque un disincentivo alla natalità.
- Dopo un periodo in cui il Welfare aziendale stentava a decollare nel nostro paese, trovando riscontro solo in alcune esperienze di singoli gruppi, nell'ultima tornata di rinnovo dei contatti collettivi nazionali esso è diventato un tema rilevante del confronto sindacale. Sfruttando il sostegno offerto dallo Stato, con l'agevolazione fiscale e contributiva delle somme e benefici erogati dal datore di lavoro a questo titolo, le parti sociali hanno investito in modo significativo in questa direzione.

#### **Azioni specifiche:**

- Un'azione diretta ad agevolare l'ampliamento degli strumenti di welfare aziendale, direttamente orientati a fornire supporto alla genitorialità, mediante completa detassazione (deducibilità dal reddito del datore di lavoro ed esclusione dalla base imponibile del lavoratore), nonché decontribuzione delle somme erogate a tal fine dall'azienda, potrebbe aggiungere risorse a quelle messe già in campo dallo Stato a prescindere dal fatto che siano rivolte alla generalità dei dipendenti.
- Defiscalizzazione e decontribuzione di somme destinate a welfare aziendale estesa, considerato che in questa fase difficilmente le aziende possono erogare somme aggiuntive, alla parte dei premi di risultato o di produttività, se destinata a questo specifico intervento del Welfare aziendale, senza i vincoli ed i limiti previsti per tale conversione.
- Elevazione del limite di deducibilità fiscale del 5x1000 del costo di lavoro, previsto dal comma 1 dell'art. 100 del TUIR, della deducibilità delle somme destinate a questo tipo di interventi, come ad esempio nei nidi ed asili aziendali, anche in assenza di regolamento aziendale. Le risorse così liberate potrebbero essere utilizzate per bonus baby sitter, rette asili nido privati, rette per campi estivi e dovrebbero essere mantenute a regime.
- Ulteriori misure di sostegno sono il rafforzamento del trattamento di favore dei congedi parentali, anche aggiuntivi, nonché l'introduzione di agevolazioni fiscali per la realizzazione e la gestione di nidi ed asili aziendali.

#### 98.i | Interventi per le donne vittime di violenza

Introdurre un contributo economico 'di libertà' e incentivi all'assunzione per le donne italiane e immigrate che intraprendono percorsi di uscita dalla violenza.

#### **Contesto:**

- La violenza di genere colpisce in Italia 1 donna su 3 nel corso della vita. Oltre 43 mila donne – italiane ed immigrate - all'anno si rivolgono a un centro antiviolenza (CAV), oltre 29 mila sono prese in carico dai medesimi – spesso insieme ai loro figli, vittime di violenza assistita – per l'accompagnamento in percorsi di uscita dalla violenza e l'autonomia.
- Le donne che intendono liberarsi dalla violenza sono spesso fortemente ostacolate dalla mancanza di risorse proprie, quando il partner detiene il potere economico e il controllo sulle finanze e sulle risorse familiari. In un'ottica di empowerment femminile, occorre disporre misure che sostengano l'autonomia, favoriscano l'inclusione occupazionale, e prevengano l'espulsione delle vittime di violenza dal mercato del lavoro.
- Come indica l'art. 20 della Convenzione di Istanbul (Legge 77/2013): "Le Parti adottano le misure legislative, o di altro tipo, necessarie a garantire che le vittime abbiano accesso ai servizi destinati a

facilitare il loro recupero. Tali misure includeranno, se necessario, dei servizi quali consulenze legali e un sostegno psicologico, un'assistenza finanziaria, alloggio, istruzione formazione e assistenza nella ricerca di un lavoro”.

#### **Azioni specifiche:**

Le misure integrate per l'empowerment economico delle donne vittime di violenza si articolano nelle seguenti azioni combinate:

- Introduzione del Contributo di libertà: estendere a livello nazionale, alle donne che intraprendono un percorso di uscita dalla violenza, un contributo pubblico - tipo Reddito di Emergenza e/o Cittadinanza - che garantisca loro un supporto iniziale, da destinare a spese di sussistenza, alloggio, mobilio, salute, educazione e socializzazione dei figli, corsi professionali, vita autonoma.
- Erogazione di incentivi per l'assunzione: agevolazioni a favore delle imprese (di ogni tipologia e dimensione) che assumeranno donne inserite in percorsi di accoglienza e protezione presso Centri Anti Violenza (CAV) o “case rifugio”.
- Creazione di una Rete di Imprese contro la Violenza, ad adesione volontaria, per un confronto sullo sviluppo di politiche ed azioni aziendali in favore sia delle donne inserite grazie al programma sia di ogni lavoratrice eventualmente esposta a forme di violenza in ambito domestico (Ministeri del Lavoro e Pari Opportunità).

#### **98.ii | Interventi per le donne vittime di violenza**

Incentivare la collaborazione interistituzionale, rafforzare i centri anti-violenza pubblici e privati e raddoppiare le case rifugio al fine di attuare efficaci misure per affiancare il processo di uscita dalla violenza delle donne italiane e immigrate colpite, come indicato dalla “Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica”.

#### **Contesto:**

- Nel 2019 lo stanziamento complessivo per Centri Antiviolenza e Case rifugio è stato di 20 milioni di euro suddiviso a metà tra CAV e case rifugio che sono molto al di sotto dei parametri stabiliti dal Consiglio d'Europa
- La distribuzione territoriale è molto disomogenea a livello nazionale con penalizzazione del Sud.
- L'emergenza Covid-19 con le conseguenti restrizioni e misure di contenimento, ha acuito i rischi per le donne che vivono in contesti familiari violenti (23 donne sono state uccise dai loro partner da inizio marzo a fine maggio 2020) e per le/i loro figlie/i. Ciò ha messo in luce le nuove sfide che gli attuali CAV e le case rifugio si trovano ad affrontare (a partire dalle diverse modalità operative utilizzate durante l'emergenza), così come la necessità di rafforzare il loro numero a livello territoriale, sulla base dei bisogni espressi dalla popolazione.

#### **Azioni specifiche:**

- Sostenere attraverso le Regioni la creazione e/o il rafforzamento di percorsi interistituzionali tra aziende sanitarie, servizi sociali, forze dell'ordine, scuole, in rete con i centri antiviolenza.
- Aumentare del 50% i fondi a sostegno dei centri anti-violenza e di eventuali sportelli pubblici, sulla base di un'analisi dei bisogni contestualizzata in ogni Regione anche a fini formativi delle operatrici.
- Raddoppiare i posti a disposizione nelle case rifugio.
- Potenziare i dispositivi informatici nei centri, tali da essere inter-operabili.
- Promuovere percorsi formativi volti a favorire l'uso delle nuove tecnologie nel lavoro dei centri in base alle nuove necessità emerse durante l'emergenza pandemica.
- Introdurre tramite norma l'obbligo per l'Istat di condurre un'indagine ogni 4 anni sulla violenza di genere contro le donne che permetta di stimare il sommerso della violenza, la situazione delle donne di tutte le età, italiane straniere, disabili e non.

## 99 | Fondo di contrasto alla povertà alimentare minorile

Contrastare la povertà alimentare minorile derivante dalla crisi economica in atto attraverso il rafforzamento del servizio di refezione scolastica. L'intervento proposto mira al miglioramento della salute dei bambini e degli adolescenti in condizione di povertà attraverso una migliore qualità dell'alimentazione; nonché alla promozione di attività di micro imprenditorialità territoriale femminile in contesti svantaggiati.

### **Contesto:**

- Il momento del pasto a scuola è un importante strumento di prevenzione della povertà minorile, della malnutrizione e dell'obesità infantile, fenomeni diffusi anche in Italia: più di 1 milione e 200mila minori sono in povertà assoluta, quasi 1 bambino su 10 è obeso e 2 su 10 sono in sovrappeso; il 3,9% dei bambini non consuma un pasto proteico adeguato al giorno, percentuale che al Sud e nelle Isole sale al 6,2%.
- Con la crisi la povertà alimentare minorile è fortemente aumentata: una recente indagine di Save the Children su un campione rappresentativo di 1.000 famiglie italiane con figli ha rilevato che oltre il 47% delle famiglie aveva ridotto, a seguito della crisi, i consumi alimentari.
- Solo il 51% degli alunni della scuola primaria in Italia ha accesso ad una mensa, con disparità enormi nei sistemi di refezione scolastica e una distanza sempre maggiore tra Nord e Sud.

### **Azioni specifiche:**

- Istituire un fondo di contrasto alla povertà alimentare minorile cui possono accedere i Comuni, di intesa con gli Uffici scolastici regionali, per l'attivazione di nuovi servizi di refezione scolastica o per aumentare l'offerta gratuita nelle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado presenti sui territori ad alto tasso di povertà minorile, al fine di contrastare la povertà alimentare minorile, garantire l'apertura pomeridiana delle istituzioni scolastiche anche per attività extracurricolari, promuovere il diritto al cibo sano e sostenibile.
- Le mense scolastiche attivate in contesti di grave deprivazione possono rappresentare anche un'opportunità di inserimento lavorativo con la promozione di cooperative territoriali, con particolare attenzione al coinvolgimento lavorativo delle donne.

## 100 | *Child Guarantee*

Finanziare un piano di contrasto alla povertà minorile in tutte le sue forme con iniziative orientate in modo specifico alla fascia 0-6 anni. La crisi sta colpendo in modo molto rilevante i minori che vivono in famiglie povere o a rischio di povertà ed esclusione sociale. L'iniziativa proposta, in linea con le indicazioni del Parlamento europeo e della Commissione europea, si concentra sulla lotta alle disuguaglianze in particolare per la fascia 0-6 anni, decisiva per l'apprendimento e le capacità dei singoli, con effetti che si prolungano durante tutto l'arco della vita.

### **Contesto:**

- Nel 2015 il Parlamento europeo ha proposto l'adozione di una *Child Guarantee* per garantire a tutti i minori a rischio di povertà ed esclusione sociale in Europa di avere accesso alla sanità gratuita, ad un sistema educativo pubblico di qualità, in particolare quello per la fascia 0-6 anni, alloggi e cibo adeguati.
- La Commissione europea ha proposto di destinare il 5% delle risorse del Fondo Sociale Europeo + del prossimo bilancio pluriennale 2021-2027 alla *Child Guarantee*, raccomandazione che attende ora di essere recepita dal Consiglio Europeo.
- La *Child Guarantee* è citata come azione prioritaria nel documento della Commissione europea per il piano di rilancio «*Next Generation EU*».

### **Azioni specifiche:**

Nella definizione dei Programmi Operativi Nazionali e Regionali relativi alla programmazione finanziaria pluriennale europea 2021-2027, va assicurato il finanziamento di un programma di contrasto alla povertà minorile (*Child Guarantee*), con azioni tese a garantire l'accesso dei minori in povertà assoluta a servizi socio-

assistenziali adeguati, a servizi educativi pubblici e privati per la prima infanzia, ad un sostegno materiale, anche al fine di rispondere alle conseguenze di lungo termine dell'emergenza Covid-19.

## 101 | Dote educativa

Contrastare la povertà educativa, il digital divide e la dispersione scolastica dei minorenni di famiglie beneficiarie del Reddito di Emergenza e/o del Reddito di Cittadinanza, attraverso un piano educativo di sostegno personalizzato ("Dote educativa") con azioni di presa in carico di minori in condizione di grave disagio economico esclusi, o ai margini, delle reti educative e di welfare.

### **Contesto:**

- È universalmente riconosciuto il nesso tra povertà materiale, rendimento scolastico, povertà educativa, degrado sociale. L'attivazione del Reddito di Cittadinanza (RdC) ed ora anche si quello di emergenza (REM) offre l'opportunità di raggiungere bambini, adolescenti e genitori che potrebbero essere ad oggi fuori dal sistema di welfare ed educativo. È dunque un'occasione da non perdere per prendere in carico i bambini e gli adolescenti in stato di grave povertà e definire un piano di sostegno individuale che ne contrasti i rischi di emarginazione e di esposizione anche alla violenza, da realizzare con il concorso di tutti gli attori, istituzionali e non, presenti sul territorio.
- L'intervento proposto è teso al miglioramento del percorso educativo e riduzione del rischio di dispersione scolastica di minori che vivono nei contesti maggiormente svantaggiati; individuazione di minori a rischio esclusi dalle reti educative e di welfare.
- Una quota rilevante di minori non ha disponibile in casa nessuna attrezzatura informatica, il 20% nel Mezzogiorno.

### **Azioni specifiche:**

- Proporre ai nuclei familiari con minorenni e/o donne in stato di gravidanza beneficiari del RdC e del REM una "dote educativa": un piano educativo di sostegno personalizzato per prevenire la povertà educativa e la dispersione scolastica. La dote educativa consiste in un pacchetto di beni e servizi (senza trasferimenti economici ai beneficiari aggiuntivi rispetto al RdC e al REM) che viene definito con la partecipazione dei minori e dei loro genitori ed è posta in atto in rete dai servizi sociali comunali, le scuole, i pediatri e i servizi sanitari di base, i centri per le famiglie, i servizi di mediazione culturale, le organizzazioni del terzo settore e del volontariato. E' dunque una presa in carico individuale che comprende prestazioni di carattere sociale, educativo, ricreativo e sportivo e l'orientamento alla fruizione della rete di servizi di welfare ed educativi presenti sul territorio.
- Per i beneficiari del RdC la dote educativa dura almeno per tutto il periodo di fruizione dello stesso. Nel caso dei beneficiari del REM la dote educativa prosegue anche al termine del beneficio, per la durata di 12 mesi, per favorire la piena inclusione dei minorenni all'interno di un percorso sociale ed educativo di lungo periodo.
- Eliminare il digital divide tra i minori, fornendo l'attrezzatura informatica necessaria a tutte le famiglie che non ne dispongano e formando i bambini all'utilizzo.

## 102 | Servizio Civile

Estendere il Servizio Civile, ampliandone il numero di partecipanti ed orientandolo maggiormente ad attività e servizi per ridurre il digital divide dei bambini e delle famiglie più povere e fornire assistenza alle persone anziane e alle persone con disabilità, quale strumento fondamentale di qualificazione del capitale umano giovanile e azione rigenerativa sul territorio.

### **Contesto:**

- Il decreto legge "Rilancio", all'art. 15 prevede 20milioni in più per il fondo del Servizio civile universale. che si sommano ai 140 già stanziati in Legge di Bilancio: circa 34 milia giovani potranno essere avviati al servizio civile. Tre anni fa lo stanziamento in Legge di Bilancio era superiore a 230 milioni di euro.

- La situazione sociale del Paese tenderà ad aggravarsi con l'aumento delle famiglie povere e con la crescita delle disuguaglianze dovute al digital divide per bambini, donne e anziani in seguito alla crisi Covid-19.

**Azioni specifiche:**

- Accelerazione dell'approvazione dei progetti presentati dagli enti accreditati. b. Focalizzazione e precedenza a progetti volti a:
  - Ridurre tramite la formazione il digital divide tra i bambini, le donne e gli anziani,
  - Supportare i poveri e le persone con disabilità.
- Elevamento del budget complessivo da estendere anche ai prossimi tre anni per valorizzare le risorse giovanili con un'esperienza di crescita civile e professionale, con un costo minimo a fronte di risultati di impatto sociale rilevante. Se si mantenesse il costo medio annuo attuale di circa 5.500 euro per giovane e si volessero andare a coprire tutte le circa 80.000 domande annue pervenute, lo stanziamento necessario sarebbe di 440 milioni l'anno.



## Thomas Piketty «Diseguaglianze mai così violente, è l'ora del coraggio»

*Con "Il capitale del XXI secolo" ha venduto 6 milioni di copie. L'economista francese è tornato con Capitale e ideologia, in cui la sua accusa al sistema diventa ancora più profonda: le sperequazioni sono conseguenza di scelte perverse della politica, non prodotto ineluttabile dell'economia. E la quarantena ha aumentato le distanze*

di Stefano Montefiori

Il 12 settembre 2019, quando il nuovo tomo *Capitale e ideologia* è uscito in Francia, sulle prime pagine dei giornali accanto al volto del suo autore Thomas Piketty c'erano i cortei contro Macron e il piano di riforma delle pensioni, gli Europei di pallavolo, l'ultimo discorso di Mario Draghi alla Bce, Greta Thunberg in barca a vela nell'Atlantico verso la tribuna dell'Onu a New York e - attenzione - lo sciopero di medici e infermieri contro i tagli al servizio sanitario. Sono passati solo pochi mesi. Sembrano secoli, come si dice, e *Capitale e ideologia* esce adesso in Italia (La Nave di Teseo) in un mondo irrecognoscibile. Eppure la denuncia di Piketty - le diseguaglianze dipendono da una scelta perversa della politica, non sono un prodotto ineluttabile dell'economia - sembra ancora più attuale. In un'intervista a 7 via FaceTime il celebre ricercatore della EHESS di Parigi, star planetaria dopo avere venduto sei milioni di copie del libro precedente *Il capitale nel XXI secolo*, spiega perché anche la nuova realtà sembra dargli ragione.

### Thomas Piketty, che cosa pensa dello stato del mondo ai tempi del Covid?

*«Mi sembra che l'opportunità del mio approccio sia confermata. La crisi del coronavirus ha fatto emergere in modo ancora più evidente la violenza delle diseguaglianze, che esisteva anche prima ma si è approfondita. Di fronte alla malattia, siamo ancora più diseguali, c'è un problema di accesso alle cure, di tagli al sistema sanitario».*

### E il confinamento?

*«La quarantena ha mostrato diseguaglianze estreme. Siamo stati chiamati a restare tutti in casa, ma molti una casa non ce l'hanno e sono rimasti per strada come sempre, altri hanno trascorso due mesi prigionieri di appartamenti microscopici, altri ancora hanno goduto delle loro grandi case con giardino. L'epidemia ha amplificato e messo ancora più sotto gli occhi di tutti problemi che esistevano già. Il nostro sistema economico va cambiato, non è mai stato così chiaro come adesso».*

### Da dove comincerebbe?

*«Dal sistema sanitario pubblico. In Francia, ma credo anche in Italia, siamo tutti sotto choc per la mancanza di letti a sufficienza, di mascherine, di tamponi, di ventilatori».*

**Si potrebbe obiettare che la pandemia è un evento eccezionale, che ha sconvolto la routine dei servizi sanitari.**

*«Sì, ma il sistema pubblico veniva da decenni di tagli, era fortemente indebolito e infatti medici e infermieri francesi protestavano e scioperavano già a settembre, mesi prima che le notizie del virus arrivassero da Wuhan. L'epidemia ha dato loro ancora più ragione».*

**Che cosa, secondo lei, potrebbe succedere adesso?**

*«Dovremmo tornare a investire nel pubblico, nell'educazione, nelle pensioni, e in particolare nella sanità. I bisogni della sanità provocati dall'epidemia potrebbero portare a cambiamenti politici e ideologici più profondi. Penso, per esempio, alle istituzioni europee. È il momento di passare allo stadio superiore, a pensare al debito pubblico della zona euro e a mettere in comune i tassi di interesse».*

**Un'ipotesi contro la quale fa barriera la Corte costituzionale tedesca, le toghe di Karlsruhe.**

*«La sentenza del 5 maggio mi ha molto rattristato. Ma non mi sorprende, sono giudici estremamente conservatori e faziosi. La loro ignoranza storica è enorme, pensano che la Banca centrale europea avrebbe dovuto lasciare le banche fallire una dopo l'altra dopo la crisi del 2008. Ovvero ciò che accadde negli anni Trenta, con le conseguenze che sappiamo, quando le banche centrali non erano intervenute. Ma nella sentenza di Karlsruhe c'è un elemento positivo».*

**Quale?**

*«I giudici tedeschi almeno hanno spinto il governo di Berlino a prendere posizione, a chiarire che cosa vuole fare».*

**E Angela Merkel, con l'Iniziativa franco-tedesca, ha rotto il tabù della messa in comune del debito.**

*«Finalmente. In questo modo la palla è adesso nel campo dei governi dei quattro più grandi Paesi dell'Unione Europea: Germania, Francia, Italia, Spagna».*

**Che appoggiano la proposta Merkel-Macron, ma si scontrano con il no dei Paesi del Nord.**

*«Credo sia veramente grave ciò che alcuni politici del Nord Europa, in particolare nei Paesi Bassi, insinuano: sostanzialmente vogliamo rubare i loro soldi, ci trattano da fannulloni, quando poi il loro Paese si comporta come un paradiso fiscale».*

**I Paesi Bassi non sono gli unici a frenare, si trovano d'accordo con Austria, Danimarca e Svezia, che hanno trovato nel cancelliere austriaco Sebastian Kurz il loro portavoce.**

*«Pazienza, a questo punto non possiamo più aspettare. Dobbiamo agire, senza attendere un'unanimità che non arriverà mai. I Paesi che sono pronti ad avanzare sulla strada della messa in comune dei tassi d'interesse possono e devono muoversi da soli. Gli altri, se vogliono, si uniranno in seguito».*

**Che cosa dovrebbero fare, concretamente, Berlino, Parigi, Roma e Madrid?**

*«Un nuovo trattato a quattro. Altrimenti rischiano di restare sempre immobili, con l'alibi di essere ostacolati da qualcuno. Prima la grande scusa era la Gran Bretagna, adesso che è uscita ci sono i Paesi del Nord. Invece è il momento di superare la regola dell'unanimità e del diritto di veto su questioni così vitali. Non possiamo aspettare di convincere i Paesi Bassi o il Lussemburgo. Andiamo avanti senza di loro, poi vedremo».*

**Lei denuncia da sempre il deficit di democrazia delle istituzioni europee. Che legittimità democratica avrebbe un trattato ridotto?**

*«Potremmo sviluppare l'idea, ottima, dell'assemblea franco tedesca creata due anni fa con il Trattato dell'Eliseo tra Francia e Germania. È un'assemblea comune con un centinaio di deputati, per adesso puramente consultiva, ma potremmo allargarne le competenze e estenderla a rappresentanti di Italia e Spagna».*

**Il presidente francese Macron in passato ha spesso evocato la possibilità di un'Europa dei centri concentrici, a più livelli o velocità, dove alcuni Paesi si mettono d'accordo e avanzano su temi specifici.**

*«È arrivato il momento. E penso che il governo italiano abbia un ruolo centrale in questo. Roma potrebbe sostenere le proposte del premier spagnolo Pedro Sánchez, che io trovo molto interessanti: per esempio l'idea di un debito perpetuo o a lunghissimo termine, magari cinquant'anni, di 1.000 o 1.500 miliardi, messo sul bilancio della Banca centrale europea. Ricordiamo che il bilancio della Bce tra il 2008 e il 2018 è passato da 1.000 a oltre 4.500 miliardi, cioè è passato dal 10 per cento al 40 per cento del Pil della zona euro, e questo per salvare le banche da una crisi finanziaria che avevano esse stesse contribuito a provocare».*

**Nelle sue opere lei sostiene che le due guerre mondiali nel XX secolo hanno avuto l'effetto collaterale di ridurre in parte le disuguaglianze. È lo stesso ruolo che potrebbe avere adesso il virus Covid-19, un evento eccezionale capace di provocare una risposta straordinaria dei governi?**

*«Non ci dovremmo affidare a guerre mondiali o epidemie per risolvere i problemi. Gli eventi eccezionali possono avere molti sbocchi possibili: in passato abbiamo avuto la nascita del Welfare State, ma anche l'ascesa del fascismo. Non so che cosa accadrà adesso, la crisi potrebbe anche andare a vantaggio dei populistici come Marine Le Pen in Francia o Matteo Salvini in Italia. Ma il nazionalismo è un veleno che circola anche in certi partiti di centrosinistra o di centrodestra nel Nord d'Europa, quelli che accusano gli europei del Sud di volere approfittare di loro».*

**Chi vincerà?**

*«La mia speranza è che gli elettori, vista la gravità dell'epidemia, non abbiano voglia di affidare il potere a clown pericolosi come Donald Trump o Jair Bolsonaro. Ma niente è scritto in anticipo. Uno dei messaggi che reputo importanti del mio libro è che le questioni economiche e finanziarie appartengono a tutti, non sono temi tecnici riservati agli specialisti. Il futuro dipende da tutti noi».*

**Dopo decenni di retorica dell'eccellenza, nel suo libro lei non è tenero con la meritocrazia.**

*«Il problema è che l'ideologia della meritocrazia è spesso abbracciata dai vincenti del sistema educativo per dare ai perdenti la colpa dei loro insuccessi: avreste dovuto impegnarvi di più, essere più meritevoli, più diligenti, più bravi. Se la sinistra si è così staccata dalle classi popolari, negli ultimi 50 anni, è proprio perché è diventata il partito dei diplomati e ha abbandonato i meno privilegiati. Ma la meritocrazia, nelle condizioni attuali, è una gara falsata perché le condizioni di partenza non sono le stesse. Dobbiamo tornare a investire nella scuola, nell'università, nell'educazione pubblica, e permettere davvero al maggior numero di allievi di studiare e di formarsi in modo efficace. Poi potremo riparlarne di meritocrazia»*

## Thomas Piketty Come evitare il peggio

*L'economia dopo il Coronavirus*

Traduzione di Anna Maria Lorusso

La crisi dell'epidemia di covid-19 farà precipitare la fine della globalizzazione liberale dei mercati e l'emergere di un nuovo modello di sviluppo più equo e sostenibile?

È possibile, ma non c'è niente di certo. In questa fase, l'urgenza assoluta è prendere le misure della crisi attuale, e fare tutto il possibile per evitare il peggio, cioè l'ecatombe di massa. Ricordiamo le previsioni dei modelli epidemiologici. Senza alcun intervento, il covid-19 avrebbe potuto causare la morte di circa 40 milioni di persone nel mondo, di cui 400.000 in Francia, cioè circa lo 0,6% della popolazione (più di 7 miliardi di persone nel mondo, circa 70 milioni in Francia).

Ciò corrisponde a quasi un anno supplementare di mortalità (550.000 morti all'anno in Francia, 55 milioni in tutto il mondo). Questo significa che per le regioni più colpite e durante i mesi più bui il numero di bare avrebbe potuto essere da cinque a dieci volte superiore al solito (cosa che purtroppo si è verificata in alcune zone italiane).

Per quanto incerte, sono state queste previsioni a convincere i governi che non si trattava di una semplice influenza, e che le persone dovevano essere confinate con urgenza. Naturalmente, nessuno sa bene a quali numeri arriveranno le perdite umane (mentre scrivo sono quasi 100.000 i morti in tutto il mondo, di cui quasi 20.000 in Italia, 15.000 in Spagna e negli Stati Uniti, e 13.000 in Francia), e quante avrebbero potuto essere senza contenimento. Gli epidemiologi sperano che il bilancio finale dei morti sia ridotto di dieci o venti volte rispetto alle previsioni iniziali, ma ci sono notevoli incertezze.

Secondo il rapporto pubblicato dall'Imperial College il 27 marzo, solo una politica massiccia di test e di isolamento delle persone infette permetterebbe di ridurre significativamente le perdite. In altre parole, il contenimento non basterà a evitare il peggio. L'unico precedente storico a cui fare riferimento è quello dell'influenza spagnola del 1918-1920, di cui oggi sappiamo che non era affatto spagnola e che causò quasi 50 milioni di morti in tutto il mondo (circa il 2% della popolazione mondiale di allora).

Utilizzando le statistiche anagrafiche, i ricercatori hanno dimostrato che questa mortalità media nascondeva enormi disparità: tra lo 0,5 e l'1% negli Stati Uniti e in Europa, contro il 3% in Indonesia e in Sudafrica, e più del 5% in India. È questo che dovrebbe preoccuparci: l'epidemia potrebbe raggiungere il culmine nei paesi poveri, i cui sistemi sanitari non sono in grado di far fronte agli shock, sottoposti come sono stati alle politiche di austerità imposte dall'ideologia dominante degli ultimi decenni.

Inoltre, il contenimento applicato in ecosistemi fragili potrebbe rivelarsi del tutto inadeguato. In mancanza di un reddito minimo, i più poveri dovranno presto uscire a cercare lavoro, il che rilancerà l'epidemia. In India, il contenimento ha riguardato soprattutto l'allontanamento delle popolazioni rurali e dei migranti dalle città, portando a violenze e sfollamenti di massa, col rischio di esacerbare la diffusione del virus.

Per evitare spargimenti di sangue, abbiamo bisogno di uno Stato sociale, non di uno Stato carcerario. In caso di emergenza, le spese sociali essenziali (salute, reddito minimo) possono essere finanziate solo con prestiti e liquidità.

In Africa occidentale, questa è un'opportunità per ripensare la nuova moneta comune e metterla al servizio di un progetto di sviluppo basato su investimenti su giovani e infrastrutture (e non al servizio della mobilità del capitale più ricco).

Ciò dovrà basarsi su un'architettura democratica e parlamentare più efficace dell'opacità ancora in vigore nell'area dell'euro (dove le riunioni dei ministri delle finanze a porte chiuse continuano a svolgersi con la stessa inefficienza del periodo della crisi finanziaria).

Molto presto questo nuovo Stato sociale richiederà una tassazione equa e un registro finanziario internazionale, in modo che le persone più ricche e le grandi imprese possano contribuire quanto necessario. L'attuale regime di libera circolazione dei capitali, istituito dal 1980-1990 sotto l'influenza dei paesi ricchi (e in particolare dell'Europa), favorisce di fatto l'evasione dei miliardari e delle multinazionali di tutto il mondo.

Impedisce alle fragili amministrazioni fiscali dei paesi poveri di sviluppare un'imposta equa e legittima, il che compromette seriamente la costruzione dello Stato. Questa crisi può essere anche un'occasione per riflettere su un minimo di assistenza sanitaria e di diritto all'istruzione per tutti gli abitanti del pianeta, finanziato da un diritto universale per tutti i paesi a una quota delle entrate fiscali pagate dagli attori economici più prosperi: grandi imprese, famiglie ad alto reddito e patrimonio (quelle ad esempio con un reddito dieci volte più alto della media del mondo, vale a dire quell'1% della popolazione che è il più ricco del mondo).

## “Il virus aumenta le diseguaglianze: a rischio la crescita e la democrazia”

01 GIUGNO 2020

L'economista Dambisa Moyo con esperienze in Banca Mondiale e Goldman Sachs avverte: “La pandemia farà salire la disparità fra i redditi, un fenomeno costato all'Occidente l'8,5% del Pil combinato negli ultimi 25 anni”

DI EUGENIO OCCORSIO

"Fino a pochissime settimane fa ero convinta che gli Stati Uniti sarebbero stati in grado di avviare la ripresa già in estate, il famoso andamento a "V" della recessione: ora non più perché la crisi che si sta delineando è addirittura peggiore di quel che sembrava". Dambisa Moyo, economista con master ad Harvard e PhD a Oxford, lunghe esperienze in Banca Mondiale e Goldman Sachs, oggi nel board di gruppi come Chevron e 3M, si professa "per natura ottimista". Però non può che essere scoraggiata per la ricaduta economica della pandemia: "La disoccupazione sta rapidamente arrivando al 25%, gli stessi livelli della Grande Depressione del '29. Ci vollero dieci anni allora per recuperare, è vero che adesso la risposta è più massiccia e organizzata però i tempi tecnici si allungheranno inevitabilmente".

**Malgrado la Fed abbia assicurato interventi che porteranno, secondo le stime, il suo budget a superare i 10 trilioni dai 2,5 della fine dell'anno scorso, e il Congresso stia per varare il raddoppio a 6 trilioni delle misure di stimolo?**

"Intanto su questo raddoppio, contenuto in un provvedimento proposto dai democratici e in attesa di discussione al Senato a maggioranza repubblicana, non ci sono ancora certezze. E poi sono fondi che serviranno per stabilizzare la situazione, lo stimolo allo sviluppo sarà un'altra cosa. La stessa banca centrale sta avventurandosi su territori sconosciuti come l'helicopter money con tutte le incertezze del caso. Il secondo trimestre si chiuderà con una perdita abissale, c'è chi parla del 40% del Pil, anche se per la verità secondo me non si arriverà così in basso. Si scommette su una ripresa già dal terzo trimestre, e il Fondo Monetario parla di un -5,9% di perdita media annua. Secondo me non andrà così: per la ripresa bisognerà aspettare l'anno prossimo, e neanche i primi mesi. Poi il processo continuerà con lentezza. Più o meno altrettanto vale per l'Europa".

**Però, restando in America, il lockdown è finito in tempi più brevi del previsto, anche a furor di popolo malgrado il conteggio dei morti intanto abbia infranto l'agghiacciante quota 100mila...**

"L'unica grande città "chiusa" era rimasta New York, che sta ora tentando timidamente di ripartire. Ha appena riaperto a ranghi ridotti lo Stock Exchange (martedì scorso, ndr), si stanno sanificando i grattacieli per uffici che secondo gli scienziati sono stati insieme alla metropolitana i veri ricettacoli del virus. Ma la sensazione è che la popolazione abbia paura, come si può comprendere visti i terribili numeri delle vittime, e si fatterà a spingerla a uscire di casa per riprendere la vita normale a partire dai consumi che sono l'essenza dell'economia americana (il 65-70% secondo le stime, ndr)".

**La pandemia ha dato il colpo di grazia alla globalizzazione?**

"Non ne sarei sicura. Piuttosto l'aspetto più grave è che ha acuito in modo irreparabile le disuguaglianze, sia il divario fra Paesi sviluppati ed emergenti che sta paurosamente allargandosi in questi mesi di crisi, sia all'interno delle società occidentali. Stando a calcoli affidabili, l'economia di un Paese in via di sviluppo dovrebbe crescere come minimo del 3%, ma meglio se una quota molto più alta fino al 7%, per permettere di raddoppiare in una generazione (25 anni) il reddito pro capite. Invece già prima della pandemia erano pochissimi i Paesi che riuscivano a conseguire questo tasso di crescita - il Brasile nel 2019 è cresciuto

dell'1,1%, la Russia dell'1,3% - e ora le previsioni del Fondo Monetario sono tutte disastrosamente per tassi negativi. Non è finita: anche all'interno delle società più opulente la recessione che seguirà all'emergenza sanitaria aggraverà una situazione già insostenibile. Ormai è obsoleto perfino il calcolo annuale dell'Oxfam, la confederazione internazionale di organizzazioni non profit che si dedicano alla riduzione della povertà globale (il report 2020 è uscito in gennaio, ndr) secondo cui il reddito medio dell'1% degli americani più ricchi è quattordici volte superiore al reddito medio del resto della popolazione, oppure la stima di Forbes che i 400 cittadini Usa più ricchi possiedono più ricchezza di quella controllata dal 61% del Paese ovvero 194 milioni di persone. E storie analoghe valgono per l'Europa. L'acuirsi della disparità fra i redditi ha effetti nefasti. Non solo sociali: l'Ocse calcola che le disuguaglianze siano costate ai Paesi occidentali l'8,5% del Pil combinato negli ultimi 25 anni".

### **Ci spiega meglio perché questo accade?**

"Il fatto che molti soggetti in seno alla società non siano in grado di sfuggire alle difficoltà economiche e alla povertà, quanto per loro sia influente e pesante il calo del livello di istruzione, insomma che si sentano abbandonati e isolati dai "ricchi" che invece sembrano progredire economicamente perfino in tempi difficili, porta alla disaffezione, alla scarsa partecipazione, alla perdita di fiducia nella leadership e in sostanza all'instabilità sociale e politica. Tutti questi aspetti legati all'aggravarsi delle disparità tra i redditi, ostacolano e rallentano la crescita, oltre a costituire una mina sociale di pericolosità inimmaginabile. L'America è in testa alle preoccupazioni: l'indice Gini della World Bank che misura le disuguaglianze (da 1 a 100 dove più alto è il valore più forti sono le disparità) era nel 2019 sul livello di 41,5, più vicino al 49,7 della Colombia che al 27,5 della Norvegia (Italia 35,4, ndr)".

### **Ma perché, tecnicamente, la pandemia ha aggravato la situazione?**

"Punto chiave è la crescita, prerequisito tra l'altro per la democrazia (e non il contrario). Non è un problema solo di Pil: in Europa la crescita è bassa e non a caso crescono nazionalismi e populismi, ma anche in America una crescita apparentemente robusta ha celato al suo interno delle disparità intollerabili. Del resto sono quasi mille anni che si cerca un metodo più affidabile per calcolare la ricchezza delle nazioni, da quando nel 1085 William the Conqueror, re d'Inghilterra, commissionò il Domesday Book per stimare il valore di suoi domini. Già allora suscitavano perplessità i criteri quantitativi usati dagli emissari di Guglielmo. Da quel tempo antico i governi, per quanto consapevoli, non riescono a trovare un argine: nessun rimedio, da quello monetarista americano della cosiddetta trickle-down economy (consentendo più ricchezza ai ricchi ne deriveranno benefici a cascata per tutti) a quello del capitalismo di Stato cinese - la Cina ha una classificazione analoga a quella americana - sembra funzionare contro le disuguaglianze. La verità è che servirebbero programmi a lunga scadenza, ma nessun governo ha la certezza di durare così a lungo per poterli implementare con continuità, neanche Xi Jinping".

### **Si chiama democrazia dell'alternanza...**

"Però le elezioni sono troppo ravvicinate: che senso ha votare ogni due anni, considerando il mid-term, in America? Il risultato è lo "short-termismo" analogo a quello delle aziende quotate che hanno premura di chiudere i conti ogni tre mesi".

### **A proposito, il disastro economico guasta i piani di Trump?**

"Mi sembra debole la concorrenza democratica. Vede, Hillary Clinton fu sconfitta non dove si concentra la ricchezza del Paese (Silicon Valley, Wall Street, Hollywood) ma dove i lavoratori vedevano un progetto: America First, meno tasse, argine alla concorrenza cinese e all'immigrazione incontrollata. Trump aveva almeno un programma, di Hillary non si ricorda uno slogan. Temo che si stia facendo lo stesso errore".

**Lei vive da molti anni fra l'America e la Gran Bretagna ma è nata in Zambia e conserva giustamente un forte legame con il suo Paese d'origine. L'Africa a questo punto è in cima alle preoccupazioni della comunità scientifica per un possibile allargamento della pandemia. E' inevitabile chiederle una parola per la situazione nel continente.**

"E' stato calcolato, riferisce l'Organizzazione Mondiale per la Sanità, che per porre un argine a questa tragedia in divenire servirebbe una spesa di 35-40 dollari per ogni cittadino africano. Nessun governo del continente se la può permettere. Servirebbe un vero piano Marshall da parte dell'occidente, che avrebbe anche un senso geopolitico perché sottrarrebbe l'Africa al destino di diventare una colonia cinese. Gli aiuti e gli investimenti di Pechino comparati con quelli americani sono venti volte di più, quelli europei poi sono quasi inesistenti. Non sto parlando di aiuti a pioggia indefiniti ma di un programma mirato di interventi concentrato nel tempo (il piano Marshall durò 4 anni) che coinvolga le comunità locali. L'Africa è stata lasciata ai margini dello sviluppo (2-3% del commercio mondiale, una quota trascurabile del Pil) e il risultato è la scomposta emigrazione di massa che destabilizza l'Europa e il mondo intero".

## la Repubblica

### Coronavirus e diritti fondamentali: una mappa europea

Di Sara Ficocelli

TUTELA dei diritti umani e emergenza da coronavirus: quanto sono compatibili questi due mondi? Per rispondere, la Fundamental rights agency ha da poco stilato [un rapporto ad hoc](#), mappando le misure adottate dall'Italia per far fronte all'epidemia di Covid-19. Non una semplice elencazione, però, ma un'analisi che tenta di valutarne l'impatto sui diritti fondamentali degli individui, quali tra gli altri la libertà di circolazione, il diritto alla privacy, il principio di non discriminazione, la libertà personale. Marta Capesciotti, della [Fondazione "Giacomo Brodolini"](#), ha curato il progetto per l'Agenzia dell'Unione europea per i diritti fondamentali (FRA).

"L'idea - spiega - è quindi quella di capire in che modo le autorità pubbliche hanno operato il necessario bilanciamento tra diritti fondamentali garantiti della Costituzione e tutela della salute pubblica, in un momento - come quello di emergenza - in cui questi entrano parzialmente in conflitto. Questo bilanciamento dovrebbe ispirarsi ai principi di necessità, temporaneità e proporzionalità: volevamo capire se le scelte adottate finora erano ispirate da questi principi che sono fondamentali per la tenuta dello stato di diritto. Lo stesso hanno fatto gli altri partner nazionali della rete di esperti FRANET che collabora con FRA.

L'Agenzia, a sua volta, ha redatto un report comparato sulla situazione nei 27 Stati membri, Macedonia del Nord e Serbia. Leggendo il report italiano è possibile, quindi, trovare informazioni sulle misure adottate in questa fase di emergenza sia dal Governo e dai singoli Ministeri, che dalla Protezione Civile, che hanno portato all'estensione della zona rossa in tutta Italia e alla sospensione della maggior parte delle attività produttive.

Il report racconta anche di com'è stata gestita la chiusura delle scuole e la situazione di forte vulnerabilità nelle carceri, nei centri di permanenza per il rimpatrio e nelle RSA. Un focus specifico è stato dedicato all'escalation di episodi di razzismo e discriminazione - di natura sinofobica ma non solo - che ha avuto luogo in Italia all'esplosione della pandemia. Infine, una sezione è dedicata a una valutazione preliminare dell'impatto delle misure adottate sulla privacy degli individui e alla necessità di informare correttamente per decostruire le fake news".

**Il rapporto è stato molto ripreso perché ad oggi è l'unico documento ragionato su questo tema: perché di queste tematiche si parla così poco?**

"Se ne parla poco perché nelle fasi di emergenza si ha la percezione - e in parte questa viene strumentalmente alimentata - che di fronte a forze di causa maggiore e a pericoli per l'incolumità pubblica, la compressione dei diritti sia non solo giustificata, ma necessaria. Come se nell'affrontare un pericolo o una sfida, i poteri pubblici potessero permettersi di essere più leggeri nel portare avanti il compito che

giustifica teoricamente l'esistenza dei poteri pubblici stessi, ovvero garantire una società più equa, giusta e inclusiva. E questa preoccupazione è ovviamente emersa in questa fase di epidemia, ma emerge anche ogni volta che si accende un discorso emergenzialista e sensazionalista rispetto a una questione di pubblico interesse, si pensi al dibattito sulla 'invasione dei clandestini' e sul terrorismo internazionale.

Sfide della nostra epoca che, lungi da avallare una declassazione dei diritti a questioni di secondo ordine in favore di questioni percepite o presentate come più pressanti, richiedono invece una gestione che sappia contemperare la pluralità di esistenze, bisogni, esigenze e che non lasci indietro nessuna persona. E invece si avverte in molti discorsi e atteggiamenti una sorta di fastidio quando si prova a far notare che esiste il rischio di eccedere nella compressione delle libertà e dei diritti in una fase di emergenza.

E questo è molto pericoloso perché rischia di non farci comprendere che certe misure sono legittime solo se strettamente temporanee. Vorrei, inoltre, sottolineare che il report che abbiamo prodotto ha avuto molta risonanza anche perché è stato commissionato da FRA, un'Agenzia dell'Unione europea che negli anni si è costruita un'immagine solida di garanzia e tutela dei diritti fondamentali.

Però molte realtà della società civile e persone impegnate stanno portando avanti dall'inizio della pandemia un altrettanto importante lavoro di narrazione e monitoraggio, accendendo spesso i riflettori su chi, vivendo ai margini e/o in condizioni di disagio e sofferenza, ha sofferto molto più duramente di questa fase epidemica e di lockdown: si pensi alle donne e alle persone LGBTQ che vivono situazioni di violenza in casa, a chi vive in strada, alla popolazione detenuta o alle persone straniere irregolari. Penso, tra tanti, al monitoraggio quotidiano che sta facendo Amnesty International sull'impatto del Covid sui diritti umani in Italia".

#### **Quali sono i prossimi step da seguire per migliorare la situazione dei diritti in Europa?**

"A breve uscirà il secondo report sulla situazione italiana e anche il secondo rapporto comparato di FRA: questa volta un focus specifico viene destinato al diritto alla privacy e alla protezione dei dati personali. Un tema di assoluta attualità anche considerando l'imminente avvio della sperimentazione dell'app di contact-tracing 'Immuni'. A inizio giugno consegneremo a FRA il terzo rapporto sull'Italia con un'analisi approfondita dell'impatto dell'epidemia sulla popolazione anziana.

Un quarto rapporto è, infine, previsto per l'inizio di luglio: il tema di approfondimento, però, ci deve ancora essere comunicato dall'Agenzia. Per quanto riguarda i prossimi step, le cose da fare sono tantissime e dovrebbero impegnare tutti i livelli di governance, da quello comunitario a quello locale. Sicuramente si dovrebbe impedire ad ogni costo che la crisi economica che ci aspetta si traduca in un aumento delle disuguaglianze, nell'ulteriore marginalizzazione di chi già vive condizioni di svantaggio e in una escalation di odio e diffidenza verso la diversità".

#### **Quali Paesi sono maggiormente a rischio e quali invece possono rappresentare un modello per l'Italia?**

"È difficile rispondere a questa domanda perché, anche se ci troviamo di fronte a una sfida globale, l'estrema diversità dei contesti-Paese ha prodotto risposte all'emergenza differenti. Alcune sono secondo me più apprezzabili di altre; alcune misure adottate - come il tracciamento dell'intera popolazione per contenere i contagi - mi trovano in assoluto disaccordo. Detto questo, non so quanto sia utile fare una classifica dei Paesi che hanno risposto meglio all'epidemia.

Quello che secondo me vale la pena sottolineare è che praticamente nessuna misura adottata era l'unica possibile, sono state fatte delle scelte politiche e se ne faranno molte altre nel prossimo futuro. Non tutti i Paesi hanno chiuso le scuole e i parchi, ad esempio. Non ovunque è stato chiesto al personale medico di fare turni di più di 10 ore. Non tutti i Paesi hanno dovuto scegliere a chi dare priorità nelle terapie intensive perché non c'erano posti a sufficienza.

Non sono certa che sia solo una questione di numero di contagi anche se sicuramente l'Italia è stato uno dei Paesi più colpiti in Europa. Penso siano scelte politiche e guardare al di là dei confini nazionali ed europei, vedere cosa viene fatto altrove potrebbe aiutarci a giudicare in maniera più consapevole quello che viene fatto qui".



## Con le riaperture di maggio la produzione recupera ma resta lontana dai livelli di un anno fa

In maggio la produzione industriale italiana è diminuita del 33,8% rispetto a un anno prima, dopo il -44,3% rilevato in aprile. Nella media degli ultimi tre mesi, ovvero da quando sono state introdotte le misure di contenimento del Covid-19, il livello dell'indice destagionalizzato della produzione è inferiore del 34,2% rispetto a febbraio.

Come atteso, la fine del lockdown e, quindi, la riapertura delle attività manifatturiere che erano ancora sospese, si è tradotta in una lenta ripartenza dell'industria, ancora soffocata da una domanda - interna ed estera - estremamente debole. Nei mesi primaverili, PIL e produzione sono attesi diminuire in misura più forte rispetto a quanto osservato nel primo trimestre.

### Come sta andando la produzione industriale in Italia

Il CSC rileva una diminuzione della produzione industriale del 33,8% in maggio sullo stesso mese dell'anno precedente e del 44,3% in aprile sui dodici mesi. In termini congiunturali, ovvero rispetto al mese precedente, si è avuto un rimbalzo del 31,4% in maggio, dopo una caduta del 24,2% in aprile. Gli ordini in volume sono diminuiti del 51,6% annuo in maggio (+12,3% sul mese precedente) e del 29,6% in aprile (-43,7% su marzo).

Nei due mesi di rilevazione, l'attività nell'industria ha mostrato, in termini congiunturali, una dinamica molto oscillante. Alla caduta della produzione in aprile è infatti seguito un rimbalzo "tecnico" in maggio, spiegato da un effetto base, dovuto ai livelli estremamente bassi raggiunti nel mese precedente. In aprile, infatti, i volumi di attività nell'industria erano circa la metà di quelli rilevati nella media del primo bimestre dell'anno.

Con la riapertura di tutte le imprese industriali a inizio maggio e di quasi tutte quelle dei servizi nel corso dello stesso mese, si è avuto un marginale aumento della domanda; in condizioni di bassi livelli di attività, anche minimi progressi dei volumi si traducono in significativi incrementi percentuali. Il dato di maggio, dunque, è viziato da questo effetto statistico e non deve essere interpretato come una robusta ripresa.

Tutt'altro. La caduta di circa un terzo della produzione industriale rispetto a maggio 2019 offre la giusta chiave di lettura e mostra quanto siano ancora distanti da una situazione di "normalità" le condizioni nelle quali opera l'industria italiana.

La variazione acquisita della produzione industriale nel secondo trimestre è di -27,7% sul primo, quando era diminuita dell'8,4% sul quarto 2019; se anche in giugno procedesse la lenta ripresa della domanda, nella media del secondo trimestre si avrebbe comunque una riduzione di oltre il 20% dell'attività, quasi tre volte la dinamica registrata a inizio anno. Questo calo comporterebbe un contributo negativo di circa 5 punti percentuali alla diminuzione del PIL nel secondo trimestre.

Numerosi sono i fattori che continueranno a frenare la piena ripresa dei ritmi produttivi. Dal punto di vista della domanda, si rileva una diminuzione dei consumi delle famiglie a causa dell'incertezza sui tempi di uscita dall'attuale emergenza sanitaria che ha portato a un aumento del risparmio precauzionale e al rinvio di acquisti ritenuti non essenziali (in primis quelli di beni durevoli, come emerge dalle indagini qualitative); inoltre, anche le abitudini di spesa dei consumatori sono radicalmente cambiate e molto gradualmente torneranno a quelle precedenti, mentre le difficili condizioni del mercato del lavoro negli ultimi mesi (specie l'aumento esponenziale della CIG) hanno determinato la perdita di potere d'acquisto per milioni di lavoratori.

La domanda estera attuale risulta ancora compromessa dalla diversa tempistica con la quale sono state introdotte le misure di contenimento del Covid-19 negli altri paesi; quella di breve periodo è sostenuta dagli ordini già in portafoglio prima dell'emergenza sanitaria, mentre il blocco delle attività commerciali estere delle imprese industriali nei mesi scorsi non ha consentito un adeguato rinnovamento del portafoglio ordini e ciò si ripercuoterà negativamente su produzione ed export dei mesi autunnali.

Dal punto di vista dell'offerta, l'attività delle imprese è frenata dai livelli elevati di scorte che devono essere smaltite prima che il ciclo produttivo possa tornare su ritmi normali (nell'indagine ISTAT sulla fiducia, il saldo relativo alle scorte è salito in maggio a 6,1, massimo da 11 anni); ciò si affianca al forte peggioramento delle attese degli imprenditori manifatturieri sulla domanda nei prossimi mesi (il saldo delle risposte è sceso a -76,1 in maggio da -13,5 in febbraio); queste due condizioni da sole determinano un avvitamento che frena l'attività e incide anche sulla programmazione degli investimenti.

Molti imprenditori, inoltre, soffrono per la carenza di liquidità a causa del blocco normativo delle attività nei mesi scorsi. Per il momento, dunque, molti sono costretti a navigare a vista, anche a causa di uno scenario di estrema incertezza sull'economia italiana e internazionale.

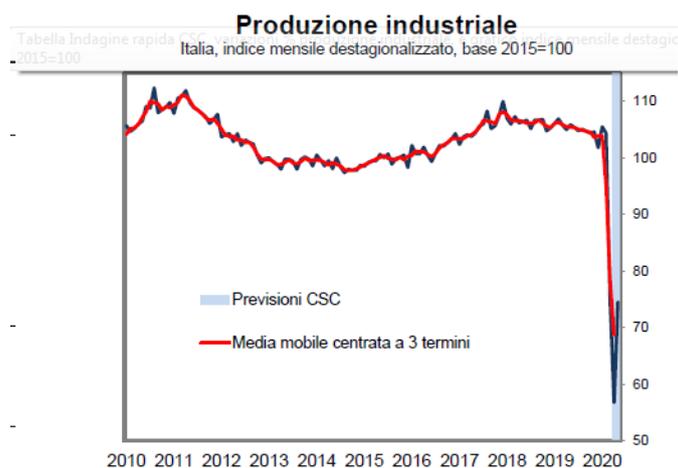
In assenza di adeguati interventi a sostegno della ripresa del sistema produttivo, nel giro di pochi mesi si rischia l'esplosione di una vera e propria emergenza sociale che renderà ancora più impervia la strada verso l'uscita dall'attuale crisi economica.

#### INDAGINE RAPIDA CSC

(variazioni % produzione industriale, salvo diversa indicazione)

	Indice grezzo	Indice corretto per i giorni			Ordini
		Grezzo*	Destagionalizzato		
	Var. % tendenziale	Var. % tendenziale	Livello (2015=100)	Var. % congiunturale	Var. % congiunturale
Aprile	-44,3	-46,0 (0)	56,7	-24,2	-43,7
Maggio	-33,8	-29,6 (-2)	74,5	31,4	12,3%

\*In parentesi: differenza giorni rispetto all'anno precedente.



Fonte: elaborazioni e stime CSC su dati ISTAT e Indagine Rapida.



## Previsioni Italia: faticosa risalita dopo il crollo, investimenti ed export soffrono più dei consumi

Previsioni per l'Italia nel 2020-2021: una faticosa risalita dopo il crollo, con gli investimenti e l'export che soffrono più dei consumi. Nel 2020 una pesante revisione al ribasso per il PIL, che registra una caduta storica, nel contesto di un'ampia recessione globale. In Italia l'input di lavoro segue un andamento ciclico, con la disoccupazione e gli inattivi in aumento, mentre si manifestano tendenze di deflazione e il deficit pubblico sale ai massimi. La ripartenza del credito alle imprese è cruciale, ma lo spread sovrano è più ampio e la Borsa azionaria ancora debole.

Per un'analisi approfondita sull'economia italiana rimandiamo al Rapporto CSC Le previsioni per l'Italia. Quali condizioni per la tenuta ed il rilancio dell'economia?

Per il quadro completo sull'industria italiana rimandiamo all'Indagine rapida sulla produzione industriale

L'economia italiana in breve

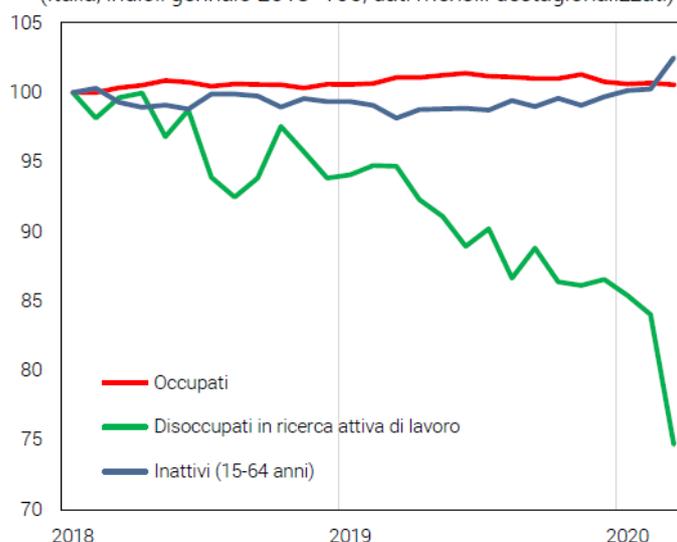
- **Pesante revisione al ribasso.** Due fattori hanno accentuato la già profonda caduta del PIL attesa nel 2020 (-9,6%, dal -6,0% previsto dal CSC il 31 marzo): il prolungamento per decreto dal 13 aprile al 4 maggio, con poche eccezioni, della chiusura parziale dell'attività economica in Italia; un più forte calo della domanda, domestica ed estera, che frena anche l'attività delle imprese autorizzate a riaprire.
- **Caduta storica.** Nel 1° trimestre il PIL ha subito un crollo oltre le attese (-4,7%). Nell'industria, che ha riaperto a inizio maggio, la produzione è calata del 28% a marzo ed è stimata in ulteriore caduta in aprile (-23%, indagine CSC); il PMI (Purchasing Managers' Index) ha registrato un tonfo (31,1). Nei servizi, l'attività è più ridotta (PMI a 10,8) e la riapertura completa sarà a giugno. Nel 2° trimestre quindi il CSC prevede un calo molto forte del PIL (-9,0%). Nel 3° e 4°, con il 100% di settori aperti, è atteso un parziale recupero, frenato da scorte accumulate e difficoltà di molte imprese, che proseguirà nel 2021 (+5,6%).

Le previsioni del CSC per l'Italia (Variazioni percentuali)				
	2018	2019	2020	2021
Prodotto interno lordo	0,8	0,3	-9,6	5,6
Consumi delle famiglie residenti	0,9	0,4	-9,9	5,7
Investimenti fissi lordi	3,1	1,4	-15,5	9,1
Esportazioni di beni e servizi	2,3	1,2	-14,2	8,4
Importazioni di beni e servizi	3,4	-0,4	-14,5	8,7
Occupazione totale (ULA)	0,8	0,3	-7,6	3,5
Tasso di disoccupazione <sup>1</sup>	10,6	9,9	11,1	11,3
Prezzi al consumo	1,2	0,6	-0,5	0,5
Indebitamento della PA <sup>2</sup>	2,2	1,6	11,1	5,6
Debito della PA <sup>2</sup>	134,8	134,8	159,1	155,4

<sup>1</sup> Valori percentuali; <sup>2</sup> valori in percentuale del PIL.  
Per il 2021 è esclusa l'attivazione degli aumenti delle aliquote IVA e delle accise sui carburanti.  
ULA = unità equivalenti di lavoro a tempo pieno.  
Fonte : elaborazioni e stime CSC su dati ISTAT, Banca d'Italia.

- **Crollo degli investimenti.** L'incertezza sui tempi dell'effettiva fine dell'emergenza sanitaria, gli stock di invenduto e l'assenza di liquidità dovuta al crollo dei fatturati rappresentano per molte imprese ostacoli che inibiscono, nel breve-medio periodo, le decisioni di investimento. Che saranno rinviate per quasi tutto il 2020. Il CSC prevede perciò una caduta senza precedenti degli investimenti (-15,5%; -10,6% stimato a marzo), che verrà recuperata solo in parte nel 2021 (+9,1%), pesando sulla crescita futura.
- **Forte impatto sui consumi.** Le misure anti-contagio hanno in gran parte congelato i consumi a marzo-aprile. La riapertura graduale di attività commerciali e la maggiore libertà di movimento attenueranno la caduta, da maggio; tuttavia, resterà prudente la gestione dei bilanci familiari (-14% la spesa nel 1° semestre). Con un recupero nel 2° semestre, il calo nel 2020 sarà di -9,9% (seguito da +5,7% nel 2021).
- **Export in caduta.** L'impatto della crisi sull'export è evidente nei dati doganali di marzo (-16,8%) e gli indicatori qualitativi puntano a un peggioramento nel 2° trimestre. Nello scenario CSC, l'export di beni e servizi crollerà di oltre il 14% nel 2020, recuperando solo in parte nel 2021. La caduta è maggiore di quella del commercio mondiale, per la particolare debolezza di Europa e USA; la risalita sarà più robusta. L'import, correlato all'export, riflette anche il forte calo di consumi e, soprattutto, investimenti.
- **Input di lavoro ciclico.** L'estensione eccezionale della CIG quest'anno permetterà un forte aggiustamento al ribasso delle ore lavorate e la salvaguardia di posti di lavoro. L'occupazione in termini di ULA seguirà il PIL, con un -7,6% nel 2020 (e +3,5% nel 2021), ma terrà in termini di teste. Il tasso di disoccupazione crescerà meno che altrove, anche per l'aumento degli inattivi (+300mila a marzo, per la difficoltà di compiere azioni di ricerca). Ma faticherà a scendere nel 2021 (11,3%), quando la creazione di posti di lavoro sarà spiazzata dal riallungamento degli orari e più persone cercheranno un impiego.

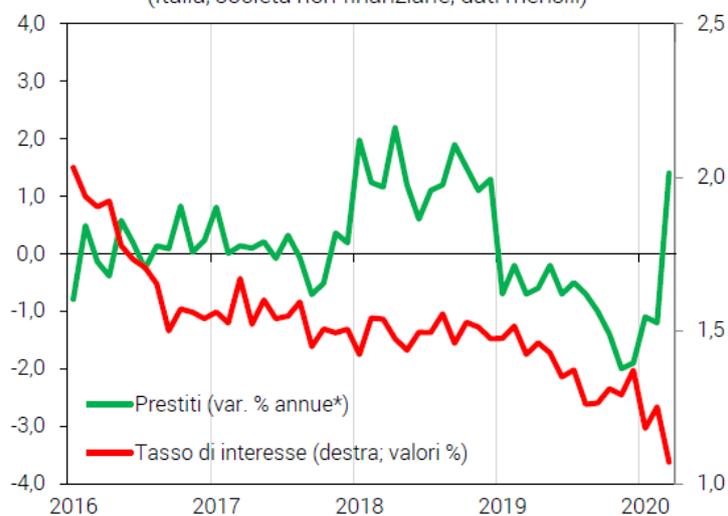
L'occupazione tiene, ma più inattivi e meno in cerca di lavoro  
(Italia, indici: gennaio 2018=100; dati mensili destagionalizzati)



Fonte: elaborazioni CSC su dati ISTAT, Rilevazione sulle Forze Lavoro.

- **Prezzi sotto zero.** Sono in atto due tendenze opposte: forte ribasso dei prezzi energetici (-9,6% annuo in aprile), rialzo di quelli alimentari (+2,8%; carrello della spesa +2,6%). I prezzi dei servizi frenano, quelli dei beni sono stabili. L'inflazione totale, già scesa a zero in aprile, è prevista cadere di poco in negativo (-0,5% nel 2020). Il deflatore del PIL, però, registrerà una variazione positiva (+0,9% nel 2020), dato il forte calo dei prezzi dell'import, trascinati dal petrolio, mentre i prezzi dell'export si riducono di poco.
- **Deficit e debito pubblici ai massimi.** L'indebitamento nel 2020 è previsto salire all'11,1% del PIL (1,6% nel 2019). L'aumento è in minima parte attribuibile agli effetti della scorsa Legge di bilancio; per gran parte è dovuto alle misure del Governo per contrastare gli effetti negativi del Covid-19 (4,6 punti) e al crollo del PIL. Nel 2021 il deficit scenderà al 5,6%, scontando anche la disattivazione della clausola di salvaguardia (20,1 miliardi). Il debito/PIL salirà al 159,1% nel 2020, calando a 155,4% nel 2021.
- **Credito cruciale.** I prestiti alle imprese hanno ricominciato a crescere a marzo (+1,4% annuo, -1,2% a febbraio), con costo ai minimi (1,1%). Il CSC assume che le garanzie pubbliche aiutino a irrobustire il credito, pur con ritardo, in linea col fabbisogno di liquidità creatosi nelle imprese, evitando scenari peggiori. Contribuiscono i prestiti BCE a banche dell'Eurozona (+346 miliardi), a un tasso fino al -1,0%.

Speranze dal credito bancario: più volumi già a marzo, tassi minori  
(Italia, società non finanziarie, dati mensili)



\* Corretto per l'effetto di cartolarizzazioni e altre cessioni di prestiti.

Fonte: elaborazioni CSC su dati Banca d'Italia.

- **Spread più ampio.** A maggio il rendimento del BTP decennale è salito all'1,86%, mentre in Germania il Bund è più negativo (-0,54%). Perciò lo spread dell'Italia si è ampliato a quota 240, di 98 punti base sopra il minimo di febbraio (142). Ciò avviene nonostante gli ampi acquisti BCE di titoli (già 153 miliardi all'8 maggio). Pesano la difficile situazione in Italia e le perduranti incertezze sulle policy in Europa.
- **Borsa ancora debole.** La Borsa italiana fino a maggio ha recuperato solo in parte (+16%), dopo la profonda caduta di marzo (-41%). Le quotazioni delle imprese, quindi, sono molto compresse, ma con l'inizio della risalita dell'attività, nella seconda metà del 2020, pure l'indice azionario è atteso in ripresa.

## L'economia mondiale in breve - Esogene della previsione: pesante recessione globale

- **Commercio in caduta.** La flessione del PIL mondiale nel 2020 (-4,6%) è aggravata dalle connessioni commerciali, produttive, finanziarie e di investimento tra paesi. Nel 2021 il recupero sarà parziale. Il commercio estero è più colpito (-12% nel 2020), a causa dei limiti ai movimenti di persone, beni e servizi, delle nuove tensioni commerciali USA-Cina e dell'alta incertezza geoeconomica. Inoltre, la successiva risalita sarà frenata dalla debolezza della domanda mondiale e dalle interruzioni nelle catene globali del valore (+7% nel 2021).

Le esogene internazionali della previsione (Variazioni percentuali)				
	2018	2019	2020	2021
Commercio mondiale	3,5	-0,4	-12,0	7,0
PIL - Stati Uniti	2,9	2,3	-7,0	5,0
PIL - Area euro	1,9	1,2	-8,0	4,0
PIL - Paesi emergenti	4,5	3,7	-1,0	5,5
Prezzo del petrolio <sup>1</sup>	72	64	30	45
Cambio dollaro/euro <sup>2</sup>	1,18	1,12	1,10	1,10
Tasso FED effettivo <sup>3</sup>	1,83	2,16	0,35	0,05
Tasso BCE <sup>3</sup>	0,00	0,00	0,00	0,00

<sup>1</sup> Dollari per barile; <sup>2</sup> livelli; <sup>3</sup> valori percentuali.  
Fonte: elaborazioni CSC su dati Thomson Reuters, FMI, CPB.

- **USA in difficoltà.** La pandemia ha colpito duramente, dato il lockdown in numerosi settori, seppur con differenze territoriali. Il CSC ipotizza una forte contrazione del PIL nel 2020 (-7%) e le conseguenze sull'occupazione sono già drammatiche: 20 milioni di persone hanno perso il lavoro ad aprile (14,7% la disoccupazione). Ciò aumenta le pressioni sull'amministrazione per incrementare lo stimolo fiscale, già mastodontico: il deficit potrebbe salire vicino al 20% del PIL.
- **Eurozona in profondo rosso.** A un 1° semestre caratterizzato da shock ai consumi e all'offerta, farà seguito nel 2° semestre, malgrado la progressiva riapertura delle attività, una carenza di domanda: i consumi per l'impennata dei senza lavoro, gli investimenti per la diffusa incertezza. Perciò, il rimbalzo atteso fino al 2021 non sarà sufficiente a recuperare il livello di PIL del 2019. A conferma di ciò, le aspettative delle famiglie su situazione finanziaria e disoccupazione sono divenute molto negative, con atteso incremento del risparmio.

- **Emergenti sotto zero.** Nel 2020 le economie emergenti sono ipotizzate contrarsi (dell'1,0%), per la prima volta da quando viene misurato l'aggregato (1980); la crescita media dal 2000 è stata del +5,6%, con un minimo di +2,8% nel 2009. A pesare quest'anno, oltre al marcato rallentamento di Cina e principali economie asiatiche, sono il crollo del prezzo del petrolio e le limitate capacità di molti paesi nella gestione della crisi sanitaria. L'America Latina potrebbe essere una delle aree dove si produrranno gli effetti più pesanti, con il rischio di deterioramento delle condizioni di finanziamento, fughe di capitali e crisi monetarie.
- **Petrolio poco sopra i minimi.** Il prezzo del Brent è a 24 dollari a maggio, dopo i minimi in aprile (19 dollari), per il crollo della domanda a causa dell'epidemia e nonostante l'annuncio di OPEC e altri produttori di un taglio all'estrazione. Lo scenario CSC ipotizza una lenta risalita a 30 dollari in media nel 2020 e a 45 nel 2021.

### Le forme della ripresa: come sarà quella italiana?

- **Una lettera per il PIL** Gli economisti si interrogano su quale forma prenderà, questa volta, la ripresa dell'attività economica in Italia. Le ipotesi sono varie, in parte basate sugli episodi passati. E vengono spesso sintetizzate in una singola lettera dell'alfabeto, che descrive il profilo trimestrale del PIL di un paese.
- **Tante possibilità, in teoria.** La rapida ripresa dopo una caduta è definita profilo a V: si tratta del caso migliore. Se invece occorre qualche trimestre prima della risalita, si parla di profilo a U (gradualità). Quando la ripresa non arriva affatto, fenomeni rari nella storia, si tratta di un profilo a L. Quando a una caduta-ripresa segue a stretto giro un'ulteriore episodio di caduta-ripresa si parla di profilo a W. La possibilità peggiore è il profilo a S rovesciata: alla caduta segue una ripresa che conduce però a una nuova caduta. Meglio del profilo a V ci sarebbe solo quello a J, ma ciò presupporrebbe una piccola caduta, quindi non è una "lettera" attuale.
- **L'ultimo episodio noto.** Con la precedente recessione, dal 2011, il profilo del PIL in Italia ha assunto una forma a U molto allargata: alla caduta è seguito un periodo di stagnazione di ben 7 trimestri e solo dopo una risalita dell'attività. Potremmo dire che si è trattato di un profilo a LI, cioè una brutta L seguita infine da una I.
- **Profilo a V o a U?** Oggi le due fazioni principali di economisti sono i teorici del profilo a V (ottimisti) e i sostenitori del profilo a U (pessimisti). Questa seconda ipotesi è diventata prevalente. Il motivo è che molti si attendono che carenza di domanda e aumento dei fallimenti ritarderanno la risalita nel 3° trimestre, forse anche nel 4°, rispetto alla meccanica variazione positiva che deriverebbe dalla riapertura istantanea al 100% di tutte le attività. Sia in caso di V che di U, il braccio destro potrebbe risultare più corto (risalita parziale).

## Le previsioni del CSC per l'Italia (Variazioni percentuali)

	2018	2019	2020	2021
Prodotto interno lordo	0,8	0,3	-9,6	5,6
Consumi delle famiglie residenti	0,9	0,4	-9,9	5,7
Investimenti fissi lordi	3,1	1,4	-15,5	9,1
Esportazioni di beni e servizi	2,3	1,2	-14,2	8,4
Importazioni di beni e servizi	3,4	-0,4	-14,5	8,7
Occupazione totale (ULA)	0,8	0,3	-7,6	3,5
Tasso di disoccupazione <sup>1</sup>	10,6	9,9	11,1	11,3
Prezzi al consumo	1,2	0,6	-0,5	0,5
Indebitamento della PA <sup>2</sup>	2,2	1,6	11,1	5,6
Debito della PA <sup>2</sup>	134,8	134,8	150,1	155,4

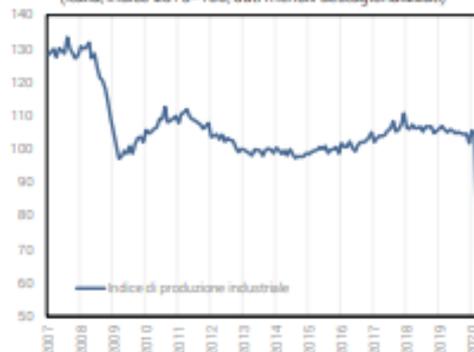
<sup>1</sup> Valori percentuali; <sup>2</sup> valori in percentuale del PIL.

Per il 2021 è esclusa l'attivazione degli aumenti delle aliquote IVA e delle accise sui carburanti.

ULA = unità equivalenti di lavoro a tempo pieno.

Fonte: elaborazioni e stime CSC su dati ISTAT, Banca d'Italia.

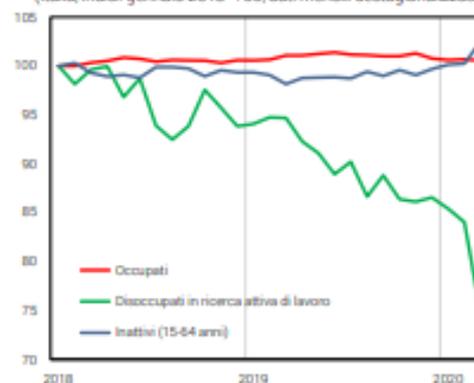
## Il Covid-19 abbatte la produzione in misura senza precedenti (Italia, indice 2015=100, dati mensili destagionalizzati)



## Export: crollo e parziale recupero, in linea con gli scambi mondiali (Italia, beni, dati in volume, variazioni % annue)



## L'occupazione tiene, ma più inattivi e meno in cerca di lavoro (Italia, indici: gennaio 2018=100; dati mensili destagionalizzati)



## Speranze del credito bancario: più volumi già a marzo, tassi minori (Italia, società non finanziarie, dati mensili)



## Tasso sovrano in ascesa e spread di nuovo in ampliamento (Valori %, titoli pubblici a 10 anni, dati giornalieri)



## Esogene della previsione: pesante recessione globale



**Commercio in caduta.** La flessione del PIL mondiale nel 2020 (-4,6%) è aggravata dalle connessioni commerciali, produttive, finanziarie e di investimento tra paesi. Nel 2021 il recupero sarà parziale. Il commercio estero è più colpito (-12% nel 2020), a causa dei limiti ai movimenti di persone, beni e servizi, delle nuove tensioni commerciali USA-Cina e dell'alta incertezza geoeconomica. Inoltre, la successiva risalita sarà frenata dalla debolezza della domanda mondiale e dalle interruzioni nelle catene globali del valore (+7% nel 2021).

**USA in difficoltà.** La pandemia ha colpito duramente, dato il lockdown in numerosi settori, seppur con differenze territoriali. Il CSC ipotizza una forte contrazione del PIL nel 2020 (-7%) e le conseguenze sull'occupazione sono già drammatiche: 20 milioni di persone hanno perso il lavoro ad aprile (14,7% la disoccupazione). Ciò aumenta le pressioni sull'amministrazione per incrementare lo stimolo fiscale, già mastodontico: il deficit potrebbe salire vicino al 20% del PIL.

Le esogene internazionali della previsione  
(Variazioni percentuali)

	2018	2019	2020	2021
Commercio mondiale	3,5	-0,4	-12,0	7,0
PIL - Stati Uniti	2,9	2,3	-7,0	5,0
PIL - Area euro	1,9	1,2	-8,0	4,0
PIL - Paesi emergenti	4,5	3,7	-1,0	5,5
Prezzo del petrolio <sup>1</sup>	72	64	30	45
Cambio dollaro/euro <sup>2</sup>	1,18	1,12	1,10	1,10
Tasso FED effettivo <sup>3</sup>	1,83	2,16	0,35	0,05
Tasso BCE <sup>3</sup>	0,00	0,00	0,00	0,00

<sup>1</sup> Dollari per barile; <sup>2</sup> livelli; <sup>3</sup> valori percentuali.

Fonte: elaborazioni CSC su dati Thomson Reuters, FMI, CPB.



**Eurozona in profondo rosso.** A un 1° semestre caratterizzato da shock ai consumi e all'offerta, farà seguito nel 2° semestre, malgrado la progressiva riapertura delle attività, una carenza di domanda: i consumi per l'impennata dei senza lavoro, gli investimenti per la diffusa incertezza. Perciò, il rimbalzo atteso fino al 2021 non sarà sufficiente a recuperare il livello di PIL del 2019. A conferma di ciò, le aspettative delle famiglie su situazione finanziaria e disoccupazione sono divenute molto negative, con atteso incremento del risparmio.

**Emergenti sotto zero.** Nel 2020 le economie emergenti sono ipotizzate contrarsi (dell'1,0%), per la prima volta da quando viene misurato l'aggregato (1980); la crescita media dal 2000 è stata del +5,6%, con un minimo di +2,8% nel 2009. A pesare quest'anno, oltre al marcato rallentamento di Cina e principali economie asiatiche, sono il crollo del prezzo del petrolio e le limitate capacità di molti paesi nella gestione della crisi sanitaria. L'America Latina potrebbe essere una delle aree dove si produrranno gli effetti più pesanti, con il rischio di deterioramento delle condizioni di finanziamento, fughe di capitali e crisi monetarie.

**Petrolio poco sopra i minimi.** Il prezzo del Brent è a 24 dollari a maggio, dopo i minimi in aprile (19 dollari), per il crollo della domanda a causa dell'epidemia e nonostante l'annuncio di OPEC e altri produttori di un taglio all'estrazione. Lo scenario CSC ipotizza una lenta risalita a 30 dollari in media nel 2020 e a 45 nel 2021.

## Le forme della ripresa: come sarà quella italiana?

**Una lettera per il PIL.** Gli economisti si interrogano su quale forma prenderà, questa volta, la ripresa dell'attività economica in Italia. Le ipotesi sono varie, in parte basate sugli episodi passati. E vengono spesso sintetizzate in una singola lettera dell'alfabeto, che descrive il profilo trimestrale del PIL di un paese.



**Tante possibilità, in teoria.** La rapida ripresa dopo una caduta è definita profilo a V: si tratta del caso migliore. Se invece occorre qualche trimestre prima della risalita, si parla di profilo a U (gradualità). Quando la ripresa non arriva affatto, fenomeni rari nella storia, si tratta di un profilo a L. Quando a una caduta-ripresa segue a stretto giro un'ulteriore episodio di caduta-ripresa si parla di profilo a W. La possibilità peggiore è il profilo a S rovesciata: alla caduta segue una ripresa che conduce però a una nuova caduta. Meglio del profilo a V ci sarebbe solo quello a J, ma ciò presupporrebbe una piccola caduta, quindi non è una "lettera" attuale.



**L'ultimo episodio noto.** Con la precedente recessione, dal 2011, il profilo del PIL in Italia ha assunto una forma a U molto allargata: alla caduta è seguito un periodo di stagnazione di ben 7 trimestri e solo dopo una risalita dell'attività. Potremmo dire che si è trattato di un profilo a LI, cioè una brutta L seguita infine da una I.

**Profilo a V o a U?** Oggi le due fazioni principali di economisti sono i teorici del profilo a V (ottimisti) e i sostenitori del profilo a U (pessimisti). Questa seconda ipotesi è diventata prevalente. Il motivo è che molti si attendono che carenza di domanda e aumento dei fallimenti ritarderanno la risalita nel 3° trimestre, forse anche nel 4°, rispetto alla meccanica variazione positiva che deriverebbe dalla riapertura istantanea al 100% di tutte le attività. Sia in caso di V che di U, il braccio destro potrebbe risultare più corto (risalita parziale).

Direzione S. Manzocchi, coordinamento C. Rapacciuolo, contributi: T. Buccellato, P. Carapella, A. Caruso, A. Fontana, G. Labartino, F. Mazzolari, C. Pensa, M. Pignatti, M. Rodà, L. Scaperrotta, F. G.M. Sica. CSC - Viale dell'Astronomia, 30, Roma - www.confindustria.it - Dati: 15 maggio 2020.

## “La disegualianza è diventata ereditaria”

28 MAGGIO 2020

*Come ha potuto un paese all'avanguardia dei diritti smarrire le sue tradizioni liberali, socialiste e cattoliche? Parla Fabrizio Barca. Che propone: “Patto tra generazioni: 12mila euro a ogni diciottenne”*

Di Simonetta Fiori

Il rapporto sulle disegualianze era già arrivato sulle scrivanie del Mulino, quando è scoppiata la pandemia. «L'abbiamo aggiornato, certo. Ma l'impianto non è cambiato, perché il virus non ha fatto altro che sbatterci in faccia le gravi disparità che affliggono l'Italia e l'Occidente».

Economista di ottimo nome, studi e incarichi in prestigiose università del mondo, Fabrizio Barca ha attraversato ai vertici diverse istituzioni italiane ed europee – Banca d'Italia, i ministeri del Tesoro e dell'Economia, l'Ocse, Palazzo Chigi nella veste di ministro per la coesione territoriale sotto il governo Monti –, coniugando analisi intellettuale e concretezza dell'agire. Da due anni coordina il Forum sulle disegualianze e diversità, l'officina da cui scaturisce quest'ultimo libro *Un futuro più giusto. Rabbia, conflitto e giustizia sociale*, scritto insieme a Patrizia Luongo. Una preziosa “cassetta degli attrezzi” dove alla diagnosi delle molteplici disegualianze s'accompagnano quindici proposte dettagliate per la ripartenza dopo il Covid 19.

**La pandemia ha evidenziato l'ingiustizia sociale che mortifica il Paese.**

«Per noi non è stata una novità scoprire che un quinto della popolazione adulta – circa dieci milioni di persone – non ha risparmi sufficienti per vivere per tre mesi senza reddito. E che in Italia ci sono sei o sette milioni di lavoratori precari o irregolari, quindi non coperti da tutela sociale. E che il sovraffollamento abitativo è tre volte più alto rispetto ai grandi paesi europei. Ci sono esplose davanti agli occhi disegualianze di ogni genere – dalla salute alla scuola – che non possiamo più fingere di non vedere».

**Eppure l'Italia è stata caratterizzata nei tre decenni del dopoguerra da una forte mobilità sociale. Perché dagli anni Ottanta le disegualianze hanno ripreso a crescere?**

«I partiti di massa non sono stati più capaci di favorire l'emancipazione sociale, come era accaduto nel trentennio postbellico quando culture politiche diverse – di ispirazione socialista, cattolica, liberal-azionista – convergevano nel difendere sia i principi dello Stato di diritto e quindi la separazione dei poteri e la libertà individuale sia i principi democratici dell'uguaglianza e della sovranità popolare. L'articolo 3 della Costituzione – che invoca la rimozione degli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona umana – è il frutto di quella formidabile convergenza. A partire dagli anni Ottanta, i partiti progressisti non sono stati più capaci di aggiornare gli impianti culturali sin lì ereditati e sono ricorsi ai tre alibi della “globalizzazione”, della “tecnologia” e della “società liquida” non più rappresentabile. Si sono raccontati che erano fenomeni inevitabili. E hanno rinunciato a incalzare il capitalismo costringendolo a fare del bene, per usare la formula di Branko Milanovi?».

**Il tema delle disegualianze è tuttora periferico nel dibattito pubblico. Due anni fa, inaugurando il Forum, avete riempito un vuoto culturale e politico.**

«Ed è un vuoto paradossale in un Paese che in questo campo è stato all'avanguardia. Cominciata nella prima parte del Novecento da Vilfredo Pareto e Corrado Gini, questa tradizione di studi è stata rinverdata nel dopoguerra da Donato Menichella e Paolo Baffi che nel 1951 produssero la prima indagine sulla distribuzione del reddito. All'epoca solo gli americani furono capaci di indagini statistiche di quel genere.

Ma poi questa tradizione non è entrata nell'analisi economica dominante, permeata dal pensiero neoliberista anglosassone per il quale l'impresa produce di per sé benessere: che senso ha occuparsi della distribuzione del reddito se con la crescita tutto s'aggiusta? E ancora oggi le diseguaglianze non sono un tema *à la page*, con il quale si sale in cattedra o si pubblicano i *papers* nelle riviste che contano».

### **Qual è stata la spinta che vi ha indotto a metterle al centro del Forum?**

«Osservare con preoccupazione la rabbia crescente degli italiani, una sfiducia radicata che può tradursi in una deriva autoritaria. Così abbiamo messo insieme pezzi importanti della cittadinanza attiva con settori della ricerca accademica, ispirata dai principi di Anthony Atkinson».

### **Se dovessimo tradurre in teoria politica le vostre proposte, è corretto inscrivere in un filone liberalsocialista?**

«Sicuramente esiste questa componente culturale, alla quale però aggiungerei l'anima cattolico-democratica: è quasi più forte il loro contributo rispetto a quello di chi viene dal mio mondo – marxista – o dalla cultura liberale. È come se ci fossimo ritrovati intorno a quell'articolo 3 della Costituzione che fu difeso dalle nostre diverse famiglie politiche».

### **Tra tutte le diseguaglianze analizzate nel suo lavoro, colpisce l'ingiustizia che affligge i più giovani: oggi lo status dei genitori ha un'influenza sui figli assai maggiore di quanto non fosse per le generazioni nate tra la metà degli anni Cinquanta e i Settanta del secolo scorso.**

«Siamo il Paese europeo con la più alta percentuale di diseguaglianza ascrivibile a fattori ereditari: svantaggi famigliari di istruzione e ricchezza si combinano nel tagliare le gambe ai ragazzi meritevoli. Un solo dato: se si nasce nel venti per cento meno ricco della popolazione si ha tre volte di più la possibilità di rimanerci rispetto a chi nasce nel venti per cento più ricco».

### **Cosa proponete per risolvere questo divario?**

«Anche a parità di istruzione, la differenza viene fatta dai mezzi finanziari della famiglia. Così proponiamo "un'eredità universale" di dodicimila euro per tutti coloro che compiono diciotto anni. Come finanziarla? In larga parte con un prelievo sui patrimoni ereditati nel corso della vita, con una progressione considerevole oltre il milione di euro: non vogliamo infastidire i piccoli risparmiatori, già oberati da imposte elevate. Il progetto dovrebbe partire nel 2024: pensi come cambierebbe oggi, nel pieno della crisi post Covid 19, la prospettiva di un adolescente che sa di poter contare tra pochi anni in una discreta somma da investire in una piccola impresa, in un'università, in un viaggio di istruzione».

### **Per superare crescenti disparità, voi proponete anche un modo diverso di valutare le università.**

«Oggi molte università italiane sostengono progetti mirati a una maggiore giustizia sociale, ma questo lavoro viene riconosciuto solo in termini di rendimento monetario, non sulla base di altri risultati come l'apprendimento e la partecipazione, il benessere sociale, la salute, l'ambiente. Bisogna dunque ripensare radicalmente i metodi di valutazione delle università, favorendo anche un rapporto più stretto tra accademia e società civile. Anche questo aiuterebbe a risolvere una crisi generazionale che è tra le più gravi in Europa».

### **Il libro**

*Un futuro più giusto* di Fabrizio Barca e Patrizia Luongo (il Mulino, pagg. 280, euro 16)

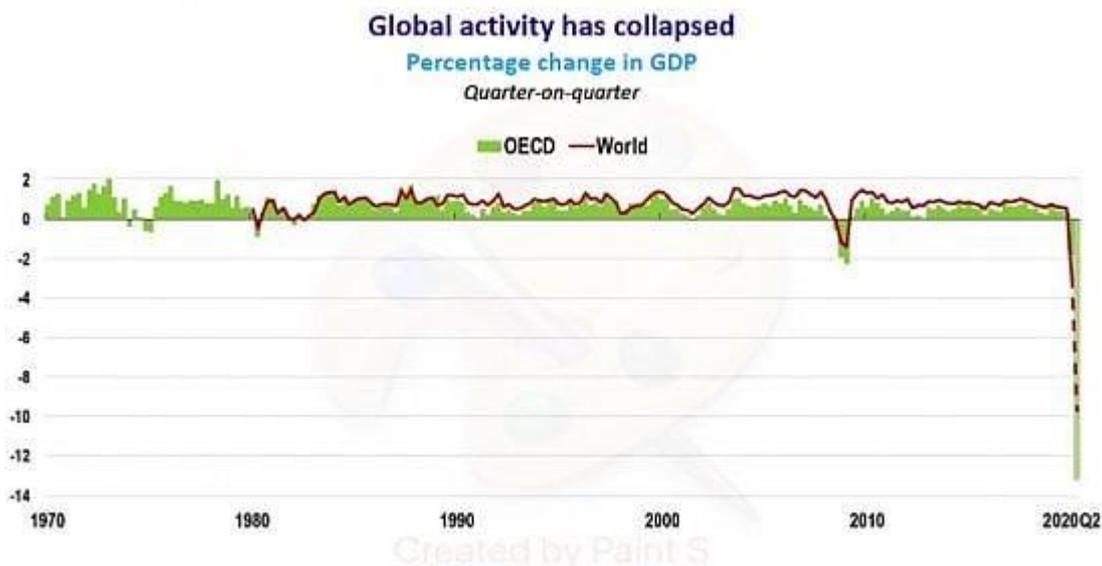


## Ocse, per Pil italiano crollo fino al 14% se il Covid tornasse a colpire

*Le previsioni aggiornate dell'Organizzazione parigina vedono una contrazione almeno dell'11,3%, se la pandemia resterà sotto controllo. La crisi aumenterà le diseguaglianze tra Paesi e tra lavoratori. Duro contraccolpo sul lavoro, urge riqualificare*

Il Pil italiano crollerà dell'11,3% nel corso del 2020, livello paragonabile a quello di Francia, Spagna e Regno Unito. Ma potrebbe andar peggio, se il Covid dovesse tornare a mordere in autunno costringendo a nuove chiusure. In questo sciagurato scenario, la contrazione arriverebbe al 14%.

Sono le previsioni pubblicate dall'**Ocse**, che nel suo nuovo *outlook* economico sconta a pieno la devastazione economica del coronavirus, la "*peggior crisi dalla Seconda guerra mondiale*" capace di portare devastazione per la salute, il benessere e il lavoro delle persone, e di creare una incertezza senza precedenti. Uno sconvolgimento che ha portato conseguenza economiche "*tragiche*" ovunque, con una ripresa che "*sarà lenta*" e una crisi che avrà "*effetti duraturi*" con un peso maggiore sulle fasce di popolazione più vulnerabili. Un evento che detta delle nuove priorità nell'agenda delle politiche economiche e non solo, a partire dalla necessità di cooperare per trovare un vaccino per arrivare alla creazione di percorsi di riqualificazione dei lavoratori in cerca di nuove occupazioni, garantendo una rete di protezione alle persone che rischiano di restare ai margini della società.



Nel suo articolo che introduce il rapporto, il capoeconomista Ocse - Laurence Boone - non dimentica di annotare come tutto questo sarebbe potuto essere anche peggio, senza il sacrificio dei sanitari che hanno messo a rischio le loro stesse vite per contenere il virus. Davanti a chiusure che hanno ridotto l'attività economica del 20-30% in molti Paesi, l'Ocse riconosce che i governi hanno risposto in fretta e con strumenti anche innovativi. Anche le Banche centrali hanno fatto il loro dovere, con iniziative forti e prese rapidamente.

Resta una crisi (entro la fine del 2021 la perdita di reddito sarà la maggiore mai vista nelle recessioni dell'ultimo secolo ad esclusione dei tempi di guerra) che aumenterà le diseguaglianze: sia tra Paesi (più e meno colpiti dal virus; più e meno preparati dal punto di vista sanitario; più o meno abili fiscalmente a rispondere) sia tra lavoratori di uno stesso sistema (solitamente quelli più qualificati sono riusciti a proseguire nelle loro attività

con lo *smart working*, gli altri sono rimasti tagliati fuori dall'attività economica). Siamo di fronte a un cambio di paradigma: dalla "*grande integrazione*" alla "*grande frammentazione*".

Di fronte a queste incertezze, l'Ocse ha prodotto due set di stime. Le prime immaginando di tenere il Covid sotto controllo fino al vaccino, le seconde immaginando una ripresa dei contagi nella fase finale dell'anno. Si tratta ovviamente di esercizi assai difficili, buoni per capire in che range di possibilità ci si muove.

Per l'Italia tutto ciò si traduce in un rischio di crollo del Pil del 14% quest'anno, nello scenario peggiore, con un rimbalzo del 5,3% il prossimo. Diversamente, la dinamica sarebbe -11,3% seguita da +7,7%. "Se la produzione industriale si riavvierà rapidamente con l'abbandono delle chiusure, il turismo e molti servizi legati ai consumatori ripartiranno più lentamente, con effetti negativi sulla domanda". In entrambi gli scenari, fino alla fine del 2021 l'*output* italiano sarà sotto i livelli ante-Covid.

E anche l'occupazione ne soffrirà: nel caso del ritorno di Covid la previsione è di un ritorno della disoccupazione in doppia cifra al 10,7% quest'anno e ancora più su all'11,9% il prossimo. Il debito, in questo caso, arriverebbe a sfiorare il 170% del Pil secondo i parametri europei.

Un punto, quello del debito, su cui è intervenuto direttamente il segretario generale Miguel Angel Gurría: "*Non è il momento di applicare le regole strettamente alla lettera. Oggi non dobbiamo focalizzarci sulle regole come quella del 3% dell'Unione europea... Oggi dobbiamo impiegare tutte le risorse che abbiamo, non bisogna lasciare nulla da parte, per combattere il virus, per vincere questa guerra contro il nemico*", ha detto rispondendo a una domanda sull'aumento del debito legato alle spese sostenute dall'Italia per fronteggiare la crisi.

L'Ocse riconosce che l'Italia ha risposto "rapidamente" all'emergere del virus ma il Covid rischia di esser un duro colpo sull'inclusività della crescita. Le misure adottate sono appropriate, ma dovrebbero affiancarsi a una rinnovata spinta per un ambizioso programma di riforme strutturali, dicono da Parigi. Per le attività economiche e i lavoratori si suggerisce di supportare i programmi di riqualificazione e il sostegno agli investimenti, in particolare guidando una transizione verso i settori che garantiscono le migliori prospettive.

Il Reddito di cittadinanza è da potenziare per evitare l'aumento della povertà e supportare la domanda. Anche guardando alle banche, l'Ocse suggerisce al governo di star pronto - in caso di crescita dei crediti deteriorati - a rinforzare il programma di garanzie statali (GACS) a supporto delle cartolarizzazioni bancarie. Nel menu non mancano l'annosa questione della complessità amministrativa, il miglioramento dell'efficacia del sistema legale e la riduzione del costo del lavoro oltre al rinnovo delle infrastrutture che invecchiano e l'adozione delle tecnologie digitali per aumentare la competitività.