**Covid-19, comunicazione del Presidente Bardi in Consiglio regionale**

La pandemia da SARS-CoV-2 ha avuto, dal punto di vista dell’assistenza sanitaria, una evoluzione significativa nel corso del tempo.

In particolare, la prima fase dell’epidemia è stata caratterizzata da una pressione importante sulle terapie intensive di tutte le strutture ospedaliere, che ha portato al collasso del Sistema Sanitario in molte Regioni: il ricovero in detti reparti rappresentava mediamente il 2,5% dei positivi. Per comprendere la rilevanza del dato, basti pensare che se tale incidenza si fosse confermata anche nell’attuale fase dell’epidemia, allo stato ci sarebbero in terapia intensiva ben 20.000 pazienti a livello nazionale, contro i 3.800 reali, e 129 in Basilicata, a fronte dei 23 effettivamente presenti.

In ragione di tale impatto, la Regione Basilicata ha inteso affrontare l’emergenza pandemica intercettando sul territorio regionale il massimo numero possibile di positivi, al fine di ridurre la pressione su quegli ospedali che, già da anni, hanno subito una forte riduzione dei posti letto, come sarà dettagliato nel prosieguo.

La circostanza è dimostrata -tra l’altro- dall’incidenza dei positivi sul numero di tamponi effettuati, tra i più bassi d’Italia, nonché dal numero di casi positivi individuati con attività di screening, aggiuntiva rispetto al tracciamento dei contatti, pari al considerevole 68% del totale.

Dopo una prima fase emergenziale gestita e riconosciuta come una delle migliori d’Italia, la Regione Basilicata tra le prime regioni, in ottemperanza alle specifiche disposizioni Ministeriali, produce i Programmi Operativi Regionali riguardanti l’assistenza territoriale e l’assistenza ospedaliera e li approva con le Deliberazioni:

* Delibera di Giunta Regionale n 434 del 2/07/2020 avente ad oggetto art. 1 del DL 19 maggio 2020 – n. 34 – G.U. n. 128 del 19/05/2020 – Approvazione del programma operativo regionale in materia di assistenza territoriale;
* Delibera di Giunta Regionale n 437 del 2/07/2020 avente ad oggetto Art. 2 del D.L. 19 maggio 2020 – Potenziamento della rete ospedaliera della Basilicata per emergenza COVID-19 G.U. n. 128 del 19/05/2020 – Approvazione del programma operativo regionale;
* Delibera di Giunta Regionale n. 611 del 10 settembre 2020 avente ad oggetto DGR 437 del 2 luglio 2020 – Art. 2 del D.L. 19 maggio 2020 – Potenziamento della rete ospedaliera della Basilicata per emergenza COVID – 19 G.U. n. 128 del 19/05/2020 – Approvazione del programma operativo regionale – modifiche ed integrazioni
* Delibera di Giunta Regionale n. 612 del 10/09/2020 - DGR N. 434 DEL 2 LUGLIO 2020 - ART. 1 DEL D.L.19 MAGGIO 2020 N. 34 - G.U. N. 128 DEL 19.5.2020 - APPROVAZIONE DEL PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE IN MATERIA DI ASSISTENZA TERRITORIALE - MODIFICHE ED INTEGRAZIONI.

**Attuazione D.L. 34/2020 (legge di conversione 77/2020) art. 1**

Con **la DGR 434 del 2 luglio 2020, successivamente modificata, per correzione di un errore materiale, con al DGR 612 del 10 settembre 2020,** è stato approvato il programma operativo regionale in materia di assistenza territoriale dal titolo “*convivere con il VIRUS e contenerlo - indirizzi strategici per la fase 2*” basata su tre livelli progettuali di cui **si riportano alcuni elementi desunti dal programma allegato alla DGR 434/2020**

* Testare – Testing,
* Tracciamento – Tracing,
* Trattamento – Treating.

**Testare – Testing**

**Il programma regionale ha previsto la numerosità di tamponi da eseguire giornalmente, a chi farlo e come farlo e come e dove esaminare i test, secondo le indicazioni dell’European Control Disease Center (ECDC), che prevede l’effettuazione di 250 tamponi giornalieri ogni 100.000 abitanti**.

Sono stati individuati i laboratori per l’analisi dei tamponi effettuati **in regime di sorveglianza epidemiologica**, tre centri HUB e uno spoke:

* Potenza – Azienda Ospedaliera “San Carlo”
* Matera – Ospedale “Madonna delle Grazie”
* Chiaromonte – Ospedale Distrettuale
* Venosa – Ospedale Distrettuale

e i laboratori per l’analisi dei tamponi **non legati all’attività di sorveglianza epidemiologica**: due centri HUB e cinque spoke negli ospedali attualmente sede di pronto soccorso e destinati ai ricoveri ospedalieri:

* Potenza – Azienda Ospedaliera “San Carlo” – Centro HUB
* Matera – Ospedale “Madonna delle Grazie” – Centro HUB
* Presidi ospedalieri di Melfi, Lagonegro, Villa d’Agri, Policoro, IRCCS Crob di Rionero in V.- Centri spoke

Sono stati realizzati, inoltre, laboratori dedicati ai Pronto Soccorso di tutti i Presidi per l’effettuazione dei tamponi preventivi rispetto al ricovero, capaci di garantire l’accesso in sicurezza all’ospedale.

**Tracciare - Tracing**

Il tracciamento dei contatti (contact tracing) rappresenta sicuramente una delle miglior risposte per contenere la diffusione del virus, infatti la mappatura dei contatti di un positivo al SARS-COV-2, anche se asintomatico, consente l’individuazione di soggetti venuti a contatto con il medesimo soggetto e quindi evitare la diffusione del contagio.

Per tal motivo è prevista la istituzione dei **Smart Tracking Teams** (team per il tracciamento intelligente), uno per ogni azienda territoriale, che hanno l’unico compito di rintracciare immediatamente, per i soggetti positivi al tampone, tutti i contatti stretti e secondari degli ultimi 7 giorni permettendo, alle Unità Territoriali (Testing Unit), il reclutamento di tutti i soggetti su cui effettuare il tampone per il test molecolare, previsto per realizzare la sorveglianza epidemiologica, e da sottoporre alle eventuali procedure di isolamento.

Esclusivamente per tale attività sono stati coinvolti, tra già strutturati e nuovi assunti, 55 operatori sanitari, cui si aggiungono -quale supporto- altri 102 operatori solitamente impiegati nelle attività di sorveglianza attiva attraverso le Unità Speciali Covid19.

**Trattare –** **Treating**

### *Unità U.S.Covid (D.L. n. 34, Art. 1, Comma 6)*

La Regione Basilicata già in data 25/03/2020 con nota n. 49653/13A2 aveva istituito 10 Unità Speciali (U.S.Covid), 7 afferenti all’Azienda Sanitaria di Potenza e 4 afferenti all’Azienda Sanitaria di Matera.

### *Isolamento (D.L. n. 34, Art. 1, Commi 2 e 3)*

Per tutti i positivi al tampone, nel caso non possa essere garantito un isolamento domiciliare in sicurezza, viene offerta la possibilità dell’isolamento in una struttura messa a disposizione dall’Azienda Sanitaria/Comune tipo albergo-residenza/contumaciale-sanitario. Ad oggi sono disponibili e da contrattualizzare da parte delle Aziende Sanitarie territoriali n. 9 strutture, per un totale di 119 camere sulla provincia di Potenza e 157 sulla provincia di Matera.

Tali strutture si possono utilizzare anche per ospitare pazienti clinicamente guariti ma ancora non negativi al tampone.

### *ADI (D.L. n. 34, Art. 1, Comma 4)*

Le Aziende sanitarie territoriali incrementano ed indirizzano le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare ADI con la finalità di:

* assicurare le accresciute attività di monitoraggio e assistenza connesse all’emergenza epidemiologica;
* garantire il massimo livello di assistenza in favore dei pazienti in isolamento domiciliare o quarantenati, identificati attraverso le attività di monitoraggio;
* rafforzare i servizi di assistenza domiciliare per tutti i soggetti fragili le cui condizioni risultano aggravate dall’emergenza in corso, ovvero per i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, bisognosi di cure palliative/terapia del dolore e in generale per le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del Capo IV del D.p.c.m. 12 gennaio 2017.

### *Infermiere di famiglia/comunità (D.L. n. 34, Art. 1, Comma 5)*

Reclutamento personale infermieristico e introduzione dell’Infermiere di famiglia o di comunità

Le Aziende territoriali possono utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore **a 8 infermieri ogni 50.000 abitanti**. Dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del SSN possono assumere a tempo indeterminato infermieri, in numero non superiore a 8 unità ogni 50.000 abitanti nei limiti di spesa assegnate ai sensi del D.L. 34/2020 coincidenti con le risorse stanziate per le rispettive aziende per l’intervento.

A riguardo sarà presentato nei prossimi giorni un apposito disegno di legge.

### *Farmacie*

**In questa battaglia estenuante contro un nemico ancora poco conosciuto e spesso senza armi adeguate per combatterlo, ci sono dei soldati silenziosi che con dedizione e abnegazione svolgono il loro lavoro come una missione: sono i farmacisti, titolari e collaboratori. A loro e al loro operato va il mio affettuoso grazie. Grazie alla loro presenza costante e capillare sul territorio, la regione ha potuto demandare alla farmacia territoriale anche la dispensazione di farmaci prima ospedalieri. In questo modo rispondiamo alle necessità di rendere più accessibile un servizio essenziale per pazienti che necessitano di cure importanti, specie in un momento in cui evitare spostamenti e assembramenti può fare davvero la differenza contro questo virus.**

### *Assunzione di assistenti sociali ai fini della valutazione multidimensionale (D.L. n. 34, Art. 1, Comma 7)*

Dal 15 maggio al 31 dicembre 2020, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono conferire incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a professionisti del profilo di assistente sociale, regolarmente iscritti all’albo professionale. Gli incarichi sono conferiti affinché gli assistenti sociali supportino le Unità speciali di continuità assistenziale (U.S.Covid) nella valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e nell'integrazione con i servizi sociali e socio sanitari territoriali. Gli incarichi possono essere conferiti in numero non superiore ad un assistente sociale ogni due Unità, per un monte ore settimanale massimo di 24 ore. Il conferimento di tali incarichi avviene in deroga alla normativa vigente (di cui all’art. 7 del D.Lgs. 165/2001).

L’assunzione di tale particolare categoria di lavoratori è stata prevista ma non ancora attuata.

### *Centrali operative regionali (D.L. n. 34, Art. 1, Comma 8)*

Per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, così come implementate nei piani, le Aziende sanitarie territoriali provvedono all’attivazione di Centrali Operative, una per azienda, ovvero per provincia che svolgono le funzioni di raccordo fra i servizi territoriali e il sistema di emergenza-urgenza. Tali centrali, che fungono anche da raccordo con il sistema di emergenza urgenza, sono poste in maniera centralizzata nell’ambito del servizio ADI aziendale che dispone già dei supporti di flusso informatico e dei sistemi di valutazione, rafforzando quindi la capacità di governo delle interazioni tra i servizi per la corretta presa in carico dei pazienti in sede territoriale e per garantirne omogeneità di percorsi. Permetteranno la valutazione e la presa in carico dei pazienti fragili dimissibili dai presidi ospedalieri per la appropriata assegnazione ai servizi di prossimità o alle varie forme di residenzialità per il soddisfacimento dei fabbisogni assistenziali.

Le Centrali utilizzano anche strumenti informatici e di telemedicina, finalizzati *al controllo in remoto.*

###

### *Trasporti dedicati (**D.L. n. 34, Art. 2, Comma 5)*

L’azienda ASP titolare per i trasporti su base regionale del servizio emergenza urgenza 118 deve implementare i mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari per i pazienti Covid-19, per le dimissioni protette e per i trasporti interospedalieri per pazienti non affetti da Covid-19.

Le somme a disposizione della Regione per le azioni, di cui abbiamo fin qui discusso, per la realizzazione delle azioni di cui al programma regionale approvato con la DGR 434/2020 come modificata ed integrata con la DGR 612/2020 in riferimento alle previsioni di cui all’art.1 del D.L. 34/2020 sono state iscritte nel bilancio regionale - **CAP U48056 – 0741.05** per le annualità 2020 e 2021e successivamente ripartite con provvedimento amministrativo tra le aziende del SSR

**Attuazione D.L. 34/2020 (legge di conversione 77/2020) art. 2**

Al fine di una compiuta argomentazione concernente la gestione dell’emergenza sanitaria in corso è necessario dare avvio ad una analisi sistemica ed organica riguardante ogni questione ad essa connessa partendo, doverosamente, da una fotografia dell’offerta dei posti letto “ex ante” pandemia a livello comunitario, a livello nazionale ed infine a livello di SSR:

 

È pacifico che la situazione fotografata, derivata da tutte le precedenti politiche adottate in tema di programmazione sanitaria ad ogni livello di governo, sia stata inequivocabilmente penalizzante per l’Italia in primis ed in particolar modo per la Basilicata.

In tale contesto sanitario, caratterizzato da sostanziali criticità sommatesi nel tempo le une alle altre, si insedia il nuovo Governo Regionale che senza aver avuto il tempo materiale di incidere per programmazione ad affrontare una pandemia a livello mondiale.

L’iniziale pressione sugli ospedali ha spinto ad adottare un piano nazionale di intervento finalizzato ad implementare i posti letto di terapia intensiva, con acquisizione di ventilatori e creazione di postazioni in numero sufficiente a far fronte ad una seconda potenziale ondata, nonché ad ampliare i posti letto ordinari destinati all’assistenza a pazienti SARS-CoV-2.

Al contrario, grazie alla sensibile riduzione dell’età media degli individui contagiati (47 anni contro i 60 anni della prima fase) e alla maggiore capacità di assistenza domiciliare, il tasso di ricovero in terapia intensiva si è oggi sensibilmente ridotto, portandosi allo 0,5-0,6% dell’intero numero di positivi, con la conseguenza che tale segmento dell’assistenza sanitaria appare allo stato sufficiente a fronteggiare l’emergenza.

In maniera del tutto analoga si è ridotto l’intero ricorso all’assistenza ospedaliera da parte di pazienti positivi al SARS-CoV-2, portandosi la relativa incidenza percentuale dallo 20-25% dei positivi nella prima fase al 5% dell’attuale momento pandemico.

Tuttavia, l’attuale fase dell’epidemia è contraddistinta da un numero di contagiati 18 volte superiore a quello della prima fase, ben superiore a quanto ipotizzabile, con la conseguente ospedalizzazione di pazienti positivi al SARS-CoV-2 in ragione di circa il 3,5% del totale, di cui lo 0,45% in terapia intensiva.



Mentre nella prima fase la risposta drastica del lockdown ha bloccato l’espansione dell’epidemia, attualmente i contagi continuano ad aumentare quotidianamente. In particolare, nelle ultime due settimane l’incremento di positivi, inteso come differenza tra nuovi contagi e guarigioni, è stato di assoluto rilievo, mediamente pari a 170 unità al giorno.



Tale numero di positivi ha comportato e, finché la curva non piegherà, comporterà un numero di ricoveri a livello regionale pari ad 8-10 unità al giorno.

Secondo il Piano di Emergenza regionale, la fase acuta ricade nella competenza dei due ospedali maggiori della Regione Basilicata – l’Ospedale San Carlo di Potenza e l’Ospedale Madonna della Grazie di Matera – unici ad avere le professionalità specifiche per il trattamento della patologia (infettivologi, pneumologi e rianimatori). L’Ospedale San Carlo di Potenza e il Madonna del Grazie di Matera sono stati pertanto individuati come **ospedali covid** in relazione alla maggiore elasticità produttiva oltre al fatto di essere sedi di DEA rispettivamente di II e I livello ed essere dotati dei reparti Malattie infettive ( cod. 24) e pneumologia( cod 68)

In tali strutture sono stati attivati, pertanto, i seguenti reparti per l’Ospedale San Carlo:

* Malattie Infettive;
* Pneumologia Covid;
* OBI Covid;
* Terapia Intensiva Covid, con moduli attivabili all’occorrenza;

e per l’Ospedale Madonna delle Grazie:

* Malattie Infettive;
* Pneumologia Covid;
* Terapia Intensiva Covid.

Occorre precisare, per rispondere a chi ritiene che sarebbe stato necessario individuare un intero fabbricato da dedicare ai pazienti Covid, che ciò non sarebbe stato possibile per due ordini di motivi. Innanzi tutto non sarebbe stato possibile, evidentemente, ubicare in detto padiglione strutture sanitarie quali la terapia intensiva o l’OBI Covid gestito in continuità con il Pronto Soccorso. Inoltre, nella individuazione degli spazi da destinare all’assistenza a pazienti positivi è stato necessario tener conto delle condizioni impiantistiche, ricercando quelle aree passibili di realizzare un differenziale di pressione tra degenze e zone esterne alle stesse.

Come ogni patologia, anche l’epidemia da SARS-CoV-2 presenta nei pazienti livelli di gravità differenziata, dovendosi distinguere una fase acuta da una non acuta o post- acuta. Pertanto, il sistema dell’assistenza ospedaliera si completa con le strutture territoriali destinate alla fase non acuta: l’Ospedale di Stigliano e l’Ospedale di Venosa, già attivati rispettivamente con 30 e 38 (ampliabili fino a 100) posti letto, nonché l’Ospedale di Chiaromonte e l’Ospedale di Maratea, attivabili all’occorrenza per 30 posti letto ciascuno.

Il sistema ospedaliero intercetta i pazienti Covid con tutta la rete dell’Emergenza, costituita dai Pronto Soccorso degli Ospedali di Potenza, Matera, Lagonegro, Melfi, Villa D’Agri e Policoro. Il paziente con sintomi, pertanto, viene accettato da un qualsiasi Pronto Soccorso, visitato, sottoposto a tampone per la diagnosi da Covid19, ospitato in un’area contumaciale e, infine, indirizzato alla struttura di ricovero idonea sulla base delle condizioni cliniche (acute o non acute).

Il programma regionale di potenziamento dei posti letto ospedalieri è stato adottato con la DGR 347 del 2 luglio 2020, successivamente modificata ed integrata dalla DGR 611 del 10 settembre 2020. I programi sono stati sottoposti al vaglio ministeriale che li ha approvati e successivamente sono sati inviati, secondo le modalità richieste, alla struttura commissariale per l’emergenza COVID che ha il compito di individuare i fornitori e definire gli accordi quadro che le aziende sanitarie, in qualità di soggetti attuatori devono sviluppare.

Secondo le indicazioni ministeriali l’incremento dei posti letto in Regione avrebbe dovuto essere pari al 100% per le terapie sub-intensive e al 60% per le terapie intensive. In verità, anche a causa della consistenza pandemica, i posti letto realizzati e in realizzazione sono ben superiori a tali valori.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **esistenti** | **In realizzazione** | **Disponibili** | **occupati** |
| **San Carlo**  | 83 | 28 | 4 | 79 |
| **Madonna delle Grazie**  | 74 | 34 | 3 | 71 |
| **Venosa** | 104 | = | 90 | 14 |
| **Stigliano** | 30 | = | 19 | 11 |
| **Chiaromonte** | = | 30 |  |  |
| **Maratea** | = | 30 |  |  |

**Terapie Intensive**: San Carlo

PL disponibili 32

PL occupati 11

 Madonna delle Grazie

PL disponibili 15

PL occupati 8

Di seguito si sintetizzano i contenuti dei programmi aziendali approvati ed attuati finalizzati **all’incremento strutturale dei posti letto di terapia intensiva** e alla trasformazione di posti letto esistenti in posti letto di terapia semintensiva, oltre differenziare gli accessi al posto soccorso:

**AOR San Carlo**

L’Ospedale San Carlo di Potenza DEA di II livello con Terapia intensiva e UU.O.C. di Malattie infettive, Pneumologia, P.S, Medicina d’urgenza e OBI, già nella fase emergenziale **ha già creato una funzione di pre-triage con suddivisione del P.S. in due aree di processazione dei pazienti**, l’una per sospetti COVID e l’altra per non sospetti anche con attrezzature radiologiche dedicate ai due differenti percorsi e specifici posti letto OBI.

L’Azienda ha già proceduto alla **creazione di spazi dedicati rinvenienti dalla conversione di un’area inizialmente dedicata all’attività chirurgica di bassa complessità (ambulatoriale e day surgery) riqualificata in terapia intensiva per pazienti COVID o altre emergenze epidemiologiche. Ha proceduto altresì alla strutturazione definitiva e alla riqualificazione di ben oltre i 26 posti letto di terapia sub-intensiva originariamente previsti.**

**ASM**

Per **l’ospedale Madonna delle Grazie di Matera,**  la realizzazione **di ulteriori** **11 posti di T.I.** ha portato la dotazione **complessiva a 19 posti letto** la cui allocazione è avvenuta all’interno del reparto esistente mediante lavori edili che interesseranno circa 264 mq totali.

La **riconversione di n. 14 posti letto dell’area destinata a sub intensiva**, è garantita mediante l’esecuzione di opere edili che connettono l’area attualmente destinata a medicina d’urgenza con l’attigua area attualmente destinata al reparto di SPDC.

Inoltre per poter garantire quanto richiesto in merito alla realizzazione e consolidamento della separazione dei percorsi dei pazienti Covid, i suddetti lavori sono affiancati da ulteriori opere accessorie per **garantire separati accessi al P.S.**

Per la funzionalità e la piena utilizzabilità di tali posti letto sono stati previsti anche **ammodernamenti impiantistici e l’acquisto di ulteriori apparecchiature elettromedicali.**

Risulta inoltre potenziata la rete dell’emergenza territoriale in termini **di trasporto inter ospedaliero per pazienti non COVID.**

**ASP**

All’ASP è attestata la gestione unitaria della rete dell’emergenza urgenza 118; il programma aziendale pertanto è focalizzato **sull’incremento della dotazione del parco ambulanze** con numero 3 mezzi dedicati ai trasporti secondari COVID alle dimissioni protette, interospedalieri con il relativo personale.

La dislocazione di tali mezzi sul territorio regionale, in maniera baricentrica sul territorio, anche in relazione alla numerosità della popolazione residente ne assegna **2 per la provincia di Potenza ed 1 per la provincia di Matera.**

Va detto, per completezza, che sempre più frequenti sono gli accessi ai Pronto Soccorso di pazienti che presentano una fase acuta di patologia differente dal Covid e che poi, incidentalmente, si ritrovano positivi a seguito del tampone effettuato. Per tali pazienti deve, ovviamente, essere garantito lo stesso livello di assistenza assicurato a tutti i cittadini, con la conseguenza che i Presidi Ospedalieri sede di Pronto Soccorso Attivo sono tenuti ad intervenire in caso di ‘vita a rischio’, operando con tutti i dispositivi di protezione individuale e con tutte le precauzioni. In tale ottica si inserisce la recente disposizione dell’AOR San Carlo di individuare un ambiente dedicato in ogni reparto, utile anche ad ospitare prudenzialmente pazienti appena ricoverati con tampone negativo, ma per i quali non può escludersi una positivizzazione.

Il sistema dell’accoglienza dei positivi al SARS-CoV-2 si completa con la disponibilità di strutture alberghiere e similari, individuate mediante interpello effettuato dalla Protezione Civile regionale, destinate ad ospitare asintomatici autosufficienti che non riescano a garantire diversamente l’isolamento domiciliare, da sottoporre a sorveglianza sanitaria identica a quella prevista presso il domicilio dei pazienti in quarantena.

**Classificazione di Rischio per le Regioni mediante Indicatori**

La classificazione delle Regioni da parte del Ministero della Salute in tre fasce di gravità della pandemia – gialla, arancione e rossa – è frutto dell’analisi di ben 21 parametri, finalizzati a valutare aspetti differenti della gestione dell’emergenza.

I primi 4 indicatori valutano la *Capacità di monitoraggio* dell’epidemia, intesa come completezza dei dati in riferimento ai positivi, ai pazienti sintomatici, ai pazienti ricoverati in terapia intensiva o in altri reparti. Per tutti detti parametri la Regione Basilicata è caratterizzata da valori superiori alla soglia prevista, a dimostrazione della correttezza delle gestione dei dati.

Altri 6 indicatori segnalano la *Capacità di accertamento diagnostico, di indagine e di gestione contatti* e monitorano:

1. la percentuale dei casi positivi rispetto ai tamponi effettuati;
2. il tempo intercorrente tra la comparsa dei sintomi e la diagnosi di Covid mediante processazione del tampone;
3. il tempo intercorrente tra la comparsa dei sintomi e la data dell’isolamento del caso positivo;
4. il numero di persone destinate al tracciamento dei contatti dei casi positivi;
5. il numero di persone destinate all’effettuazione dei tamponi e al monitoraggio dei pazienti positivi in isolamento domiciliare;
6. l’effettuazione di indagine epidemiologica con il tracciamento dei contatti stretti.

Anche per tale aspetto la Regione Basilicata fa segnalare valori rispettosi delle soglie previste, ad esclusione della percentuale di positivi sui tamponi effettuati, seppur non per il valore assunto -come si spiegherà appresso- ma per il trend in crescita dal Report 26 (settimana 2-8 novembre) al Report 27 (periodo 9-15 novembre).

Il Livello di rischio percepito e la Presenza di Zone Rosse sono rilevati con 2 indicatori, dei quali il primo consente alle Regioni di richiedere espressamente la classificazione quale area rossa.

Infine, 9 indicatori indicano la *Stabilità di trasmissione e tenuta dei servizi sanitari* e misurano sostanzialmente l’incremento dei casi da una settimana all’altra, nonché il tasso di occupazione dei posti di terapia intensiva e sub-intensiva.

Le criticità in tale sezione di monitoraggio si concentrano nel valore del parametro Rt che, anche se in calo, è tuttora superiore ad 1 (1,46 nel Report 27), nell’incremento di focolai attivi e nel superamento del 30% dei posti letto di terapia intensiva (33% nel Report 27).

Il valore assunto dall’indicatore Rt – che rappresenta il numero medio di contagiati da parte di ciascun positivo e che, quindi, indica un’epidemia in espansione laddove maggiore di 1 – è influenzato dal numero di tamponi effettuato. Quanto maggiore è il numero di tamponi effettuati e, quindi, di positivi individuati – elemento ovviamente positivo per bloccare l’avanzamento dell’epidemia – tanto maggiore risulterà l’Rt; paradossalmente, se non si effettuassero tamponi risulterebbero quali positivi soltanto i casi più gravi che ricorrono all’assistenza ospedaliera, con conseguente valore irrisorio del parametro Rt.

Orbene, non tutte le Regioni estendono nella stessa misura l’indagine mediante tamponi rinofaringei. Il dato complessivo al 21 novembre evidenzia che la Regione Basilicata, pur a fronte dell’importante incremento di positivi, ha effettuato un numero di tamponi per positivo tra i più alti di Italia, proprio per la scelta strategica effettuata nel mese di luglio attraverso il piano 3T di estendere al massimo l’effettuazione di tamponi a coorti specifiche di popolazione, tra cui personale sanitario, strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali.

Tutto ciò conduce, evidentemente, ad intercettare un numero di asintomatici o paucisintomatici percentualmente più elevato rispetto a molte altre Regioni, con conseguente aumento dell’indicatore Rt, ma anche ad interrompere prima la diffusione del contagio.