

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

5° *"Instant Report COVID-19"* di ALTEMS  
(dati aggiornati al 28.04.2020)

### Executive Summary

L'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari della Facoltà di Economia in collaborazione con il Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica (Sezione di Igiene) della Facoltà di Medicina e Chirurgia diffonde oggi il quinto *Instant Report #5 COVID-19*, un'iniziativa che offre un confronto sistematico delle modalità di risposta delle Regioni italiane al Sars-COV-2.

Anche il Report #5 offre una analisi che riguarda tutte le 20 Regioni italiane con un focus dedicato alle Regioni in cui è stato maggiore il contagio (Lombardia, Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna, Marche e Lazio).

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

La finalità è comprendere le implicazioni delle diverse strategie adottate dalle Regioni per fronteggiare la diffusione del virus e le conseguenze del Covid19 in contesti diversi per trarne indicazioni per il futuro prossimo e per acquisire insegnamenti derivanti da questa drammatica esperienza.

Il Rapporto#5 è l'ultimo pubblicato nell'ambito della così detta Fase 1 dell'emergenza. A partire dal prossimo numero, il Rapporto si arricchirà di nuovi indicatori che permetteranno di confrontare le modalità organizzative seguite dalle Regioni in risposta al contagio nella così detta Fase 2 di allentamento del lock down la cui partenza è prevista per il 4 Maggio. In questa seconda fase si prenderanno in considerazione aspetti relativi alle modalità prescelte per la tracciatura del contagio, per la realizzazione dei test sierologici tra le Regioni nonché le modalità di separazione dei flussi tra pazienti Covid-19 e pazienti non Covid-19 nell'ambito delle strutture ospedaliere. Maggiore focus sarà dedicato alla rilevazione delle modalità di gestione dei pazienti infettati e/o con sintomi sul territorio e a domicilio.

La Fase 1 si è caratterizzata da una risposta non uniforme all'emergenza tra le Regioni italiane e sono stati isolati tre modelli organizzativi dominanti: quello centrato sull'ospedale, quello centrato sul territorio e quello che prevede una risposta combinata tra ospedale e territorio. Osservando i dati inerenti il contagio e le variabili traccianti le modalità di risposta organizzativa (es. il rapporto tra positivi e pazienti trattati in ospedale o il rapporto tra pazienti in terapia intensiva e totale degli ospedalizzati), abbiamo osservato una anche i cambiamenti intervenuti tra i primi giorni di marzo e la fine di aprile delle strategie di risposta adottate. In generale si è osservata una progressiva convergenza verso modalità di gestione che comprendono sia gli assetti ospedalieri e quelli territoriali/domiciliari. La domanda è verificare se con la fase due questo trend si confermerà o meno.

**Il quadro epidemiologico.** In merito agli aspetti epidemiologici si confermano le differenze importanti in termini di incidenza della diffusione del Covid-19 nelle diverse realtà nazionali. I dati mostrano che la percentuale di casi attualmente positivi ( $n = 105.205$ ) sulla popolazione nazionale è pari allo 0,17% (era lo 0,18% il 22/4). La percentuale di casi ( $n= 201,505$ ) sulla popolazione italiana è arrivata a 0,33%, in crescita rispetto allo 0,17% (al 31/3).

Il primato per **l'incidenza dei casi sulla popolazione** si registra ancora in Valle d'Aosta (0,88%) ma è in Lombardia che ancora oggi abbiamo la maggiore incidenza di positivi (0,36%). Piemonte, PA di Trento e Emilia-Romagna seguono con una incidenza di positivi ad oggi pari allo 0,34%, 0,27% e 0,27%. L'incidenza di in Lombardia e a Trento supera lo 0,7%.

Tutte le Regioni del sud si attestano su valori di incidenza dei positivi tra lo 0,03% (Umbria) e lo 0,07% della Puglia (10 volte in meno della Lombardia), passando per una incidenza di positivi dello 0,05% in Campania. Valori intermedi nelle Regioni del centro, in un chiaro gradiente nord-sud.

**Analisi dei Modelli Regionali.** Una analisi integrata degli indicatori di impatto organizzativo mostra l'esistenza di scostamenti significativi nella fase d'esordio dell'epidemia (inizio marzo) rispetto all'andamento successivo. Tali scostamenti sottolineano una reazione non standardizzata da parte delle Regioni analizzate. A partire dal 23 di marzo, si registra un trend significativamente più stabile che sottolinea l'implementazione di protocolli standardizzati che hanno garantito una gestione più uniforme dell'emergenza sanitaria nelle diverse Regioni e che spiega lo "spostamento" di alcune Regioni da un modello ad un altro.

**Tabella 1. Regioni e modelli di risposta**

Gestione prevalentemente ospedaliera	Gestione combinata ospedale territorio	Gestione prevalentemente territoriale
Lombardia Liguria Lazio (nella prima fase) Piemonte (nella prima fase) Basilicata Sicilia (nella prima fase) Umbria	Emilia-Romagna Marche Lazio Piemonte Toscana Valle D'Aosta Calabria Sicilia Campania	Veneto PA Trento PA Bolzano Friuli-Venezia Giulia Puglia Molise Abruzzo Sardegna

In vista dell'avvio della fase 2 sembra opportuno verificare l'andamento della diffusione dell'uso delle **Unità Speciali di Continuità Assistenziale**, istituite con l'Art. 8 del Decreto-Legge 9 Marzo 2020 n.14, a livello Regionale da attivare una ogni 50.000 abitanti.

Si conferma la diversa tempestività nel ricorso a questo strumento. Pressoché tutte le Regioni hanno oramai attuato il modello anche se con tempistiche di avvio molto diverse. Infatti, le prime USCA sono apparse il 16 marzo, ad una settimana dal DL che le ha istituite. Si ricorda che l'USCA è un modello che è basato su contratti di lavoro offerti a medici di continuità assistenziale che operano in team e che intervengono sui pazienti di gravità "intermedia", gestiti a livello domiciliare che hanno un bisogno di monitoraggio che non può essere assolto solo con un contatto telefonico ma che ancora non necessitano di un trasporto in ospedale.

Infatti, 6 delle 6 Regioni oggetto del nostro focus (quindi Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Piemonte, Lazio e Marche) hanno attivato delle USCA (USCA-R nel caso delle Regione Lazio). Tra queste Emilia-Romagna, Piemonte e Lombardia sono le prime Regioni ad aver adottato il modello (le prime attivate tra il 16 e il 19 marzo). Veneto e Marche attivano le prime USCA tra il 1 e il 4 aprile. La **Regione Marche** in breve tempo offre la più alta copertura rispetto alla popolazione residente (56%), mentre il Veneto ha una che arriva al 21% della popolazione. La **Regione Lombardia** ha attivato il numero più elevato di USCA (38) con una copertura del 19% della popolazione. Emilia-Romagna con 34 USCA copre il 38% della popolazione e il Piemonte raggiunge il 41% della popolazione.

In parallelo l'attività di assistenza domiciliare è garantita anche con altre strutture ed in altre forme. Al momento due Regioni (**Lombardia e Toscana**) hanno elaborato dei provvedimenti per dedicare unità di **Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)** già esistenti a supporto dell'emergenza Covid-19.

In totale ad oggi contiamo circa **420 USCA attivate su tutto il territorio nazionale che garantiscono la copertura di circa un terzo della popolazione nazionale.**

La Regione Lazio continua a puntare sull'integrazione medico di famiglia e tecnologia digitale grazie a all'app DoctorPlus Covid-19. Al momento sono registrati sulla app più di **85.000 utenti** e l'applicativo è adottato da **circa 2600 medici.**

Sotto il profilo dell'evoluzione delle **dotazioni infrastrutturali e tecnologiche** interessante è l'analisi inerente all'andamento delle terapie intensive attivate. Infatti, si osserva un abbassamento del **tasso di saturazione delle terapie intensive che in Italia è sceso drasticamente (15%) con il picco massimo raggiunto in Lombardia intorno al 40%.** Pressoché tutte le Regioni, passata la fase di "crisi", stanno riportando la dotazione per 100.000 abitanti delle terapie intensive ai valori pre-Covid-19, laddove il Ministero della Salute aveva suggerito un incremento del +50% della dotazione 2 mesi fa.

**Continua la "corsa al digitale":** sono state implementate 10 nuove soluzioni per il monitoraggio dei pazienti a domicilio e per il teleconsulto. Di queste ben 7 per pazienti Covid-19. Tutto questo a partire dal 1 marzo, con un ritmo di più di 10 a settimana! Risultato inimmaginabile, visto che le soluzioni adottate in tempi pre-covid si contavano sulle dita di una mano.

Roma, 30 aprile 2020

#### **Gruppo di Lavoro**

Americo Cicchetti, Gianfranco Damiani, Maria Lucia Specchia, Eugenio Anessi Pessina, Rocco Reina, Michele Basile, Concetta Lucia Cristofaro, Rossella Dibidino, Eugenio Di Brino, Maria Giovanna Di Paolo, Andrea Di Pilla, Fabrizio Massimo Ferrara, Teresa Gentile, Luca Giorgio, Anna Maria Melina, Teresa Riccardi, Filippo Rumi, Andrea Silenzi, Angelo Tattoli, Entela Xoxi, Marzia Ventura, Walter Vesperi.

Si ringraziano: i professori Giovanni Schiuma, Ingegneria Gestionale, Università della Basilicata; Primiano Di Nauta, Organizzazione Aziendale, Università di Foggia; Raimondo Ingrassia, Organizzazione Aziendale, Università di Palermo; Paola Adinolfi, Organizzazione Aziendale, Università di Salerno.