

Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19

17° "Instant Report COVID-19" di ALTEMS
(dati aggiornati al 21.07.2020)

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 diciassettesimo *Instant Report #17 COVID-19*, un'iniziativa che offre un confronto sistematico delle modalità di risposta delle Regioni italiane al Sars-COV-2.

Il Report #17 si basa su un set di indicatori costruito per monitorare l'evoluzione della pandemia nella "FASE 2", formalmente avviata il 4 maggio con la conclusione del lock-down nazionale. Al fianco dei nuovi indicatori, il Rapporto continua ad offrire l'aggiornamento di alcuni indicatori selezionati tra quelli che hanno caratterizzato il modello di risposta delle Regioni nella fase 1.

L'analisi riguarda tutte le 21 Regioni e Province Autonome 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 è coordinato da Americo Cicchetti, Professore Ordinario di Organizzazione Aziendale presso la Facoltà di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore si avvale dell'advisorship scientifica del Prof. Gianfranco Damiani e della Dottoressa Maria Lucia Specchia della Sezione di Igiene - Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica. A partire dal Report #4 la collaborazione si è estesa al Centro di Ricerca e Studi in Management Sanitario dell'Università Cattolica (Prof. Eugenio Anessi Pessina), al Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina dell'Università Cattolica (Prof. Walter Ricciardi) e al Gruppo di Organizzazione dell'Università Magna Græcia di Catanzaro (Prof. Rocco Reina). Il team multidisciplinare è composto da economisti ed aziendalisti sanitari, medici di sanità pubblica, ingegneri informatici, psicologi e statistici.

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

Metodi.

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

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

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

In questo report sono stati aggiunti due indicatori: casi da sospetto clinico/casi totali e casi da screening/casi totali, in base ai nuovi dati forniti quotidianamente dalla Protezione Civile a partire dal 25 giugno.

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

che hanno mostrato efficacia nella risposta al Covid-19. In questo rapporto l'attenzione è dedicata all'AUSL di Imola in riferimento alle *Pratiche di governo nella rete dei servizi locali*.

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

Da questo numero, si riportano le strategie vaccinali messe ad ora in campo dalle Regioni, soprattutto relativamente alle vaccinazioni antinfluenzale e anti-pneumococcica.

Il quadro epidemiologico.

In merito agli aspetti epidemiologici si confermano le differenze importanti in termini di incidenza della diffusione del Covid-19 nelle diverse Regioni che proseguono anche nella Fase 2. I dati (al 21 Luglio) mostrano che la percentuale di casi attualmente positivi ($n = 12.248$) sulla popolazione nazionale è pari allo 0,02% (stabile rispetto ai dati del 14/7). La percentuale di casi ($n = 244.752$) sulla popolazione italiana è in aumento, passando dallo 0,40% allo 0,41%.

Il primato per la **prevalenza periodale sulla popolazione** si registra ancora in Valle d'Aosta (0,94%) ma è in Lombardia che oggi abbiamo la maggiore prevalenza puntuale di positivi (0,07%), con valori stabili nelle altre regioni, e con un media nazionale pari a 0,39%, in aumento rispetto alla scorsa settimana (0,021%).

L'analisi mostra come la **variazione settimanale degli attualmente positivi** – dato fondamentale per verificare l'eventuale insorgenza di nuovi focolai - conferma un decremento della Lombardia e del Piemonte. Le Regioni continuano a differenziarsi in termini di strategia di **ricerca del virus attraverso i tamponi, anche se il trend nazionale è in diminuzione dalle scorse settimane: rispetto alla settimana scorsa, in Italia il tasso per 100.000 abitanti è stabile a 4,98**. Relativamente al tasso settimanale di nuovi tamponi, i valori più alti di tamponamento vengono registrati nelle regioni del nord (Trento, Veneto, Friuli-Venezia-Giulia ed Bolzano). Il valore più basso viene registrato nella Regione Campania (1,66).

Per il monitoraggio nella fase 2 è fondamentale il **rapporto tra numero delle persone positive e il numero di persone testate nella settimana**. Si passa da valori prossimi al 5% per la maggior parte delle Regioni, fino al 12% del Friuli-Venezia Giulia e al 13% della PA Trento. La Lombardia è al 6%, in linea con la media italiana.

I grafici a dispersione, implementati dal Rapporto#7, mettono in evidenza che le Regioni con maggiore **incidenza settimanale** sono l'Emilia-Romagna (7 casi ogni 100.000 abitanti rispettivamente), il Veneto e la Liguria (6 casi ogni 100.000 abitanti rispettivamente) e la Lombardia (4 casi ogni 100.000 abitanti rispettivamente); tuttavia, solo il Veneto effettua un numero di tamponi per 1000 abitanti più alto rispetto alle altre regioni (Lombardia, Liguria, Emilia-Romagna) che si attestano alla pari di molte regioni dove l'incidenza è prossima allo zero.

Modalità di identificazione dei nuovi casi.

La Protezione Civile a partire dal 25 giugno fornisce quotidianamente nuovi dati sulla modalità di identificazione dei nuovi casi: da sospetto diagnostico e da attività di screening.

La combinazione di tali indicatori potrebbe consentire di descrivere l'apporto che le attività di screening stanno dando nell'individuazione del bacino di residenti attualmente positivi, nonché di meglio caratterizzare i modelli adottati nelle diverse Regioni per la ricerca dei casi in generale. Purtroppo, l'interpretazione di tali dati non risulta ancora chiara. Il Ministero della Salute, dichiarando che *"i casi identificati da attività di screening emergono da indagini e test, pianificati a livello nazionale o regionale, che diagnosticano casi positivi al tampone"*, non fornisce infatti indicazioni dettagliate sul contenuto e quindi sul valore del dato pubblicato. Nella maggior parte delle Regioni solo una minoranza dei casi accertati di COVID-19 risulta diagnosticata a partire dai test di screening. La Puglia registra il valore più basso nella percentuale di casi totali diagnosticati a partire dal sospetto clinico (44,97%). **Nella maggior parte delle Regioni la quasi totalità dei casi accertati di COVID-19 risulta diagnosticata a partire dal sospetto clinico.**

Il 23 aprile la regione Lombardia ha avviato i test sierologici per il rilevamento di anticorpi contro il nuovo Coronavirus (SARS-Cov-2) con un pilota nelle aree più colpite (Brescia, Bergamo, Cremona, Lodi). Il test,

basato sulla tecnologia a chemiluminescenza (CLIA), utilizza un test immunologico per la determinazione quantitativa di specifici anticorpi IgG anti-S1 e anti-S2 diretti contro SARS-CoV-2 in campioni di siero o plasma umano. L'obiettivo dell'intervento è stato quello di facilitare la diagnosi dell'infezione da COVID-19 e consentire alle autorità sanitarie locali di analizzare lo stato immunitario dei pazienti infetti fornendo un'indicazione della presenza di anticorpi IgG neutralizzanti contro SARS-CoV-2. Secondo le linee guida regionali, i risultati di questi test non sono sufficienti per diagnosticare o escludere l'infezione da SARS-CoV-2 o per ottenere informazioni sullo stato dell'infezione. In questa fase iniziale, i test sono stati indirizzati soltanto a categorie ben definite di cittadini: operatori sanitari; i contatti di casi positivi posti in isolamento volontario, identificati dalle autorità sanitarie locali grazie a indagini epidemiologiche, senza sintomi per almeno 14 giorni, che non hanno ricevuto un test di tampone rinofaringeo; le persone sintomatiche segnalate alle autorità sanitarie locali dai MMG e dai pediatri, senza sintomi per almeno 14 giorni, che non hanno ricevuto un test di tampone rinofaringeo. Il 29 aprile, l'attività di test sierologici su queste categorie definite è stata estesa a tutta la regione. In tal modo è stato possibile recuperare tutte quelle persone che, pur in presenza di sintomi gestiti a casa senza ricovero ospedaliero, nel periodo di piena emergenza non avevano potuto accedere al tampone e test molecolare. Da allora, complice le successive DGR n. XI/ 3131 e 3132, l'esecuzione dei test si è allargata ulteriormente permettendo l'accesso anche privatamente per esigenze del datore di lavoro o per volontà del libero cittadino. Con circolare Protocollo G1.2020.0020885 del 21 maggio 2020, Regione Lombardia ha inoltre previsto l'avvio di percorsi di screening basati su indagini sierologiche destinate ai servizi essenziali (es. forze dell'ordine). Alla data del 16 luglio 2020 sono stati fatti in Regione Lombardia 588.796 test sierologici CLIA per la ricerca delle IgG con una positività del 17.8% (104.286). Di questi, 435.940 sono stati effettuati su cittadini mentre 152.856 sul personale sanitario e socio-sanitario.

La riorganizzazione della rete ospedaliera.

Al 22 luglio 2020 si registra l'approvazione dei piani di riorganizzazione in Molise. Per questo motivo, a poco più di due mesi dall'approvazione del DL n.34 del 19 maggio, l'**80%** delle regioni italiane ha deliberato specifici piani di riorganizzazione dell'attività ospedaliera per il potenziamento della rete ospedaliera e delle terapie intensive. All'appello mancano, quindi, Basilicata Friuli-Venezia Giulia, Lazio e Sicilia. In riferimento ai diversi approcci messi in campo dalle regioni nella riprogettazione della rete ospedaliera, ed in particolare nella riorganizzazione della rete delle terapie intensive, come previsto dall'articolo 2 del decreto 34 del 19 maggio 2020, emerge come la maggior parte delle regioni (**11**) abbia optato per il modello *hub and spoke*. La Toscana, invece, ha optato per un modello a rete mentre Piemonte e Valle d'Aosta si sono orientate verso la definizione di Covid Hospital. In quest'ultimo caso, la scelta del modello è dovuta alla presenza di un unico presidio ospedaliero.

È stata predisposta un'analisi, rappresentata in una matrice, che mette in relazione i diversi approcci programmatori delle regioni adottati per la rete ospedaliera, distinguendo le delibere approvate in ottemperanza all'art 2 del DL 34/2020 da documenti di programmazione ospedaliera precedentemente approvati per la fase 2. Sono **7** le regioni, prevalentemente caratterizzate da una **consistente circolazione del virus**, che hanno deliberato piani di riorganizzazione della rete ospedaliera in risposta a quanto richiesto dal DL 34/2020 e che avevano già riorganizzato l'assistenza ospedaliera. All'opposto, invece, sono **2** le regioni, tendenzialmente di piccole dimensioni e con una **bassa circolazione** del virus, che – al momento – non hanno approvato alcun piano di riorganizzazione ospedaliera. Altre **8** regioni e le **2** Province Autonome, che precedentemente non avevano riorganizzato l'assistenza ospedaliera, hanno approvato piani in risposta all'art. 2 del DL 34/2020. Infine, Lazio e Sicilia, al momento non hanno approvato piani di riorganizzazione ospedaliera come richiesto dal DL 34 ma avevano precedentemente definito un piano di riorganizzazione per la fase 2.

Analizzando l'andamento relativo alla progressiva attivazione delle USCA sul territorio nazionale a partire dal DL n.14 del 9 marzo 2020, si evidenzia un costante aumento sino al raggiungimento del 49% di copertura registrato nell'aggiornamento odierno del report.

Come preventivabile, gran parte delle USCA è stata attivata nella prima fase dell'emergenza, specie in quelle regioni in cui il **virus** ha circolato in **maniera consistente**. Nella fase II dell'emergenza, le attivazioni sono,

invece, ascrivibili principalmente a regioni del centro-sud, caratterizzate da una **modesta o bassa circolazione del virus, mentre incrementi** - seppur più modesti e riferibili alle regioni del centro/sud - si sono registrati anche nella fase III.

Campagne vaccinali antinfluenzali 2020-2021.

Sono state analizzate le strategie vaccinali messe ad ora in campo dalle Regioni, soprattutto relativamente alle vaccinazioni antinfluenzale e anti-pneumococcica. Tali vaccinazioni sono state **riconosciute di primaria importanza in epoca Covid-19** dalla WHO e dal CDC, **sia per ridurre il numero di pazienti con sintomatologia sovrapponibile a quelle dall'infezione da Sars-CoV-2, sia per ridurre il più possibile la circolazione di altri patogeni respiratori causa di gravi complicanze e comorbidità.**

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

Allo stato attuale, **risultano essere 17** (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Liguria, Val d'Aosta, Friuli-Venezia-Giulia, P.A. di Bolzano, Lazio, Abruzzo, Molise, Umbria, Basilicata, Calabria, Puglia, Campania e Sardegna) **le Regioni e Province Autonome che hanno programmato la fornitura di vaccinazioni per la stagione 2020/2021.**

Alcune di esse (Lazio e Calabria) hanno deliberato circa l'obbligatorietà della vaccinazione antiinfluenzale per determinate categorie a rischio (over-65 e operatori sanitari), mentre altre Regioni (Campania) hanno annunciato l'intenzione di introdurla.

Emerge in molte realtà regionali l'attenzione, in sede di programmazione, ad **una fornitura di dosi vaccinali specificamente dedicate agli operatori sanitari, nonché la consapevolezza dell'importanza di raggiungere un'ampia copertura vaccinale, specie nei soggetti più esposti**, consentendo una riduzione al ricorso all'assistenza nelle strutture sanitarie e permettendo una più facile diagnosi dei sospetti casi di positività al coronavirus.

Letalità.

ISTAT ha messo a disposizione i dati sui decessi 2020 COVID-19 e totali per il periodo Gennaio-Maggio 2020 e li ha comparati con la media dei decessi degli anni 2015-2019. Inoltre, ha pubblicato il risultato dell'analisi di 4.942 schede di morte relative a casi COVID-19 (15.6% dei 31.573 decessi totali al 25/05/2020).

- **Distribuzione dei decessi COVID-19.** Il 46% dei decessi di casi COVID-19 è avvenuto entro il 31 Marzo 2020, il 42% nel mese di Aprile ed il 12% nel mese di Maggio.
- **Decessi con COVID-19 sul totale dei decessi.** I decessi per COVID-19 sono stati il 10% dei decessi totali a livello nazionale nel periodo 20 Febbraio-31 Maggio 2020. Tale percentuale varia dal 19% delle province ad alta diffusione al 2% delle province a bassa diffusione.
- **Eccesso di mortalità.** A fine Maggio 2020 risulta essersi risolto il fenomeno dell'eccesso di mortalità. Solo nelle aree ad alta diffusione permane un eccesso di mortalità anche se molto più contenuto rispetto ai mesi precedenti (+3.9%). In Lombardia l'eccesso di mortalità raggiunge il +8.6%, un valore, comunque, lontano dal +190% di Marzo 2020 e del + 112% di Aprile 2020. Analoghe considerazioni per la provincia più colpita, Lecco, col suo +20.2% di Maggio 2020 vs. +185% di Marzo e + 129% di Aprile.
- **Causa responsabile del decesso.** Nel 89% dei decessi relativi a casi positivi, il COVID-19 è la causa direttamente responsabile della morte. Tale percentuale varia dal 92% nella classe di età 60-69 anni al 82% nei soggetti con età < 50 anni.
- **Concause del decesso.** Non ci sono concause di morte preesistenti nel 28.2% dei decessi. Le concause più frequenti sono le cardiopatie ipertensive (18% dei decessi), il diabete (16%), le cardiopatie ischemiche (13%) ed i tumori (12%). Nella fascia di età 0-49 anni la causa di morte prevalente sono stati i tumori. Ogni scheda di morte riporta mediamente 2.4 concause.
- **Distribuzione regionale delle schede di morte.** La distribuzione regionale delle schede di morte si discosta in parte da quella dei decessi. In particolare, le schede relative alla Regione Lombardia sono

il 34.4% del campione, mentre i decessi sono stati il 50.2% di quelli COVID-19 a livello nazionale. Mentre le schede del Piemonte sono il 17.4% del campione vs. il 8.4% dei decessi.

Il fenomeno dell'eccesso di mortalità, in particolare nei mesi di Marzo e Aprile 2020, deve essere analizzato alla luce sia delle ragioni di tale mortalità, sia alle sue implicazioni in termini di utilizzo, o non utilizzo/accesso, del SSN. Si possono individuare tre macro-aree da indagare quali:

- **Problematica clinica.** La conoscenza della patologia è ancora parziale.
- **Tipologia di evento.** È necessario valutare se i decessi siano ricollegabili ad eventi acuti, nei quali un intervento tempestivo avrebbe svolto un ruolo chiave, o se siano dovuti ad un'assenza prolungata di assistenza e alla sua causa (scelta del paziente e/o saturazione del SSN).
- **Livello di assistenza.** Il fenomeno e la sua evoluzione temporale vanno rapportati all'andamento degli accessi al PS, delle ospedalizzazioni e agli accessi ai servizi ambulatoriali. Non va, inoltre, trascurato il ruolo dei MMG nell'indirizzare il paziente al più appropriato livello di assistenza.

Stima sull'impatto economico.

È stata aggiornata l'**analisi di scenario** relativa ai costi per il trattamento dei casi positivi guariti e/o deceduti. Il primo scenario (scenario attuale o a regime, aggiornato con i dati del Bollettino del 21 luglio 2020) considera l'attuale distribuzione per gravità applicata ai casi guariti (dato del 17 luglio 2020). Il secondo scenario (scenario iniziale o estremo) tiene conto della distribuzione per gravità dei casi al 9 marzo 2020. Per i costi sono state considerate le tariffe DRG. Il «costo» stimato per il SSN dei casi (guariti o deceduti) nello scenario a regime raggiunge i € 657 milioni.

Circa l'evoluzione dei livelli di gravità dal 30 giugno al 14 luglio si segnala un aumento della quota sia di casi severi da richiedere TI (dal 1.94% del 30/06 al 2.66% del 14/07) sia di casi severi da richiedere ricovero (da 17.47% a 26.50%). Tale variazione ha impatto sui costi stimati. Rimane da verificare la robustezza del dato campionario ISS sulla distribuzione per gravità

E' stata anche aggiornata la **stima dei costi per giornate in terapia intensiva**. Date le 186.077 giornate di degenza (al 21 luglio, dati Ministero della Salute) in terapia intensiva, ed assunto un costo giornaliero medio di € 1.425, il costo totale a livello nazionale si stima superi i € 265 milioni.

Si conferma l'analisi esplorativa già pubblicata relativa al **quadro pre-COVID 19** che evidenziava una **«perdita» di ricoveri non-COVID** oltre i € 3,3 miliardi. 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 primi **4 mesi** dall'inizio dell'emergenza.

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

Soluzioni digitali.

Dopo il primo periodo di emergenza, è continuata la crescita delle iniziative di telemedicina dedicate all'assistenza dei pazienti non covid. Dall'inizio di giugno il panorama è stabile. A livello regionale sono in corso iniziative per la formalizzazione delle modalità di erogazione delle prestazioni in telemedicina, ad integrazione di quanto definito nelle «Linee Guida Nazionali» definite dal Ministero nel 2014 e recepite dalla Conferenza Stato-Regioni il 25-02-2014. Le regioni che hanno avviato questi processi deliberativi (Abruzzo, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, PA Bolzano, PA Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria e Veneto) prevedono dei **piani complessivi per l'avvio della telemedicina in modo organico**.

Grazie al contributo del CERISMAS, il Rapporto #17 analizza il caso dell'**AUSL di Imola** in riferimento alle *«Pratiche di governo nella rete dei servizi locali»*, analizzando il caso dello spegnimento del focolaio di Medicina dell'AUSL di Imola.

Il focolaio di Medicina va inquadrato nel contesto della città metropolitana di Bologna, territorio complessivamente servito dalla AUSL di Bologna e dalla AUSL di Imola. Quest'ultima, posizionata a Est, serve

una popolazione di 133.480 abitanti ed include anche la municipalità di Medicina, un comune di circa 16.900 abitanti situato a 25 km da Bologna e a 24 km da Imola. Il focolaio è divampato in massima parte fra il 24 febbraio ed il 6 aprile 2020, nel centro storico di Medicina e nella frazione di Ganzanigo (circa 10.500 residenti distribuiti in un'area di 9 Km²), all'interno del territorio del comune di Medicina. Il violento *outbreak* determinatosi è verosimilmente attribuibile alla concomitanza di più condizioni favorevoli: la presenza di uno/più soggetti con infezione ad alta carica virale, concentrati in una area circoscritta, con contatti avvenuti al chiuso, in ambienti ad elevata frequentazione da parte di persone prevalentemente anziane, fragili e del tutto impreparate rispetto ai comportamenti preventivi. Complessivamente, l'incidenza cumulativa di casi di Covid-19 notificati a Medicina ha toccato il picco di 17,3 casi x 1000 abitanti, valori equiparabile a quelli delle zone più colpite in Italia (province di Lodi, Piacenza e Bergamo), a fronte di un dato relativo al territorio dell'Azienda USL di Imola pari a 3 casi x 1000 abitanti.

Per raggiungere il risultato di spegnimento del focolaio, sono state messe in pratica le seguenti azioni: *Riconoscimento precoce del focolaio ed analisi di scenario; Immediato potenziamento dei servizi territoriali; Istituzione della zona rossa; Ricerca attiva ed isolamento dei casi di Covid-19; Riorganizzazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale nel comune in cui insorge la zona rossa; Comunicazione alla popolazione; Rimozione dei blocchi; Verso la normalizzazione; Medicina Covid-free.*

La lettura retrospettiva dell'esperienza di spegnimento del focolaio di Medicina consente di mettere in luce tre driver strategici che hanno consentito di governare in modo proattivo-anticipatorio la complessità dei fenomeni in atto:

- 1- **Driver tempo.** Sotto il profilo temporale, il contenimento del focolaio di Medicina all'interno di una piccola area sub-comunale si è giovato della combinazione di un tempestivo intervento di quarantena rigorosa, attuato con una settimana di anticipo rispetto ai provvedimenti restrittivi presi dal livello nazionale, con un altrettanto pronta attivazione di servizi di assistenza primaria. È, infatti, parso evidente sin dalle prime fasi che la sfida all'epidemia poteva essere affrontata al meglio combinando opportunamente le cure ospedaliere con interventi proattivi e di iniziativa a livello territoriale, basati sull'individuazione precoce sia dei bisogni del malato sia dei fattori di rischio di malattia, oltre che su una specifica pianificazione delle azioni di supporto.
- 2- **2-Driver spazio.** Sotto il profilo spaziale, le azioni messe in campo sono state facilitate da alcuni elementi di peculiarità caratterizzanti il contesto locale in cui hanno avuto luogo. Da un lato, le dimensioni circoscritte della geografia istituzionale, ovvero la presenza di una AUSL di piccole dimensioni e di un solo comune coinvolto dal focolaio, hanno consentito una elevata agilità decisionale. Dall'altro lato, il limitato numero di abitanti coinvolti ha richiesto un quantitativo di risorse umane ed economiche non esorbitante. Nel complesso, è stato dunque possibile prefigurare, organizzare e realizzare in tempi rapidi un articolato e coordinato sistema di interventi afferenti ai diversi ambiti (ospedale, sanità pubblica, assistenza primaria, sociale).
- 3- **3-Driver integrativo.** Da ultimo, le azioni messe in campo sono state caratterizzate da una marcata natura integrativa nelle decisioni istituzionali (es. concertazione tra Regione, AUSL, Comune), negli interventi agiti nei diversi setting assistenziali (ospedaliero, ambulatoriale, domiciliare, residenziale), nelle pratiche professionali (azioni di collaborazione da parte di professionisti afferenti a diverse discipline e linee gerarchiche) e nella comunità (gruppi di volontariato, protezione civile).

Roma, 23 Luglio 2020

Gruppo di Lavoro

Americo Cicchetti, Gianfranco Damiani, Maria Lucia Specchia, Eugenio Anessi Pessina, Antonella Cifalinò, Giuseppe Scaratti, Paola Sacco, Elena Cantù, Stefano Villa, Giuliana Monolo, Rocco Reina, Michele Basile, 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,

Martina Sapienza, Filippo Rumi, Andrea Silenzi, Angelo Tattoli, Entela Xoxi, Marzia Ventura, Concetta Lucia Cristofaro, Walter Vesperi.

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