

Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19

20° *"Instant Report COVID-19"* di ALTEMS
(dati aggiornati al 15.09.2020)

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 ventesimo *Instant Report #20 COVID-19*, un'iniziativa che offre un confronto sistematico delle modalità di risposta delle Regioni italiane al Sars-COV-2.

Il Report #20 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 determine, delibere, note e circolari consultabili sui siti istituzionali.

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, nonché un'analisi sulle strategie vaccinali messe ad ora in campo dalle Regioni, soprattutto relativamente alle vaccinazioni antinfluenzale e anti-pneumococcica.

In vista della ripresa delle attività di settembre, si continuano ad adoperare i dati pubblicati giornalmente dalla Protezione Civile per seguire l'andamento epidemiologico nelle varie Regioni; il Ministero della Salute

ha regolamentato il rientro da Paesi a rischio con una ordinanza del 12 agosto, che diverse Regioni hanno successivamente recepito ed ampliato con provvedimenti ad hoc. I modelli di risposta all'emergenza nelle varie Regioni vengono caratterizzate secondo le dimensioni epidemiche, la sorveglianza epidemica e la programmazione per la ripresa (recupero prestazioni sanitarie, sicurezza scolastica, etc).

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 Reggio-Emilia in riferimento alle *Pratiche di riorganizzazione intra-organizzativa*.

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.

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 15 Settembre) mostrano che la percentuale di casi attualmente positivi (n = 39.712) sulla popolazione nazionale è pari allo 0,07% (in crescita rispetto ai dati del 08/09). La percentuale di casi (n= 289.990) sulla popolazione italiana è in sensibile aumento, passando dallo 0,46% allo 0,48%.

Il primato per la **prevalenza periodale sulla popolazione** si registra in Lombardia e nella P.A. di Trento (1,02%), seguita da Valle d'Aosta (1,01%) ma è in Emilia-Romagna, in Lombardia, nella P.A. di Trento, nel Lazio e in Sardegna che oggi abbiamo la maggiore prevalenza puntuale di positivi (0,09%), con valori in leggero aumento nelle altre regioni, e con un media nazionale pari a 0,07%.

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 1.000 abitanti è diminuito a 9,62**. Relativamente al tasso settimanale di nuovi tamponi, i valori più alti di tamponamento vengono registrati nelle regioni del nord (Veneto e PA di Trento). Il valore più basso viene registrato nella Regione Calabria (4,75).

In riferimento ai ricoveri, l'Umbria rappresenta la regione che attualmente registra il rapporto più elevato tra ricoverati in terapia intensiva sui ricoverati totali (20,69%) seguita dalla Sardegna (17,31%). **In media, in Italia, il 8,30% dei ricoverati per COVID-19 ricorre al setting assistenziale della terapia intensiva.**

Analizzando l'**andamento dei pazienti ricoverati sui positivi, vediamo un incremento maggiore nelle regioni del Centro (8,55%) e del Sud (8,52%) rispetto alle regioni del Nord (4,38%)**. In Valle d'Aosta la percentuale di ricoverati sui positivi cresce rispetto alla settimana scorsa, mentre in Piemonte avviene il contrario. Si segnala un andamento pressoché stabile nella Regione Lombardia. Nelle Regioni del Centro si registra un andamento in aumento in Abruzzo, Lazio, Molise ed Umbria. Nelle Marche l'indicatore subisce una lieve variazione in diminuzione durante l'ultima settimana. L'andamento generale è in aumento nella quasi totalità delle regioni del Sud e delle isole. La Sardegna registra un aumento considerevole di ricoverati nell'ultima settimana.

Per il monitoraggio nella fase 2 è fondamentale il **rapporto tra numero delle persone positive e il numero di persone testate nella settimana**. Le Regioni associate ad un numero di tamponi realizzati al di sopra della media nazionale ed in linea con i casi registrati risultano essere, in particolare, Lombardia e Lazio.

I grafici a dispersione, implementati dal Rapporto#7, mettono in evidenza che le Regioni con maggiore **incidenza settimanale** sono la Liguria (42 casi ogni 100.000 abitanti), la PA di Trento (32 casi ogni 100.000 abitanti) e la PA di Bolzano (28 casi ogni 100.000 abitanti); tuttavia, solo la PA Trento effettua un numero di tamponi per 1000 abitanti più alto rispetto alle altre regioni.

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.

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 (33%). Nella maggior parte delle Regioni la quasi totalità dei casi accertati di COVID-19 risulta diagnosticata a partire dal sospetto clinico.

Liste d'attesa.

Da questo rapporto **è stata avviata un'indagine sui provvedimenti messi in campo dalle regioni per abbattere l'incremento delle liste d'attesa per effetto dell'emergenza Covid-19.**

Il Decreto-legge 14 agosto 2020 all' articolo 29 prevede l'utilizzo di strumenti straordinari al fine di corrispondere tempestivamente alle richieste di screening, prestazioni ambulatoriali e ricoveri ospedalieri non erogate nel periodo di emergenza epidemiologica. In particolare, al comma 9 si specifica che le Regioni le regioni e le Province Autonome provvedono, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento, a presentare, al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze, un Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa.

Il cartogramma mostra le regioni che, in seguito all'approvazione del Decreto-legge, hanno deliberato piani di recupero per le liste di attesa. **Al 16 settembre sembrerebbe che solo 2 Regioni hanno deliberato in merito, peraltro con approcci abbastanza diversi.**

In particolare, la **regione Marche** ha elaborato un **piano di recupero** che prevede un'integrazione tra attività istituzionale, attività aggiuntiva e acquisto dal sistema privato.

La **regione Toscana**, invece, rimanda alle Aziende e agli enti l'elaborazione di un **piano di riassorbimento**, delle visite e dei ricoveri programmati, per l'erogazione di prestazioni aggiuntive.

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.

In vista dell'inizio della campagna vaccinale antinfluenzale 2020/2021, si riportano le linee di programmazione sviluppate dalle Regioni sul tema vaccinale.

Allo stato attuale, **risultano essere 18** (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Liguria, Val d'Aosta, Friuli-Venezia-Giulia, P.A. di Bolzano, Lazio, Abruzzo, Molise, Umbria, Basilicata, Calabria, Puglia, Campania, Sicilia e Sardegna) **le Regioni e Province Autonome che hanno programmato la fornitura di vaccinazioni per la stagione 2020/2021.**

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.

Grazie al contributo del CERISMAS, il Rapporto #20 analizza il caso dell'**AUSL di Imola** in riferimento alle "Pratiche di riorganizzazione intra-organizzativa", analizzando il caso dei processi di integrazione nella presa in carico dei pazienti/soggetti Covid-19.

Dal 1 luglio 2017, la provincia di Reggio Emilia ha un'azienda sanitaria unica, l'Azienda Usl di Reggio Emilia – IRCCS, nata dalla fusione tra l'attuale Ausl e l'Azienda ospedaliera "Arcispedale Santa Maria Nuova". Il nuovo assetto porta ad un rafforzamento dei servizi per i cittadini, accompagnato dal contenimento della spesa pubblica e da una maggiore efficienza organizzativa, sia dal punto di vista strutturale che amministrativo.

L'AUSL di Reggio Emilia ha affrontato l'emergenza Covid-19 attraverso la riorganizzazione di tale assetto. L'Ospedale Guastalla è stato interamente focalizzato sui pazienti affetti da Covid, l'Ospedale Santa Maria è diventato un ibrido diviso tra casi Covid e gestione di urgenze chirurgiche e ortopediche, mentre gli Ospedali di Scandiano e Montecchio sono stati chiusi per recuperare risorse professionali. L'alleanza con il privato accreditato ha svolto un ruolo cruciale nella riorganizzazione dell'attività chirurgica programmata. Risultano essere 4 le parole-chiave per l'apprendimento del futuro: *organizzazione a rete* (incontri giornalieri con medici e infermieri creano coesione e garantiscono una tensione continua verso il miglioramento dei processi di cura; rilevanza del dato a supporto delle decisioni del gruppo di lavoro COVID; è opportuno sfruttare il momento «epocale» per realizzare cambiamenti rilevanti nella progettazione e ridisegno dei processi di cura); *alleanza con privato accreditato* (l'obiettivo è quello di ridurre le liste di attesa per il pubblico e saturare l'attività del privato); *visione orizzontale di rete* (la creazione di una azienda unica garantisce una maggiore rapidità decisionale ed una più facile redistribuzione di compiti e responsabilità tra i nodi della rete; è importante avere una visione integrata del processo di cura ed assistenza); *network nazionale* (il bollettino della Protezione Civile non è sufficiente, è necessario favorire il flusso di informazioni tra regioni e aziende sanitarie).

Roma, 17 Settembre 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.