

Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19

13° “Instant Report COVID-19” di ALTEMS
(dati aggiornati al 23.06.2020)

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 tredicesimo *Instant Report #13 COVID-19*, un’iniziativa che offre un confronto sistematico delle modalità di risposta delle Regioni italiane al Sars-COV-2.

Il Report #13 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 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), 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 dalla 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.

È stato modificato in questo numero l’approccio per l’**analisi dei profili di risposta regionale**, queste le nuove dimensioni indagate:

- si continuano ad adoperare i dati pubblicati giornalmente dalla Protezione Civile per seguire l’**andamento epidemiologico** nelle varie Regioni;

- i modelli di risposta all'emergenza nelle varie Regioni vengono caratterizzate secondo le dimensioni di *preparedness* e *responsiveness*, valutando rispettivamente la **predisposizione di Piani Pandemici o Piani Emergenziali** da parte delle Regioni e la **programmazione sanitaria regionale Covid-correlata** (compresa la programmazione in ambito vaccinale), con un **focus specifico sulla produzione di linee di indirizzo relative al processo assistenziale del paziente Covid**;
- l'**indagine di sieroprevalenza nazionale** è iniziata in data 25 maggio. I dati rilevati dalle indagini delle singole regioni non sono ad oggi pubblici, per cui i dati sulla prevalenza territoriale di malattia sono da riferirsi solo ai tamponi risultati positivi secondo quanto comunicato dalla Protezione Civile.

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 a ben due casi studio:

- alla **ATS di Brescia** in riferimento alle "*Pratiche di riorganizzazione intra-organizzativa*";
- alla **Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero** in riferimento alle "*Pratiche di governance 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.

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 23 Giugno) mostrano che la percentuale di casi attualmente positivi ($n = 19.573$) sulla popolazione nazionale è pari allo 0,03% (era lo 0,4% il 16/6). La percentuale di casi ($n = 238.833$) sulla popolazione italiana è leggermente incrementata, passando da 0,39% a 0,40%.

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 (0,13%), seppur in calo rispetto alla scorsa settimana, con un forte decremento del Piemonte che è passato dallo 0,08% (il 16/6) allo 0,04%, delle Marche, dallo 0,07% (il 16/6) allo 0,03% e dell'Emilia-Romagna, dallo 0,05% (il 16/6) allo 0,02%, quest'ultimo dato in linea sotto la media nazionale (0,03%). Anche nelle altre regioni vi è un decremento generale, **che evidenzia la scomparsa del gradiente nord-sud finora evidente.**

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, in diminuzione nelle scorse settimane, dopo una breve risalita, è tornato a riscendere: rispetto alla settimana scorsa, in Italia il tasso per 100.000 abitanti è passato da 6,25 a 5,93.** Relativamente al tasso settimanale di nuovi tamponi, i valori più alti di tamponamento vengono registrati nelle regioni del nord (Veneto, Trentino-Alto-Adige, Friuli-Venezia-Giulia ed Emilia-Romagna). Il valore più basso viene registrato nella Regione Sicilia (2.48).

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 6% per la maggior parte delle Regioni, fino al 15% di Trento. La Lombardia è circa al 6% in linea con la media italiana.

I grafici a dispersione, implementati dal Rapporto#7, mettono in evidenza che la Regione con maggiore **incidenza settimanale** è la Lombardia (11 casi ogni 100.000 abitanti rispettivamente); tuttavia, quest'ultima effettua un numero di tamponi per 1000 abitanti pari a molte regioni dove l'incidenza è prossima allo zero.

Cambia l'uso delle terapie intensive.

Il Friuli-Venezia Giulia rappresenta la regione che attualmente registra il rapporto più elevato tra ricoverati in terapia intensiva sui ricoverati totali (25%; percentuale dovuta presumibilmente ad un numero di ricoverati totali basso) seguita dalla Toscana (23,08%). In media, in Italia, il 5,84% dei ricoverati per COVID-19 ricorre al setting assistenziale della terapia intensiva.

Andamento dei livelli di assistenza per area terapeutica.

Si stanno moltiplicando le pubblicazioni scientifiche che presentano le prime evidenze relative all'impatto che ha avuto sull'emergenza COVID-19 sull'assistenza fornita a pazienti non-COVID-19 in Italia. In letteratura sono, infatti, disponibili i risultati di survey nazionali spesso promosse da società mediche o di analisi retrospettive condotta a livello regionale o locale. In questo rapporto particolare attenzione è dedicata **l'area gastroenterologica**. Nonché sono state **sintetizzate alcune proposte di alcune società scientifiche nazionale per affrontare la Fase 2**. Infine, si è tentata una **sintesi** critica delle evidenze finora raccolte seguendo l'approccio suggerito da Fakhruddin et al. 2020 in *"Are we there yet? The transition from response to recovery for the COVID-19 pandemic"*. Ad ogni fase corrispondono diverse esigenze e priorità definite sulla base delle esperienze maturate nelle fasi precedenti.

Con riferimento alla sanità, gli studi selezionati permettono di avere evidenze sulla prima risposta del SSN, in piena emergenza (febbraio-aprile), ai pazienti non-COVID. Con tutte le limitazioni (ie. metodologiche, di copertura territoriale e dei vari bisogni coinvolti) comunque dei dati di risposta (*response*) per la prima fase sono disponibili. Inoltre, **le evidenze a disposizione evidenziano alcune tendenze comuni nelle varie aree cliniche e ai vari livelli** (nazionale, regionale, locale). Le evidenze a disposizione per la Fase 1 coprono sia l'ambito del bisogno (vedasi in particolare le malattie rare) che della mobilitazione di risorse (organizzazione interna a reparti e ospedali, percorsi clinici adattati, sicurezza degli operatori).

Al momento, con riferimento alla Fase 2, si può far riferimento alle raccomandazioni delle società scientifiche nazionali circa le auspiccate strategie per il *recovery*.

Questo permette di individuare delle **nuove necessità** a cui dare risposta nella fase 2-3 per l'assistenza ai pazienti non-COVID, quali:

- Assumere iniziative per prevenire e contenere l'impatto sugli esiti di salute.
- Recuperare le attività sospese/rinviate i cui volumi vengono evidenziati come problematici. Tale recupero deve estendersi allo screening.
- Ridefinire le priorità per un ritorno graduale a regime garantendo percorsi clinici in sicurezza per i pazienti non-COVID.
- Definire il ruolo della telemedicina a regime promuovendo l'adozione di piattaforme omogenee ed estendo l'uso anche alla connessione tra specialista e territorio.
- Migliorare la costante sicurezza degli operatori verificando l'effettiva sicurezza di talune procedure.
- Proseguire nel monitoraggio dell'impatto del COVID sull'assistenza fornita complessivamente dal SSN.
- Verificare quanto le raccomandazioni delle società scientifiche vengano o meno seguite nella pratica, investigando anche le ragioni dell'aderenza e non aderenza.

Analisi della "preparedness" a livello nazionale e regionale sullo stato di attuazione del *Piano Nazionale di Preparazione e Risposta per una Pandemia Influenzale*.

Il Piano nazionale, stilato secondo le indicazioni dell'OMS del 2005, aggiorna e sostituisce il precedente Piano italiano multifase per una pandemia influenzale. Dalla pubblicazione in G.U. n.77 del 01-04-2006 - Suppl. Ordinario n. 81, le varie regioni si sono mosse nei successivi 3 anni per deliberare ed attuare a livello locale il Piano. Un approfondimento è stato inserito nei profili regionali.

Grazie al contributo del CERISMAS, il Rapporto #13 analizza il caso della **Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero** in riferimento alle *"Pratiche di governance nella rete dei servizi locali"*. Sin dai primi giorni della fase emergenziale di diffusione del Covid 19 nel territorio locale, Fondazione Poliambulanza ha messo a disposizione un numero via via crescente di posti letto in terapia intensiva ed ha riconvertito i reparti per

ospitare pazienti affetti da Covid-19 o con sintomatologia sospetta. A seguito della progressiva riduzione dei contagi e dei pazienti affetti da Coronavirus che accedono in struttura, Poliambulanza ha proseguito una nuova e profonda riorganizzazione dell'ospedale per affrontare la seconda fase dell'emergenza garantendo adeguate misure di protezione parallelamente alla progressiva ripresa delle attività non correlate al Covid.

La gestione del Covid ha richiesto non solo profondi interventi di livello organizzativo, ma nel contempo ha implicato anche un pesante coinvolgimento individuale sotto il profilo professionale ed emotivo.

Superata la fase emergenziale, durante la quale le energie erano concentrate sulle riorganizzazioni tecnologiche e di processo e sullo sviluppo delle competenze tecnico-professionali strumentali al prendere in carico i pazienti Covid, all'inizio del mese di maggio la direzione strategica aziendale ha avviato un pervasivo piano di gestione dello stress post traumatico, finalizzato a identificare le effettive necessità e a porre in essere efficaci azioni di supporto.

Alla luce dell'esigenza di dar voce al vissuto dei professionisti, con una modalità agile ed efficace, è stata predisposta una survey on-line, anonima, articolata in tre parti. La sezione anagrafica (articolata in 8 domande) ha consentito di profilare i rispondenti sotto il profilo organizzativo (tenure aziendale e posizione organizzativa pre e post Covid), individuale (età, storia virologica individuale) e familiare (decessi e ricoveri in terapia intensiva correlati al Covid). La seconda e la terza parte (articolate rispettivamente in 7 e 8 domande) si sono focalizzate sul vissuto psicologico, sotto i profili emotivo, riflessivo e di apprendimento, rispettivamente in fase emergenziale e post emergenziale.

L'adesione alla survey è stata molto significativa: da un lato, il tasso di risposta è stato pari al 63% dell'organico, corrispondente a 1.274 questionari; dall'altro lato, l'81% dei rispondenti (equivalenti al 51% dell'organico) ha compilato tutte le 23 domande presenti nel questionario.

L'analisi del questionario ha permesso di individuare sia i temi da approfondire sia le modalità con cui attivare supporti mirati ed efficaci. In particolare, attraverso l'indagine è stato possibile mettere in luce la necessità di attivare azioni di gruppo ed interventi individuali di ascolto e supporto per la gestione di aspetti specifici. Tali azioni, oltre ad essere state immediatamente messe in campo già nella seconda parte del mese di maggio al fine di rispondere tempestivamente ai bisogni delle persone, sono divenute nel contempo oggetto di programmazione per i mesi successivi e proseguiranno per tutto l'anno.

Sempre nel Rapporto #13 viene analizzato il caso **ATS di Brescia** in riferimento alle "*Pratiche di riorganizzazione intra-organizzativa*". L'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Brescia è stata costituita in data 1° gennaio 2016, come previsto dalla LR n. 23/2015. Dal 24 febbraio al 24 giugno la popolazione di ATS Brescia è stata interessata da 13.488 casi di positività a SARS-CoV2.

Fin dall'inizio della diffusione del virus, ATS è intervenuta per mettere in campo attività di contenimento dell'emergenza. A febbraio è stata istituita l'Unità di Crisi COVID19, coordinata dalla Direzione Strategica e composta dai servizi di Malattie Infettive, Cure Primarie, Epidemiologia e Sistemi Informativi. Nelle prime settimane sono state create altri organi di confronto e condivisione come la Cabina di Regia territoriale, l'«unità di crisi RSA/RSD con l'Ordine degli Infermieri» e il «Gruppo di Lavoro MMG/PLS con l'Ordine medici», esempi di condivisione e «gioco di squadra» al di là delle appartenenze e dei ruoli (sindaci, medici, sociosanitario, ASST, etc.) e di rappresentanza (società scientifiche, ordini professionali, sindacati, etc.). L'attività di *contact tracing* e di sorveglianza epidemiologica ha impegnato direttamente il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria di ATS, che da subito è stato rafforzato grazie a nuove assunzioni e collaborazione volontarie e/o di tirocinio istituzionale da parte di professionisti in formazione presso l'Università degli Studi di Brescia. Nei sistemi adattativi complessi la governance sanitaria deve necessariamente essere improntata ad un approccio aperto e inclusivo, soprattutto in situazione complicate quali uno stato di emergenza per pandemia. È necessario saper creare «gioco di squadra» nel processo decisionale, nei giusti modi e con i giusti tempi; ciò non significa diluire la responsabilità, che resta in capo al decisore, ma aumentare l'efficacia della decisione stessa in quanto allinea tutte le componenti all'obiettivo condiviso.

- Le decisioni devono sempre essere *data-driven*, non si deve mai guidare al buio: nei momenti di difficoltà fondamentale avere un'unità interna di «data intelligence», capace anche di costruire ed implementare flussi di emergenza.

- Curare le reti e promuovere l'integrazione dei servizi sanitari e sociosanitari, pubblici e privati accreditati, in tempo di pace permette di avere rapidità di risposta e collaborazione da parte dei vari attori in tempo di pandemia.

Connessioni e supporti per la comunicazione digitale. L'analisi qui presentata rispecchia una sintesi delle Regioni in cui è stato maggiore il contagio (Lombardia, Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna, Marche e Lazio). Nel corso della Fase 1 dell'emergenza, in media le regioni hanno pubblicato contenuti principalmente di natura **informativa** (69,0%), con percentuali particolarmente elevate in Lombardia (75,2%) e Lazio (73,6%). In dettaglio, analizzando le funzioni comunicative veicolate dai contenuti, è emerso come in Emilia-Romagna la comunicazione abbia veicolato anche dimensioni di **communityship** (21,2%) in modo più frequente rispetto alla media delle altre regioni.

In merito alla **sensibilizzazione-educazione** dei cittadini, le regioni sono pressoché allineate, con il Veneto che presenta la maggior percentuale di contenuti recanti questa funzione (12,2%).

In merito a contenuti che promuovessero **servizi di accompagnamento e di sostegno**, si osservano percentuali maggiori nella Lombardia (12,2%), in Lazio e Marche (10,1% e 10,1%).

Nella media generale i **cittadini (71,7%)** risultano il target di utenti a cui maggiormente si sono riferite le comunicazioni proposte dalle aziende sanitarie territoriali durante la Fase 1.

L'85,7% delle comunicazioni sui siti web delle aziende sanitarie per la regione Marche dedicate ai cittadini; l'Emilia-Romagna e il Veneto presentano più di metà delle comunicazioni indirizzate ai cittadini (rispettivamente 61% e 63,2%).

Il Veneto risulta essere la regione che ha dedicato il maggior numero di comunicazioni al **personale sanitario** (24%). Attenzione al target **aziendale non sanitario** è emersa in particolare in Emilia-Romagna e Veneto (rispettivamente 11,4% e 11,2%). In generale, risultano meno frequenti le comunicazioni dedicate ad **altri target** ad eccezione dell'Emilia-Romagna (12,4%), che principalmente ha riservato comunicazioni al comparto scuola e forze dell'ordine.

Roma, 25 Giugno 2020

Gruppo di Lavoro

Americo Cicchetti, Gianfranco Damiani, Maria Lucia Specchia, Eugenio Anessi Pessina, Antonella Cifalinò, Giuseppe Scaratti, Paola Sacco, Elena Cantù, Stefano Villa, 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.