

I Sistemi sanitari regionali durante l'emergenza Covid-19: una comparazione su resilienza e performance

Antonio Maturo, Università di Bologna

Linda Lombi, Università Cattolica di Milano

Veronica Moretti, Università di Bologna

Sommario

INTRODUZIONE	3
1. RESILIENZA DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI: L'IMPATTO DEL COVID-19 SUL SISTEMA DELLE CURE	4
1.1. I VOLUMI DI PRESTAZIONI SANITARIE PRIMA E DURANTE IL COVID	4
1.2. PERFORMANCE DEI SSR NELLE AREE DI ASSISTENZA NON PROCRASTINABILI	7
1.3. PROCESSI DI CURA E TENUTA COMPLESSIVA DEI SSR	9
2. LA RESPONSIVENESS DEI SSR ALL'EMERGENZA COVID-19	12
2.1. IL RIDISEGNO DELLA RETE OSPEDALIERA	12
2.2. LA RIORGANIZZAZIONE DEL RAPPORTO TRA CURE OSPEDALIERE E TERRITORIALI	14
2.3. LA RIDEFINIZIONE DEL RAPPORTO TRA EROGATORI PUBBLICI E PRIVATI	18
2.4. MONITORAGGIO DEI CASI: IL RUOLO DELLE USCAR	19
3. LA LETALITÀ DEL COVID: UNA COMPARAZIONE INTER-REGIONALE	21
CONCLUSIONI: DIFFERENTI MODELLI DI SSR E REAZIONE AL COVID-19. L'EMERGERE DEL "MODELLO LAZIO"	23
BIBLIOGRAFIA	25
APPENDICE METODOLOGICA/1 - INDICATORI	29
APPENDICE METODOLOGICA/2 – PRESENTAZIONE ROMA, 12.07.2022	30

Introduzione

Il presente studio ha lo scopo di analizzare e stimare resilienza e performance dei principali Sistemi sanitari regionali durante l'emergenza Covid. Si tratta di una ricerca di tipo analitico-descrittivo, fondata eminentemente su un'analisi "desk" e su interviste a testimoni significativi, laddove si è reso necessario rivolgersi a degli esperti settoriali per comprendere e interpretare dati non immediatamente intelligibili.

L'attenzione è posta sulla resilienza, ovvero sulla capacità di **adattarsi** e quindi di assorbire e reagire a scenari nuovi, dopo un forte impatto iniziale, e sulla performance, intesa come capacità di soddisfare in maniera **efficace** i bisogni di salute.

Un principio teorico che ci ha guidato lungo l'analisi è relativo al concetto di sindemia. Questo concetto, di derivazione antropologica, è stato rilanciato da il Direttore de *The Lancet*, Richard Horton, nel settembre 2020 (Horton, 2020). Con questo termine si intende l'incontro di due condizioni patologiche che si esaltano a vicenda con esiti nefasti. Tuttavia, non si tratta di co-morbidità: la novità del concetto risiede nell'importanza data alle condizioni sociali che causano una delle due patologie, anzi addirittura si può considerare la sindemia come l'incontro di una patologia con condizioni sociali difficili (o con fattori di rischio legati alle condizioni sociali). Il concetto di sindemia è legato al principio della giustizia sociale.

Ad esempio, sappiamo, che le persone in difficoltà spesso sono afflitte anche da malattie polmonari (fumano di più dei benestanti) e obesità o sono comunque indebolite da anni di privazioni. Inoltre, le persone fragili hanno spesso difficoltà a evitare contatti sociali rischiosi. Tutti questi fattori, nel caso del Covid, "sin-agiscono" (agiscono insieme) e rendono le infezioni più probabili e i loro esiti più letali.

In specifico, nel primo capitolo forniamo una serie di dati e considerazioni rispetto all'impatto del Covid sulle più importanti prestazioni sanitarie (non connesse con il Covid).

Nel secondo capitolo ci soffermiamo sulle modalità mediante cui i diversi Sistemi sanitari regionali hanno fronteggiato l'epidemia, nelle prime fasi. Le caratteristiche strutturali, unite ad un assetto profondamente regionalizzato del nostro SSN, hanno stimolato una risposta differente a seconda della regione colpita.

Il terzo ed ultimo capitolo illustra una mirata comparazione regionale, mettendo in evidenza lo scenario, e le relative risposte, adottate principalmente dal Lazio. Il Lazio si configura come una regione che nella prima fase del Covid, ma anche successivamente, ha implementato misure e politiche sanitarie nel segno dell'efficienza e della resilienza.

1. Resilienza dei Sistemi sanitari regionali: l’impatto del Covid-19 sul sistema delle cure

Il presente capitolo fornisce alcuni dati e considerazioni rispetto all’impatto del Covid sulle più importanti prestazioni sanitarie (non connesse con il Covid). Si basa sul report *Analisi della capacità di resilienza del Servizio Sanitario Nazionale nell’anno 2020* – curato dall’Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali (AGENAS), in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant’Anna¹. Nel Report citato, l’attenzione è posta sulla resilienza, ovvero sulla capacità di adattarsi e quindi di assorbire e reagire a scenari nuovi, dopo un forte impatto iniziale. La ricerca si concentra sui vari Ssr italiani. Sono stati elaborati, in via sperimentale, 23 indicatori. Gli indicatori sono calcolati a livello nazionale, regionale e aziendale: “Gli indicatori prevedono il confronto del valore 2020 con il medesimo riferimento 2019, per misurare la capacità del sistema di aver fornito i servizi durante la pandemia e quindi per misurare il livello di resilienza dei servizi sanitari regionali” (p. 7). Nel presente capitolo vengono ripresi e commentati alcuni di questi indicatori, insieme ad altri, particolarmente rilevanti per i nostri scopi.

1.1. I volumi di prestazioni sanitarie prima e durante il Covid

La seguente tabella (tab.1.1) pone a confronto i volumi di prestazioni erogati nell’anno 2019 e nell’anno 2020. Il lavoro di analisi si è avvalso delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) nazionali del 2019 e del 2020, messe a disposizione dall’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), aggiornate all’invio da parte delle Regioni del 16 aprile 2021, e i dati dei programmi di screening oncologici pubblicati sul sito dell’Osservatorio Nazionale Screening (Osservatorio Nazionale Screening, Rapporto sui ritardi accumulati dai programmi di screening Italiani in seguito alla pandemia da Covid 19. Terzo Rapporto aggiornato al 31 dicembre 2020). Si tratta quindi delle prestazioni non legate al Covid fatte verso pazienti non Covid.

¹ Più specificatamente, i ricercatori e le ricercatrici dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant’Anna, sono stati coordinati da Domenico Mantoan e Sabina Nuti.

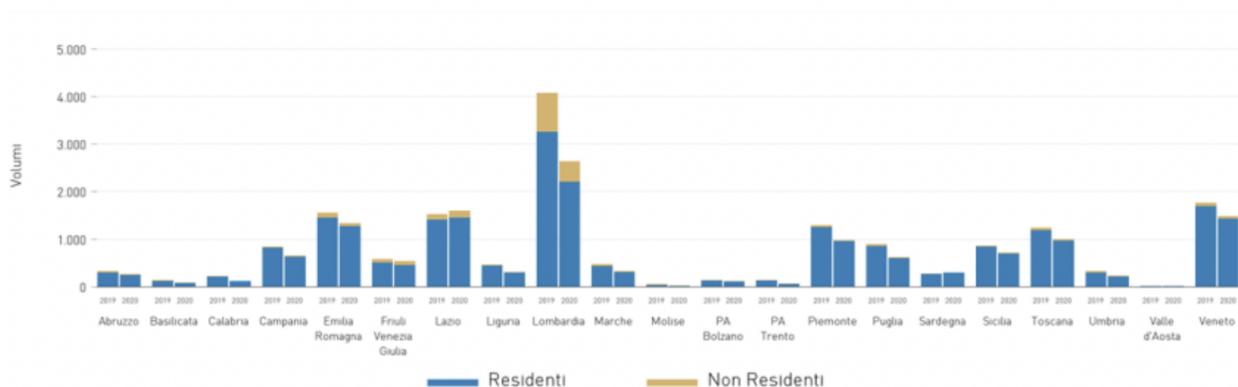
Dalla tabella 1.1 si evince chiaramente come le regioni che più hanno faticato a stare al passo con il numero di prestazioni erogate nell'anno precedente al Covid (il 2019) siano state **Calabria, Basilicata, Puglia e Campania**. **Comprensibilmente, anche la Lombardia ha visto drasticamente ridotte le proprie prestazioni extra-Covid**. Il delta è basso invece nel caso del **Veneto, dell'Emilia-Romagna e del Lazio**.

Tab. 1.1 - Comparazione volume prestazioni erogate 2019 vs 2020

Regione	Gennaio - Dicembre			
	Volumi SDO 2019	Volumi SDO 2020	Delta	Delta(%)
010 PIEMONTE	614.638	490.053	-124.585	-20,3%
020 VALLE D`AOSTA	20.666	15.900	-4.766	-23,1%
030 LOMBARDIA	1.453.039	1.107.511	-345.528	-23,8%
041 PROV. AUTON. BOLZANO	86.338	70.512	-15.826	-18,3%
042 PROV. AUTON. TRENTO	82.110	66.482	-15.628	-19,0%
050 VENETO	677.242	574.078	-103.164	-15,2%
060 FRIULI VENEZIA GIULIA	181.848	151.734	-30.114	-16,6%
070 LIGURIA	259.765	199.920	-59.845	-23,0%
080 EMILIA ROMAGNA	754.028	616.133	-137.895	-18,3%
090 TOSCANA	546.754	443.673	-103.081	-18,9%
100 UMBRIA	135.526	106.965	-28.561	-21,1%
110 MARCHE	225.405	177.473	-47.932	-21,3%
120 LAZIO	821.261	686.327	-134.934	-16,4%
130 ABRUZZO	181.207	148.039	-33.168	-18,3%
140 MOLISE	46.996	36.108	-10.888	-23,2%
150 CAMPANIA	799.841	599.542	-200.299	-25,0%
160 PUGLIA	477.648	343.362	-134.286	-28,1%
170 BASILICATA	70.600	51.435	-19.165	-27,1%
180 CALABRIA	212.725	147.562	-65.163	-30,6%
190 SICILIA	584.531	472.263	-112.268	-19,2%
200 SARDEGNA	236.105	188.384	-47.721	-20,2%
ITALIA	8.468.273	6.693.456	-1.774.817	-21,0%

Al fine di dare adeguatamente conto delle mutate dinamiche di mobilità sanitaria nel corso del 2020, nella figura successiva (fig.1.1) viene fornito il dettaglio per quanto riguarda la componente associata ai volumi erogati per i residenti delle singole regioni e quelli invece erogati a favore di pazienti provenienti da altre regioni (in blu i residenti e in giallo i non residenti).

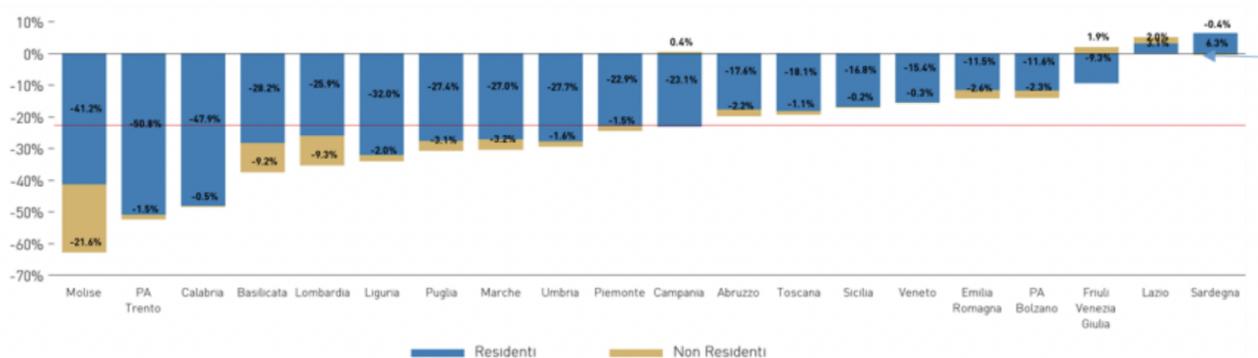
Fig. 1.1 – Trend sui volumi 2019 confrontati con il 2020 suddivisi per Residenti e Non residenti



Come si nota, la Lombardia svetta come volumi assoluti, seguita da Veneto, Lazio, Emilia-Romagna. Comprensibilmente, la Lombardia vede una chiara diminuzione del volume delle prestazioni, mentre le altre regioni menzionate “tengono”, seppure tutte con volumi lievemente diminuiti.

Nella figura 1.2 la tendenza è più chiara. La linea rossa, che rappresenta la mediana, mostra chiaramente come vi siano regioni più virtuose. **I volumi di prestazioni non solo sono diminuiti in Lombardia in modo massiccio, ma anche in regioni toccate lievemente dal Covid. Per contro, Veneto ed Emilia-Romagna hanno fatto molto bene, e particolarmente performante si è rivelato il Lazio.**

Fig. 1.2 – Andamento delle variazioni percentuali sui volumi 2019 confrontati con il 2020 suddivisi per Residenti e Non residenti



Per avere un maggior grado di chiarezza possiamo prendere inoltre in considerazione la figura successiva (fig. 1.3).

Fig. 1.3 – Andamento delle variazioni percentuali sui volumi 2019 confrontati con 2020



La figura sintetizza chiaramente quanto finora espresso. Lazio, Emilia-Romagna e Veneto hanno diminuito la percentuale di prestazioni sanitarie in modo inferiore alla media italiana, mentre la Lombardia, comprensibilmente, ha avuto un calo molto più elevato.

Va detto, tuttavia, che la Lombardia, come numero assoluto di prestazioni erogate, è la regione prima in Italia. Anche durante il Covid il numero assoluto è comunque elevato.

1.2. Performance dei Ssr nelle aree di assistenza non procrastinabili

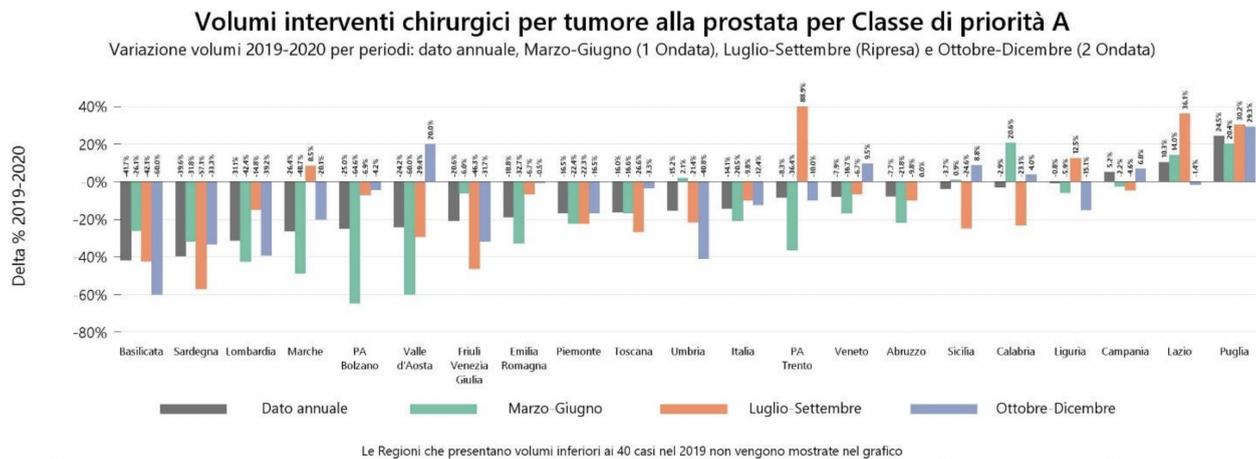
La categoria “aree di assistenza non procrastinabili” raggruppa quelle attività che alcune indicazioni nazionali susseguitesesi nel corso del 2020 hanno individuato come interventi prioritari e non differibili, generalmente relativi all’area oncologica (inclusa l’attività di screening).

Il successivo grafico (fig. 1.4) si sofferma su una particolare tipo di prestazione, ovvero l’intervento chirurgico per tumore alla prostata per classe di priorità A. La rappresentazione grafica presenta un elevato grado di dettaglio rispetto ai precedenti grafici perché riferita all’andamento dei volumi (confronto 2020 versus 2019) in relazione a tre periodi specifici dell’anno:

- Prima ondata pandemica (Marzo-Giugno 2019 vs Marzo-Giugno 2020)
- Ripresa delle attività (Luglio-Settembre 2019 vs Luglio-Settembre 2020)
- Seconda ondata pandemica (Ottobre-Dicembre 2019 vs Ottobre-Dicembre 2020)

Il grafico nella figura 1.4 riporta la suddivisione dell'andamento percentuale annuale e dei tre periodi selezionati. Infatti, se l'andamento del primo periodo è influenzato dall'incertezza, dalla sorpresa e dalla chiusura nazionale, gli altri due periodi sono caratterizzati da situazioni differenti.

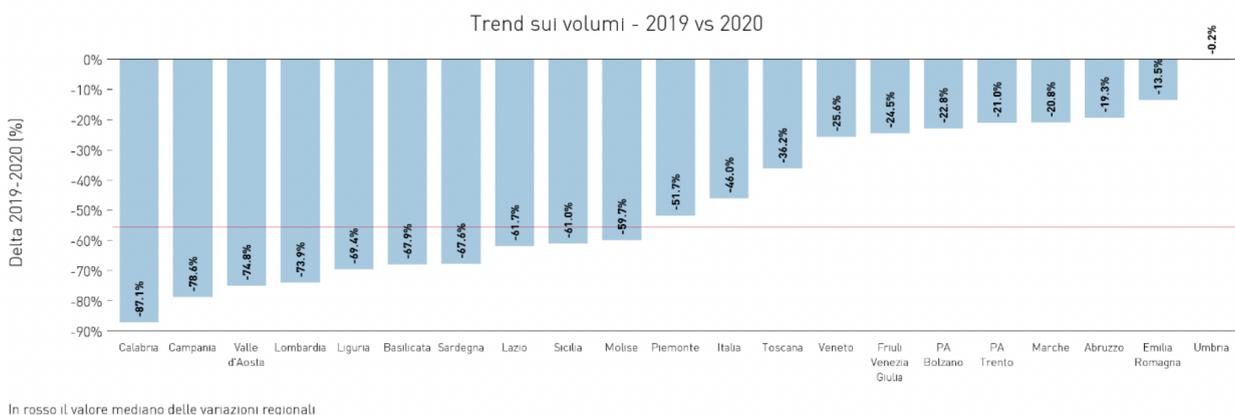
Fig. 1.4 - Andamento percentuale annuale



Come si vede chiaramente, **presentano dati eccellenti solo Lazio e Puglia**. E per questo motivo, ancora, si potrebbe pensare che la pandemia abbia condizionato in modo massiccio le attività delle regioni più colpite. Di nuovo, tuttavia, va segnalato che molte regioni poco colpite dal virus – meno del Lazio certamente - hanno fatto male.

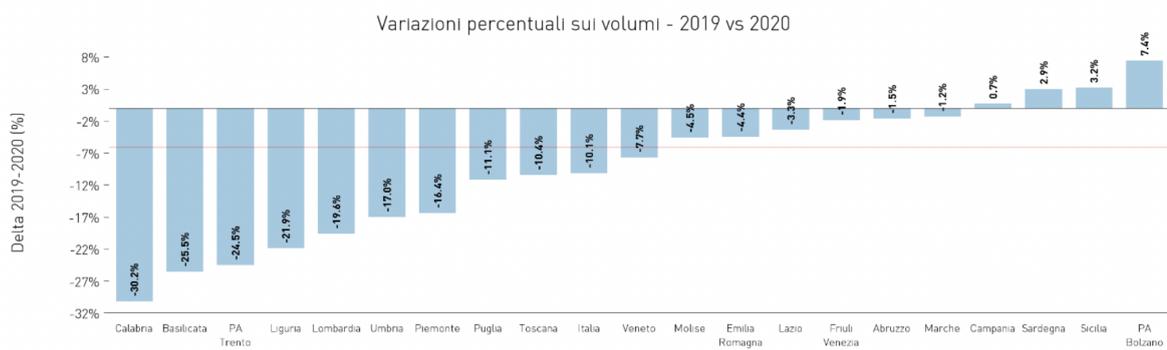
Se invece guardiamo unicamente alle diminuzioni dei volumi degli screening del colon-retto, notiamo come vi sia una diminuzione meno accentuata nelle regioni del Nord, **con il Lazio che si pone lievemente sotto la mediana e poco sotto la media italiana** (fig. 1.5).

Fig. 1.5 – Andamento regionale screening del colon-retto



Se invece prendiamo in considerazione i volumi relativi agli interventi chirurgici per tumore alla mammella per classe di priorità A, riportati nella figura 1.6, **notiamo come Emilia-Romagna e Lazio si pongano al di sotto della media italiana di diminuzione**, mentre la Lombardia sia molto distante avendo diminuito in modo rilevante gli interventi. In altri termini, Emilia-Romagna e Lazio hanno resistito bene. Nel complesso, tuttavia, **non si nota una correlazione netta tra incidenza regionale del virus e diminuzione degli interventi**.

Fig. 1.6 – Interventi chirurgici per tumore alla mammella per classe di priorità A

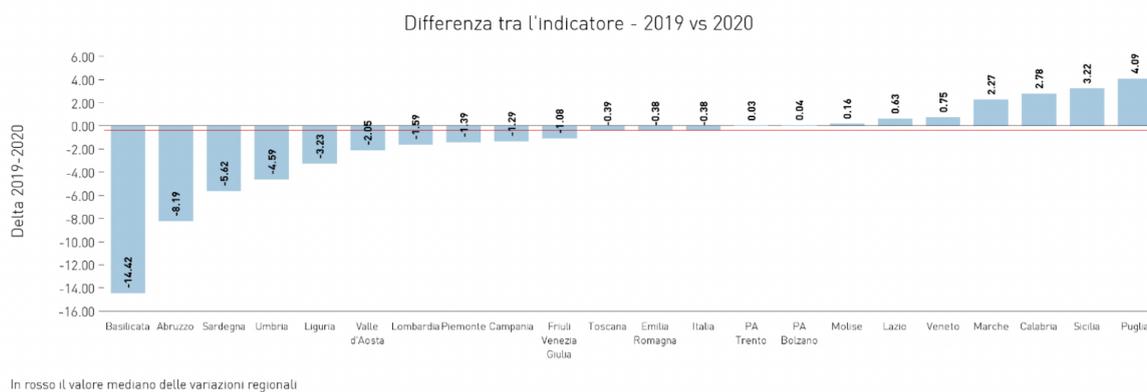


In rosso il valore mediano delle variazioni regionali
 Nel grafico non vengono mostrate le Regioni dove i volumi di attività sono inferiori ai 40 casi nel 2019

1.3. Processi di cura e tenuta complessiva dei Ssr

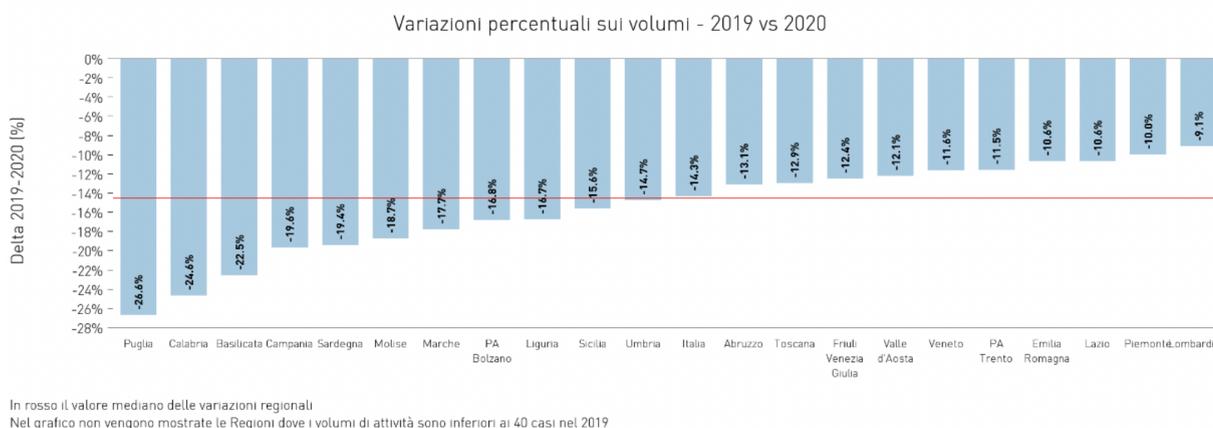
Per quanto riguarda l'indicatore relativo alla velocità con la quale vengono operate le persone che si fratturano il femore (indicatore di qualità del processo) **si nota (fig. 1.7) come il Lazio si ponga poco sopra il valore delle mediane, mentre Emilia-Romagna e Lombardia, sotto**. Ancora, vista l'incidenza del virus nella due regioni settentrionali, la diminuzione è giustificabile, tuttavia, va detto che nel complesso non vi è neppure questa volta una correlazione puntuale tra incidenza del virus e diminuzioni nelle differenti regioni.

Fig. 1.7 - Fratture del collo del femore operate entro due giorni



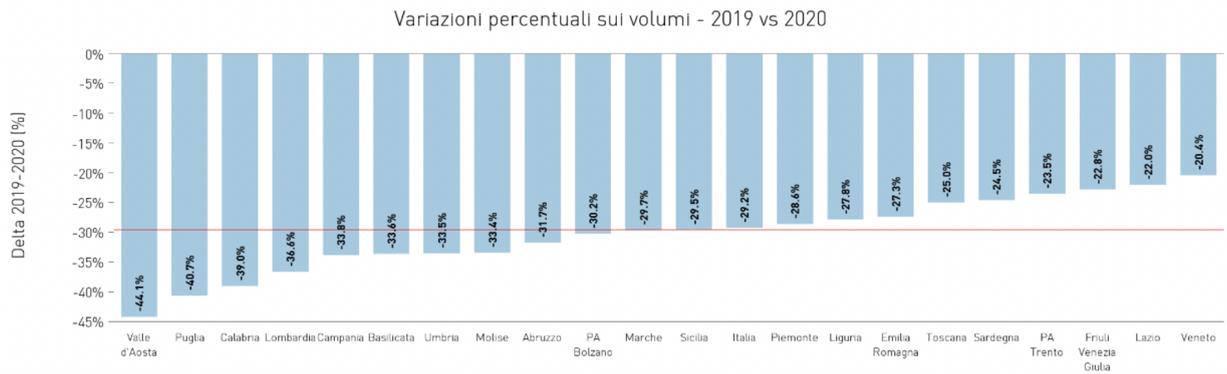
I volumi dei ricoveri urgenti sono calati in tutta Italia a causa del virus, tuttavia, ancora va notato come non vi sia una correlazione puntuale del calo tra incidenza regionale del Covid e calo nei ricoveri urgenti. Nelle regioni settentrionali più colpite, in termini percentuali, il calo è meno consistente, così come nel Lazio (si veda fig. 1.8)

Fig. 1.8 – Ricoveri urgenti



Guardando alla figura 1.9, la stessa affermazione può essere fatta anche nel caso dei ricoveri in Day Hospital: in Veneto, in Emilia-Romagna e in Lazio calano meno rispetto al resto d'Italia. Anche questa volta la Lombardia, comprensibilmente, appare al di sopra della mediana della diminuzione. Se infatti la mediana si assesta intorno al 30% di calo, la Lombardia presenta un calo del 36,6%.

Fig. 1.9 – Volumi Ricoveri DH



In rosso il valore mediano delle variazioni regionali
 Nel grafico non vengono mostrate le Regioni dove i volumi di attività sono inferiori ai 40 casi nel 2019

In sintesi, come viene affermato nel Report: “Le matrici che riportano congiuntamente l’incidenza della malattia e la performance per ogni indicatore suggeriscono intuitivamente come non ci sia una correlazione tra contrazione dei volumi e diffusione della malattia. La prima sembra quindi essere associata a diverse scelte organizzative regionali, piuttosto che al solo stress epidemico” (p. 75).

Il Lazio emerge come regione più “virtuosa” rispetto a resilienza e performance nell’ambito delle prestazioni sanitarie non legate direttamente all’assistenza dei malati di Covid.

2. La responsiveness dei SSR all'emergenza Covid-19

L'emergenza legata al virus Covid-19 ha imposto alle regioni di riorganizzare i servizi sanitari regionali per far fronte alla crisi pandemica. Come fanno notare Casula, Terlizzi, Toth (2020), le modalità attraverso cui il SSN ha fronteggiato l'epidemia, almeno nelle prime fasi, hanno rispecchiato in larga misura le caratteristiche strutturali dei diversi SSR. L'assetto profondamente regionalizzato del nostro SSN ha difatti stimolato una risposta differente da parte di ogni singola regione in termini di finalità e strumenti introdotti.

In estrema sintesi, riprendendo le analisi di Casula, Terlizzi, Toth (2020), è possibile individuare le seguenti strategie di risposta all'emergenza pandemica:

1. Ridisegno della rete ospedaliera
2. Riorganizzazione del rapporto tra cure ospedaliere e territoriali
3. Ridefinizione del rapporto tra erogatori pubblici e privati

2.1. Il ridisegno della rete ospedaliera

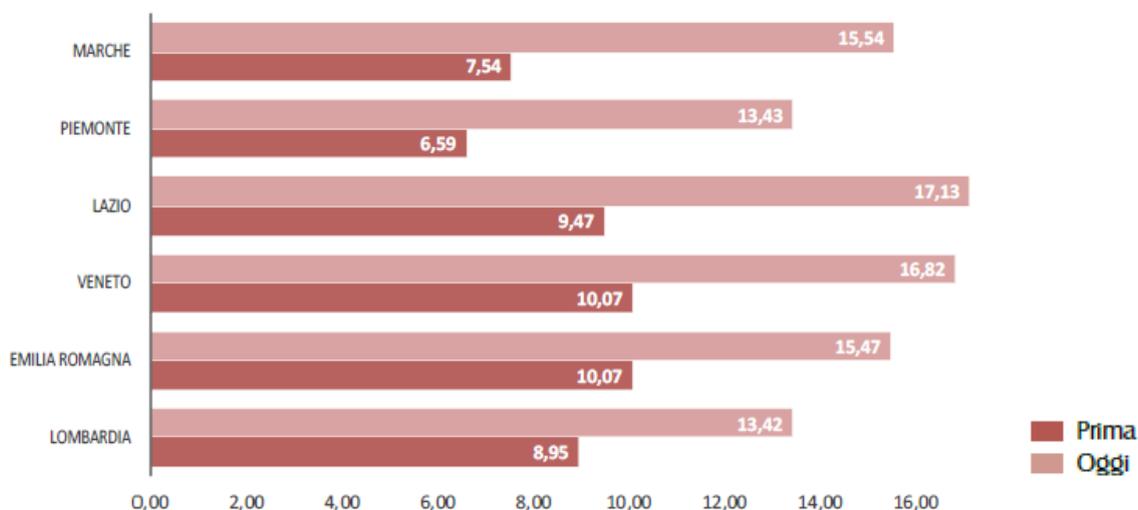
Durante la prima fase dell'emergenza, le Regioni si sono trovate di fronte alla necessità di ridisegnare la propria rete ospedaliera per fronteggiare adeguatamente l'emergenza sanitaria. I provvedimenti sono stati indirizzati, in modo particolare, ad aumentare il numero di posti letto disponibili, a identificare i Covid Hospital (stabilendo la relativa dotazione di posti letto) e a ridefinire le altre reti (emergenza – urgenza, stroke, ecc). La riorganizzazione delle reti ospedaliere è stata imposta anche a livello normativo, attraverso il Decreto-legge n. 34 del 29 maggio che, all'articolo 2 ha sancito: “le Regioni, tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da COVID-19 in corso, garantiscono l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure”. La riorganizzazione delle reti ospedaliere è andata, tendenzialmente, di pari passo con la diffusione del virus (Cicchetti, Brino 2020)².

² Secondo il report citato, al 17 giugno 2020 già 9 regioni, prevalentemente del Nord Italia e caratterizzate da un'alta circolazione del virus avevano, seppur prevedendo diverse soluzioni organizzative, approvato i piani di riorganizzazione della rete ospedaliera in ottemperanza al DL 34. Al 1° luglio 2020 più del 65% delle Regioni aveva disposto specifici piani di riorganizzazione dell'attività ospedaliera per il potenziamento della rete ospedaliera e delle terapie intensive. Un'approfondita analisi ha consentito di appurare una differenza nei comportamenti regionali nei seguenti termini: la totalità delle regioni in cui il virus ha circolato in maniera molto consistente aveva approvato piani di riorganizzazione della rete ospedaliera; la maggior parte delle regioni, eccetto Lazio e Puglia, in cui il virus ha circolato a livello di

Già durante la prima ondata, la quasi totalità delle Regioni ha superato il tetto imposto a livello ministeriale dei posti letto occupati in terapia intensiva con aumenti che hanno sfiorato il 50%.

La tab. 2.1 mostra l'andamento dell'indicatore relativo l'incremento dei posti letto in terapia intensiva su 100.000 ab. nelle diverse Regioni (Altems, report #4) alla data del 21 aprile 2020. L'Emilia-Romagna ha incrementato la propria dotazione di posti letto in terapia intensiva del 54%, la Lombardia ha incrementato la dotazione di posti letto del 50% e il Lazio, che registra il valore migliore, dell'81%.

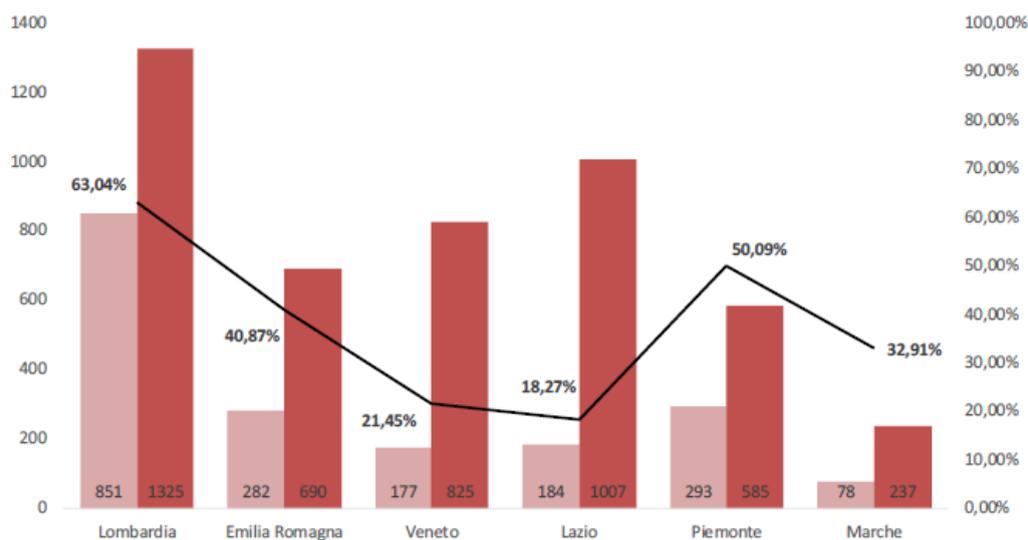
Tab. 2.1 - Posti letto in TI su 100.000 abitanti (fonte: Altems, Instant report #4, dati aggiornati al 21/04/2020)



La tab. 2.2 mostra, invece, la saturazione dei posti letto in terapia intensiva alla stessa data. L'andamento dell'indicatore presenta una percentuale di saturazione sostenibile (inferiore al 50%) nella quasi totalità delle Regioni oggetto d'analisi. Solo la Lombardia - in considerazione anche naturalmente dell'elevato numero di casi di contagio rispetto alla media nazionale - supera tale soglia di tredici punti percentuali, fatto che ha richiesto misure ulteriori per far fronte all'emergenza, come ad esempio il trasferimento dei pazienti ricoverati in altre Regioni o all'estero.

intensità media, aveva deliberato i suddetti piani; tra le regioni che hanno registrato un numero di casi limitati, sono state in poche quelle ad aver approvato in Giunta Regionale piani di riorganizzazione ospedaliera. Al 22 luglio 2020, nel 100% delle Regioni era stato approvato il piano di riorganizzazione dell'attività ospedaliera.

Tab. 2.2 - Saturazione e posti letto in TI (fonte: Altems, Instant report #4, dati aggiornati al 21/04/2020)



Altre misure di rafforzamento della rete ospedaliera hanno riguardato l'aumento dei posti letto in regime ordinario in pneumologia e malattie infettive mediante la costruzione ed il reperimento di nuove strutture (cosiddetti "Covid Hospital) nonchè l'ampliamento di posti letto in strutture già esistenti.

2.2. La riorganizzazione del rapporto tra cure ospedaliere e territoriali

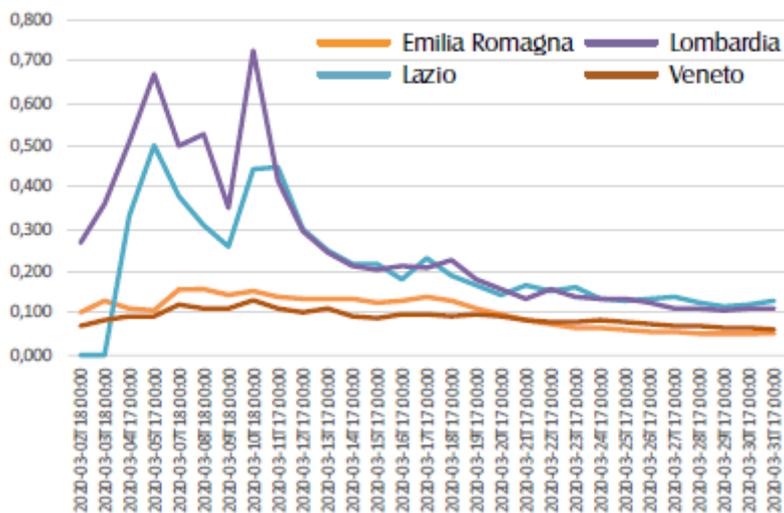
Durante l'emergenza Covid, le singole regioni hanno compreso, sebbene con tempistiche piuttosto differenti tra loro, che l'assistenza ospedaliera dovesse essere affiancata da un'opportuna azione capillare e proattiva a livello territoriale e domiciliare. Con le parole di Casula, Terlizzi, Toth: "le regioni che già disponevano di una solida rete di cure territoriali, più abituate ad un approccio integrato, hanno raccolto la sfida del territorio in modo più pronto ed efficace. Al contrario, i sistemi regionali più centrati sull'ospedale hanno dapprima confidato sul loro lato forte, ossia l'ospedalizzazione, ma in seguito hanno mostrato carenze nell'azione sul territorio" (2020, p. 335).

Il caso più emblematico di gestione dell'emergenza attraverso un approccio centrato sull'ospedale è certamente quello della Lombardia. Come evidenziano fonti di letteratura (Report ALTEMS, Casula, Terlizzi, Toth, 2020: 319-20), difatti, la Regione Lombardia ha operato principalmente sul fronte dell'offerta ospedaliera, prestando minore attenzione (almeno nella prima fase dell'emergenza) all'assistenza territoriale, soprattutto a quella domiciliare (cfr. Fig. 2.1). "Gli sforzi si sono concentrati sull'attivazione di nuove strutture e sull'incremento dei letti in terapia intensiva. A tal fine, è stato reclutato nuovo personale sanitario, sono state coinvolte le strutture private, sono

stati individuati ospedali hub su cui convogliare i pazienti gravi e urgenti non affetti da COVID-19” (Casula, Terlizzi, Toth, 2020: 319-20). La risposta ospedalocentrica della regione Lombardia va in parte ricondotta ai suoi assetti organizzativi pre-pandemia (già ampiamente centrali sulle difficoltà di coordinamento delle cure territoriali, in parte legate riconducibili anche all’elevato numero di aziende sanitarie³), sia ai dati epidemiologici connessi al contagio che, soprattutto nelle prime fasi, hanno visto questa regione sede di numerosi focolai, in particolare nelle RSA (Arlotti, Marzulli, 2020).

Nel corso degli anni, l’Emilia-Romagna, pur senza trascurare la rete ospedaliera, ha invece investito molte risorse (sia economiche, sia organizzative) nel potenziamento dell’assistenza territoriale, mostrando, nella prima fase della pandemia (marzo-aprile 2020) un basso rapporto tra soggetti positivi e ricoverati, nonché un maggior numero di soggetti trattati a livello domiciliare (così come in Veneto). Cfr. Fig. 2.1

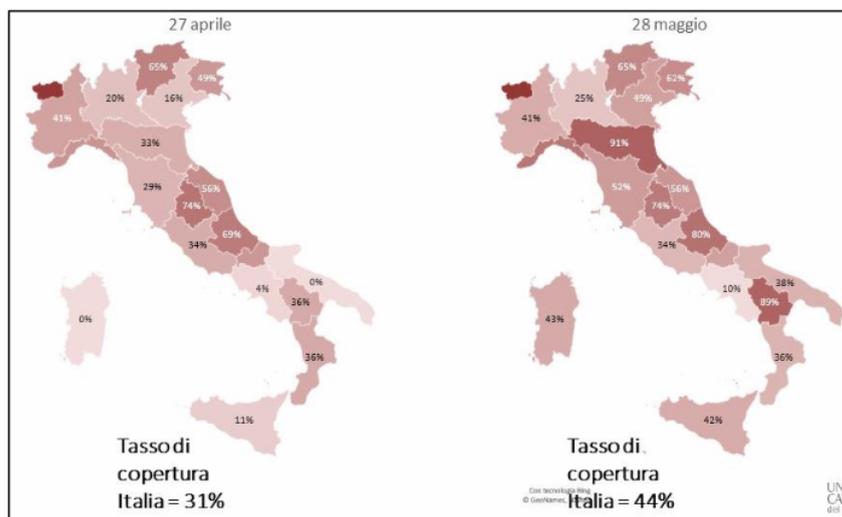
Fig. 2.1 - Rapporto tra soggetti positivi in terapia intensiva e in terapia domiciliare. Data 31/02/2020 (Instant report ALTEMS #1)



³ In Italia, nella maggioranza dei casi, le Asl corrispondono grossomodo all’ambito provinciale. Questo è quello che si verifica, ad esempio in Veneto ed Emilia-Romagna. In Veneto, in seguito alla riorganizzazione del 2016, si hanno oggi 9 Asl a fronte di 7 province. In Emilia-Romagna, si hanno 8 Asl e 9 province. In media, le Asl di Veneto ed Emilia-Romagna hanno un bacino di quasi 550.000 abitanti (Bobini et al. 2019). La situazione è differente in Lombardia, dove la dimensione media delle aziende territoriali è più ridotta, di poco superiore ai 350.000 abitanti per azienda. La Lombardia ha oggi un numero di Asst (27) più che doppio rispetto a quello delle province (12). Optare per un numero maggiore di aziende, di dimensioni più piccole, cambia le modalità di coordinamento da parte del governo regionale, e forse può aver avuto un ruolo anche nella gestione dell’emergenza Coronavirus. Da parte dell’assessorato regionale alla sanità sembra infatti più agevole avere come interlocutori solo 8 direttori generali (come accade in Emilia-Romagna); in Lombardia le aziende da coordinare sono ben 27 (senza contare le Ats).

Inoltre, in tema di cure territoriali, la Regione Emilia-Romagna ha attivato con tempestività le USCA che sono risultate ben funzionanti in diverse Asl, in particolare nella Asl di Piacenza (particolarmente colpita durante la prima fase della pandemia), come evidenziato dalla fig. 2.2

Fig. 2.2 - Tasso di copertura delle USCA (27 aprile e 28 maggio 2020)



Un'altra strategia introdotta dalla Regione Emilia-Romagna ha riguardato l'utilizzo di strutture intermedie per pazienti stabilizzati, ma non negativizzati (al fine di ridurre i contagi con i familiari), nonché l'attivazione di ambulatori dedicati a pazienti Covid 19 (Altems, REPORT #1).

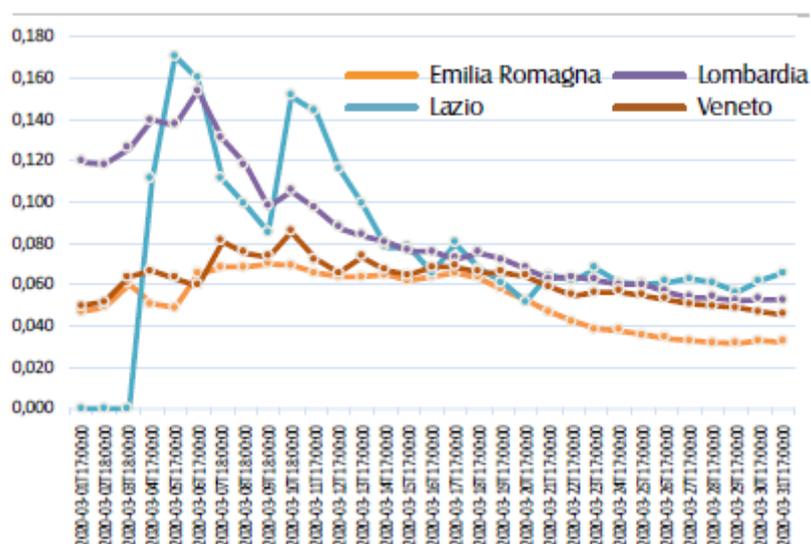
Per quanto riguarda il Lazio, come ben evidenziano i report dell'ALTEMS (e in particolare il report "Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19", Fase 1/2020⁴) è possibile identificare una diversa strategie di intervento a seconda delle fasi della pandemia. Durante la fase 1 (che copre il periodo dallo scoppio della pandemia al 23 marzo 2020), il Lazio si è complessivamente caratterizzato per un modello "centralizzato", con una catena di comando definita "corta" che ha visto al centro la Regione e l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive – (INMI Lazzaro Spallanzani). La prima fase si è contraddistinta per un impegno prevalentemente situato nelle strutture ospedaliere, come ben evidenziano alcuni indicatori, relativi ad esempio, al numero di ricoverati sulle persone positive. Inoltre, durante tale prima fase sono state riconvertite diverse strutture ricettive (per un totale di 292 posti letto) per pazienti che richiedevano un basso livello di assistenza.

⁴ Il rapporto è disponibile al sito internet

<https://altems.unicatt.it/altems-attivita-di-ricerca-instant-report-fase-1-2020-analisi-dei-modelli-organizzativi-di-risposta> (Ultimo accesso 10/06/2022).

Il grafico nella fig. 2.3 evidenzia come, in una prima fase dell'epidemia, il tasso di ospedalizzazioni in terapia intensiva fosse molto alto anche in regione Lazio (con valori molto simili a quella della Lombardia, dove sono stati raggiunti picchi intorno al 15%). Si tratta di valori molto più alti rispetto a quelli delle regioni Emilia-Romagna e Veneto. Tuttavia, osservando i trend nel tempo si evidenzia un rapporto tra ricorso alla terapia intensiva e positivi significativamente inferiore nelle ultime settimane di marzo in tutte le regioni.

Fig. 2.3 - Numero di ricoverati sulle persone positive: confronto regionale



Come riportato nel citato Report: “La Regione, individuata la propria task force dedicata e facendo perno sull’INMI Spallanzani, ha individuato 5 ospedali dedicati all’assistenza di malati Covid-19. I posti in terapia intensiva sono stati quasi raddoppiati, passando da 9/100.000 abitanti a 17,5/100.000 abitanti. Due dati possono essere portati ad esempio dell’alto impegno ospedaliero: nei primi giorni del contagio (2-3 marzo) il 90% dei positivi era ospedalizzato, quota che il 21 marzo giungeva al 60%, ed il 26 marzo la percentuale di ricoverati in Terapia Intensiva era del 13%, seconda in Italia dopo il Veneto” (Altems 2020, pag. 12).

Un altro elemento da considerare rispetto al tema tra cure ospedaliere e cure territoriali riguarda il fatto che, in accordo con le Linee di Indirizzo del 2 marzo 2020, la responsabilità per il monitoraggio dei sintomatici sul territorio era in capo a MMG, PLS e SISP competenti territorialmente. Fino al 13 marzo, tuttavia, l’analisi dei tamponi è stata realizzata solo all’INMI, cosa che chiaramente ha imposto di mirare la realizzazione dei test a una popolazione sintomatica e nel momento dell’accesso in ospedale. Al 19 marzo, i laboratori regionali accreditati salivano a 9, ma la mancanza di specifici focolai (almeno fino al 26 marzo) non ha suggerito una diffusione dei

tamponi sul territorio. Infatti, fino al 31 marzo la Regione Lazio aveva sottoposto a tampone solo lo 0,59% della popolazione regionale, sotto la media nazionale (0,84%).

A partire dal 23 marzo, inizia la seconda fase che mette in luce un cambio di rotta nella direzione di una maggiore “territorializzazione” delle strategie di intervento a contrasto al Covid. In particolare - si legge sempre nel report Altems - il cambio di strategia si evidenzia nella maggiore attenzione alle strutture socio-sanitarie e alle RSA, al contributo di medici di famiglia “volontari” in azione sul “campo” e la promozione dell’uso dell’app DoctorPlus Covid-19. Per favorire la prevenzione di contagi nelle RSA (un problema che, come abbiamo visto, ha afflitto la regione Lombardia), si sono resi disponibili tre camper con un gruppo di operatori sanitari volontari impegnati ad identificare, tracciare i contatti, isolare i pazienti negativi dai positivi, effettuare la prima valutazione clinica e impostare la terapia. Un’ulteriore spinta alla territorializzazione è offerta dalla la creazione, attraverso la nota n. 291852 “Programma di potenziamento delle cure primarie – Emergenza Covid-19” (8 aprile 2020) delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale Regionale (USCAR) per il trattamento dei pazienti a domicilio o presso strutture residenziali, collegate alla rete ospedaliera-assistenziale con l’obiettivo di implementare un modello Hub and Spoke un Covid-hospital dedicato a diverse aree di afferenza regionali. Ancora, un altro elemento che testimonia la spinta alla territorializzazione si evince nell’attivazione di strutture intermedie alberghiere per facilitare la stabilizzazione dei pazienti Covid dimessi dagli ospedali in attesa di tampone negativo, continuando l’assistenza in un setting di cura specifico e riducendo il carico sulla rete ospedaliera. Infine, un’ulteriore spinta verso la territorializzazione è stata offerta dall’istituzione di un Coordinamento Distrettuale Covid-19 con funzioni di raccordo unitario di funzioni derivanti da diversi servizi, professionisti e tecnologie (telesorveglianza e telemonitoraggio) per la governance degli interventi diretti presso il domicilio del paziente, strutture residenziali socio-sanitarie o socio-assistenziali o eventuali accessi presso ospedali per acuti.

2.3. La ridefinizione del rapporto tra erogatori pubblici e privati

La Lombardia si connota per alcune specificità che riguardano il rapporto tra erogatori pubblici ed erogatori privati. Come scrivono Casula, Terlizzi, Toth (2020), La Lombardia ha tradizionalmente valorizzato l’offerta ospedaliera, facendo ampio affidamento sui fornitori privati⁵. Anche sul piano

⁵ Per approfondimenti sul rapporto tra fornitori pubblici e privati in Regione Lombardia, si rimanda alle seguenti fonti normative: Coinvolgimento dei privati: DGR n. 2903 del 2 marzo 2020, «Prime determinazione in ordine all’emergenza epidemiologica da COVID-19»; DGR n. 2905 del 4 marzo 2020, «Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione dell’emergenza da COVID-19 ed in- tesa tra associazioni di categoria (Confindustria Lombardia, AIOP, ANISAP, e ARIS) e Regione Lombardia per l’impiego straordinario di personale sanitario presso ospedali pubblici lombardi al fine di fronteggiare l’emergenza da COVID-19.

retorico, la strategia della Regione Lombardia è stata di alimentare la competizione tra fornitori pubblici e privati, lasciando ai pazienti la libertà di scegliere dove farsi curare. In effetti, fanno notare Casula, Terlizzi, Toth (2020): “Fin dagli anni Novanta, il modello lombardo ha rappresentato un caso sui generis. In Lombardia, più che nelle altre regioni, si è infatti voluto dare compimento alla logica del ‘mercato interno’ introdotta dalla riforma del 1992. Questo ha comportato una netta separazione – a livello organizzativo, e quindi verosimilmente anche a livello funzionale – tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale”.

Uno dei problemi principali che ha generato siffatto rapporto tra pubblico e privato ha riguardato l’impatto negativo sull’equità di accesso al sistema di cure e assistenziale, in particolare in tema di tamponi. Come afferma Bonati (2020, p. 53), “Il coinvolgimento del sistema privato, per quanto convenzionato, è stato ritardato e comunque solo parziale. Il privato risponde a logiche di mercato e il mix non è sinonimo di equità. In una Lombardia che arrancava e il Servizio Sanitario Nazionale che poteva garantire solo qualche migliaio di tamponi al giorno (5-6000 a fronte di una necessità di almeno 10 volte tanti), laboratori di ospedali privati convenzionati effettuavano il test con tampone a privati cittadini al prezzo di 282 euro (circa 10 euro il costo stimato nel servizio pubblico). Il sistema di primary care lombardo si è rivelato inefficiente e dannoso per la salute anche degli stessi operatori sanitari” (Bonati, 2020, p. 53).

L’Emilia-Romagna ha invece attribuito maggiore importanza alla programmazione pubblica e all’integrazione delle cure. Tale sistema sanitario presenta – rispetto al sistema lombardo – una struttura di offerta più pubblica.

In Lazio, come evidenziato nel Rapporto Altems (2020), si registra un elemento di peculiarità che risiede nella forte ed efficace collaborazione tra rete pubblica e rete privata (in particolare, Policlinico Gemelli, Campus biomedico e Bambino Gesù), attraverso un’abile regia politica regionale. I privati, in Lazio, hanno messo a disposizione 1.600 posti-letto con grande celerità.

2.4. Monitoraggio dei casi: il ruolo delle USCAR

Seguendo le linee del Ministero della Salute, si nota come l’elevata copertura vaccinale, in tutte le fasce di età, anche quella 5-11 anni, il completamento dei cicli di vaccinazione ed il mantenimento di una elevata risposta immunitaria attraverso la dose di richiamo, con particolare riguardo alle categorie indicate dalle disposizioni ministeriali, rappresentano strumenti necessari a mitigare l’impatto soprattutto clinico dell’epidemia.

Entrando nel merito delle specificità territoriali, la Regione Lazio ha mostrato fin da subito una particolare attenzione al monitoraggio realizzato attraverso i tamponi.

Le Linee di Indirizzo per l'elaborazione dei piani territoriali del 2 marzo 2020 assegnavano la responsabilità per il monitoraggio dei sintomatici sul territorio all'azione dei Medici di Famiglia, dei Pediatri di libera scelta e dei SISP competenti territorialmente. Fino al 13 marzo, tuttavia, l'analisi dei tamponi è stata realizzata solo all'INMI, cosa che chiaramente ha imposto di mirare la realizzazione dei test a una popolazione sintomatica e nel momento dell'accesso in ospedale. Al 19 marzo, i laboratori regionali accreditati salivano a 9, ma la mancanza di specifici focolai (almeno fino al 26 marzo) non ha suggerito una diffusione dei tamponi sul territorio. Infatti, fino al 31 marzo la Regione Lazio aveva sottoposto a tampone solo lo 0,59% della popolazione regionale, sotto la media nazionale (0,84%).

Dalla settimana del 23 marzo alcuni accadimenti hanno accelerato i processi di "territorializzazione" del contrasto al Covid, con particolare attenzione alle strutture socio-sanitarie e alle RSA grazie al contributo di medici di famiglia "volontari" in azione sul "campo" e la promozione dell'uso dell'app DoctorPlus Covid-19.

Con l'istituzione della "zona rossa" a Nerola (26 marzo) e l'ulteriore presa di coscienza generale in merito ai problemi potenziali nelle altre strutture sanitarie assistenziali per anziani emerge una risposta forse unica in Italia. Su iniziativa della FIMMG regionale, di Confcooperative Federazione Sanità, dell'Ordine dei Medici di Roma, dell'Assessorato si sono resi disponibili tre camper con un gruppo di operatori sanitari volontari con la missione di monitorare situazioni a rischio nell'ambito di queste strutture: obiettivo è stato quindi quello di identificare, tracciare i contatti, isolare i pazienti negativi dai positivi, valutazione clinica e impostazione della prima terapia.

La Regione ha emanato l'8 aprile la nota n. 291852 "Programma di potenziamento delle cure primarie – Emergenza Covid-19" diretta ai Direttori Generali/Commissari Straordinari delle ASL.

"Al 6 maggio, la Regione Lazio ha sottoposto al test diagnostico il 2,08% della popolazione, con un rapporto tra nuovi positivi e nuovi soggetti testati paragonabile nell'ultima settimana oggetto di studio a quello della regione Veneto (1 nuovo caso positivo ogni 50 nuovi soggetti testati)."

L'istituzione delle USCAR fornisce un importante contributo all'uscita dalla fase emergenziale per il sistema di monitoraggio territoriale, avviato con il modello cosiddetto "volontaristico" degli operatori sanitari su unità mobili sopra descritto e passato in mano alle 40 USCAR ad ora attivate. Parallelamente, sono stati istituiti 30 punti per l'esecuzione dei tamponi stile "drive-through". La regia delle USCAR è stata individuata, una scelta che con il senno di poi si è dimostrata certamente appropriata, vista l'efficienza.

3. La letalità del Covid: una comparazione inter-regionale

Facendo riferimento al dato medio della mortalità nei 10 anni precedenti il Covid che abbiamo vissuto, 2010-2019, le differenze nella mortalità della popolazione sono enormi, rispetto al 2020. Nel 2020, rispetto alla media degli anni precedenti, la Lombardia ha visto aumentare i decessi nella fascia 65-74 anni del 68,9% e del 54,9% tra gli over 75. In Veneto i numeri sono stati molto più bassi, rispettivamente la mortalità è stata del 10,7% e del 14,7% nelle due fasce. In Lazio addirittura c'è stata una diminuzione percentuale nella fascia 65-74 anni e un aumento del 14,4% tra gli over 75. In media, l'aumento della mortalità nei due periodi è stato del 54,4% in Lombardia; del 29,0% in Emilia-Romagna e del 6,4% in Lazio. Queste percentuali indicano delle differenze inter-regionali enormi.

Tab 3.1 – Indicatore su Variazione % per fascia di età dei decessi 2020 vs. media 2010-2019 (Fonte Altems)
(Il confronto effettuato è relativo al periodo 1 gennaio- 4 aprile media anni precedenti vs. 1 gennaio-4 aprile 2020)

	0-14	15-64	65-74	75 +	Totale
Piemonte	-10,0%	9,7%	15,8%	22,2%	20,2%
Lombardia	16,3%	32,0%	68,9%	54,9%	54,4%
Veneto	-63,2%	10,3%	10,7%	14,7%	13,6%
Emilia-Romagna	-43,3%	31,0%	49,4%	26,4%	29,0%
Marche	-75,0%	39,7%	19,8%	32,1%	30,9%
Lazio		-7,7%	-16,2%	14,4%	6,4%
Totale	-15,3%	16,8%	37,9%	31,0%	30,5%

Nella tabella successiva si evince un dato non di immediata comprensione. In alcune Terapie Intensive, come quelle della Lombardia e dell'Emilia-Romagna, i decessi sono stati percentualmente più alti rispetto ad altre regioni, come il Lazio *in primis*. Facciamo notare, che si tratta di comparazione *percentuale*, in altri termini su 100 persone ricoverate in Terapia intensiva i tassi di decessi sono stati molto differenti nelle diverse regioni. Piuttosto che imputare questa differenza alla cattiva qualità del reparto, è plausibile pensare che queste TI fossero “sovraccariche” e che i pazienti colà ricoverati fossero in condizioni ancora più gravi di coloro che mediamente sono in Terapia Intensiva.

Tab. 3.2 – Indicatore Decessi / Terapia intensiva (periodo 1° marzo – 28 aprile 2020 – Fonte Altems)

Data	Emilia-Romagna	Lazio	Lombardia	Marche	Piemonte	Veneto	Totale
Media	5,37	1,07	6,58	4,33	3,37	2,72	4,94
Max	15,23	3,14	20,73	15,40	14,53	11,73	16,27
Min	0,62	0,00	0,23	0,00	0,00	0,14	0,24
Deviazione standard	4,16	0,71	5,81	4,63	3,89	3,16	4,43
Varianza	17,29	0,50	33,80	21,41	15,12	9,97	19,61

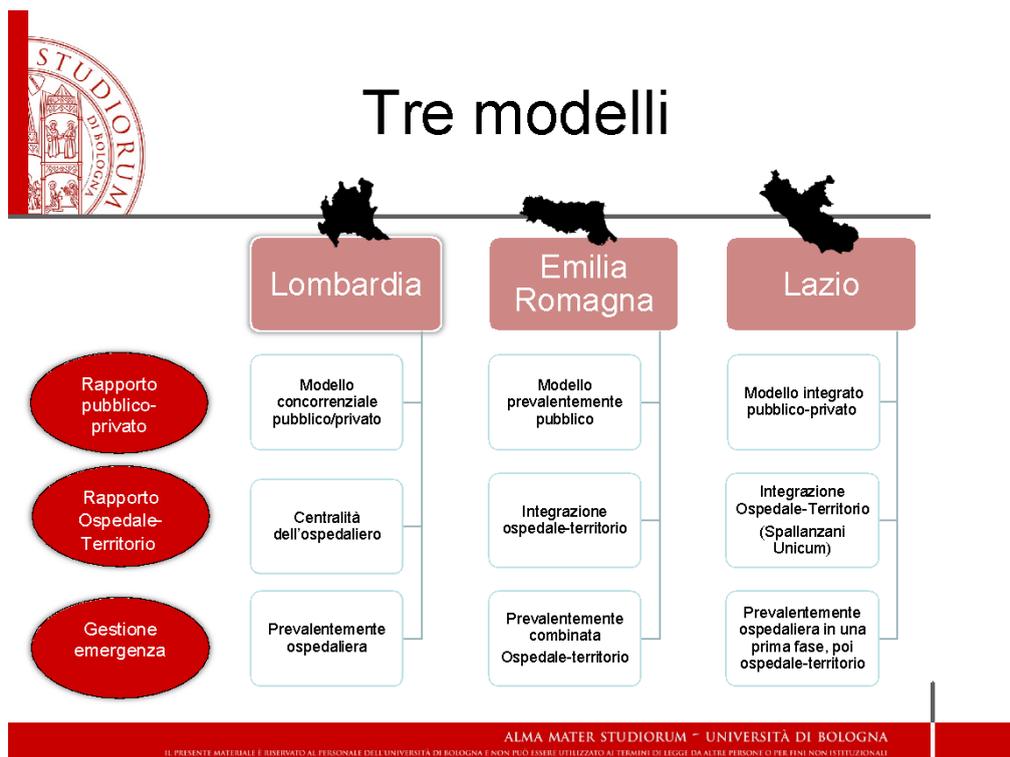
Guardando alla tabella 3.3, vediamo come ancora nel rapporto tra decessi e positivi vi sia differenze significative tra le regioni. Chiaramente, sappiamo che gli esiti infausti del virus crescono all'aumentare dell'età – e non lo ribadiamo qui. Tuttavia, in Lombardia, la mortalità tra coloro di età compresa tra gli 80 e 89 anni è stata altissima: più di un decesso su tre positivi. **Si tratta di un tasso più che doppio rispetto al Lazio** (per la stessa fascia di età). Tra le regioni prese in esame, grandi e medie, il Lazio si pone, *in termini percentuali*, sempre ai livelli più bassi.

Tab. 3.3 – Indicatore Letalità per classi di età: decessi/casi positivi (periodo 1° marzo – 23 aprile 2020 – Fonte Altems)

	Piemonte	Lombardia	Veneto	Emilia Romagna	Marche	Lazio	Italia
0-9	0,21%	0,39%	0,06%	0,18%	0,10%	0,03%	0,15%
10-19	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
20-29	0,07%	0,16%	0,03%	0,08%	0,07%	0,02%	0,08%
30-39	0,33%	0,62%	0,18%	0,35%	0,26%	0,11%	0,37%
40-49	0,76%	1,38%	0,45%	0,88%	0,64%	0,30%	0,89%
50-59	2,18%	3,86%	1,37%	2,89%	1,89%	1,00%	2,65%
60-69	8,48%	13,42%	6,39%	10,75%	6,85%	3,97%	10,02%
70-79	19,93%	30,14%	18,10%	26,44%	17,94%	11,38%	24,92%
80-89	21,14%	38,53%	18,54%	32,89%	20,19%	15,15%	30,77%
90+	18,25%	36,06%	12,02%	26,20%	16,16%	12,46%	26,06%
Non noto	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Totale	10,55%	18,45%	7,15%	13,64%	9,13%	5,07%	13,09%

Conclusioni: differenti modelli di SSR e reazione al Covid-19. L'emergere del “Modello Lazio”

L'analisi secondaria dei dati e della letteratura ci consente di identificare diversi modelli regionali rispetto alle modalità di gestione della pandemia nel 2020 (I e II ondata) nelle tre regioni principali tra quelle considerate: la Lombardia, l'Emilia-Romagna e il Lazio. Si veda la slide di sintesi:



Con questo possiamo concludere che nell'ambito delle prestazioni sanitarie «ordinarie» la diminuzione appare più legata alle peculiari **modalità organizzative** dei vari SSR, più che all'incidenza del Covid. Tesi questa anche in linea con quanto riportato nel Report dovuto a Agenas (in Bibliografia). In questo Rapporto viene affermato che le matrici che riportano congiuntamente l'incidenza della malattia e la performance per ogni indicatore suggeriscono intuitivamente come **non ci sia una correlazione tra contrazione dei volumi e diffusione della malattia**. La contrazione dei volumi di prestazioni sanitarie nel 2020, rispetto al periodo pre-Covid, sembra quindi essere associata a diverse **scelte organizzative regionali**, piuttosto che al solo stress epidemico.

Inoltre, va sottolineato come il Lazio abbia indicatori estremamente positivi su una serie molto elevata di indicatori molto importanti, come abbiamo visto. In sintesi, in Lazio i dati analizzati possono essere così riassunti:

- Diminuzione contenuta delle prestazioni ordinarie (calo molto lieve)
- Minore letalità del Covid
- Minore mortalità in TI
- Responsiveness elevata
- Gestione emergenza e post-emergenza efficace

I punti di forza della gestione della prima fase del Covid nel Lazio possono essere così sintetizzati

- Elevata Integrazione Ospedale/territorio
- Efficiente collaborazione pubblico-privato
- INMI Spallanzani emblema integrazione Ospedale-Territorio (con ruolo di leadership: governance della rete, laboratori, campagna vaccinale, Coordinamento Usca)
- Rapidità/responsiveness - creazione posti letto in TI, coinvolgimento privati, tamponi, vaccinazioni
- Nessun errore «macro» (come è invece accaduto in Lombardia)

I precedenti punti sintetizzano quindi i tratti salienti del “Modello Lazio”, una prospettiva che ha dimostrato come il Covid-19 non sia stato un “evento oggettivo” che doveva essere semplicemente subito, ma un processo che in piccola misura poteva essere governato.

Bibliografia

- AGENAS in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna (2021), Analisi della capacità di resilienza del Servizio Sanitario Nazionale nell'anno 2020.
- Altems (2020), Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19. Fase 1/2020 Disponibile al sito <https://altems.unicatt.it/altems-attivita-di-ricerca-instant-report-fase-1-2020-analisi-dei-modelli-organizzativi-di-risposta> (Ultimo accesso 10/06/2022)
- Altems (2020), Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19. Focus su Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Piemonte, Lazio e Marche, disponibile al sito internet https://altems.unicatt.it/altems-ALTEMS-COVID19_IstantReport5-report.pdf (Ultimo accesso 10/06/2022)
- Altems Istant REPORT #1
- Altems Istant REPORT #4
- Altems Istant Report #5
- Arlotti M., Marzulli M. (2020), La Regione Lombardia nella crisi sanitaria da Covid-19: ospedali, territorio e RSA, in G. Vicarelli, G. Giarelli (a cura di), Libro bianco. il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid 19. Problemi e proposte, Franco Angeli, Milano: pp.41-47.
- Bonati M. (2020), Perché la Lombardia è un outlier: un'anomalia evidenziata dalla Covid-19, *Ricerca & Pratica*, 36(2), pp. 51-56
- Casula M., Terlizzi A., Toth F. (2020), I servizi sanitari regionali alla prova del COVID-19, *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, pp. 306-337
- Cicchetti A., Di Brino E. (a cura di) (2020). Analisi dei modelli di risposta al Covid-19 in Italia: Report ALTEMS 2020, Università Cattolica del Sacro Cuore (Milano)
- Horton R. (2020), COVID-19 is not a pandemic, *The Lancet*, 396, p. 874

Executive Summary



Sintesi risultati

- Lazio bene su prestazioni ordinarie (calo molto lieve)
- Minore letalità del Covid
- Minore mortalità in TI
- Responsiveness elevata
- Gestione emergenza e post-emergenza efficace

ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
IL PRESENTE MATERIALE È RIFERIBILE AL PERSONALE DELL'UNIVERSITÀ DI BOLOGNA E NON PUÒ ESSERE UTILIZZATO AI FINI DI LEGGE DA ALTRI PERSONE O PER FINI NON ISTITUZIONALI



Buona performance del Lazio

- 1 Integrazione Ospedale/territorio
- 2 Efficiente collaborazione pubblico-privato
- 3 Spallanzani (Ospedale del Territorio, governance della retae, laboratori, campagna vaccinale, Coordinamento Uscar)
- 4 Rapidità/responsiveness (creazione posti letto in TI, coinvolgimento privati, tamponi, vaccinazioni)
- 5 Nessuno errore «macro»

ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
IL PRESENTE MATERIALE È RIFERIBILE AL PERSONALE DELL'UNIVERSITÀ DI BOLOGNA E NON PUÒ ESSERE UTILIZZATO AI FINI DI LEGGE DA ALTRI PERSONE O PER FINI NON ISTITUZIONALI

Dati

Tutte le regioni nel 2020, rispetto al 2019, hanno diminuito il volume delle prestazioni sanitarie erogate. Tuttavia, Veneto e Lazio sono le regioni con la diminuzione minore.

Confronto 2019 vs 2020 su “intervento chirurgico per tumore alla prostata per classe di priorità A”. Presentano dati eccellenti solo Lazio e Puglia: in queste regioni gli interventi nel 2020 sono aumentati.

(si potrebbe pensare che la pandemia abbia condizionato in modo massiccio le attività delle regioni più colpite, tuttavia, va segnalato che molte regioni poco colpite dal virus – meno del Lazio certamente - hanno fatto male).

Confronto 2019 vs 2020 su “interventi chirurgici per tumore alla mammella per classe di priorità A” Emilia-Romagna e Lazio si pongono al di sotto della media italiana di diminuzione, mentre la Lombardia è molto distante avendo diminuito in modo rilevante gli interventi. In altri termini, Emilia-Romagna e Lazio hanno resistito bene. Nel complesso, guardando a tutte le regioni italiane, tuttavia, non si nota una correlazione netta tra incidenza regionale del virus e diminuzione degli interventi.

Confronto 2019 vs 2020 su indicatore relativo alla velocità con la quale vengono operate le persone che si fratturano il femore (indicatore di qualità del processo)

Si nota come il Lazio si pone poco sopra il valore delle mediane, mentre Emilia-Romagna e Lombardia, sotto. Ancora, vista l’incidenza del virus nella due regioni settentrionali, la diminuzione è giustificabile, tuttavia, va detto che nel complesso non vi è neppure questa volta una correlazione puntuale tra incidenza del virus e diminuzioni nelle differenti regioni.

Indicatore relativo a “incremento dei posti letto in terapia intensiva su 100.000 ab. nelle diverse Regioni” alla data del 21 aprile 2020.

L’Emilia-Romagna ha incrementato la dotazione di posti letto del 54%, la Lombardia ha incrementato la dotazione di posti letto del 50% e il Lazio, dell’81% - rispetto alla dotazione iniziale.

Nel 2020, rispetto alla media dei 10 anni precedenti (1° gennaio – 4 aprile), la Lombardia ha visto aumentare i decessi nella fascia 65-74 anni del 68,9% e del 54,9% tra gli over 75. In Veneto i numeri sono stati molto più bassi, rispettivamente la mortalità è stata del 10,7% e del 14,7% nelle due fasce. In Lazio addirittura c’è stata una diminuzione percentuale nella fascia 65-74 anni e un aumento del 14,4% tra gli over 75. In media, l’aumento della mortalità nel 2020 rispetto agli anni precedenti è stato del 54,4% in Lombardia; del 29,0% in Emilia-Romagna e del 6,4% in Lazio.

In alcune Terapie Intensive, come quelle della Lombardia e dell’Emilia-Romagna, i decessi sono stati percentualmente molto più alti rispetto ad altre regioni, come nel Lazio in primis. Piuttosto che imputare questa differenza alla cattiva qualità del reparto, è plausibile pensare che queste TI fossero “sovraccariche” e che i pazienti colà ricoverati fossero in condizioni ancora più gravi di coloro che mediamente sono in Terapia Intensiva? (da capire).

In Lombardia, la mortalità tra coloro di età compresa tra gli 80 e 89 anni è stata altissima: più di un decesso su tre positivi. Si tratta di un tasso più che doppio rispetto al Lazio (per la stessa fascia di età). Tra le regioni prese in esame, grandi e medie, il Lazio si pone, *in termini percentuali*, sempre ai livelli più bassi.

Concetti

“le regioni che già disponevano di una solida rete di cure territoriali, più abituate ad un approccio integrato, hanno raccolto la sfida del territorio in modo più pronto ed efficace. Al contrario, i sistemi regionali più centrati sull’ospedale hanno dapprima confidato sul loro lato forte, ossia l’ospedalizzazione, ma in seguito hanno mostrato carenze nell’azione sul territorio” (Casula, Terlizzi, Toth, 2020)

Report Agenas: “Le matrici che riportano congiuntamente l’incidenza della malattia e la performance per ogni indicatore suggeriscono intuitivamente come non ci sia una correlazione tra contrazione dei volumi e diffusione della malattia. La prima sembra quindi essere associata a diverse scelte organizzative regionali, piuttosto che al solo stress epidemico”

Peculiarità

Unicum Spallanzani: IRCCS che ha coordinato efficacemente interventi sul Territorio (es. USCAR), ricoprendo anche una funzione di community health unica in Italia

In Lazio, come evidenziato nel Rapporto Altems (2020), si registra un elemento di peculiarità che risiede nella efficace collaborazione tra rete pubblica e rete privata (in particolare, Policlinico Gemelli, Campus biomedico e Bambino Gesù), attraverso una efficiente e tempestiva regia politica regionale.

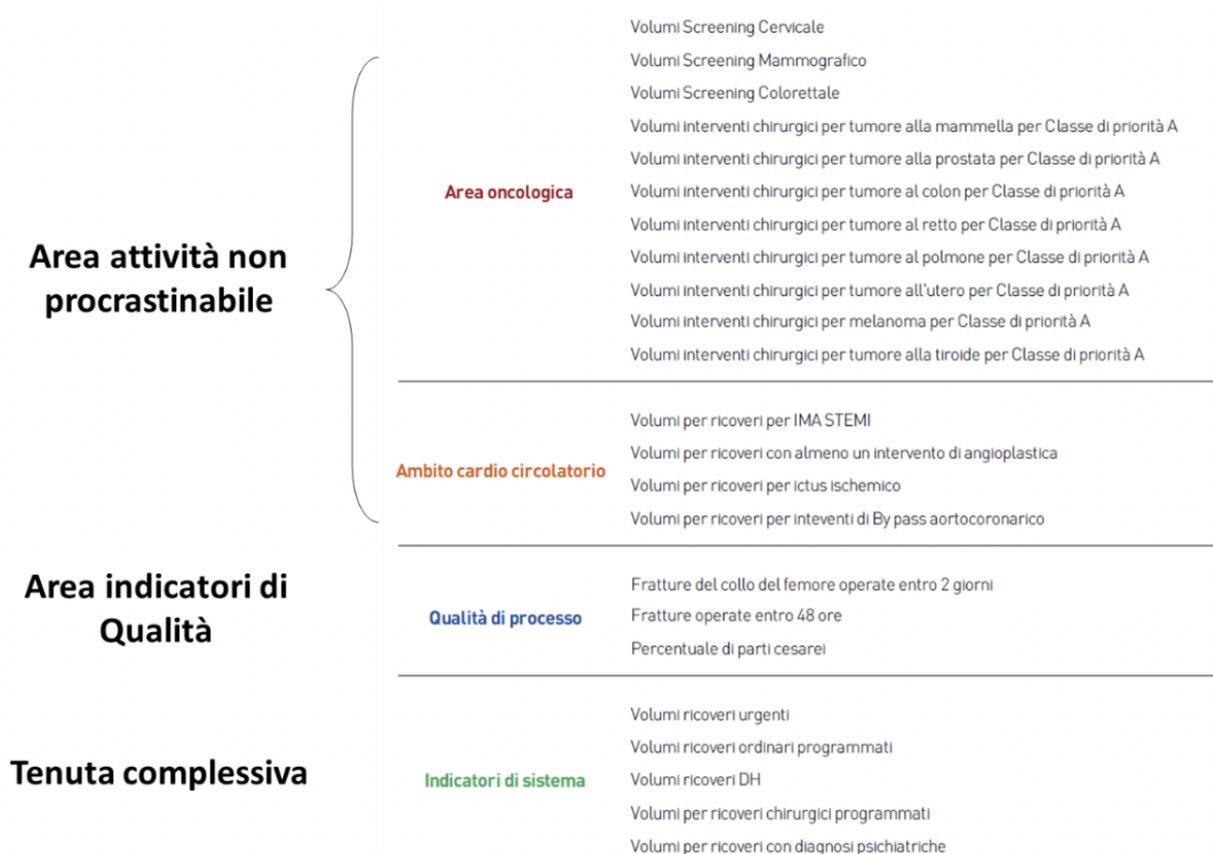
Questo non è accaduto in Lombardia

Bonati, Istituto Mario Negri di Milano: “Il coinvolgimento del sistema privato, per quanto convenzionato, è stato ritardato e comunque solo parziale. Il privato risponde a logiche di mercato e il mix non è sinonimo di equità. In una Lombardia che arrancava e il Servizio Sanitario Nazionale che poteva garantire solo qualche migliaio di tamponi al giorno (5-6000 a fronte di una necessità di almeno 10 volte tanti), laboratori di ospedali privati convenzionati effettuavano il test con tampone a privati cittadini al prezzo di 282 euro (circa 10 euro il costo stimato nel servizio pubblico). Il sistema di primary care lombardo si è rivelato inefficiente e dannoso per la salute anche degli stessi operatori sanitari” (Bonati, 2020, p. 53).

Appendice metodologica/1 - Indicatori

Gli indicatori utilizzati nel “Report Sant’Anna” derivano da un sottoinsieme di indicatori selezionati a seguito della riflessione e condivisione avvenuta ad ottobre 2020, in seno al Network delle Regioni per la Valutazione dei Sistemi Sanitari Regionali coordinato dal Laboratorio Management e Sanità, per monitorare la capacità di resilienza per alcune aree clinico-assistenziali, andando anche a riprendere, valorizzare e sviluppare alcune esperienze pregresse maturate sul territorio nazionale (Spadea et al. 2020). Gli indicatori monitorati dalle regioni del network sono stati presentati il 23 aprile 2021 e possono essere consultati nel portale web del laboratorio management e sanità: <https://performance.santannapisa.it/pes/network/resilienza.php> I 23 indicatori selezionati per il confronto fra tutte le regioni promosso da Agenas, sono riportati nella figura seguente.

Indicatori “Report Sant’Anna”



Appendice metodologica/2 – Presentazione Roma, 12.07.2022



I Sistemi sanitari regionali durante l'emergenza Covid-19: una comparazione su resilienza e performance

Roma, 12.07.2022

Antonio Maturò

Direttore CeUmS

Centro Studi Avanzati su Umanizzazione delle Cure e Salute sociale
Professore di Sociologia della salute

UNIVERSITA' DI BOLOGNA

Visiting Professor – Brown University

ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

IL PRESENTE MATERIALE È RISERVATO AL PERSONALE DELL'UNIVERSITÀ DI BOLOGNA E NON PUÒ ESSERE UTILIZZATO AI TERMINI DI LEGGE DA ALTERE PERSONE O PER FINI NON ISTITUZIONALI



Struttura della Presentazione

- Gruppo di ricerca, Scopo della ricerca, Metodologia
- Comparazione inter-regionale su decessi e letalità
- Comparazione inter-regionale su sospensione ricoveri
- Dati su volumi prestazioni sanitarie «ordinarie»
(comparazione 2019 vs 2020)
- Sintesi risultati
- Proposta di modellizzazione

ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

IL PRESENTE MATERIALE È RISERVATO AL PERSONALE DELL'UNIVERSITÀ DI BOLOGNA E NON PUÒ ESSERE UTILIZZATO AI TERMINI DI LEGGE DA ALTERE PERSONE O PER FINI NON ISTITUZIONALI



Gruppo di ricerca

Centro Alti Studi su Umanizzazione delle Cure e Salute sociale
Università di Bologna

- **Antonio Maturo**, Direttore Centro e Docente di Sociologia della salute
- **Linda Lombi**, Università Cattolica di Milano
- **Veronica Moretti**, Università di Bologna
- Marta Gibin, Annalisa Plava, Elisa Castellaccio, Cameron Beckett, Fabiola Balestrieri

ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

IL PRESENTE MATERIALE È RISERVATO AL PERSONALE DELL'UNIVERSITÀ DI BOLOGNA E NON PUÒ ESSERE UTILIZZATO AI TERMINI DI LEGGE DA ALTRE PERSONE O PER FINI NON ISTITUZIONALI



Scopo

ANALISI COMPARATIVA REGIONALE

RESILIENZA

Capacità di **mantenimento** dei livelli di erogazione dei servizi durante la pandemia Covid-19

PERFORMANCE

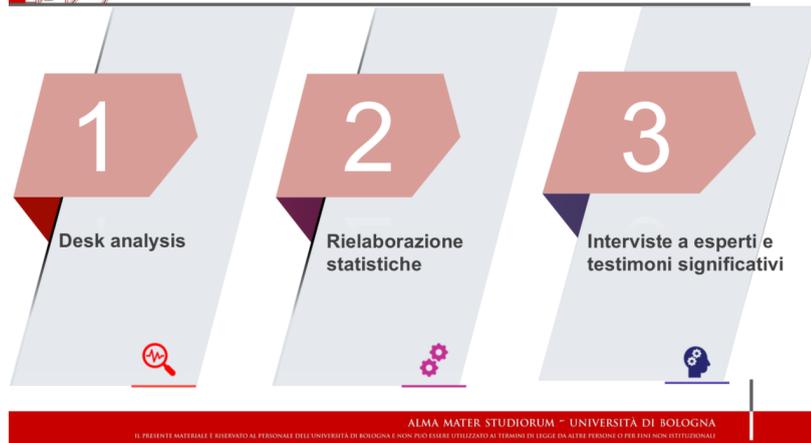
Capacità di soddisfare in maniera **efficace** i bisogni di salute

ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

IL PRESENTE MATERIALE È RISERVATO AL PERSONALE DELL'UNIVERSITÀ DI BOLOGNA E NON PUÒ ESSERE UTILIZZATO AI TERMINI DI LEGGE DA ALTRE PERSONE O PER FINI NON ISTITUZIONALI



Metodologia



**Letalità del Covid
nelle diverse regioni**





Indicatore su Variazione % per fascia di età dei decessi 2020 vs. media 2010 / 2019 (periodo 1.01 – 4.04 media anni precedenti vs. 1.01 – 4.04 2020)

	0-14	15-64	65-74	75 +	Totale
Piemonte	-10,0%	9,7%	15,8%	22,2%	20,2%
Lombardia	16,3%	32,0%	68,9%	54,9%	54,4%
Veneto	-63,2%	10,3%	10,7%	14,7%	13,6%
Emilia-Romagna	-43,3%	31,0%	49,4%	26,4%	29,0%
Marche	-75,0%	39,7%	19,8%	32,1%	30,9%
→ Lazio		-7,7%	-16,2%	14,4%	6,4%
Totale	-15,3%	16,8%	37,9%	31,0%	30,5%

ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

IL PRESENTI MATERIALE È RISERVATO AL PERSONALE DELL'UNIVERSITÀ DI BOLOGNA E NON PUÒ ESSERE UTILIZZATO AI FINI DI LEGGE DA ALTRI PERSONI O PER FINI NON ISTITUZIONALI



Indicatore Decessi / Terapia intensiva (periodo 1.03 / 28.24 2020 – Fonte Altems)

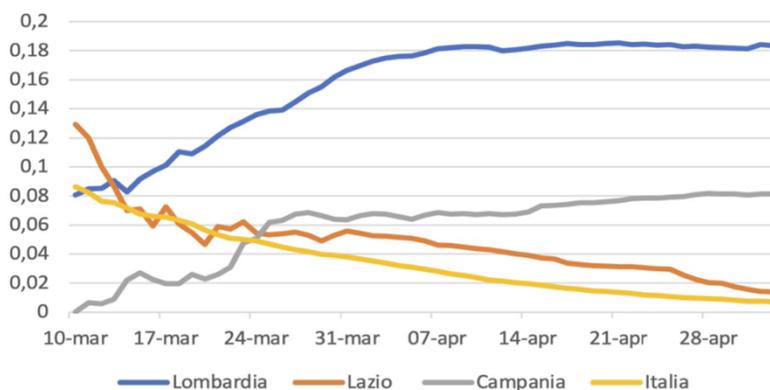
Data	Emilia-Romagna	Lazio	Lombardia	Marche	Piemonte	Veneto	Totale
Media	5,37	1,07	6,58	4,33	3,37	2,72	4,94
Max	15,23	3,14	20,73	15,40	14,53	11,73	16,27
Min	0,62	0,00	0,23	0,00	0,00	0,14	0,24
Deviazione standard	4,16	0,71	5,81	4,63	3,89	3,16	4,43
Varianza	17,29	0,50	33,80	21,41	15,12	9,97	19,61

ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

IL PRESENTI MATERIALE È RISERVATO AL PERSONALE DELL'UNIVERSITÀ DI BOLOGNA E NON PUÒ ESSERE UTILIZZATO AI FINI DI LEGGE DA ALTRI PERSONI O PER FINI NON ISTITUZIONALI



Tasso di letalità del Covid-19 nella fase 1 in Lombardia, Lazio, Campania e Italia (Russo e Esposito, icp, su dati Istat)

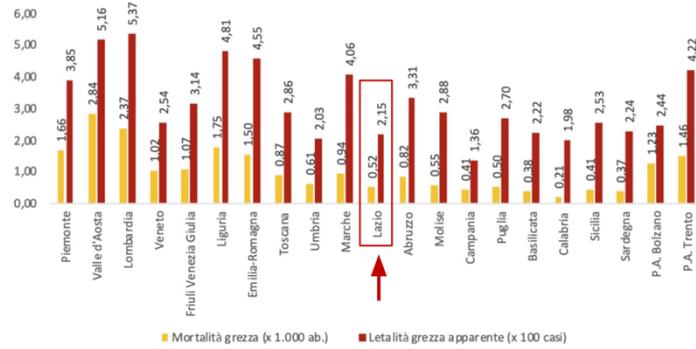


Indicatore Letalità per classi di età: decessi/casi positivi (periodo 1.03 / 23.04 2020 – Fonte Altems)

	Piemonte	Lombardia	Veneto	Emilia Romagna	Marche	Lazio	Italia
0-9	0,21%	0,39%	0,06%	0,18%	0,10%	0,03%	0,15%
10-19	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
20-29	0,07%	0,16%	0,03%	0,08%	0,07%	0,02%	0,08%
30-39	0,33%	0,62%	0,18%	0,35%	0,26%	0,11%	0,37%
40-49	0,76%	1,38%	0,45%	0,88%	0,64%	0,30%	0,89%
50-59	2,18%	3,86%	1,37%	2,89%	1,89%	1,00%	2,65%
60-69	8,48%	13,42%	6,39%	10,75%	6,85%	3,97%	10,02%
70-79	19,93%	30,14%	18,10%	26,44%	17,94%	11,38%	24,92%
80-89	21,14%	38,53%	18,54%	32,89%	20,19%	15,15%	30,77%
90+	18,25%	36,06%	12,02%	26,20%	16,16%	12,46%	26,06%
Non noto	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Totale	10,55%	18,45%	7,15%	13,64%	9,13%	5,07%	13,09%



Mortalità vs Letalità (15 dicembre 2020)

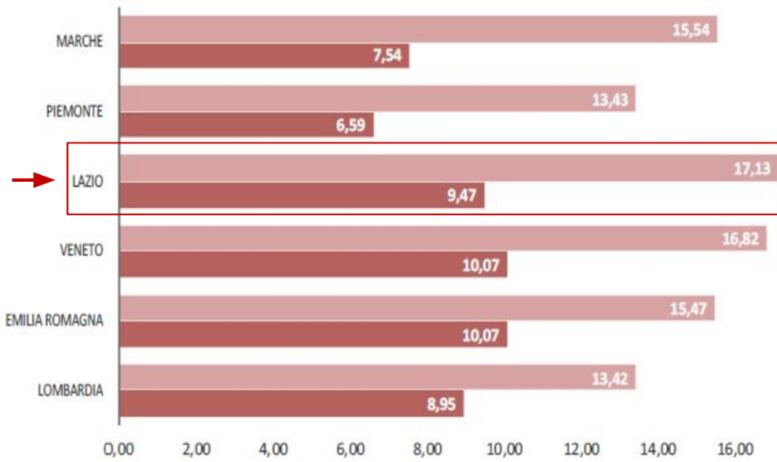


ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

IL PRESENTE MATERIALE È RISERVATO AL PERSONALE DELL'UNIVERSITÀ DI BOLOGNA E NON PUÒ ESSERE UTILIZZATO AI FINI DI LEGGE DA ALTRI PERSONE O PER FINI NON ISTITUZIONALI



Posti letto in TI su 100.000 abitanti al 21.04.2020 (confronto con 01.01.2020)



ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

IL PRESENTE MATERIALE È RISERVATO AL PERSONALE DELL'UNIVERSITÀ DI BOLOGNA E NON PUÒ ESSERE UTILIZZATO AI FINI DI LEGGE DA ALTRI PERSONE O PER FINI NON ISTITUZIONALI



Al 25 novembre 2020, 7 regioni avevano deliberato la sospensione dei ricoveri

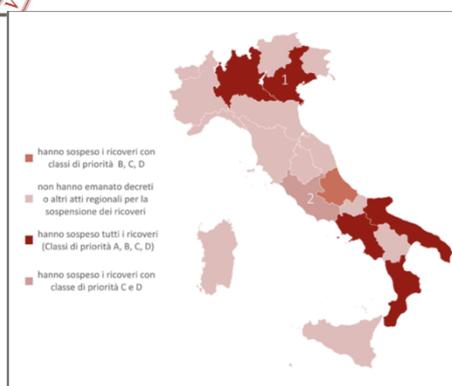
- Calabria, Campania, Lombardia, Puglia avevano sospeso tutte le prestazioni in regime di ricovero (classi di priorità A, B, C e D).
- Il Veneto ha, invece, aveva sospeso tutta l'attività chirurgica in elezione per la quale è previsto il ricovero in terapia intensiva post-operatoria.
- L'Abruzzo aveva deliberato la sospensione dei ricoveri (classi di priorità B, C e D).
- Il **Lazio** aveva sospeso esclusivamente i ricoveri con classe di priorità C e D per tutte le strutture coinvolte nella rete dell'emergenza o comunque coinvolte nella gestione dei pazienti COVID-19.

ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

IL PRESENTE MATERIALE È RISERVATO AL PERSONALE DELL'UNIVERSITÀ DI BOLOGNA E NON PUÒ ESSERE UTILIZZATO AI FINI DI LEGGE DA ALTRI PERSONE O PER FINI NON ISTITUZIONALI



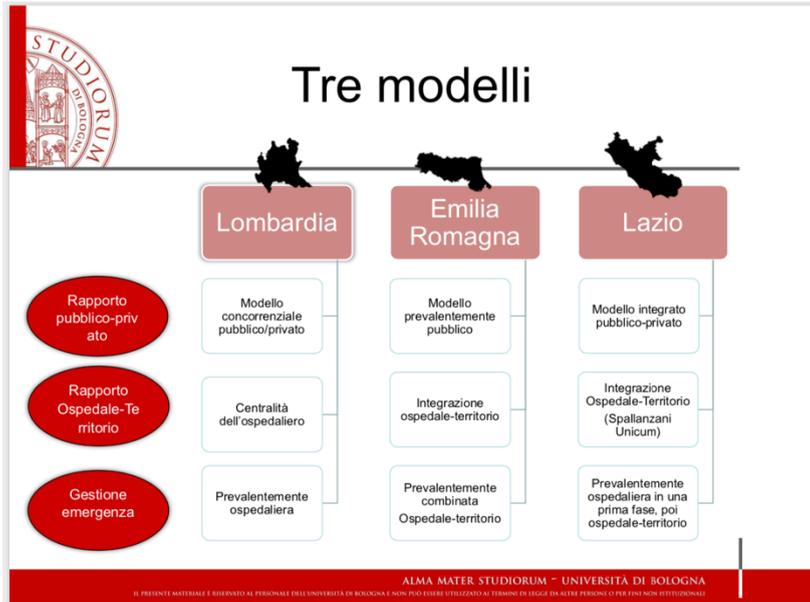
Sospensione delle attività in regime di ricovero (classi A, B, C, D)



Nota:
1 sospensione di tutta l'attività chirurgica in elezione per la quale è previsto il ricovero in terapia intensiva post operatoria;
2 per tutte le strutture coinvolte nella rete dell'emergenza o comunque coinvolte nella gestione dei pazienti COVID-19.

ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

IL PRESENTE MATERIALE È RISERVATO AL PERSONALE DELL'UNIVERSITÀ DI BOLOGNA E NON PUÒ ESSERE UTILIZZATO AI FINI DI LEGGE DA ALTRI PERSONE O PER FINI NON ISTITUZIONALI



Prestazioni sanitarie «ordinarie» (non Covid): differenze tra 2019 e 2020

ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
IL PRESENTE MATERIALE È RISERVATO AL PERSONALE DELL'UNIVERSITÀ DI BOLOGNA E NON PUÒ ESSERE UTILIZZATO AI TERMINI DI LEGGE DA ALTRI PERSONE O PER FINI NON ISTITUZIONALI



Comparazione volumi prestazioni sanitarie 2019 vs 2020

Regione	Gennaio - Dicembre			
	Volume SDO 2019	Volume SDO 2020	Delta	Delta(%)
010 PIEMONTE	614.638	490.053	-124.585	-20,3%
020 VALLE D'AOSTA	20.666	15.900	-4.766	-23,1%
030 LOMBARDIA	1.453.039	1.107.511	-345.528	-23,8%
041 PROV. AUTON. BOLZANO	86.338	70.512	-15.826	-18,3%
042 PROV. AUTON. TRENTO	82.110	66.482	-15.628	-19,0%
050 VENETO	677.242	574.078	-103.164	-15,2%
060 FRIULI VENEZIA GIULIA	181.848	151.734	-30.114	-16,6%
070 LIGURIA	259.765	199.920	-59.845	-23,0%
080 EMILIA ROMAGNA	754.028	616.133	-137.895	-18,3%
090 TOSCANA	546.754	443.673	-103.081	-18,9%
100 UMBRIA	135.526	106.965	-28.561	-21,1%
110 MARCHE	225.405	177.473	-47.932	-21,3%
120 LAZIO	821.261	686.327	-134.934	-16,4%
130 ABRUZZO	181.207	148.039	-33.168	-18,3%
140 MOLISE	46.996	36.108	-10.888	-23,2%
150 CAMPANIA	799.841	599.542	-200.299	-25,0%
160 PUGLIA	477.648	343.362	-134.286	-28,1%
170 BASILICATA	70.600	51.435	-19.165	-27,1%
180 CALABRIA	212.725	147.562	-65.163	-30,6%
190 SICILIA	584.531	472.263	-112.268	-19,2%
200 SARDEGNA	236.105	188.384	-47.721	-20,2%
ITALIA	8.468.273	6.693.456	-1.774.817	-21,0%



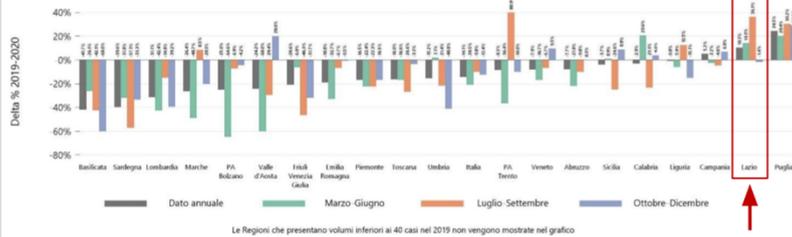
ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

IL PRESENTI MATERIALI E RISORSE AL PERSONALE DELL'UNIVERSITÀ DI BOLOGNA E NON PUÒ ESSERE UTILIZZATO AI FINI DI LEGGI DA ALTRI PERSONE O PER FINI NON ISTITUZIONALI



Volumi interventi chirurgici per tumore alla prostata per Classe di priorità A

Variatione volumi 2019-2020 per periodi:
dato annuale, Marzo-Giugno (1 Ondata), Luglio-Settembre (Ripresa) e Ottobre-Dicembre (2 Ondata)



Le Regioni che presentano volumi inferiori ai 40 casi nel 2019 non vengono mostrate nel grafico



ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

IL PRESENTI MATERIALI E RISORSE AL PERSONALE DELL'UNIVERSITÀ DI BOLOGNA E NON PUÒ ESSERE UTILIZZATO AI FINI DI LEGGI DA ALTRI PERSONE O PER FINI NON ISTITUZIONALI



Volumi degli screening del colon-retto



Interventi chirurgici per tumore alla mammella per classe di priorità A





Fratture del collo del femore operate entro due giorni



Sintesi risultati

- Lazio bene su prestazioni ordinarie (calo molto lieve)
- Minore letalità del Covid
- Minore mortalità in TI
- Responsiveness elevata
- Gestione emergenza e post-emergenza efficace



Conclusione (provvisoria)

- Nell'ambito delle prestazioni sanitarie «ordinarie» la diminuzione appare più legata alle peculiari **modalità organizzative** dei vari SSR, più che all'incidenza del Covid

ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

IL PRESENTE MATERIALE È RISERVATO AL PERSONALE DELL'UNIVERSITÀ DI BOLOGNA E NON PUÒ ESSERE UTILIZZATO AI TERMINI DI LEGGE DA ALTRE PERSONE O PER FINI NON ISTITUZIONALI

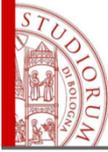


Agenas

- Le matrici che riportano congiuntamente l'incidenza della malattia e la performance per ogni indicatore suggeriscono intuitivamente come **non ci sia una correlazione tra contrazione dei volumi e diffusione della malattia**.
- La prima sembra quindi essere associata a diverse **scelte organizzative regionali**, piuttosto che al solo stress epidemico

ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

IL PRESENTE MATERIALE È RISERVATO AL PERSONALE DELL'UNIVERSITÀ DI BOLOGNA E NON PUÒ ESSERE UTILIZZATO AI TERMINI DI LEGGE DA ALTRE PERSONE O PER FINI NON ISTITUZIONALI



Lazio. Punti di forza nella gestione dell'emergenza (e oltre)

- 1 Integrazione Ospedale/territorio
- 2 Efficiente collaborazione pubblico-privato
- 3 Spallanzani - IRCCS emblema integrazione Ospedale-Territorio con ruolo di leadership: governance della rete, laboratori, campagna vaccinale, Coordinamento Usca
- 4 Rapidità/responsiveness - creazione posti letto in TI, coinvolgimento privati, tamponi, vaccinazioni
- 5 Nessun errore «macro»