



Cambiamenti e riforme del
Sistema Sanitario Nazionale alla
luce dell'esperienza pandemica

TENUTA SISTEMI SANITARI REGIONALI

Prima Ondata Febbraio-Luglio 2020

Dott. Uber Alberti

Le “tre Italie”

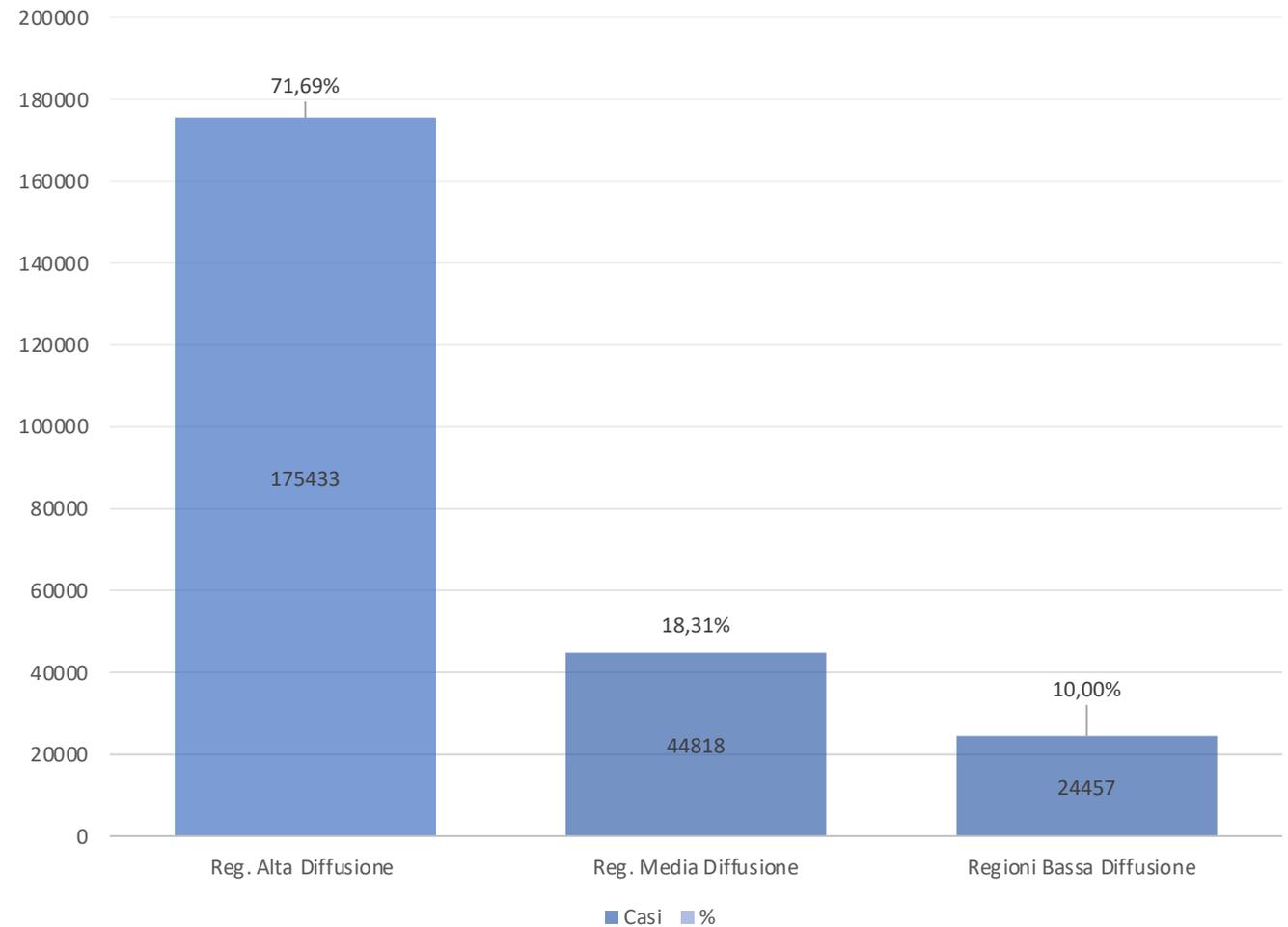
- Il rapporto congiunto realizzato dall'Istituto Nazionale di Statistica e l'Istituto Superiore di Sanità denominato **“Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente periodo gennaio-maggio 2020”** pubblicato il 9 luglio, aggiorna la classificazione che definisce se un territorio ha avuto incidenza epidemica **“Alta, Media o Bassa”**.

Alta
Media
Bassa
Incidenza di
Diffusione

- L'Italia a ***Bassa diffusione***, comprende le province con un valore inferiore a 150 casi Covid-19 per ogni 100.000 residenti.
- L'Italia a ***“Media diffusione”*** comprende le province con valori del tasso compresi tra i 150 casi e i 450 casi per ogni 100.000 residenti.
- L'Italia a ***“Alta diffusione”*** comprende le province con valori superiori ai 450 casi per ogni 100.000 residenti.

Alta
Media
Bassa
Incidenza di
Diffusione

DISTRIBUZIONE DEI 244.708 CASI COVID-19
FEBBRAIO-LUGLIO 2020



Le 6 Regioni analizzate

- Se confrontiamo la concentrazione di oltre il 71% dei contagi nelle regioni denominate ad **“Alta diffusione”** con la percentuale di popolazione residente. il 35% (21.625.039) rispetto ai 60.359.546 abitanti del territorio nazionale, ci appare chiaro che la distribuzione dell’epidemia è stata sicuramente disomogenea e concentrata in un terzo della popolazione del territorio nazionale.
- Per converso, con una popolazione pari al 41,59% (25.104.836) le regioni a **“Bassa diffusione”** hanno dovuto far fronte solo al 10% dei contagi.
- **Lombardia e Emilia Romagna** Alta diffusione
- **“Media diffusione”, Veneto e Toscana.**
- **Per i territori a “Bassa diffusione”, Lazio e Campania.**
- I criteri seguiti nella la scelta delle regioni sono due;
 - il primo semplicemente legato alla maggiore % d’incidenza per ogni sottogruppo,
 - il secondo la necessità di garantire diversità degli approcci organizzativi e gestionali all’interno dei sistemi sanitari regionali

I PRESUPPOSTI DELLA ANALISI COMPARATIVA

Approccio volto a rispondere ai seguenti interrogativi:

- *esiste una correlazione fra l'andamento della pandemia e le azioni poste in essere dalle diverse Regioni?*
- *e tali azioni sono la conseguenza delle architetture, organizzative ed operative, che i loro Servizi Sanitari avevano precedentemente realizzato?*

Andamento

Popolazione regionali e casi positivi al SAR-coV-2 dal 24 febbraio al 24 luglio 2020

Territorio	Popolazione	Casi Positivi	% sulla popolazione	Deceduti	Letalità
Lombardia	10.060.574	95.557	0,95%	16.801	17,58 %
Emilia Romagna	4.459.477	29.220	0,66%	4.283	14,65%

Variazione Posti Letto Terapia Intensiva

	Prima del Covid-19	Durante la Fase 1 Epidemica	A regime come da programmazione regionale post DL 34/2020
LOMBARDIA			
Posti letto Terapia Intensiva	861	861+679 = 1540	861+585= 1446
Incremento	-	79%	68%
EMILIA ROMAGNA			
Posti letto Terapia Intensiva	449	449+259= 708	449+192= 641
Incremento	-	58%	43%

Andamento

Popolazione regionali e casi positivi al SAR-coV-2 dal 24 febbraio al 24 luglio 2020

Territorio	Popolazione	Casi Positivi	% sulla popolazione	Deceduti	Letalità
Toscana	3.729.641	10.149	0,27%	1.131	11,14 %
Veneto	4.905.854	19.679	0,40%	2.063	10,48%

	Prima del Covid-19	Durante la Fase 1 Epidemica	A regime come da programmazione regionale post DL 34/2020
TOSCANA			
Posti letto Terapia Intensiva	344	344+269 = 613	344+193= 537
Incremento	-	78%	56%
VENETO			
Posti letto Terapia Intensiva	494	494+331= 825	494+211= 705
Incremento	-	67%	43%

Andamento

Popolazione regionali e casi positivi al SAR-coV-2 dal 24 febbraio al 24 luglio 2020

Territorio	Popolazione	Casi Positivi	% sulla popolazione	Deceduti	Letalità
Lazio	5.879.082	8.516	0,14%	857	10,06 %
Campania	5.801.692	4.880	0,08%	434	8,89 %

Variatione Posti Letto Terapia Intensiva

	Prima del Covid-19	Durante la Fase 1 Epidemica	A regime come da programmazione regionale post DL 34/2020
LAZIO			
Posti letto Terapia Intensiva	563	563+450 = 1.013	563+282= 845
Incremento	-	79,93%	50,09%
CAMPANIA			
Posti letto Terapia Intensiva	335	335+105= 440	335+213= 548
Incremento	-	31,34%	63,58%

Incremento
posti letto
terapie
intensive

Regione	Posti letto terapia intensiva post DL34/2020	% aumento rispetto al pre- covid
Lombardia	1.446	68%
Campania	548	64%
Toscana	537	56%
Lazio	845	50%
Veneto	705	43%
Emilia Romagna	641	43%

Prime Considerazioni

- andamento della occupazione dei posti letto (P.L.) di “terapia intensiva”. Il tratto distintivo più eclatante concerne la percentuale di saturazione dei posti di terapia intensiva (eccedenti quelli pre-Covid) verificatasi durante il “picco” della emergenza e la percentuale di residua disponibilità di tali P.L nella fase post-Covid per fare fronte ad una eventuale recrudescenza pandemica.
 - La Lombardia, nel periodo di massima crisi, aveva occupato il 90% della disponibilità di “terapia intensiva” **(1381 il 3 aprile)** e, nel post-Covid (a parità di pressione della domanda di ricovero) ne vedrebbe utilizzati il 96%.
 - L’Emilia-Romagna presenta percentuali assai più basse: il 53% durante l’apice critico **(375 il 5 aprile)**, il 59% nella prospettiva virtuale post-Covid.
 - La Toscana si colloca in una dimensione simile a quella Emiliana Romagnola (48% e 55%). Il Veneto presenta una situazione appena più contenuta (47% e 50%).
 - Invece nelle due Regioni a “bassa intensità di contagio” (Lazio e Campania) non si supera il 39% di occupazione dei P.L. di terapia intensiva, nel Lazio, e il 30%, in Campania.

Prime Considerazioni

La massimizzazione della risposta sanitaria Emiliana Romagnola è avvenuta il **13 Aprile 2020 giorno n°49 con 13.818** casi positivi al Covid-19 a cui offrire assistenza sanitaria. 9.997 in Isolamento – 3.490 Ricoverati con Sintomi e 331 persone in Terapia Intensiva.

Da sottolineare che rispetto al picco Lombardo (**giorno 69**) per lo stesso indicatore in Emilia Romagna questo di manifesta con **20 giorni di anticipo.**

Dato che ci permette di ipotizzare che lo stress ospedaliero per sovraccarico in questa regione è durato meno e che la risposta territoriale è stata più rapida di quasi 1 mese anche per una struttura di assistenza territoriale molto più articolata e proattiva che quella Lombarda

Prime Considerazioni

- In sintesi, L'Emilia-Romagna, pur avendo vissuto una esperienza di alta intensità di contagio, è stata in grado di contenere il rischio di collasso della propria capacità di ricovero nelle terapie intensive, mantenendo margini di sicurezza che si allineano alle realtà del Veneto e della Toscana, in cui l'intensità del contagio ha presentato andamenti meno elevati
- In linea con la bassa intensità sono le dinamiche di ricovero in Lazio e Campania. Quest'ultima, peraltro, ha colto l'occasione offerta dalla crisi per stabilizzare (nel post-Covid) la propria dotazione di P.L. di terapia intensiva al di sopra di quella raggiunta durante la pandemia.
- La Lombardia è l'unica Regione franata di fronte alla aggressività virale. Certamente, la enormità dei contagi ha creato una repentina "marea montante" di domande di ricovero, ma altrettanto certamente, il Servizio Sanitario Regionale lombardo non ha potuto ricorrere ad alternative (come è avvenuto in Veneto, Emilia-Romagna e Toscana) che evitassero la unilateralità massiva dei flussi indirizzati verso il ricovero ospedaliero

La Domanda d'analisi

La domanda più importante era legata al tipo e tempistica di risposta assistenziale che le diverse regioni hanno dato durante il periodo di massima intensità epidemica. Crediamo che ci sia una relazione tra l'evoluzione temporale dei picchi che hanno dovuto gestire i sistemi regionali di salute e la loro organizzazione. ***Presidi sanitari territoriali, azioni massicce di identificazione dell'infezione (numero e tempi di realizzo dei tamponi) e gestione dei diversi livelli di assistenza già presenti sui territori hanno avuto un ruolo sulle risposte di salute offerte?***

Spesa Sanitaria

Finanziamento Fondo Sanitario Nazionale 2018			
Territorio	Popolazione	Riparto F.S.N. 2018 O Finanziamento Centrale (in € mln.)	Spesa Sanitaria Pubblica pro-capite al lordo della mobilità interregionale (in €)
Lombardia	10.060.574	19.136,8	2.020
Emilia Romagna	4.459.477	8.667,5	2.114
Toscana	3.729.641	7.184,4	2.041
Veneto	4.905.854	9.210,8	1.951
Lazio	5.879.082	10.492,4	1.873
Campania	5.801.692	10.077,1	1.801
ITALIA		111.163,5	

Strutture Assistenza Territoriale

Regioni	Ambulatori e laboratori	Strutture semiresidenziali	Strutture residenziali	Altre strutture territoriali	Totale strutture territoriali
Lombardia	633	717	1.466	708	3.554
Emilia Romagna	447	546	853	605	2.451
Toscana	551	252	502	466	1.771
Veneto	442	516	833	528	2.319
Lazio	789	77	288	435	1.589
Campania	1.439	88	138	474	2.139
Italia	8.867	3.086	7.372	5.586	24.911

Assistenza Territoriale

Tipo dato	posti letto delle strutture residenziali e semiresidenziali (rispetto ai residenti) valori per 10.000			
Periodo 2017				
Tipo di struttura	strutture sanitarie e socio-sanitarie - assistenza residenziale	strutture sanitarie e socio-sanitarie - assistenza semiresidenziale	istituti o centri di riabilitazione - assistenza residenziale	istituti o centri di riabilitazione - assistenza semiresidenziale
Italia	40,55	9,38	2,45	2,43
Lombardia	69,19	15,76	3,06	1,27
Veneto	74,93	19,98	0,34	1,04
Emilia- Romagna	48,66	19,78	0,57	0,03
Toscana	36,66	10,2	3,14	2,73
Lazio	17,26	3,44	3,44	4,47
Campania	5,38	2,51	1,93	5,05

Assistenza Territoriale

- Facendo una semplice analisi di disponibilità versus popolazione possiamo indicare come Emilia Romagna è in grado di offrire una struttura di assistenza territoriale circa ogni **1800 residenti** e la Lombardia ne può offrire una struttura **ogni 2800 residenti**.
- Per il Lazio la disponibilità è molto più bassa e riesce ad offrire una struttura ogni 3700 residenti. Per la Campania il ragionamento si deve concentrare nell'altissimo numero di ambulatori e laboratori, strutture che offrono solo prestazioni cliniche specialistiche o di diagnostica strumentale il 66% della sua offerta di strutture di servizi territoriali sono concentrati in questa tipologia

Assistenza Territoriale

- Altra informazione che ci orienta nell'interpretazione sulla offerta integrata o meno dell'assistenza territoriale la troviamo nella percentuale di medici di medicina generale (MMG) o di Pediatri di Libera Scelta (PLS) che ricevono un contributo per le attività associative. In Veneto, Emilia Romagna e Toscana oltre l'83% dei MMG ricevono un'indennità per attività in forma associativa. I PLS che ricevono la stessa tipo d'indennità sono oltre il 74% in Veneto. In Lombardia la % di MMG che svolgono attività in forma associativa si riduce ad un 69% ed in Campania solo il 56% ne riceve una.

Assistenza Territoriale

- Emilia Romagna e Veneto hanno dati più che doppi rispetto alla media nazionale (9,38) per quanto riguarda l'assistenza sanitaria presso strutture semiresidenziali. In queste regioni **quasi 20 posti letto per ogni 10.000 vengono offerti attraverso il semiresidenziale.** Richiamiamo l'attenzione sui dati della Campania che non sembra strutturare posti letto nell'assistenza sanitaria semiresidenziale e territoriale (5,38 per ogni 10.000 residenti).

Assistenze Domiciliarie Integrate

Assistiti, popolazione media residente e tasso (valori per 100) di assistiti trattati in ADI di età 65 anni ed oltre e 75 anni ed oltre per regione - Anno 2018

Regioni	Assistiti 65+	Popolazione 65+	Tasso di assistiti 65+	Assistiti 75+	Popolazione 75+	Tasso di assistiti 75+
Lombardia	55.471	2.260.270	2,45	46.678	1.167.217	4,00
Emilia Romagna	37.752	1.064.590	3,55	32.747	569.497	5,75
Toscana	30.961	945.200	3,28	26.420	500.237	5,28
Veneto	38.819	1.115.301	3,48	33.215	571.406	5,81
Lazio	24.662	1.268.549	1,94	21.420	645.580	3,32
Campania	25.529	1.083.256	2,36	20.938	505.616	4,14
Italia	371.910	13.713.972	2,81	313.440	7.023.134	4,62

Assistenze Domiciliari Integrate

- i dati di riferimento ci consentono di confrontare le diverse realtà regionali in rapporto alle sole **“assistenze domiciliari integrate”** (ADI) attivate in relazione alla popolazione ultra sessantacinquenne ed ultra settantacinquenne calcolando il tasso delle persone assistite. Ancora una volta, Emilia-Romagna (3,55 e 5,75) Veneto (3,48 e 5,81) e Toscana (3,28 e 5,28) si pongono al vertice. Lontane la Lombardia (2,45 e 4) e la Campania (2,36 e 4,14). Lontanissimo il Lazio (1,94 e 3,32).
- In altri termini, i tassi delle tre Regioni con offerta territoriale mediamente superiore sono di circa il 40% più alti di quelli di Lombardia e Campania. Naturalmente, il dato puramente quantitativo nulla dice rispetto alla qualità di tale modalità di assistenza, né se sia frutto di una “presa in carico” precedente, o derivi da “dimissioni ospedaliere protette” .

Tamponi

Regione	Numero Tamponi realizzati al 25 marzo 2020	Numero Tamponi realizzati al 9 aprile 2020	Totali al 24 luglio 2020
Lombardia	81.666	176.953	1.242.775
Emilia Romagna	38.045	81.715	603.288
Toscana	17.868	65.461	404.349
Veneto	70.877	171.456	1.161.456
Lazio	20.669	58.107	399.130
Campania	6.972	29.664	319.860
Italia	324.445	853.369	6.468.375

Tamponi

Considerando i diversi picchi analizzati abbiamo plasmato in tabella il numero di esami identificativi realizzati durante i primi 30 giorni e durante i primi 45 giorni.

Tutte le Regioni hanno rilevato il numero dei “tamponi” alla data del 25/03/2020, e nei quindici giorni successivi rapidamente ed enormemente aumentato tale numero. Non tutte, però, nella stessa misura percentuale.

Lombardia ed Emilia Romagna, sostanzialmente, raddoppiano, raggiungendo il rapporto di 1 tampone ogni **56.000 residenti**.

La Toscana ottiene il medesimo rapporto, ma deve quasi quadruplicare il numero dei tamponi nei 15 giorni considerati.

Il Lazio, triplica, ma non va oltre un rapporto di 1/101.000 residenti.

La Campania quadruplica, ma si ferma a 1/194.000.

Il Veneto rappresenta la vera eccezione. Incrementa di 2,5 volte partendo da un numero già elevato e si attesta su di un rapporto di un tampone ogni **28.000 residenti** (il doppio di Emilia Romagna, Lombardia e Toscana).

Conclusioni

La virulenza pandemica si è manifestata sulla base di condizioni esterne alla capacità assistenziale dei Sistemi Sanitari Regionali (contatti più continui ed ampi con il resto del mondo, attività produttiva con la presenza massiva di maestranze in luoghi chiusi, un maggior numero di strutture sanitarie ad elevata densità di personale, l'insorgere "casuale" di focolai diffusi e/o la «importazione» di vettori infettivi da altre Regioni).

Conclusioni

il Veneto sarebbe stato, verosimilmente, Regione ad «**alta diffusione**»(data la vicinanza con la Lombardia e la insorgenza precoce di alcuni focolai sul proprio territorio) **se non avesse sommato una buona Rete di servizi territoriali sanitari e sociosanitari** (oltre ad una robusta dotazione di quelli ospedalieri) **ad una particolare ampiezza e precocità di applicazione delle metodiche di diagnosi precoce della infezione** (tamponi a tutte le fasce di popolazione a maggior rischio).

Conclusioni

l'Emilia-Romagna avrebbe potuto vivere la **stessa esperienza Veneto/Toscana** anche senza l'adozione del comportamento diagnostico precoce della Regione Veneto (ma, comunque, con un ragguardevole rapporto tamponi/ popolazione pari a 1/56.000) e dato l'ottimo stato di salute della propria offerta assistenziale sul territorio (oltre al notevole potenziale dei servizi ospedalieri) se non **fossero esplosi i due focolai di Piacenza e Rimini**. Nonostante ciò il **Sistema ha retto**, non è collassato, è riuscito a mantenere, sia accettabili livelli di non saturazione dei PL ospedalieri, sia la capacità di evitare ricoveri filtrando le situazioni meno critiche e distribuendo i ricoverati in modo controllato-verso alternative sociosanitarie –residenziali e domiciliari-programmate

Conclusioni

La Lombardia, ha vissuto il **dramma di una tempesta perfetta!** canali propagatori dell'infezione particolarmente numerosi e aggressivi; una azione diagnostica precoce lontana da quella veneta e soprattutto un'**offerta di assistenza territoriale asfittica** (assai distante dalle esperienze Emiliane, Venete o Toscane), vista la predominanza assoluta dell'assistenza ospedaliera (pubblica e privata) e l'imponenza dimensionale di strutture residenziali ad elevata concentrazione di PL.