



Il report settimanale dell'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari dell'Università Cattolica, campus di Roma



Roma,

20 novembre 2020 - L'impatto economico della pandemia da Covid-19 - legato alla perdita per ricoveri programmati annullati o posticipati al fine di rispondere all'emergenza (circa 1,1 milioni di ricoveri di cui quasi 700.000 per interventi chirurgici) - è aumentato, passando da 3,3 miliardi di euro nella prima ondata pandemica a 4,2 miliardi attuali. Inoltre, si stima che il costo totale a livello nazionale relativo alle 262.645 giornate di degenza in terapia intensiva fino al 16 novembre (dati Ministero della Salute) sia di €374.269.125 (con un costo giornaliero medio di € 1.425). Il 32% di questi costi è stato sostenuto in strutture ospedaliere della Lombardia.

I

fondi per la sanità sono stati incrementati per sostenere gli interventi di contrasto alla pandemia. In particolare, sono stati stanziati oltre 5,5

miliardi in più di quanto previsto a inizio anno: il 44% per l'assunzione di personale, il 31% per tecnologie, posti letto e interventi di edilizia ospedaliera, il 22% per il ricorso a privati, il 2,5% per la sanità militare e lo 0,24% per altre spese (per esempio, le indagini di siero-prevalenza).

Il 'costo' complessivo dei casi Covid-19 stimato per il Servizio Sanitario Nazionale (soggetti guariti o deceduti) va da un minimo di €930 milioni (dato a marzo) a un massimo di €3.791 milioni a metà novembre.

È quanto emerso dalla 29ma puntata dell'Instant Report Covid-19, una iniziativa dell'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari dell'Università Cattolica di confronto sistematico dell'andamento della diffusione del SARS-CoV-2 a livello nazionale.

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 dell'Università Cattolica, è coordinato da Americo Cicchetti, Professore Ordinario di Organizzazione Aziendale presso la Facoltà di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore con l'advisorship scientifica del Professor 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) 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.

Cresce il personale sanitario

Dal report #29 è stato analizzato il numero di bandi chiusi e aperti al 18 novembre per ciascuna regione italiana e il relativo numero di nuovo personale medico. Complessivamente, durante l'emergenza sanitaria sono stati assunti o sono in procinto di essere assunti 2.436 medici con contratto a tempo indeterminato, 1.547 medici a tempo determinato e sono stati stipulati 405 contratti di lavoro libero-professionale. Inoltre, la tabella riporta il numero di personale inserito in graduatorie e quindi "a disposizione" del sistema sanitario.

È stato analizzato il diverso approccio delle Regioni e delle Province autonome rispetto all'acquisizione del personale. Il Veneto è la regione italiana che ha sfruttato le possibilità offerte dai decreti per incrementare in notevolmente e in modo strutturale il proprio personale, acquisendo 777 specialisti a tempo indeterminato. Seguono Lombardia (348) e Puglia (262). Al contrario, altre regioni hanno fatto largo ricordo a contratti a tempo indeterminati (Campania).

Il Veneto è la regione italiana che ha sfruttato le possibilità offerte dai decreti per incrementare in notevolmente e in modo strutturale il proprio personale, acquisendo 777 specialisti a tempo indeterminato. Seguono Lombardia (348) e Puglia (262). Al contrario, altre regioni hanno fatto largo ricordo a contratti a tempo indeterminati (Campania).

“Tuttavia - rileva il prof. Cicchetti - si osserva un'estrema eterogeneità degli approcci regionali: se alcune regioni hanno acquisito personale prevalentemente a tempo indeterminato, altre hanno fatto ricorso a contratti di lavoro autonomo o contratti a tempo indeterminato”.

Va altresì notato, continua Cicchetti, che “considerando che il SSN nel 2018 aveva circa 106.475 medici assunti, l'incremento attuale si attesa intorno al 2%,”

valore che fa pensare ad un rafforzamento ancora insufficiente delle competenze mediche nell'SSN anche alla luce dei lunghi anni di blocco del turnover soprattutto nelle regioni del sud in piano di rientro dal deficit (vedi Calabria e Campania)".

Quadro epidemiologico

I dati (al 17 novembre) mostrano che la percentuale di casi attualmente positivi (n = 733.810) sulla popolazione nazionale è pari a 1,22% (sensibilmente aumentato rispetto ai dati del 10/11 in cui si registrava lo 0,98%). La percentuale di casi (n = 1.238.072) sulla popolazione italiana è in sensibile aumento, passando dal 1,65% al 2,05%.

Il

primato per la prevalenza periodale sulla popolazione si registra nella Valle d'Aosta (4,38%) e PA Bolzano (3,40%), seguita da Lombardia (3,30%) e Piemonte (3,03%) ma è in PA Bolzano (2,01%), Valle D'Aosta (1,72%), Piemonte (1,70%) e Lombardia (1,55%) che oggi abbiamo la maggiore prevalenza puntuale di positivi, con valori in leggero aumento nelle altre regioni, e con un media nazionale pari a 1,21% (sensibilmente aumentata rispetto ai dati del 10/11).

Dal

report #25 è stata analizzata la prevalenza periodale che corrisponde alla proporzione della popolazione regionale che si è trovata ad essere positiva al virus nell'intervallo di tempo considerato (casi già positivi all'inizio del periodo più nuovi casi emersi nel corso del periodo). In particolare, è stata individuata, come soglia di riferimento, il valore massimo che questa dimensione epidemiologica ha assunto in Italia: proprio la settimana appena trascorsa, tra l'11 ed il 17 novembre 2020, è ad oggi il periodo in cui si è registrata la massima prevalenza periodale in Italia (1.366 casi ogni 100.000 residenti). Il valore massimo si registra in Valle D'Aosta (2.584 casi ogni 100.000 residenti), seguita da PA Bolzano (2.353 casi ogni 100.000 residenti). Il dato più basso si registra in Calabria (442 casi ogni 100.000 residenti).

Dal

report #25 è stata analizzata la prevalenza puntuale che corrisponde alla proporzione della popolazione regionale che risulta positiva al virus nell'esatto giorno considerato. È stata individuata, come soglia di riferimento, il valore massimo che questa dimensione epidemiologica ha assunto in Italia: proprio il 17 novembre è anche la data in cui si è registrata la

massima prevalenza puntuale in Italia (1.218 casi ogni 100.000 residenti). Il valore massimo si registra in PA Bolzano (2.011 casi ogni 100.000 residenti), seguita da Valle D'Aosta (1.723 casi ogni 100.000 residenti). Il dato più basso si registra in Calabria (402 casi ogni 100.000 residenti).

Dal

report #21, si introduce una nuova analisi in termini di monitoraggio della prevalenza derivante dal confronto negli ultimi mesi (Prevalenza periodale del 19 settembre-18 ottobre e del 19 ottobre-17 novembre per 100.000 abitanti) si denota come nella maggior parte delle regioni tale indice abbia subito un significativo aumento. La differenza più significativa riguarda la Valle d'Aosta, la P.A. di Bolzano, la Lombardia e il Piemonte. In particolare, il valore nazionale della prevalenza di periodo è incrementato notevolmente passando da 226,97 (nel periodo 19 settembre-18 ottobre) a 1.574,41 (nel periodo 19 ottobre-17 novembre).

Letalità (rapporto decessi su positivi)

Dal report #25 è stata analizzata la letalità grezza apparente del Covid-19 nelle Regioni italiane (04-10 novembre 2020) che corrisponde al numero di pazienti deceduti nell'ambito dei soggetti positivi al Covid-19. Il valore massimo che questa dimensione epidemiologica ha assunto in Italia è stato pari al 61,80 x 1.000 e si è registrato nei 7 giorni tra il 18 ed il 24 marzo 2020. Nel periodo 11 - 17 novembre 2020 il dato più elevato si registra nella PA di Trento pari a 13,66 x 1.000. Nella settimana 11 - 17 novembre 2020, la letalità grezza apparente, a livello nazionale, è pari al 4,27 per 1.000 (in aumento rispetto alla scorsa settimana 3,98 x 1.000).

Tamponi diagnostici

Per quanto riguarda la ricerca del virus attraverso i tamponi, il trend nazionale sul tasso dei tamponi effettuati (per 1.000 abitanti) continua ad aumentare rispetto alle scorse settimane, ed è pari a 21,14 per mille contro 20,62 della settimana scorsa. Relativamente al tasso settimanale di nuovi tamponi, i valori più alti vengono registrati in Valle D'Aosta (32,17) e nella P.A di Trento (31,33). Il valore più basso viene registrato nella Regione Calabria (9,49). In media in Italia viene registrato un valore di 21,14 tamponi effettuati su 1.000 abitanti nella settimana dal 27/10/2020 al 03/11/2020.

Ricoveri, in diminuzione rispetto alla scorsa settimana

Analizzando l'andamento dei pazienti ricoverati sul totale dei positivi, si vede che nelle Regioni del Nord il valore medio registrato nell'ultima settimana è pari a 5,52% (in diminuzione rispetto alla scorsa settimana che era pari a 5,72%).

In tutte le Regioni del Centro si registra un andamento in diminuzione, eccezion fatta per il Molise. Il valore medio registrato nell'ultima settimana nelle Regioni del Centro dall'indicatore è pari a 4,54% (in calo rispetto alla scorsa settimana che era pari a 5,29%).

In diminuzione pure il valore medio registrato nell'ultima settimana dall'indicatore nelle Regioni del Sud: è pari a 3,95% (in calo rispetto alla scorsa settimana che era pari a 4,39%).

In aumento soprattutto i pazienti gestiti a domicilio

Dal report #29 è stato avviato il monitoraggio della distribuzione per setting della nuova pressione (aggiuntiva o sottrattiva) che il sistema sanitario ha registrato nella settimana appena trascorsa. È emerso che la maggiore parte della nuova pressione riguarda i nuovi casi isolati a domicilio.

Nel complesso, in Italia, ci sono stati 193 isolati a domicilio in più ogni 100.000 abitanti, 6 ricoveri ordinari in più (per 100.000 abitanti) e 0,88 ricoveri in Terapia Intensiva in più ogni 100.000 abitanti. Si segnala in controtendenza la Regione Valle d'Aosta, che su base settimanale ha registrato una flessione nel valore degli isolati a domicilio quanto in quello dei ricoverati, diminuendo la pressione sul sistema.

Terapia Intensiva

Dal report #22 è stato avviato il monitoraggio del tasso di saturazione dei Posti Letto di Terapia Intensiva comparando i posti letto attivi pre DL 34/2020 con i nuovi posti letto attivati post DL 34/2020.

L'indicatore misura la saturazione, al 18 novembre, sia in riferimento al numero di posti letto in dotazione alle Regioni prima del DL 34 che considerando le nuove implementazioni previste nei piani regionali di riorganizzazione della rete ospedaliera (DL34/2020).

Se

consideriamo la dotazione di posti letto originaria, ovvero prima dei piani regionali di riorganizzazione della rete ospedaliera, il tasso di saturazione in oggetto risulta essere pari al 170% in Valle d'Aosta, al 118,7% in Piemonte, al 107,2% in Umbria, al 105,4% nella P.A. di Bolzano, al 104,9% in Lombardia e al 100% nella P.A. di Trento. Le suddette percentuali scendono rispettivamente al 94,4%, 62%, 58,3%, 50,6 %, 62,4% e 48,7% se prendiamo in considerazione la dotazione prevista in risposta ai dettami del DL 34/2020.

Il

tasso di saturazione medio calcolato sull'intera penisola è del 71,6% se consideriamo la dotazione pre DL 34 e del 43,7% se, invece, teniamo in considerazione i nuovi posti letto di TI, in aumento rispetto al precedente aggiornamento di 11,5 (situazione PRE DL 34) o 7 (situazione POST DL 34) punti percentuali.

Per

quanto riguarda l'incremento del tasso di saturazione rispetto all'aggiornamento della settimana precedente, considerando la dotazione post DL 34, il differenziale maggior si registra in Basilicata (+11,1%), Calabria (+10%), Puglia (+9,7%), Lombardia (+9,6%) ed in Veneto (+9,4%%). Unica regione a registrare un tasso negativo è il Molise ed in particolare il decremento del tasso di saturazione rispetto alla settimana precedente è pari a 2,3 punti percentuali.

Tasso di saturazione della capacità aggiuntiva di PL di Terapia Intensiva al 18 novembre 2020

Dal report #24 è stato elaborato un indicatore che misura il tasso di saturazione della capacità extra in termini di posti letto di terapia intensiva. In altre parole, indica quanti posti letto di terapia intensiva, previsti dal DL34 ed effettivamente implementati, sono occupati da pazienti Covid-19.

Dieci

regioni hanno esaurito la suddetta capacità. Si tratta della Lombardia, Liguria, Piemonte, Umbria, Puglia, Marche, Sardegna, Molise, Toscana e Abruzzo. In particolare, la Lombardia sta utilizzando il 43,21% della propria dotazione strutturale di posti letto di terapia intensiva, la Liguria il 30,67%, il Piemonte il 26,61%, l'Umbria il 22,86%, la Puglia il 20,07%, le Marche il 17,39% la Sardegna il 16,42%, il Molise il 10%, la Toscana l'8,72% e l'Abruzzo l'8,13%.

Queste

regioni stanno, quindi, utilizzando la capacità strutturale di posti letto di terapia intensiva, ovvero quei posti letto che dovrebbero essere dedicati ai pazienti No-Covid-19.

Sono

prossime alla totale saturazione della capacità aggiuntiva la P.A. di Bolzano (97,5%), l'Emilia-Romagna (96,06%), il Friuli-Venezia Giulia (89,09%), il Lazio (81,33%), la Campania (78,43%).

Viaggiano,

invece, su una occupazione di circa 2/3 della capacità aggiuntiva la P.A. di Trento (73,08%), la Sicilia (71,86%), la Basilicata (65,12%), la Valle d'Aosta (62,96%) ed il Veneto (54,15%).

Si

segnala che per la Calabria non è stata calcolata la saturazione dei PL aggiuntivi poiché non ne risultano di attivati rispetto alla ricognizione effettuata da DL 34.