

10 miliardi

Che cosa servirà nella "fase 2" delle politiche sanitarie?

Innanzitutto, un forte coordinamento centrale delle linee di governo del sistema, concertando adeguati spazi di autonomia regionale. A livello locale occorrerà prevedere

una maggior flessibilità delle organizzazioni sanitarie che gestiscono i servizi: in particolare dovranno lavorare a nuove modalità di raccordo tra territorio e ospedale. Per tutto questo occorrerà prevedere le indispensabili risorse economiche. Oggi il settore si rivela strategico, ma non sembra essere stato considerato tale nell'ultimo decennio in sede di finanziamento del servizio sanitario che, secondo gli esperti, è sottofinanziato per almeno 10 miliardi di euro.

Segue da pag. 19

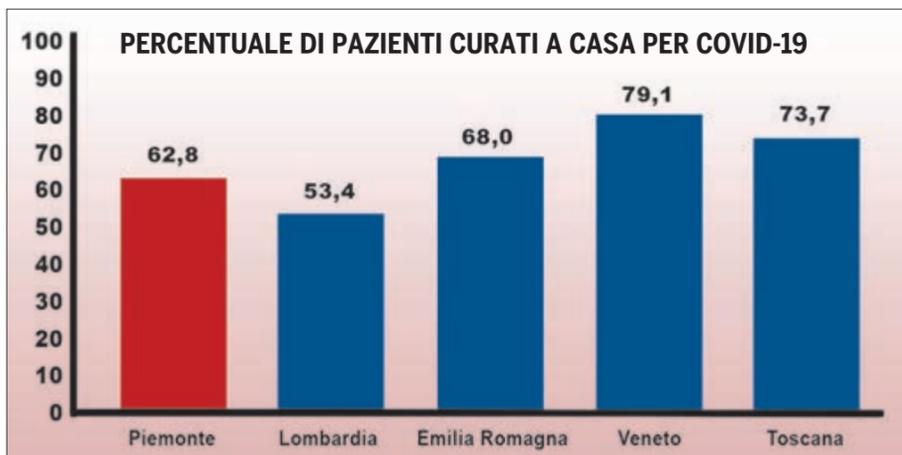
Terapie intensive potenziata, ma ora si guardi al territorio

LA RICERCA / 3

La nuova nota di Ires offre un'istantanea legata al coronavirus, aggiornata al 6 aprile

Se esiste un "prima" dell'emergenza sanitaria in atto (ne parliamo alle pagg. 18-19), c'è anche un "durante": è uno scenario in cui è difficile orientarsi, perché tutto cambia di giorno in giorno, si è in balia di una quantità enorme di dati e di altrettante opinioni contrastanti.

Dopo lo studio sulla situazione della sanità piemontese prima dell'allerta coronavirus, l'Istituto di ricerche economiche e sociali (Ires) del Piemonte ha pubblicato la scorsa settimana un nuovo approfondimento, dal titolo evocativo: *Durante la tempesta*. Significa l'esame puntuale della situazione a partire dal primo caso accertato a Torino, fino al "podio" di seconda regione italiana per



“La battaglia si può vincere solo a partire dalla medicina di prossimità, attraverso cui l'infezione può essere attaccata meglio, prima che il quadro clinico dei malati peggiori”

FONTE: DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

39%

Quanti gli anziani ammalati di Covid-19 in Piemonte?

Secondo i dati diffusi giornalmente dal Servizio di riferimento regionale di epidemia per la sorveglianza (Seremi), al 6 aprile 2020 il 39% dei contagiati piemontesi da coronavirus erano anziani, con più di 70 anni: va detto che gli ultrasessantenni rappresentano il 19% della popolazione residente in Piemonte.

numero di contagi e decessi. Anche in questo caso, Ires lo ha fatto attraverso dieci numeri-chiave.

Partiamo dall'organizzazione delle reti ospedaliere e territoriali ai tempi dell'emergenza Covid-19. È un punto fondamentale, perché è da questo binomio che dipende la risposta del sistema ai bisogni sanitari dei cittadini positivi al coronavirus. Se guardiamo agli ospedali, più volte la Regione ha sottolineato il lavoro portato a termine per l'incremento delle terapie intensive, uno dei punti molto deboli della sanità piemontese prima della pandemia.

I numeri confermano questo quadro: come riporta Ires, a partire dai dati diffusi dall'Istat, nel 2018 il Piemonte contava 317 posti letto di terapia intensiva, pari a 0,7 letti ogni 10mila abitanti. Si tratta di una cifra inferiore rispetto a quella registrata a livello nazionale: in Italia si contavano 5.293 posti, pari a 0,9 per ogni 10mila abitanti. A determinare questa iniziale situazione di svantaggio, una serie interminabile di tagli alla sanità, che hanno

portato a una diminuzione dei posti letto del 6,5 per cento, nel periodo compreso tra il 2010 e il 2018: un dato in netta controtendenza con quanto rilevato a livello nazionale, dove nello stesso arco di tempo le terapie intensive sono cresciute del 9,9 per cento. Nelle ultime settimane, però, il rapporto è cambiato, perché in Piemonte le disponibilità sono quasi raddoppiate, arrivando a contare più di 600 letti.

Ma questo incremento è sufficiente per dare una ri-

sposta efficace alla diffusione del virus? La risposta di Ires è no, perché la battaglia si può vincere solo a partire dal territorio, dove l'infezione può essere attaccata prima che il quadro clinico dei pazienti peggiori in modo drastico, tanto da richiedere l'ospedalizzazione. Un obiettivo che si può raggiungere grazie a una stretta collaborazione tra medici di base, infermieri e altre professionalità che operano sul territorio. Proprio come fanno le Usca, le unità speciali di medici istituite dal decreto legge dello scorso 9 marzo, per monitorare e curare i pazienti positivi fin dallo stadio più precoce dell'infezione. Ma se nell'Asl di Alba-Bra le Usca sono state attivate fin da subito, così come ad Alessandria, in altre realtà regionali la copertura territoriale rimane ancora oggi frammentaria. E, in effetti, in Piemonte si ricorre all'ospedale più frequentemente rispetto alle altre regioni del Nord, a parte la Lombardia.

Così, secondo i dati diffusi dalla Protezione civile il 6 aprile, il 62,8 per cento dei piemontesi positivi si trovava in isolamento domiciliare, contro una media nazionale del 65. Con il 79,1 per cento, la regione con più persone curate a casa è il Veneto, pioniera sul fronte delle cure territoriali per il Covid-19. Bene si posizionano anche la Toscana, con il 73,7 per cento, e l'Emilia-Romagna, con il 68 per cento. Peggio del Piemonte, fa solo la Lombardia, dove al 6 aprile erano curati al domicilio solo il 53,4 per cento dei pazienti positivi.

Francesca Pinaffo



ANSA/EPA/JUAN CARLOS CARDENAS

63%

Quanti sono i pazienti in isolamento domiciliare?

A fronte del diffondersi del Covid-19, è sufficiente una risposta limitata al solo aumento dei posti in terapia intensiva? Sicuramente no, la battaglia si vince sul territorio, come si dice da più parti, curando i pazienti prima che si aggravino e che abbiano bisogno dell'ospedale, sfruttando le potenzialità di medici di famiglia, infermieri e altre professionalità del territorio. In Piemonte, al 6 aprile 2020, il 63% circa dei 10.545 pazienti affetti da Covid-19 era in isolamento domiciliare (65% la media nazionale), in molti casi purtroppo con una copertura dei servizi ancora da perfezionare.

Il "caso Piemonte", vittima dei tagli dissennati alla sanità e del piano di rientro dal debito che ha annullato servizi

L'INTERVISTA

Parliamo ancora con Gabriella Viberti, ricercatrice di Ires Piemonte, che ha curato insieme a Giovanna Perino e Chiara Rivoiro la ricerca di cui trattiamo in questa pagina e nelle due precedenti. **Viberti, oggi si può parlare con cognizione di causa di un "caso Piemonte"?** «Se si può parlare di un "caso Piemonte", ci si può riferire ai tagli che il nostro sistema sanitario ha subito negli ultimi dieci anni, anche perché ci troviamo di fronte a un'emergenza di tutto nuova, con un quadro in continua evoluzione, in cui è molto rischioso trarre ora

conclusioni affrettate. La realtà è che il Piemonte è sempre stato il fanalino di coda nella distribuzione delle risorse: se a partire dal 2010 a oggi, in Lombardia la spesa sanitaria ha registrato un incremento superiore al 10 per cento, nella nostra regione si arriva ad appena il 2,5. Senza dimenticare il piano di rientro, che dal 2010 al 2017 ci ha costretto a rispettare limiti di spesa molto rigidi. Di fatto, ci ha impoverito di personale, attrezzature e, in generale, ha causato la mancata innovazione dei servizi». **È vero che nella nostra regione il tasso di letalità per Covid-19 è maggiore?** «Al 6 aprile, in Piemonte il tasso di letalità era pari al 9,6 per cento. In Italia, era

pari al 12,5, trainato dai valori della Lombardia. Ma che cosa si intende con tasso di letalità? È il rapporto tra i morti per una malattia e il numero totale di soggetti affetti dalla malattia stessa. Diverso è invece il tasso di mortalità, cioè il rapporto tra numero di morti sul totale della popolazione. Se spesso i due piani vengono confusi, c'è da dire che un elevato tasso di letalità non sempre significa che si muore di più, ma, ad esempio, che vengono effettuate meno diagnosi. Cosa che, almeno nelle fasi iniziali, è accaduta in Piemonte, dove sono stati effettuati meno tamponi rispetto a regioni come il Veneto. Ora l'approccio della Regione sembra



La ricercatrice Gabriella Viberti.

essere mutato e questo dato potrebbe cambiare. Questo per dire che i numeri, se presi da soli, in questo momento possono essere più che mai fuorvianti». **Guardando alla risposta sanitaria del Piemonte in questo mese, che cosa si potrebbe migliorare?**

«L'aspetto da potenziare è la rete territoriale, che ha funzionato bene, in realtà, nell'Asl di Alba-Bra, meno in altre zone. In generale, c'è il fatto che nelle realtà più piccole, il livello di comunicazione è più rodato, mentre nei grandi centri urbani fa più fatica a decollare. Ma un buon funzionamento della rete territoriale permette di fornire una risposta migliore non soltanto nelle fasi iniziali della malattia, ma anche in quella di guarigione: se esistono strutture in grado di seguire i pazienti al domicilio, allora i dimessi potranno essere monitorati meglio, cosa che talvolta non accade». **In questo periodo sono emerse le differenze tra le regioni nell'affrontare l'emergenza: che cosa potrebbe cambiare nel dopo pandemia?** «In Italia, la competenza

sanitaria è ripartita tra Stato e Regioni: il primo determina i livelli di assistenza da erogare sul territorio, mentre le seconde programmano e gestiscono il sistema nel loro ambito territoriale. Nella prima fase dello sviluppo del Covid-19, le Regioni hanno seguito approcci diversi: c'è chi si è attenuto alle linee guida nazionali e chi ha agito in modo autonomo, per esempio sul fronte dei tamponi o delle cure domiciliari. Nel dopo pandemia, servirà un maggiore coordinamento centrale, mentre a livello locale sarà utile flessibilità nel gestire il rapporto tra ospedale e territorio. Fondamentale sarà prevedere le risorse: secondo gli esperti, il sistema sanitario italiano appare sottofinanziato di almeno 10 miliardi». f.p.