

Pazienti no-Covid: l'iceberg della pandemia



I quaderni di Fondazione
theBRIDGE

Pazienti no-Covid: l'iceberg della pandemia

Gruppo di lavoro

Fondazione The Bridge (<https://www.fondazionethebridge.it/>):

- Luisa Brogonzoli, *Responsabile Centro Studi*
- Guido Casella, *Ricercatore Junior*

Intexo Società Benefit (<https://www.intexo.it/>):

- Mariangela Prada, *CEO & Partner*
- Letizia Rossi, *Patient Access and Communication, B Corp Team*

Università degli Studi di Pavia (<https://web.unipv.it/>):

- Damiano Fuschi, *Postdoctoral Researcher in public comparative law*
- Enrico Oddone, *Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense*

SIMEU - Società Italiana della medicina di emergenza-urgenza

(<https://www.simeu.it/w/>):

- Gabriele Savioli, *Referente ricerca e consigliere direttivo regione Lombardia e referente nazionale formazione a distanza*

Coordinamento e supervisione

- Rosaria Iardino, *Presidente Fondazione The Bridge*
- Luisa Brogonzoli

Autori

- Luisa Brogonzoli
- Guido Casella
- Mariangela Prada
- Letizia Rossi
- Andrea Aiello, *HEOR Manager Intexo*
- Damiano Fuschi
- Gabriele Savioli
- Enrico Oddone

Sommario

Premessa	6
Introduzione	7
Nota metodologica	10
1. Il contesto normativo	12
1.1 La salute come diritto fondamentale di tutti gli individui.....	12
1.2 Effettività del diritto alla salute: problemi contabili.....	13
1.3 Alcune considerazioni sulle misure emergenziali adottate durante il periodo pandemico. Costituzionalità e gerarchia delle fonti.....	17
2. Fotografia dell’impatto della pandemia sull’accesso alle cure e la presa in carico	21
2.1 Popolazione target.....	21
2.1.1 L’iceberg COVID-19.....	23
2.2. L’impatto di COVID-19 sulle prestazioni sanitarie.....	26
2.2.1 L’impatto globale di COVID-19 sulla sanità.....	26
2.2.2 Italia: un Sistema Sanitario già stressato.....	28
2.2.3 L’impatto di COVID-19 sull’assistenza sanitaria in Italia.....	29
Tavola sinottica: impatto della pandemia sulle prestazioni sanitarie Sintesi della letteratura.....	39
2.3 Focus sulla mortalità.....	48
3. L’impatto di COVID-19 sull’assistenza sanitaria: diversi punti di vista	52
3.1 Crowding e suoi outcomes. La finestra del Pronto Soccorso.....	52
3.1.1 Il sovraffollamento dei Pronto Soccorso: un problema mondiale in continua crescita.....	52
3.1.2 Epidemie e accesso alle cure: cosa insegna la letteratura prima della pandemia da COVID-19.....	56

3.1.3	Lo scoppio della malattia da COVID-19 in Italia.....	58
3.1.4	In Italia nasce lo studio che spiega il fenomeno dell'affollamento in epoca COVID-19.....	58
3.1.5	Dall'Italia parte la call to action per risolvere il problema dell'access block.....	62
3.1.6	Categorie fragili: le più vulnerabili, le più esposte.....	64
3.1.7	Analisi economica correlata all'analisi sulla medicina d'urgenza e patologie tempo-dipendenti.....	66
3.2	Evidenze in letteratura sull'impatto economico di COVID-19 sui pazienti no-Covid.....	67
3.2.2	L'impatto economico di COVID-19 sulla spesa sanitaria nazionale.....	68
3.3	Focus: oncologia.....	70
3.3.1	L'ambito internazionale.....	70
3.3.2	L'ambito nazionale.....	71
	Tavola sinottica: impatto della pandemia sull'oncologia Sintesi della letteratura.....	83
3.4	Focus: fragilità mentale.....	88
3.4.1	Target.....	88
3.4.2	Consumo farmaci.....	92
3.4.3	L'attività dei servizi di salute mentale.....	93
	Tavola sinottica: impatto della pandemia sulla fragilità mentale Sintesi della letteratura.....	101
3.4.4	L'indagine.....	105
3.5	Focus: HIV.....	117
3.5.1	La relazione HIV – COVID.....	117
3.5.2	L'ambito internazionale.....	120
3.5.3	L'ambito nazionale.....	123
	Tavola sinottica: impatto della pandemia sull'HIV Sintesi della letteratura....	129
3.5.4	L'indagine.....	131
4.	L'impatto di COVID-19 sul consumo dei farmaci.....	146
	Conclusioni.....	150
	Allegati.....	156
	Fragilità mentali: questionario associazioni di pazienti.....	156
	HIV: questionario associazioni di pazienti.....	167
	HIV: questionario centro clinici.....	173

Premessa

Il presente lavoro nasce dalla volontà di evidenziare come la pandemia abbia impattato su diversi settori della vita di tutta la popolazione, influenzando non soltanto l'ambito sanitario, ma incidendo anche sulla sfera politica, economica, sociale e sulla qualità della vita delle persone.

Tra i diversi contraccolpi subiti a causa di COVID-19, si sono registrate criticità legate alla consueta programmazione e organizzazione delle attività ospedaliere, con gravi ripercussioni sulla continuità delle cure di pazienti già in carico ai servizi, in particolare per quanto riguarda quelli con patologie croniche, e soprattutto sulle attività previste in ambito preventivo e diagnostico. È necessario dare una misurazione dell'impatto di COVID-19 sulle prestazioni sanitarie: temiamo infatti che la loro mancata erogazione durante le fasi maggiormente emergenziali e il lento ripristino delle stesse, possano continuare a perpetuarsi e si renda dunque necessario un lungo periodo di riassetto caratterizzato da un allungamento delle liste d'attesa.

Considerate la vastità dei temi trattati, la difficile reperibilità di dati e di informazioni aggiornate e, soprattutto, l'urgenza di tracciare un perimetro definito, al fine di restituire un lavoro quanto più esaustivo possibile, è stata incoraggiata la costituzione di un'equipe di lavoro multiprofessionale composta da Fondazione The Bridge, Intexo, Università degli Studi di Pavia e Società Italiana della medicina di emergenza-urgenza – SIMEU.

L'indicazione oggettiva delle criticità osservate permetterà di richiedere alle autorità competenti di introdurre strategie e azioni finalizzate a invertire la tendenza che rileva come Stato e Regioni non sempre abbiano adeguatamente erogato alcuni servizi sanitari. È necessario un richiamo motivato affinché le Istituzioni - a livello centrale e regionale - sappiano impegnarsi non solo sul fronte dell'esigenza pandemica, ma anche nel ripristino di attività troppo frettolosamente tagliate, oltre che nel prestare attenzione a liste d'attesa sempre più lunghe, nel favorire accessi a diagnosi e *follow-up*.

La pandemia è paragonabile a un tilt-test del sistema da cui non rimane che trarre indicazioni per un ripensamento prospettico del nostro sistema: si tratta di un'istanza sanitaria, economica sociale e politica.

Rosaria Iardino
Presidente Fondazione The Bridge

Introduzione

La pandemia da COVID-19 rappresenta una condizione universalmente diffusa, che ha permeato e influenzato la vita di chiunque, con un impatto significativo non soltanto sulla salute delle persone, ma in tutti gli ambiti che afferiscono alla società, tanto sul piano economico, politico, sociale, quanto sul benessere individuale delle persone. Un'emergenza di tale portata è stata una situazione nuova, mai vissuta prima da nessuno, per cui l'unica certezza, soprattutto nei primi mesi, da parte di coloro che si sono trovati a dover curare pazienti infettati da un virus sconosciuto e di coloro che hanno il compito di elaborare dati e prendere decisioni, è stata "sapere di non sapere". Trovarsi di fronte a qualcosa di nuovo e che non si conosce ha portato inevitabilmente al fatto che gli esperti si siano divisi e si siano trovati in disaccordo, scontrandosi.

Se dal punto di vista della ricerca la possibilità di confrontarsi e scontrarsi può aver rappresentato un valore aggiunto e uno spunto per lo sviluppo di nuove idee, l'intero mondo della comunicazione invece si è mostrato spesso carente e inadeguato, ed è così accaduto che il linguaggio proprio della scienza e quello della politica si sono contaminati, senza però amalgamarsi, creando confusione e incertezza.

Prova di questo stato di indeterminatezza è la confusione che si è generata anche nelle Istituzioni. Il Governo italiano ha operato secondo uno schema che permetteva di agire in maniera celere, data la situazione emergenziale, riducendo i tempi connaturati in un sistema ancorato al bicameralismo perfetto. Il punto su cui si vuol fare riferimento in apertura, per contestualizzare e comprendere le difficoltà portate dalla pandemia è che, da un lato si operava in un contesto in cui bastava qualche ora per avere un quadro epidemiologico totalmente nuovo che sconfessava quanto fatto sino a quel momento, dall'altro si è assistito ad una ferocia comunicativa e a una politicizzazione dei temi che ha portato più volte la questione sul terreno della politica esautorando la scienza.

La pandemia da COVID-19 ha causato, in ambito sanitario, danni diretti, dovuti all'infezione stessa, e indiretti, dovuti soprattutto alla saturazione degli ospedali, che hanno costretto a una rimodulazione della consueta programmazione e organizzazione delle attività. Nell'incertezza, è stato necessario riorganizzare l'intera rete ospedaliera, compiendo una netta separazione tra ospedali dedicati principalmente a pazienti Covid, con la conseguente riorganizzazione dei reparti, e ospedali che sono diventati una sorta di *hub* per pazienti no-Covid. Ciò ha reso necessario posticipare, se non addirittura cancellare, tutte le prestazioni sanitarie non urgenti, sia a causa del sovraccarico delle

terapie intensive sia perché gran parte del personale sanitario era stato trasferito in reparti dedicati al Covid, sia per la paura e le difficoltà delle persone di accedere alle strutture sanitarie. Fondamentale è stata l'introduzione e l'implementazione di strumenti di comunicazione e monitoraggio dei pazienti a distanza che ha reso possibile, anche se non in tutti gli ambiti e non in tutte le Regioni, sostenere l'urto della pandemia.

In un panorama caratterizzato da un Sistema Sanitario impreparato a gestire un'emergenza di tale portata e già provato a causa di tagli e definanze, a cui si è aggiunta una medicina territoriale non capace di gestire un numero così crescente di richieste, inevitabilmente si sono registrate difficoltà e ritardi nell'accesso ai servizi, rinunce o cancellazioni di prestazioni non urgenti o differibili, andando a impattare in modo particolare sulla salute delle persone più fragili, di coloro che sono affetti da patologie croniche e su altre aree dove è fondamentale intervenire con tempestività, come l'oncologia e patologie tempo-dipendenti. Si è infatti osservata una generale mancata prescrizione di farmaci importanti che ha esposto i pazienti a un rischio maggiore di sviluppare nel tempo complicanze gravi, e potenzialmente fatali.

Oltre tutto ciò vanno considerati gli effetti da long-Covid, termine che inizialmente è stato utilizzato per descrivere la condizione di tutte quelle persone che, una volta guarite dal virus, hanno continuato a manifestare problemi di salute di vario genere anche a distanza di tempo, per essere poi esteso a indicare anche gli effetti indiretti che la pandemia ha generato sulla popolazione generale in termini di sintomi di tipo psicologico.

Si stima che l'accesso alle cure abbia subito una riduzione di circa un terzo durante la pandemia, con maggiori cali per persone con patologie meno gravi. Nello specifico, sono state riportate diminuzioni mediane del 42% (32-53%) per le visite ambulatoriali, del 28% (17-40%) per i ricoveri, del 31% (24-53%) per le prestazioni diagnostiche e del 30% (19-57%) per i trattamenti terapeutici¹.

Si può quindi parlare a tutti gli effetti di "un'emergenza sommersa" generata dall'impatto del Covid sulla salute psicofisica e sul Sistema Sanitario ed economico italiano, che sta purtroppo diventando sempre più evidente con il passare dei mesi.

Dato il bisogno urgente di dare una misurazione oggettiva dell'impatto di questa mancata erogazione di prestazioni sanitarie che ha caratterizzato il periodo pandemico, tale analisi ha avuto il duplice obiettivo sia di valutare le conseguenze di quanto accaduto sia di dare una rilettura in ottica prospettica di ciò che potrebbe accadere da diversi punti di vista (impatto sociale, impatto clinico, qualità della vita dei pazienti e impatto

¹ Moynihan R., Sanders S., Michaleff Z.A., et al., *Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review*, BMJ Open, 2021.

economico), mettendo in evidenza le criticità presenti nel sistema di gestione dei pazienti no-Covid, illustrando le criticità di medio periodo e raccogliendo indicazioni e suggerimenti per un prossimo modello di presa in carico da parte del sistema.

Nota metodologica

I dati di letteratura inseriti all'interno del documento sono stati raccolti fino a fine novembre.

Il percorso che ha portato alla stesura di questo documento ha previsto l'utilizzo di diversi strumenti e modalità:

- contestualizzazione costituzionale della normativa emergenziale per contrastare il diffondersi della pandemia;
- analisi dell'organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale sul piano istitutivo e normativo;
- analisi on desk e review della letteratura circa l'impatto indiretto di COVID-19 sulla mortalità della popolazione italiana;
- analisi on desk e review della letteratura per descrivere lo stato dell'arte e fornire una panoramica riguardo l'impatto di COVID-19 sull'assistenza sanitaria; data la vastità di temi, si è scelto di individuare tre aree terapeutiche (oncologia, fragilità mentali e HIV), sulla base della gravità degli effetti della pandemia e sulla fattibilità di trovare dati pubblicati;
- analisi multicentrica del *crowding* sul sistema dei Pronto Soccorso (PS) durante la pandemia: lo studio osservazionale si è basato su una revisione retrospettiva delle cartelle epidemiologiche e cliniche dei pazienti in visita presso la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo durante la pandemia da COVID-19. I dati sono stati estratti utilizzando software appositi. I metodi di valutazione includevano la stima dei cambiamenti nei dati epidemiologici e clinici dai dati di base annuali dopo l'inizio della pandemia di COVID-19. Le analisi statistiche sono state condotte utilizzando modelli di regressione multivariata logistici² appropriati per testare l'associazione tra le variabili temporali, tenendo conto dell'affollamento e del periodo di pandemia. Le variabili continue sono state descritte come media e intervallo interquartile³, mentre le variabili qualitative sono state espresse come numero di osservazioni e proporzioni appropriate. I confronti tra i due gruppi di variabili continue sono stati effettuati con il test non parametrico di Mann-Whitney⁴, secondo le loro distribuzioni non normali, mentre le associazioni

² Un modello di regressione non lineare utilizzato quando la variabile dipendente è di tipo dicotomico.

³ È la differenza tra il terzo e il primo quartile, ovvero l'ampiezza della fascia di valori che contiene la metà "centrale" dei valori osservati.

⁴ Test utilizzato per verificare, quando sono presenti valori ordinali provenienti da una distribuzione continua, se due campioni statistici provengono dalla stessa popolazione.

tra le variabili qualitative sono state studiate con il test χ^2 ⁵. Inoltre, il test delle proporzioni è stato utilizzato per esaminare le differenze di mortalità in PS tra i due periodi. Il livello di significatività è stato fissato ad alfa 0,05 (significatività statistica a $p < 0,05$) e tutti i test erano a due code. Le analisi sono state condotte con il software STATA (versione 14; Stata Corporation, College Station, TX, USA, 2015). Lo studio è stato presentato e approvato dal comitato etico;

- sulla base dei dati emersi dall'analisi del *crowding*, predisposizione di un modello per la valorizzazione del relativo impatto economico sulla medicina d'urgenza e patologie tempo-dipendenti durante i primi mesi di pandemia;
- per cogliere il punto di vista di clinici e pazienti, dopo la realizzazione di focus group composti da diversi stakeholder, sono state condotte due survey in ambito HIV (una con target la community e una i clinici), una survey e un' intervista in ambito fragilità mentali (la prima con target la community e la seconda con target una società scientifica), utilizzando un questionario a risposte chiuse con metodologia CAWI⁶, con l'obiettivo di evidenziare le maggiori criticità emerse rispetto alla gestione, alla presa in carico, alla qualità della vita e allo stato di salute dei pazienti nel periodo pandemico, prendendo come riferimento l'arco temporale tra marzo 2020 a maggio 2021;
- analisi sul consumo dei farmaci nell'anno 2020 sulla base di quanto osservato e stimato nel 21° Rapporto Nazionale da parte dell'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali (OsMed). L'obiettivo è stato quello di valutare l'andamento del consumo dei farmaci rispetto all'anno precedente e quantificare l'impatto del Covid sull'utilizzo dei farmaci per i pazienti non affetti da Covid;
- analisi on desk e review della letteratura per valutare le ripercussioni sia in termini di salute, di consumo di risorse e di impatto economico (sia sanitario che perdita di produttività) della pandemia sui pazienti no-Covid.

⁵ Uno dei test di verifica d'ipotesi usati in statistica che utilizzano la distribuzione chi quadrato per decidere se rifiutare o non rifiutare l'ipotesi nulla.

⁶ È una metodologia di raccolta dei dati che si basa sulla compilazione di un questionario via web fornito attraverso un link, un panel o un sito web.

1. Il contesto normativo

A cura dell'Università di Pavia

1.1 La salute come diritto fondamentale di tutti gli individui

Ormai da oltre un decennio si discute sulla riorganizzazione dei sistemi sanitari universali in termini di efficientamento delle risorse finanziarie utilizzate per l'erogazione di cure e, allo stesso tempo, di introdurre un percorso clinico del paziente che conferisca maggior valore all'*outcome* clinico. I sistemi sanitari della maggior parte degli Stati occidentali si sono trovati, infatti, a fronteggiare diversi ostacoli di natura strutturale e organizzativa che sono diventati quanto mai evidenti in seguito al diffondersi del virus SARS-CoV-2. Questo evento, improvviso e repentino, non ha solamente generato un problema, che certamente è ed è stato di natura eccezionale, ma ha strappato violentemente il velo che in maniera goffa nascondeva il malfunzionamento dei sistemi sanitari. Ciò è accaduto ancora più urgentemente in Italia, il cui Sistema Sanitario era in crisi da anni a causa di riforme che non hanno giovato a una transizione ottimale verso il concetto di salute contemporaneo, a causa di una mancanza di programmazione in termini di spesa e *outcome* per la società, mantenendo in essere un sistema ancorato alla logica del rimborso della singola prestazione organizzato non tanto su evidenze clinico-scientifiche ma a linee guida configurate per ridurre la spesa nell'immediato per la singola struttura erogante; fattispecie, quest'ultima, che porta a un impegno economico maggiore nel medio-lungo periodo⁷. Già in tempi remoti la salute formava oggetto di attenzione da parte dei soggetti che esercitavano i pubblici poteri. In un lemma pubblicato nell'Enciclopedia Treccani si rammenta che la "salute" per gli antichi romani era una divinità venerata in quanto aveva diretto rapporto con la "felicità ed il benessere dello Stato" per cui si faceva ricorso alle espressioni "salus publica" e "salus populi romani". Il culto di questa divinità rivestiva un significato politico e sociale. Solo di riflesso veniva considerata rilevante anche la "buona salute dei cittadini", ritenendo che lo stato fisico dei sudditi fosse d'interesse anche per la pubblica salute, cioè per il benessere collettivo⁸. Preso atto che nella società odierna è la centralità dell'individuo nell'ordinamento e non quella dello Stato a essere preminente⁹, è utile indagare quale sia, attualmente, l'evoluzione giuridica e la conseguente effettività sulla popolazione

⁷ Porter M.E., Teisberg E.O., *Redefining health care: creating value-based competition on results*, Harvard business press, 2006.

⁸ Cordini G., Fuschi D., Rampulla F.C., Venturi A., *Modelli sanitari e Value Based Health Care System*, Tab Edizioni, 2020.

⁹ Mastromartino F., *La soggettività degli individui nel diritto internazionale*, «Diritto e questioni pubbliche», 2010.

del diritto alla salute in Italia. Innanzitutto, urge sottolineare che sia a livello intuitivo sia a livello strettamente tecnico-giuridico il diritto alla salute può essere definito, nello stesso tempo, come il più importante e il più fragile tra tutti i diritti sociali.

Dietro il cristallino dettato normativo dell'art. 32 della Costituzione, che ogni cittadino è in grado di comprendere, troviamo esperienze drammatiche e intime rispetto alle quali non è possibile rimanere inermi e indifferenti. Infatti, un aspetto sul quale focalizzarsi è la differenza tra ciò che il diritto descrive, cioè come deve essere la società in ottemperanza alle norme fondamentali della Repubblica e come è in realtà, ovvero come si svolge la vita in quel cono d'ombra lambito sia dal diritto sia dalla politica ma troppo spesso lasciato in balia degli eventi.

1.2 Effettività del diritto alla salute: problemi contabili

Uno dei problemi sistemici dell'effettività del diritto alla salute è riferibile alla mancanza di risorse da destinare al settore, o meglio, alla mancanza di volontà politica di destinare risorse adeguate al settore. Naturalmente, non possiamo immaginare un sistema in cui non ci sia la minima attenzione al quantum destinato alla sanità, poiché tutti i diritti sociali hanno un costo più o meno elevate e devono essere soddisfatti; per queste motivazioni, operando in un contesto di scarsità di risorse, istituzioni governative, non governative, università e centri di ricerca valutano e studiano diversi scenari applicabili al fine di rendere più efficiente il sistema a fronte di un risparmio economico e una maggiore soddisfazione del paziente. Inoltre, sempre in riferimento all'Italia, bisogna aggiungere che tra tutti i diritti sociali, il diritto alla salute è quello che maggiormente è stato decentrato. Con la riforma del Titolo V della Costituzione, l'organizzazione sanitaria è diventata competenza residuale regionale e il diritto alla salute si è ritrovato a vivere nel crocevia di due coordinate: da un lato lo Stato che finanzia il Fondo sanitario nazionale¹⁰, dall'altro le Regioni che realizzano concretamente i sistemi di cura¹¹.

Questa impostazione derivata dalla dottrina economica è pertanto volta a attuare in maniera efficiente la massimizzazione del risultato sia economico (di contenimento della spesa) sia clinico (soddisfazione del paziente e, in ultima istanza, aumento della qualità e delle prospettive di vita)¹². Il processo di cambiamento, le mutate necessità contingenti, le

¹⁰ Il fondo sanitario nazionale si attesta mediamente su una cifra di circa 113 miliardi di euro a partire dal 2021, progressivamente la spesa è stata ridotta o mantenuta stabile a fronte di nuove necessità. Questo, ex multis, ha portato alla fragile situazione che l'Italia viveva prima del Covid e che è stata messa a nudo dall'esplosione della pandemia.

¹¹ Antonini L., *Il diritto alla salute e la spesa costituzionalmente necessaria: la giurisprudenza costituzionale accende il faro della Corte*, «Federalismi. it», 22 (2017).

¹² Fuschi D., *Il sistema sanitario italiano alla prova delle crisi sistemiche e del mutato concetto di salute*, 2020.

crisi economiche e, soprattutto, le nuove caratteristiche epidemiologiche della popolazione mettono in evidenza come sia necessaria una nuova prospettiva di azione nella gestione di queste attuali criticità¹³. Queste valutazioni che prima del 2020 mettevano in evidenza le mutate specificità della società in relazione alla salute sono oggi quanto mai urgenti; la crisi sanitaria che sta interessando tutto il pianeta in seguito alla diffusione pandemica del virus SARS-CoV-2 ha messo in evidenza i limiti del Sistema Sanitario italiano, limiti ascrivibili, principalmente ai tagli lineari alla spesa avvenuti negli ultimi anni. È utile ricordare, inoltre, che nell'ambito della gestione delle malattie metaboliche, che interessano in maniera sempre più incisiva la nostra società¹⁴, si viene a creare una problematica standardizzata relativamente a costi e gestione di tali criticità. Questi aspetti gestionali mettono in evidenza come sia necessario da parte del *policy maker* italiano e, in via generale, da parte di tutti gli attori sanitari, una inversione di tendenza rispetto ai modelli precedenti per poter gestire al meglio e ottimizzare il processo di erogazione di servizi di tipo medico.

La costante evoluzione scientifica in ambito sanitario porta a problemi di gestione del paziente che non trovano, per ovvie ragioni, immediata risposta nel contesto giuridico vigente¹⁵. La norma arriva sempre in "ritardo" quando deve occuparsi di una nuova fattispecie determinata dall'evoluzione scientifica e tecnologica. La costante ricerca scientifica introduce delle specificità non inquadrabili perfettamente negli schemi giuridici in vigore e, di conseguenza, il Legislatore è chiamato a disciplinare il modificato contesto. Valutazione parallela ma non ancora stratificata nella dottrina giuridica si può fare per uno shock simmetrico come quello portato dal corona virus: in termini molto sintetici possiamo affermare che lo Stato italiano non era sicuramente pronto a gestire la pandemia ma nessuno Stato, in realtà, lo era e, pertanto, abbiamo assistito a una sorta di isterismo giuridico che, di settimana in settimana, cercava di dare forma a un contesto mutato ed eccezionale. Eccezione che, tuttavia, perdura da troppo tempo per essere considerato un momento solamente transitorio. Per queste motivazioni si deve configurare un sistema permeabile e resiliente a questo tipo di shock al fine da poter operare al meglio nel futuro in situazioni analoghe. Sistema che deve essere studiato e implementato con i giusti tempi istituzionali e non in preda all'urgenza di una pandemia.

La nostra Carta costituzionale proclama il diritto alla salute all'art. 32 che è sancito come "diritto fondamentale dell'individuo"¹⁶. È immediato e di facile comprensione

¹³ Morana D., *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, 2018.

¹⁴ Saklayen M.G., *The global epidemic of the metabolic syndrome*, «Current hypertension reports», 2018.

¹⁵ Ranchordas S., *Innovation-friendly regulation: The sunset of regulation, the sunrise of innovation*, «jurimetrics», 2014.

¹⁶ Art. 32 Cost. "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana."

il valore che i Costituenti hanno conferito a questa materia: non si parla di cittadini, di italiani, o di altre categorizzazioni rispetto allo *status* giuridico della persona, si fa riferimento all'individuo in generale¹⁷. Questa precisazione è necessaria poiché, in ultima analisi, i parametri sono quantificabili, innanzitutto, in relazione al target di individui che possono accedere direttamente al servizio preso in considerazione.

Il termine “individuo”, pertanto, mette in evidenza come il sistema italiano sia configurato in maniera assistenzialistica poiché valorizza la generale condizione di essere umano e non solamente quella di cittadino italiano o europeo¹⁸. Aspetto, questo, che incrementa il capitolo di spesa sanitaria¹⁹.

Riguardo, invece, il termine “fondamentale” utilizzato nell'art. 32 la dottrina non è unanime nella sua interpretazione. Si può individuare un indirizzo che rileva in questo termine i requisiti di essenzialità e inviolabilità; altri autori, invece, ravvisano che la fondamentale del diritto alla salute è da cogliere soprattutto nelle ipotesi di contrasto con altri diritti catalogati nella Costituzione. Il carattere dichiaratamente “fondamentale” o “primario” delle diverse situazioni giuridiche a essa riconducibili, lungi dal rimandare a un presunto “carattere preminente” o a una “rigida gerarchia”, implicano “il continuo e vicendevole bilanciamento tra principi e diritti fondamentali”²⁰.

Quest'ultima interpretazione è, senza dubbio, quella maggioritaria in giurisprudenza. Inteso in tal modo, il termine “fondamentale” diventa un necessario strumento al servizio dell'interprete, dello studioso e del tecnico per dirimere controversie nel caso di antinomie laddove il contrasto fra due principi costituzionalmente garantiti si risolve a favore di quello qualificato come fondamentale²¹.

Il 2 marzo 2012 è stato siglato dagli Stati membri dell'Unione europea il Trattato

¹⁷ Cordini G., *Elementi per una teoria giuridica della cittadinanza. Profili di Diritto Pubblico Comparato*, CEDAM, 1998.

¹⁸ Di Iorio B.R., *Articolo 32: La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. È proprio così?*

¹⁹ Antonini L., *La sussidiarietà e la cifra democratica del patto costituzionale, «Che cos'è la sussidiarietà. Un altro nome della libertà»*, 2007.

²⁰ Minni F., Morrone A., *Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale italiana*, «Rivista della Associazione dei Costituzionalisti Italiani» /3 (2013), si rinvia anche alla sent. n. 85/2013, che risolve con una decisione di infondatezza il “caso Ilva”, componendo così un complesso conflitto di valori costituzionali (tutela della salute, tutela dell'ambiente, tutela del lavoro) collegato alla vicenda di un importante stabilimento siderurgico nazionale situato a Taranto in Puglia (chiuso dal giudice per ragioni di inquinamento e di protezione della salute dei lavoratori e, poi, autorizzato a riprendere il ciclo produttivo dal Governo, a garanzia dei livelli occupazionali, mediante un decreto-legge poi portato all'attenzione della Corte costituzionale).

²¹ Cfr. Ex Cartabia M., *La giurisprudenza costituzionale relativa all'art. 32, secondo comma, della Costituzione italiana*, «Quaderni costituzionali», 32/2 (2012), pp. 455–468; M. Siclari, *L'articolo 32, primo comma, della Costituzione italiana nell'interpretazione della Corte costituzionale* (2012); G. U. Rescigno, *Dal diritto di rifiutare un determinato trattamento sanitario secondo l'art. 32, co. 2, Cost., al principio di autodeterminazione intorno alla propria vita*, «Diritto pubblico», gennaio 2008.

sulla stabilità, sul Coordinamento e sulla Governance²² (TSCG)²³. Il Trattato, al quale hanno aderito, inizialmente, venticinque Paesi (tutti, tranne il Regno Unito e la Repubblica Ceca), ha posto la vera svolta nella governance economica tra i diversi livelli di governo.

Con esso viene ribadito il principio della riduzione di 1/20 del rapporto debito su PIL per la parte eccedente al 60% stabilito a Maastricht. Con il Trattato sulla stabilità, sul coordinamento e sulla governance, gli Stati membri registrano disposizioni in materia di bilancio sia a livello costituzionale che a livello di legge ordinaria.

Nel caso di specie bisogna far riferimento al contrasto derivante tra il vincolo di spesa dettato dal novellato art. 81 Cost.²⁴ che ha veicolato i dettami del TFUE²⁵ (trattato sul funzionamento dell'Unione europea) nella nostra Costituzione, e il già citato art. 32 Cost. La Corte Costituzionale ha affermato più volte, nel corso degli anni, la necessità di effettuare il bilanciamento tra valori costituzionali, nel caso di specie *“il diritto ai trattamenti sanitari necessari alla tutela della salute è garantito ad ogni persona come diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento con altri interessi costituzionalmente protetti”*²⁶; ha sempre fatto presente, però, che questa operazione vuole la attenta ponderazione della rilevanza costituzionale dei valori in campo e, con riguardo specifico sempre al diritto alla salute, non è ammissibile che l'esito del bilanciamento sia un pregiudizio delle prerogative fondamentali derivanti dal diritto di cui siamo titolari. È possibile individuare un *“nucleo essenziale”* del diritto alla salute che comprende gli aspetti di cui non si può, in nessun caso, essere privati, pena la violazione del dettato costituzionale, che viene sanzionata con l'illegittimità delle norme che si pongano in contrasto con esso²⁷.

L'indirizzo evolutivo della gestione del paziente è volto, pertanto, verso un modello che non rientra strettamente in ciò che è considerato *“nucleo essenziale”* del diritto alla

²² Marchese C., *Vincoli di bilancio, finanza pubblica e diritti sociali. Prospettive comparate: Germania, Spagna, Portogallo e Grecia*, 2016.

²³ European Council. 2 marzo 2012. Retrieved 17 agosto 2012.

²⁴ Articolo 81 Costituzione: *“Lo Stato assicura l'equilibrio tra le entrate e le spese del proprio bilancio, tenendo conto delle fasi avverse e delle fasi favorevoli del ciclo economico. Il ricorso all'indebitamento è consentito solo al fine di considerare gli effetti del ciclo economico e, previa autorizzazione delle Camere adottata a maggioranza assoluta dei rispettivi componenti, al verificarsi di eventi eccezionali. Ogni legge che importi nuovi o maggiori oneri provvede ai mezzi per farvi fronte. Le Camere ogni anno approvano con legge il bilancio e il rendiconto consuntivo presentati dal Governo. L'esercizio provvisorio del bilancio non può essere concesso se non per legge e per periodi non superiori complessivamente a quattro mesi. Il contenuto della legge di bilancio, le norme fondamentali e i criteri volti ad assicurare l'equilibrio tra le entrate e le spese dei bilanci e la sostenibilità del debito del complesso delle pubbliche amministrazioni sono stabiliti con legge approvata a maggioranza assoluta dei componenti di ciascuna Camera, nel rispetto dei principi definiti con legge costituzionale”*.

²⁵ Titolo XIV, art. 168 c.2 TFUE.

²⁶ Corte Cost. sent. N. 509 anno 2000.

²⁷ Tra gli altri si veda Corte Cost. sent. n. 309/1999, n. 252/2001, n. 354/2008.

salute. Infatti, “*la salute non è più considerata semplicemente quale assenza di malattie o infermità, ma è definita come uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale, strettamente dipendente dall’interazione in contesti diversi*”²⁸.

Un concetto di benessere più ampio rispetto a quello legato alla stretta sopravvivenza è perseguibile, dunque, tramite l’individuazione di modelli di implementazione dei servizi sanitari differenti da quelli che rispondono alla logica di pagamento per la singola prestazione e non indirizzati a considerare il paziente come un *unicum*²⁹.

Date queste premesse è evidente come il Sistema Sanitario italiano non possa essere congestionato (in parte giustamente) dalle necessità dettate dalla pandemia, poiché vengono violati i diritti costituzionalmente garantiti degli altri malati che, secondo questo modello, diventano arbitrariamente pazienti di serie B e, conseguentemente, vengono trascurati con ritardi in diagnosi e cure che saranno causa di decessi ben maggiori rispetto a quelli avuti da COVID-19.

1.3 Alcune considerazioni sulle misure emergenziali adottate durante il periodo pandemico. Costituzionalità e gerarchia delle fonti.

Durante il primo periodo della pandemia in cui si utilizzò un c.d. lockdown rigido furono immediati i commenti, le valutazioni e le analisi degli strumenti giuridici adottati per attuare quanto era necessario per cercare di contenere la violenza con cui si propagava il virus SARS-CoV-2. Il dibattito accademico e dottrinario sicuramente è utile per valutare gli interventi e le pratiche del Legislatore, tuttavia, in quel determinato periodo storico si è detto tutto e il contrario di tutto. Sicuramente, la gravità della situazione che si stava vivendo, la monopolizzazione mediatica che ha avuto il tema e, soprattutto, la sospensione di tutte le attività lavorative tradizionali ha portato a una produzione scientifica su questo argomento senza precedenti per quantità di articoli pubblicati e, soprattutto, per le posizioni contrastanti e diametralmente opposte registrate tra le molteplici voci dell’Accademia italiana.

A distanza di un congruo tempo che ci ha consentito di valutare nel medio periodo le scelte e i mezzi adoperati, è utile, in questa sede, valutare sinteticamente quanto accaduto a livello procedurale.

Un punto imprescindibile da premettere a qualsiasi valutazione di specie è che lo

²⁸ Antonelli V., *Livelli essenziali, materie trasversali e altri fattori unificanti*, in Vandelli L., Bassanini F., (a cura di), *Il federalismo alla prova: regole, politiche, diritti nelle Regioni*, 2012.

²⁹ Ferrara R., *Il diritto alla salute: i principi costituzionali*.

Stato si è trovato a fronteggiare una emergenza senza precedenti. Abbiamo memoria su come si fronteggia una guerra, un evento climatico avverso, un attacco terroristico ma non si era mai verificata una pandemia di questa proporzione; inoltre la portata pandemica è da correlare allo sviluppo scientifico della società: durante epidemie e pandemie remote nel tempo si aspettava che il contagio si spegnesse in modo naturale, invece, i mezzi tecnici della società odierna ci hanno permesso, da un lato, di capire in profondità cosa stava accadendo e, dall'altro, si è cercato di contrastare al meglio delle possibilità l'evento avverso. Pertanto, il successivo punto di valutazione deve essere il seguente: come si gestisce un'emergenza a livello istituzionale, tenuto conto del fatto che l'ordinamento costituzionale italiano non prevede una disciplina della stessa? Una valutazione di tipo storico-costituzionale ci permette di affermare che questa condizione di indeterminatezza sia funzionale per il nostro Ordinamento; una polarizzazione dello strumento emergenziale è destabilizzante e uno scorretto uso di una norma di questo genere potrebbe aprire a derive nocive per l'ordinamento democratico. Sebbene in un contesto storico e politico differente, l'art. 48 della Costituzione di Weimar³⁰ era configurato per fronteggiare le emergenze e garantire la tenuta dell'ordinamento democratico³¹. Questo riferimento storico non vuole certamente evocare scenari autoritari ma ci permette di comprendere come, a fronte di una norma costituzionale configurata per gestire un'emergenza, venendo utilizzata, per l'appunto in emergenza, si possano aprire scenari inaspettati.

Un secondo aspetto fondamentale su cui porre l'accento è il seguente: se a livello sociale e mediatico può essere evocativo o addirittura generare un senso di appartenenza e uno spirito solidale tra la popolazione, parlare di stato di guerra sul piano tecnico giuridico è profondamente sbagliato e fuorviante; resta a oggi un mistero il motivo per cui alcuni tecnici si siano espressi in questi termini, però i giuristi - i costituzionalisti in particolar modo - non possono esprimersi in questi termini. Il rischio di scivolare in ambiguità semantiche dagli esiti pericolosi e, per di più senza fondamento, è tangibile. Fermo restando che non vi è e non vi è stato alcuno stato di guerra dichiarato nelle forme dell'art. 78 della Costituzione³², non possono essere richiamati i "poteri necessari" per Governare questo stato atipico. Invero, in via di fatto, per fronteggiare lo "stato di eccezione" si è cercata la legittimazione di questa fattispecie anche nell'art. 77 della Costituzione: "...in casi straordinari di necessità e di urgenza, il Governo adotta,

³⁰ La Costituzione del Reich tedesco dell'11 agosto 1919, detta Costituzione di Weimar, fu il primo statuto democratico della storia tedesca e guidò la Germania dalla fine della Prima guerra mondiale all'ascesa di Hitler nel 1933.

³¹ Romboli R., *L'incidenza della pandemia da Coronavirus nel sistema costituzionale italiano*, «Consulta online», 2020.

³² Articolo 78 Costituzione: "Le Camere deliberano lo stato di guerra [cfr. art. 87 c. 9] e conferiscono al Governo i poteri necessari".

*sotto la sua responsabilità, provvedimenti provvisori con forza di legge, deve il giorno stesso presentarli per la conversione alle Camere...”*³³

Per questi motivi possiamo escludere, senza remore, che non si è mai manifestata in Italia una “dittatura commissaria” di matrice “schmittiana”³⁴; nessuno ha dovuto assistere inerme a una traslazione di poteri fuori dal circuito della rappresentanza come configurato dalla Costituzione³⁵.

Riguardo alle critiche riferibili, in maniera fondata e legittima, all'utilizzo dell'art. 77 per traslare, seppur in via provvisoria, il potere verso il Governo, la Corte Costituzionale si è espressa in maniera netta (ogni qual volta si sono create le condizioni politico-istituzionali) per riportare la figura del decreto-legge, dopo una stagione di uso improprio, nell'alveo degli strumenti normativi della c.d. “straordinarietà”, definendo così in modo univoco e puntuale i presupposti di “urgenza” e “necessità”. Quindi ci troviamo di fronte a uno strumento ben definito anche a livello di giurisprudenza costituzionale. Inoltre, questo strumento assolve alla funzione della “riserva di legge rinforzata” stabilita dall'art. 16 della Costituzione quanto alle “*limitazioni ... per motivi di sanità o di sicurezza*”. Infine, non ci sono motivi per ritenere che questo strumento non si presti a essere utilizzato per quanto previsto dall'art. 41 c. 3 della Costituzione³⁶ nella determinazione di “programmi e controlli”, intendendoli come rivolti a verificare la congruenza dell'attività economica con le esigenze derivanti dall'emergenza, aspetti questi che si rifanno direttamente al condizionamento dei c.d. “fini sociali” ai quali si riferisce la Costituzione³⁷.

Sul versante del rapporto Stato-Regioni la razionalizzazione della problematica in oggetto è, per certi versi, più semplice da individuare. Vista l'eccezionalità della situazione vale l'assorbente potestà dello Stato nel fronteggiare l'emergenza quando si tratti di adottare misure limitative delle libertà fondamentali, quali quelle sulla circolazione; potestà che può spingere il Governo a sostituirsi agli organi della Regione quando si configuri un “*pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica*” come

³³ Sul punto si veda per un approfondimento: Staiano S., *Né modello né sistema. La produzione del diritto al cospetto della pandemia*, «Liber amicorum per Pasquale Costanzo», 2020).

³⁴ Carl Schmitt, filosofo del diritto tedesco, pubblicò il saggio *Die Diktatur. Von den Anfängen des modernen Souveränitätsgedankens bis zum proletarischen Klassenkampf* nel quale elabora una distinzione tra la dittatura sovrana e quella commissaria, quest'ultima caratterizzata come dittatura che sospende la Costituzione temporaneamente, e suggerisce, inoltre, un'interpretazione dell'art. 48 della Costituzione weimariana secondo la quale, in tempi eccezionali, il presidente della Repubblica non dovrebbe subire vincoli nell'esercizio del suo potere.

³⁵ Schmitt C., Caracciolo A., *La dittatura: dalle origini dell'idea moderna di sovranità alla lotta di classe proletaria*, 2006.

³⁶ Articolo 41 Costituzione: “L'iniziativa economica privata è libera. Non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana. La legge determina i programmi e i controlli opportuni perché l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata a fini sociali [cfr. art. 43]”.

³⁷ Staiano S., *Né modello né sistema. La produzione del diritto al cospetto della pandemia*, cit.

disciplinato dall'articolo 120 c.2 della Costituzione.

Pertanto, il modello costituzionale della “straordinarietà”, dell’“urgenza” e della “necessità” è chiaramente costruito all’interno della Costituzione e non ha alcun punto di contatto con lo Stato di eccezione o di guerra in cui un’unica figura “sovrana” comprime gli altri poteri dello Stato. Pertanto, anche la necessità dell’art. 77 non è tecnicamente “la necessità” evocata come fonte del diritto che seppur evocata, non è propriamente sovrapponibile con i fenomeni in atto.

Riguardo all’infinita discussione sui DPCM (Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri), relativa alla possibilità di utilizzare una norma di questo rango per limitare le libertà fondamentali dei cittadini, poiché questo tipo di potere può essere esercitato solo tramite la legge, occorre fare una disamina tecnica. Per legge si intende anche il decreto-legge, unica fattispecie percorribile quando si ha necessità di un iter celere, poiché, complice un anacronistico sistema bicamerale paritario che dilata i tempi di discussione e approvazione, è l’unico strumento che può essere approvato in tempi veloci. Inoltre, il DPCM, rispetto al decreto-legge, può essere giustiziabile in sede amministrativa con un provvedimento urgente che ne andrebbe a sospendere l’efficacia. Pertanto, questo strumento normativo, risulta avere una portata più garantista. In conclusione, riportando le parole severamente espresse da Gustavo Zagrebelsky³⁸ *“chi parla di Costituzione violata non sa di cosa sta parlando”*. Oltretutto, una considerazione sistemica deve essere fatta: chi si cruccia di tutelare in maniera statica il sistema delle fonti dimentica l’aggettivo “fondamentale” attribuito al diritto alla salute dall’art. 32 della Costituzione. È fuor di dubbio che il bilanciamento dei diritti esiste e deve essere garantito, ma è altrettanto cristallino che in tempo di pandemia sanitaria il diritto alla salute, pur non diventando egemone, deve essere prevalente. Sempre citando Zagrebelsky *“la vita, prima di tutto”*³⁹.

³⁸ È un giurista e accademico italiano, giudice costituzionale dal 1995 al 2004 e presidente della Corte costituzionale nel 2004.

³⁹ Baldini V., *Emergenza costituzionale e Costituzione dell'emergenza. Brevi riflessioni (e parziali) di teoria del diritto*, 2020.

2. Fotografia dell'impatto della pandemia sull'accesso alle cure e la presa in carico

A cura di Fondazione The Bridge e Intexo⁴⁰

2.1 Popolazione target

Dall'inizio della pandemia, il focus e la maggiore attenzione del Sistema Sanitario Nazionale si sono incentrati sui pazienti affetti da COVID-19 al fine di garantire a più persone possibili la migliore assistenza disponibile. Questo ha comportato, soprattutto nel primo periodo, un'inevitabile disattenzione verso i pazienti con patologie in acuto e in cronico, ma non affetti da COVID-19. Il ritardo nelle visite, l'impossibilità di ricevere prestazioni ambulatoriali, il posticipo di interventi, sono solo una parte dei disagi che i pazienti no-Covid hanno dovuto subire, e tuttora subiscono, a causa della pandemia. In particolare, i soggetti affetti da patologie tempo-dipendenti stanno perdendo possibilità di trattamenti adeguati, cosa che rischia di incrinare il loro quadro clinico e di aumentare le possibilità di morire a causa del COVID-19 ma non di Covid.

La pandemia ha influito negativamente tutto il processo di cura dei pazienti, a partire dalla prevenzione fino al mancato trattamento di patologie preesistenti o di nuova insorgenza e indipendenti dall'infezione da COVID-19.

Un rapporto⁴¹ stilato dall'Associazione dei Chirurghi Ospedalieri (ACOI) evidenzia come durante la prima fase dell'emergenza sanitaria in Italia siano stati rimandati il 75% dei ricoveri ordinari programmati, con un conseguente accumulo per la seconda ondata di circa 410mila interventi. Nella survey condotta dall'associazione, risulta che da gennaio a novembre 2020 siano stati cancellati più di 600mila interventi chirurgici e di questi più di 50mila di chirurgia oncologica. Questo ha inevitabilmente comportato una rapida degenerazione dei pazienti oncologici per cui è stato necessario operarli in urgenza in stadi già avanzati o in molti casi erano divenuti inoperabili per i ritardi di diagnosi e mancato trattamento nei tempi protocollari.

A titolo d'esempio, si possono citare alcuni numeri.

Relativamente ai pazienti oncologici in Italia, è stato condotto un sondaggio⁴² da IQVIA sull'impatto della pandemia sulla cura del cancro nella prima ondata. È stato

⁴⁰ Paragrafi a cura di Fondazione The Bridge: 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3 (diagnosi, vaccini, medicina digitale, l'impatto di COVID-19 sulla qualità della vita; paragrafi a cura di Intexo: 2.3; paragrafi a cura di Fondazione The Bridge e Intexo: 2.1, 2.1.1, 2.2.3 (esami e visite, ricoveri e interventi chirurgici).

⁴¹ ACOI, *Ripartenza COVID-19*, gennaio 2021.

⁴² IQVIA, *Impact of COVID-19 on the Treatment of Cancer*, febbraio 2021.

osservato come diagnosi e biopsie dei pazienti oncologici siano calate del 52% e i ritardi negli interventi chirurgici siano aumentati del 64%. Specialmente le diagnosi di tumore al seno hanno subito una diminuzione a causa del forte calo dello *screening* di prevenzione durante il periodo emergenziale. Si è registrata una diminuzione del 57% delle visite ed è stato osservato che il 45% dei malati oncologici ha rimandato la chemioterapia. Queste mancate cure porteranno nel breve-medio termine a un inevitabile aggravamento del quadro clinico di molti pazienti, data l'importanza della tempestività della diagnosi e della terapia in queste patologie. Inoltre, questi ritardi hanno reso difficile da gestire l'arretrato, comportando ulteriori rallentamenti nella chemioterapia e nei trattamenti chirurgici.

Anche i ricoveri legati a patologie cardiovascolari sono notevolmente diminuiti nel corso del 2020. La Società Italiana di Cardiologia (SIC) ha attivato uno studio⁴³ multicentrico nazionale in 54 ospedali, per valutare i pazienti acuti ricoverati nelle Unità di Terapia Intensiva Coronarica (Utic) nella settimana 12/19 marzo della prima ondata della pandemia, rispetto allo stesso periodo del 2019. Si è osservato che in particolare i ricoveri per scompenso cardiaco hanno subito un calo del 47% rispetto al precedente anno, mentre quelli per fibrillazione atriale hanno avuto una diminuzione di oltre il 53%. È stata inoltre registrata una riduzione del 29,4% di ricoveri per malfunzione di *pace-makers*, defibrillatori impiantabili e per embolia polmonare. Questo probabilmente dovuto a difficoltà o paura nell'accedere agli ospedali anche in presenza di necessità.

Il mancato controllo delle patologie croniche, legato ai ritardi nella diagnosi e nella somministrazione di terapie o interventi salvavita, e la bassa aderenza alle terapie, dipingono un quadro preoccupante di ridotta attenzione verso i pazienti non-Covid.

Si può, da questo punto di vista, dare una rappresentazione della popolazione suddivisa in diverse tipologie:

- persone sane: non affette da alcuna patologia pregressa e attuale;
- nuovi pazienti non diagnosticati: persone con patologie non-Covid ma considerate "sane" per mancata diagnosi;
- pazienti no-Covid: persone con patologie in acuto o cronico ma non affetti da COVID-19;
- pazienti Covid: persone in precedenza sane o con patologie pregresse affette da COVID-19.

⁴³ De Rosa S., Spaccarotella C., Basso C, et al., Società Italiana di Cardiologia and the CCU Academy investigators group, *Reduction of hospitalizations for myocardial infarction in Italy in the COVID-19 era*, Eur Heart J, 15 maggio 2020.

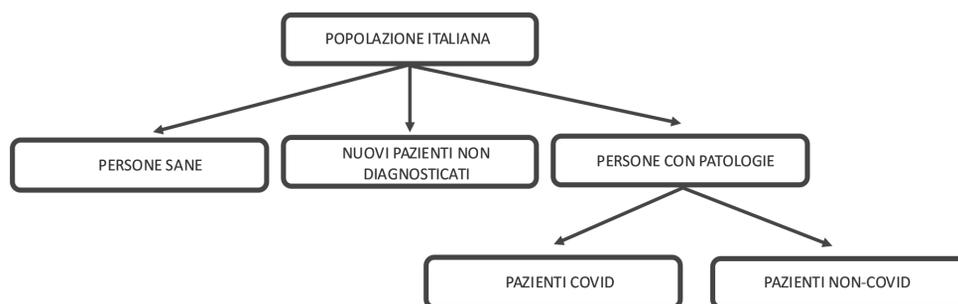


Figura 1. Tipologie di pazienti delineate a seguito dell'emergenza pandemica

2.1.1 L'iceberg COVID-19

Metaforicamente si può pensare all'emergenza da COVID-19 come a un iceberg. Sulla punta dell'iceberg è possibile posizionare le categorie di pazienti no-Covid che, sebbene le difficoltà di gestione delle cure, sono riusciti a proseguire i trattamenti nei tempi protocollari.

Non esistono, invece, ancora dati completi e robusti per indicare le dimensioni della parte sommersa dell'iceberg. Quello dei "pazienti nascosti" è infatti un problema di grande rilievo di cui però è visibile solo una piccola porzione. Qui troviamo:

- pazienti no-Covid che hanno rinunciato alle cure per propria volontà (paura nell'accedere agli ospedali) o per congestionamento del Servizio Sanitario;
- pazienti a cui non è stata effettuata una diagnosi per mancata prevenzione, assenza di *screening* di controllo, e/o paura nell'accedere agli ospedali;
- pazienti long-Covid: si intende una condizione caratterizzata dalla persistenza di sintomi fisici (fatica, astenia, cefalea etc.) e psicologici (ansia, stress, insonnia, etc.) che non si esauriscono nella fase acuta dell'infezione, ma che si possono prolungare per più tempo;
- persone che presentano sintomi da long-Covid di tipo psicologico: rientrano sotto questa categoria le persone che non sono direttamente venute a contatto con il virus, ma che hanno riportato conseguenze psicologiche dovute alla pandemia.

Il gruppo di coloro a cui non è stata effettuata una diagnosi è costituito da un numero sorprendentemente elevato di pazienti. Un recente studio condotto dall'European Cancer Organisation (ECO), ha stimato che ad oggi, a causa della pandemia, in Europa ci sarebbero un milione di casi di cancro potenzialmente non diagnosticati. Dall'inizio della pandemia non sono stati eseguiti circa 100 milioni di test di *screening*, 1 persona

su 2 con potenziali sintomi di cancro non è stata inviata alla diagnosi e 1 malato di cancro su 5 è ancora senza il trattamento chirurgico o chemioterapico necessario. Questi sono solo alcuni numeri legati ai pazienti oncologici no-Covid, ma delineano bene il preoccupante strascico che la pandemia si sta portando dietro⁴⁴.

Anche altre categorie di pazienti hanno risentito notevolmente del sovraffollamento degli ospedali.

Nel 2020 si è infatti registrato un calo significativo dei pazienti affetti da epatite C avviati al trattamento per l'eradicazione del virus. Erano 216.958, secondo i dati AIFA⁴⁵, i pazienti affetti dal virus in trattamento. Un numero importante, ma che deve essere osservato alla luce dell'ultimo rilevamento del 2019 (30 dicembre) in cui i pazienti erano 201.734. Se si confrontano i due numeri, è evidente un basso incremento di poco più di 15mila nuovi pazienti in un anno, peraltro in buona parte trattati nelle prime settimane dell'anno, prima che scoppiasse la pandemia, e nell'ultimo trimestre. Questo dimostra il significativo rallentamento provocato dalla pandemia nella diagnosi e individuazione di nuovi pazienti da trattare.

Anche tra i pazienti diabetici si è registrato un forte calo nell'accesso ospedaliero. Un recente studio dell'ASL3 di Genova ha osservato che, tra marzo e dicembre 2020, su 20.491 pazienti trattati negli ambulatori, solo 14.819 (72%) abbiano fatto almeno una visita di controllo⁴⁶. A livello nazionale, l'Associazione Medici Diabetologi (AMD) al XXIII Congresso Nazionale a ottobre 2021 ha presentato i dati dell'ultima rilevazione degli Annali, la pubblicazione periodica che dal 2006 misura i profili assistenziali delle persone con diabete seguite presso i servizi di diabetologia italiani. Si è osservata una diminuzione del 60% delle prime visite: 18mila il numero complessivo delle persone con diabete viste per la prima volta in diabetologia nel 2020, contro le oltre 40mila riferite all'anno 2019. C'è stata inoltre una diminuzione del 25% delle nuove diagnosi di diabete rispetto al 2019: ciò fa temere un aumento delle diagnosi tardive con risvolti negativi per la cura a lungo termine e per un potenziale aumento del rischio d'insorgenza delle principali complicanze diabete correlate. La significativa riduzione degli accessi alle cure di questi pazienti ha determinato anche l'interruzione dell'educazione preventiva⁴⁷.

⁴⁴ European Cancer Organisation (ECO), COVID-19 & Cancer Data Intelligence, *Using Data to understand and quantify the impact of COVID-19 on Cancer Services and Cancer Patients across Europe*. <https://www.europeancancer.org/timetoact/impact/data-intelligence>

⁴⁵ AIFA, *Aggiornamento dati - Registri AIFA DAAs - Epatite C cronica, dicembre 2020*.

⁴⁶ Torre E., Colombo G.L., Di Matteo S., Martinotti C., Valentino M.C., et al., *Economic Impact of COVID-19 Lockdown on Italian NHS: Focus on Diabetes Mellitus*, Clinicoecon Outcomes, 2021.

⁴⁷ COMUNICATO STAMPA. Effetto COVID-19 in diabetologia: riduzione del 33% delle prescrizioni per i farmaci antidiabetici. Calo del 60% per le prime visite e 25% in meno le nuove diagnosi di diabete effettuate nel 2020.

Per quanto riguarda i pazienti con malattie cardiache strutturali, quali la stenosi aortica, il rigurgito mitralico e tricuspide, un gruppo di clinici della Società Italiana di Cardiologia Interventistica (GISE) ha osservato che il numero di trattamenti interventistici effettuati dal 16 marzo al 12 aprile 2020, sono stati 185. Rispetto allo stesso periodo nel 2019, il numero di prestazioni è diminuito da 909 a 185. Le ragioni riportate per la riduzione dei volumi sono state il rinvio delle procedure da parte dell'amministrazione ospedaliera locale (76.9%) e il rifiuto del paziente per paura di contrarre l'infezione da COVID-19 in ospedale (46.1%)⁴⁸.

Durante il Convegno Thinkheart 2021, organizzato annualmente dalla GISE per analizzare i dati di cardiologia diagnostica e interventistica, il bilancio presentato racconta di una riduzione del 20% di attività dei laboratori di emodinamica italiani nel 2020. Tra paura del contagio, riconversione dei reparti e blocco delle attività programmate, a inizio pandemia si è osservata una contrazione del 72% per la sostituzione valvolare aortica transcateretere, dell'80% per la clip mitralica, del 91% per la chiusura dell'auricola sinistra e del 97% per quella del forame ovale pervio. I dati dello scorso anno mostrano una tendenza negativa nella maggior parte delle Regioni. Osservando questa tendenza più nello specifico, le angioplastiche sono crollate del 20%, con un dato analogo anche per procedure strutturali come TAVI, mitraclip e chiusure percutanea di DIA (difetto interatriale) o di PFO (forame ovale pervio). Gli strascichi della pandemia sono tuttora evidenti soprattutto nella programmazione degli interventi. Ad esempio, per un intervento programmato di angioplastica coronarica, sul quale l'attesa media nazionale è di circa 20/25 giorni, a oggi si devono attendere mesi, con prospettive prognostiche drammatiche.

⁴⁸ Tarantini G., Fovino L., Scotti A., et al., a nome della Società Italiana di Cardiologia Interventistica (GISE), *Impatto della pandemia da COVID-19 sulla cardiologia interventistica strutturale in Italia*, novembre 2020.

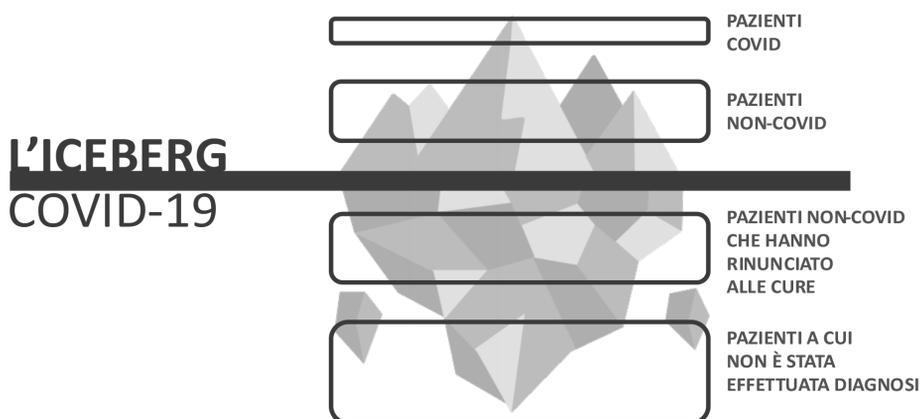


Figura 2. La teoria dell'iceberg nell'emergenza COVID-19

Nel seguente documento, l'attenzione maggiore è rivolta a quella tipologia di pazienti che il Covid ha “nascosto” durante il periodo dell'emergenza sanitaria, comportandone un aggravamento del quadro clinico e aumentandone la mortalità generale.

2.2. L'impatto di COVID-19 sulle prestazioni sanitarie

2.2.1 L'impatto globale di COVID-19 sulla sanità

La pandemia ha avuto un ingente impatto sulla sanità da diversi punti di vista. Se all'inizio dell'emergenza l'attenzione si è focalizzata su aspetti direttamente connessi al Covid quali la disponibilità di posti letto per i pazienti o la necessità di dispositivi per proteggere il personale sanitario dall'infezione, successivamente, nei mesi a venire, è apparsa sempre più evidente un altro tipo di emergenza: la gestione dei pazienti no-Covid.

Per rispondere allo stress derivante dalla domanda correlata al Covid, i sistemi sanitari hanno infatti limitato l'offerta dei servizi ordinari, rinviando gli interventi non urgenti. A causa dell'emergenza sanitaria, infatti, è stato registrato un minore accesso alle cure per patologie diverse dal Covid. La chiusura dei reparti e degli ambulatori insieme alla paura dei pazienti di accedere alle strutture sanitarie ha causato importanti ripercussioni in termini di accesso alle visite e alle terapie, con esiti significativi per la salute delle persone, generando ritardi significativi delle nuove diagnosi e nella presa in carico dei pazienti.

Tra le patologie che hanno subito una maggiore riduzione nell'assistenza, il diabete, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), l'ipertensione, le malattie cardiache, il cancro e la depressione sono quelle su cui il Covid ha avuto maggior impatto⁴⁹.

Ovunque le prestazioni sanitarie non correlate al Covid sono state ridotte, in modo tale da aumentare la capacità degli ospedali di prendere in carico pazienti positivi al Covid, cosa che ha avuto un forte impatto sulla salute dei pazienti che non hanno contratto il virus. Per esempio, il governo australiano⁵⁰ ha interrotto fino al mese di aprile 2020 tutti gli interventi chirurgici non urgenti, in Francia gli interventi chirurgici sono diminuiti dell'80% tra marzo e maggio 2020⁵¹ ed è stato stimato che nel periodo pandemico siano stati rinviati circa 1,1 milione di interventi non urgenti⁵². In Germania a maggio 2020 il 25/30% dei posti letto in terapia intensiva era riservato a pazienti Covid⁵³. Anche le visite presso il Pronto Soccorso hanno subito una diminuzione. Per esempio, nel Regno Unito a marzo 2020 sono state inferiori del 29% rispetto a marzo 2019; in Francia si è potuto osservare che all'inizio della crisi sono state registrate meno visite da parte delle persone che necessitavano di cure urgenti per patologie cardiovascolari e l'incidenza per arresto cardiaco extraospedaliero è raddoppiata tra il 16 marzo e il 26 aprile 2020 rispetto all'anno precedente⁵⁴. In Germania, la pandemia da COVID-19 è stata associata a una significativa diminuzione di ricoveri (30% in meno rispetto al 2019) e a una diminuzione di accessi al Pronto Soccorso per eventi cardiovascolari (41% in meno)⁵⁵. Sono state riportate anche ampie riduzioni nell'utilizzo di servizi ambulatoriali in diversi Paesi, tra cui il Belgio, Francia, Germania, Norvegia e Regno Unito⁵⁶.

⁴⁹ Chudasama Y.V., Gillies C.L., Zaccardi F., et al., *Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals*, Diabetes Metab Syndr, 2020.

⁵⁰ Australian Government. Department of Health. Government eases elective surgery restrictions. <https://www.health.gov.au/news/government-eases-elective-surgery-restrictions>

⁵¹ Fédération Hospitalière de France (FHF), *Estimation de l'impact à M7 de l'épidémie de COVID-19 sur l'activité Hors Coviden France*. <https://www.fhf.fr/Finances-FHF-Data/FHF-Data/Estimation-de-l-impact-de-la-1ere-vague-de-l-epidemie-de-COVID-19-sur-l-activite-hors-Covid-en-France>.

⁵² Santi, P. and E. Pineau, *Les inquiétants effets sanitaires collatéraux du Coronavirus*, Le Monde, 2020.

⁵³ OECD, *Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID 19 pandemic*, febbraio 2021.

⁵⁴ Santé Publique France, *COVID-19 et continuité des soins Continuer de se soigner, un impératif de santé publique*, Santé Publique France, 2020.

⁵⁵ Schwarz, V. et al., *Decline of emergency admissions for cardiovascular and cerebrovascular events after the outbreak of COVID-19*, Clinical Research in Cardiology, agosto 2020.

⁵⁶ OECD/European Union (2020), *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, 2020.

2.2.2 Italia: un Sistema Sanitario già stressato

L'emergenza pandemica ha sottoposto il Sistema Sanitario Nazionale a dure pressioni a causa della saturazione degli ospedali e dei reparti di terapie intensive, per il bisogno di rimodellare nuove procedure e percorsi dedicati ai pazienti Covid e anche per la necessità di gestire i pazienti a domicilio, causando uno shock che ha evidenziato le fragilità latenti nel sistema di presa in carico prima ancora che la pandemia avesse inizio.

La riforma del Titolo V (legge costituzionale n.3/2001) ha voluto dare un contenuto organizzativo all'assunto contenuto nell'articolo 32 della Costituzione che tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo; è stata così affidata la tutela della salute alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni, definendo un sistema caratterizzato da molteplici centri di potere e ampliando il ruolo e le competenze delle autonomie locali. Il risultato è stato quello di un sistema a macchia d'olio, dove in 21 Sistemi Sanitari Regionali sono state adottate politiche sanitarie diverse e disomogenee, e in più, a livello nazionale, sono state ulteriormente inasprite le differenze tramite il ricorso a tagli lineari che spesso hanno fatto sì che le Regioni non riuscissero a reagire efficacemente ai contraccolpi ricevuti a livello sanitario, come è accaduto per la pandemia da COVID-19.

Una prima questione riguarda il finanziamento del Sistema Sanitario. Seppur negli ultimi dieci anni sia stato registrato un aumento in termini assoluti degli investimenti a favore dell'SSN, tale crescita è risultata inferiore in rapporto all'inflazione, cioè l'aumento medio dei prezzi, e il valore del finanziamento ordinario rivolto al SSN rapportato al PIL è in calo dal 2010. L'investimento di fondi pubblici italiano per la sanità è inferiore agli standard europei.

Un secondo tema riguarda la carenza di personale sanitario, dove nell'ultimo decennio è stata registrata una diminuzione del 7% degli operatori sanitari, a causa delle misure di contenimento della spesa (L.191/2009)⁵⁷ che sono state sbloccate solo nel 2019, con un rapporto di 17,6 medici del SSN per 10.000 abitanti/abitanti (contro un 19,1 del 2007) e di 44,3 infermieri (contro un 46,9). A ciò, va aggiunto che si è assistito a un invecchiamento del personale medico e a un calo di accesso da parte dei medici più giovani a causa della diminuzione delle borse di specializzazione, inferiori sia al numero di laureati sia ai fabbisogni delle singole Regioni⁵⁸.

L'emergenza pandemica ha infine mostrato la necessità di disporre di un numero adeguato di posti letto, così da poter rispondere all'aumento della domanda dei ricoveri,

⁵⁷ "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010)"

⁵⁸ Fondazione The Bridge, *Politiche sanitarie nazionali e impatto sulle Regioni*, 2020.

soprattutto in terapia intensiva. Nei Paesi europei la disponibilità di posti letto è in generale diminuita tra il 2000 e il 2018, ma in Italia il numero di posti letto disponibili è in media diminuito dell'1,8% all'anno, e nel 2018 si è giunti ad avere 3,49 posti letto, tra ordinari e day hospital, ogni 1.000 abitanti⁵⁹.

2.2.3 L'impatto di COVID-19 sull'assistenza sanitaria in Italia

Diagnosi

Il Covid ha avuto un impatto importante sul numero di nuove diagnosi; sono state infatti registrate 613.000 diagnosi in meno tra gennaio e dicembre 2020 rispetto all'anno precedente, con una riduzione complessiva del 13%, come riportato da uno studio realizzato da IQVIA⁶⁰ con focus su 7 aree terapeutiche (BPCO, fibrillazione atriale, ipertensione, asma, scompenso cardiaco, diabete e onco-ematologia).

BPCO e asma sono state le patologie più colpite, con un calo complessivo di diagnosi effettuate rispettivamente del 25% e 19% in meno. Per quanto riguarda BPCO, è stata registrata una contrazione di 84.000 diagnosi e per quanto riguarda l'asma 195mila diagnosi in meno dall'inizio della pandemia (gennaio 2020). Anche le altre patologie analizzate hanno registrato una riduzione per quanto riguarda il numero di diagnosi, in particolare la fibrillazione atriale del 13% (47.000 nuove diagnosi in meno), lo scompenso cardiaco e l'ipertensione del 10% (19.000 nuove diagnosi in meno il primo, 211.000 nuove diagnosi in meno la seconda) il diabete una riduzione del 9%, registrando quindi un calo di 58.000 nuove diagnosi da inizio pandemia, e infine in ambito onco-ematologia è stata registrata una riduzione complessiva dell'11%.

Patologia	Nuove diagnosi		
	febbraio - giugno 2020	ottobre - dicembre 2020	Variatione annua
BPCO	-48.000 (-31%)	-26.000 (-30%)	-84.000 (-25%)
Asma	-99.000 (-20%)	-56.000 (-53%)	-158.000 (-19%)
Fibrillazione atriale	-42.000 (-26%)	-6.000 (-7%)	-47.000 (-13%)
Scompenso cardiaco	-16.000 (-18%)	-6.000 (-12%)	-19.000 (-10%)
Ipertensione	-213.000 (-23%)	-28.000 (-5%)	-211.000 (-10%)
Diabete	-78.000 (-26%)	-2.000 (-1%)	-58.000 (-9%)
Onco-ematologia	-15%	-14%	-30.000 (-11%)

Tabella 1. Riduzione delle nuove diagnosi, nostra rielaborazione da dati IQVIA, Osservatorio sull'impatto della pandemia COVID-19 sull'accesso alle cure, marzo 2021

⁵⁹ Fondazione The Bridge, 2020, op.cit.

⁶⁰ IQVIA, *Osservatorio sull'impatto della pandemia COVID-19 sull'accesso alle cure*, marzo 2021.

Guardando ai dati aggiornati⁶¹, rispetto al 2019 in ambito asma c'è stata una contrazione, tra febbraio 2020 e maggio 2021, del -23%; per quanto riguarda il diabete invece, l'impatto del Covid sulle nuove diagnosi è stato recuperato, con un aumento del 0,4% rispetto all'anno precedente. In oncematologia invece i ritardi e i mancati accessi alle diagnosi - si è registrata una riduzione totale dell'11% rispetto all'anno precedente - hanno generato gravi conseguenze sui trattamenti e gli interventi chirurgici.

La diagnostica preventiva ha rappresentato il problema più impattante, da quanto emerso da un'indagine⁶² svolta da Fondazione The Bridge a dicembre 2020, nella prima fase pandemica (da febbraio a maggio 2020), pesando per il 78% degli intervistati. Il problema ha riguardato tutto il panorama nazionale, con maggiore gravità nelle aree più colpite e su patologie quali oncologia, cardiologia e fragilità mentali. Successivamente, tra giugno e novembre 2020, si è potuto cogliere un leggero miglioramento, passando da una situazione di forte gravità, a una più moderata (68%).

Esami e visite

Un disagio molto frequente ha riguardato la prenotazione di esami e visite riservate prima che esplodesse la pandemia, sia per la difficoltà di riprogrammarli attraverso CUP sia per la problematica relativa all'annullamento della visita in sé. Quasi ovunque tali visite sono state sospese con un orizzonte di totale incertezza e molte persone, come unica alternativa per ottenere la prenotazione in tempi più certi, si sono rivolte a strutture private, pagando di tasca propria. Una criticità molto sentita da parte della popolazione ha riguardato sia la carenza informativa rispetto ai servizi sanitari ambulatoriali non-Covid sia il modo in cui è stata gestita la prenotazione degli esami e delle visite. Per molti dei cittadini - come scritto nel report⁶³ di Cittadinanza attiva - i sistemi sanitari regionali avrebbero potuto gestire meglio questo aspetto; infatti, sarebbe stato preferibile che le visite venissero posticipate ma almeno calendarizzate, piuttosto che cancellate senza possibilità di riprogrammarle. L'impossibilità di sapere se visite ed esami sarebbero stati riprenotati automaticamente o se fosse necessario tornare dal medico di medicina generale per una seconda ricetta hanno creato forte incertezza e imbarazzo.

Nella prima fase pandemica (da febbraio a maggio 2020), sempre secondo l'indagine condotta da Fondazione The Bridge⁶⁴, sono state segnalate difficoltà e ritardi

⁶¹ IQVIA, *Accesso alle diagnosi e alle cure: l'impatto della pandemia e le prospettive per il futuro*, luglio 2021.

⁶² Fondazione The Bridge, *Pazienti no-Covid: indagine flash*, dicembre 2020.

⁶³ Cittadinanza attiva, *Osservatorio civico sul federalismo in sanità*, dicembre 2020.

⁶⁴ Fondazione The Bridge, 2020, op.cit.

(60% dei casi) nell'accesso a visite ambulatoriali. Le difficoltà sono state riportate in quasi tutte le Regioni, con una maggiore incidenza in Lombardia, Emilia-Romagna, Piemonte e Veneto. Con la seconda fase (giugno-novembre 2020) c'è stato un generale miglioramento, cosa documentata dal 53% dei rispondenti all'indagine.

Nel 2020 il 33% degli italiani è stato costretto a rinviare prestazioni sanitarie di vario tipo, in quanto la struttura si occupava solo di COVID-19, per paura del contagio o perché non sono riusciti a trovare disponibilità assistenziale. Questo rinvio ha riguardato soprattutto quella fetta della popolazione che ricorre più frequentemente alle strutture sanitarie: il 63,7% tra coloro che si trovano in un cattivo stato di salute, il 45,6% tra pazienti cronici, il 36,1% tra coloro che hanno figli piccoli fino a 3 anni e il 41% tra coloro che hanno figli minori di età superiore ai 3 anni⁶⁵. Da un'altra indagine⁶⁶ condotta da Fondazione The Bridge è stato evidenziato che il 55% di chi presenta patologie croniche ha avuto difficoltà ad accedere a visite accertamenti e/o esami, così come il 65% ha dichiarato di aver avuto tempi di attesa più lunghi per accedervi.

Nel corso del 2020, circa 19,6 milioni di italiani si sono visti negare almeno una prestazione LEA dovuta dal Servizio Sanitario: ogni 100 tentativi di prenotare una prestazione LEA nel pubblico, 28 sono state pagate di tasca propria dai cittadini⁶⁷. Si tratta di un fenomeno in costante crescita da tempo (+ 9,6% tra il 2013 e il 2017): nel 2019 riguardava oltre 44,1 milioni di persone, per 150 milioni di prestazioni sanitarie erogate al di fuori del SSN⁶⁸.

⁶⁵ Intesa San Paolo RBM Salute, Censis, *IX rapporto sulla sanità pubblica, privata e intermediata*, dicembre 2020.

⁶⁶ Fondazione The Bridge, *COVID-19. La percezione dei cittadini. Un sondaggio sulla popolazione italiana*, aprile 2020.

⁶⁷ Ibidem.

⁶⁸ RBM Assicurazione Salute, *VIII Rapporto RBM Censis*, 2019.

Su 100 tentativi di prenotazione:	Visite specialistiche	Accertamenti diagnostici	Prestazioni di riabilitazione
Quante a carico dei cittadini?	36,7	24,8	42,5
In quale area?	32,1 nel Nord Ovest 29 nel Nord Est 39,2 nel Centro 42,4 nel Sud e Isole	18,2 nel Nord Ovest 18,3 nel Nord Est 30,7 nel Centro 29,2 nel Sud e Isole	37,4 nel Nord Ovest 38 nel Nord Est 50,4 nel Centro 45 nel Sud e Isole
Quale ambito?	51,7 le visite ginecologiche 45,7 le visite oculistiche 38,2 le visite dermatologiche 37,5 le visite ortopediche	31,2 test genetici e immunogenetici 30,1 ecografie 27,4 elettrocardiogrammi 26,3 risonanze magnetiche 25,7 le RX	53 di laserterapia antalgica 50,7 le terapie a luce ultravioletta 42,8 le rieducazioni del linguaggio

Tabella 2. Tentativi di prenotazione e passaggio al privato. Nostra rielaborazione da dati Intesa San Paolo RBM Salute, Censis, IX rapporto sulla sanità pubblica, privata e intermedia, dicembre 2020

La riduzione complessiva delle prestazioni nel 2020, che secondo il rapporto⁶⁹ redatto dalla Corte dei conti ha raggiunto un valore complessivo di 144,5 milioni, è da imputarsi prevalentemente alle strutture pubbliche (90,2%); la maggiore contrazione ha riguardato esami di laboratorio (62,6% in meno rispetto al 2019), diagnostica (13,9%) e visite (12,9%).

Secondo i dati di un'altra indagine⁷⁰, nell'ultimo anno più della metà della popolazione (52,0%) è venuta incontro a ritardi, spostamenti o cancellazioni da parte del Servizio sanitario. Al primo posto sono mancante le visite specialistiche (69,7%), seguite dalle visite dal medico di medicina generale (MMG) (27,5%) e le analisi cliniche (26,2%). Dal punto di vista geografico, nonostante siano le Regioni del Nord che, soprattutto all'inizio dell'epidemia, si sono trovate maggiormente in difficoltà, emerge che sono le Regioni del Sud quelle che hanno registrato più problematiche: disagi rispetto alle visite presso il MMG sono stati riportati dal 31,9% delle Regioni del Sud, contro lo 21,4% di quelle del nord-ovest; per quanto riguarda le analisi cliniche, 32,5% al Sud contro il 18,5% al Centro.

⁶⁹ Corte dei conti, *Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica*, 2021.

⁷⁰ Fondazione Italia in Salute, *Rapporto gli italiani e il COVID-19: impatto sociosanitario, comportamenti e atteggiamenti verso i vaccini*, aprile 2021.

Tipo di servizi sanitari rinviati o cancellati/rinunciati	Classi d'età						
	totale	18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	Oltre i 65
Visite specialistiche	69,7%	3,0%	3,8%	7,7%	1,6%	6,2%	5,7%
Visite dal Medico di Medicina Generale	27,5%	27,4%	41,5%	25,3%	26,1%	24,0%	21,9%
Analisi cliniche	26,2%	19,6%	24,9%	25,6%	25,9%	30,4%	30,1%
Radiologia	11,5%	10,6%	11,6%	10,2%	9,8%	9,8%	20,2%

Tabella 3. Tipologia di servizi sanitari rinviati o cancellati. Fonte: Fondazione Italia in Salute, Rapporto gli italiani e il COVID-19: impatto sociosanitario, comportamenti e atteggiamenti verso i vaccini, aprile 2021

Infine, considerando i rinvii, le cancellazioni e le auto-rinunce e distinguendo tra slittamenti e cancellazioni/rinunce, emerge che nel 4,5% dei casi si è trattato di uno spostamento di pochi giorni, nel 10,6% dei casi uno spostamento fino a due settimane e nel 13,9% uno spostamento di un mese. La percentuale più alta ha riguardato però rinvii a lungo termine, quindi con un impatto molto più pesante, dove il 36,7 % hanno riguardato un rimando di diversi mesi e nel 34,3% dei casi c'è stata un'impossibilità a ottenere il servizio in quanto la posticipazione era così lontana da portare a rinunciarvi. Guardando all'area geografica, le Regioni nord-occidentali sono quelle che hanno registrato il maggior numero di cancellazioni e rinunce, dove in Lombardia sono arrivate a incidere sul 45,1% della popolazione; se si guarda invece ai ritardi, essi sono stati registrati maggiormente nel Sud.

	Totale	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
Rinvio di pochi giorni	4,5%	2,2%	4,9%	4,4%	5,9%
Rinvio fino a due settimane	10,6%	9,1%	13,3%	10,7%	11,0%
Rinvio di un mese circa	13,9%	11,6%	15,0%	14,0%	15,0%
Rinvio oltre un mese	36,7%	32,0%	42,5%	34,2%	39,2%
Rinuncia in quanto il rinvio troppo lontano	34,3%	45,1%	24,4%	36,8%	29,0%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%

Tabella 4. Estensione del rinvio delle prestazioni sanitarie e auto-rinunce. Fonte: Fondazione Italia in Salute, Rapporto gli italiani e il COVID-19: impatto sociosanitario, comportamenti e atteggiamenti verso i vaccini, aprile 2021

L'emergenza pandemica ha quindi determinato un ridotto accesso alle cure e una rinuncia a visite e controlli, in particolare da parte di persone affette da patologie croniche. Il mancato accesso può imputarsi tanto alla paura delle persone di esporsi al virus recandosi in ospedale, quanto alla non piena disponibilità da parte delle strutture sanitarie ad accogliere i pazienti. Oltre alla vera e propria rinuncia, la tendenza è stata quella di procrastinare visite di controllo ed esami non urgenti, con il rischio per esempio di ottenere diagnosi tardive che hanno conseguenze gravi sulla salute. Il tema, in Italia, è stato ampiamente indagato. Ad esempio, è emerso che l'86,2% della popolazione aveva preoccupazioni, a diversi livelli, rispetto al recarsi presso strutture sanitarie, con il 22,6% che evitava di frequentarli in assoluto, il 41,3% che li evitava quando possibile e il 22,3% che non aveva timore, ma prestava comunque attenzione⁷¹; da una survey⁷² svolta dall'Istituto Superiore di Sanità è risultato che, tra 1.200 intervistati, il 44% ha rinunciato ad almeno una visita medica o esame diagnostico di cui aveva bisogno, di cui il 28% a causa della sospensione del servizio e il 16% volontariamente, per timore di essere contagiato. Guardando ai diversi gruppi che hanno preso parte all'indagine, era più frequente che le donne e le persone con un livello di istruzione maggiore rinunciassero per paura. Anche i risultati dell'indagine⁷³ condotta da Fondazione The Bridge ad aprile 2020 avevano evidenziato come il 61% delle persone che avevano prenotato una visita specialistica presso una struttura sanitaria avessero preferito invece rimandarla o cancellarla, mentre nel 59% dei casi era la struttura stessa ad aver rinviato la visita o l'esame.

Uno studio⁷⁴ incentrato sulla popolazione pediatrica ha voluto valutare gli accessi al dipartimento di emergenza pediatrica durante il periodo 1-27 marzo 2020 rispetto allo stesso periodo del 2019 e 2018. Si è osservata una sostanziale diminuzione negli accessi che vanno rispettivamente dal 73% all'88%. Sono stati valutati nel dettaglio 12 casi di pazienti pediatrici i cui genitori hanno riferito di aver evitato l'accesso all'ospedale per paura di un'infezione da COVID-19. Di questa piccola serie di casi, la metà dei bambini sono stati ricoverati in terapia intensiva e quattro sono deceduti. Sebbene il campione considerato sia ristretto, i risultati sono indicativi della pericolosità sul breve e sul lungo periodo del ritardo all'accesso alle cure emergenziali anche nella popolazione pediatrica.

⁷¹ Cittadinanza attiva, 2020, op.cit.

⁷² Istituto Superiore di sanità, *PASSI e PASSI d'Argento e la pandemia COVID-19*, marzo 2021.

⁷³ Fondazione The Bridge, aprile 2020, op.cit.

⁷⁴ Lazzerini M., Barbi E., Apicella A., Marchetti F., Cardinale. F, Trobia G., *Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19*, Lancet Child Adolesc Health, maggio 2020.

Ricoveri e interventi chirurgici

È bene ricordare che il Ministero della Salute ha emanato una Circolare, in data 16 marzo 2020, con l'obiettivo di soddisfare la potenziale crescita delle necessità di ricovero e di limitare i flussi di pazienti all'interno delle strutture, cercando di rendere omogenea la riorganizzazione delle attività all'interno degli ospedali, determinando quali prestazioni potessero essere sospese e quali improcrastinabili; la Circolare specificava, poi, la necessità di riprogrammare non appena possibile tutte le prestazioni.

Tuttavia, le diverse ondate di Covid che hanno investito il Paese non hanno permesso una riapertura tempestiva e nella maggior parte dei casi non è stato possibile attuare un efficace piano di recupero delle prestazioni generando un effetto valanga, con migliaia di prestazioni tra sospese e nuove richieste.

È stato messo in evidenza, dal monitoraggio svolto dal gruppo Mimico-19⁷⁵, come in tutte le Regioni i ricoveri ospedalieri siano diminuiti in modo consistente durante marzo 2020, sia in confronto ai mesi precedenti, sia rispetto alla media dello stesso mese nei due anni precedenti. Nell'indagine sono stati osservati in particolare i ricoveri in due ambiti: cardiovascolare e ictus. Nel primo caso si è registrata una progressiva riduzione dei ricoveri in tutte le Regioni dall'ultima settimana di febbraio, con picchi più alti a fine marzo (-40%). Per quanto riguarda i ricoveri per ictus ischemico, in tutte le Regioni c'è stata una riduzione del numero di ricoveri, con picchi anche in questo caso nelle ultime settimane di marzo (-30%), ad eccezione della Sicilia che ha registrato una diminuzione del 60%.

Un'analisi prodotta da Altems⁷⁶ su dati Agenas ha, inoltre, stimato che nei primi 4 mesi dall'inizio della pandemia (marzo-giugno 2020) siano stati fatti 1.1 milione di ricoveri in meno rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Il valore di perdita, da intendersi come privazione in termini di salute nei confronti dei cittadini, per i ricoveri nel loro complesso (urgenti, ordinari programmati e DH⁷⁷) nel periodo marzo-giugno 2020 è ammontato a oltre 3,5 miliardi di euro, con una diminuzione più importante per quanto riguarda i ricoveri ordinari programmati. Comprensibilmente, la Lombardia è la regione che ha registrato un calo più alto in termini di ricoveri totali non effettuati tra marzo e giugno 2020 con picchi per quanto attiene a ricoveri ordinari programmati e in

⁷⁵ Gruppo di lavoro "Monitoraggio impatto indiretto COVID-19" (Mimico-19), *Monitoraggio dell'impatto indiretto di COVID-19 su altri percorsi assistenziali*, luglio 2020.

⁷⁶ Altems, Università Cattolica del Sacro Cuore, *Analisi dei modelli organizzativi di risposta al COVID-19*, luglio 2021.

⁷⁷ Il ricovero d'urgenza avviene direttamente tramite il Pronto Soccorso quando le condizioni dell'utente siano tali da rendere necessarie cure tempestive. Il ricovero programmato è un ricovero non urgente, e quindi programmabile, che può essere proposto dal medico di famiglia, dal pediatra di libera scelta, dal medico della guardia medica territoriale o da un medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale. I ricoveri programmati possono essere ordinari, caratterizzati da più giornate o in Day Hospital, non prevedono pernottamento, ma sono necessari per accertamenti diagnostici e terapie che non possono essere svolti in ambulatorio, in quanto richiedono assistenza medica e infermieristica protratta nella giornata.

Day Hospital; Campania e Puglia sono state invece le Regioni con una perdita maggiore per quanto riguarda i ricoveri urgenti.

In un altro rapporto⁷⁸ è stato riportato che nel 2020 si sono registrati 1,3 milioni di ricoveri in meno rispetto all'anno precedente, con una riduzione del 17%. Di questi il 52,4% sono stati ricoveri medici e il 47,6% chirurgici. Inoltre, il 42,6% del totale dei ricoveri in meno ha riguardato prestazioni urgenti e il 57,4% ricoveri programmati.

Un altro studio⁷⁹ ancora ha voluto valutare in retrospettiva i ricoveri di pazienti con sindrome coronarica acuta (SCA) in 15 ospedali del nord Italia. Il periodo di studio è stato definito come il tempo tra il primo caso confermato di COVID-19 in Italia (20 febbraio 2020) e il 31 marzo 2020. Sono stati confrontati i tassi di ospedalizzazione tra: il periodo di studio, quello corrispondente durante l'anno precedente (dal 20 febbraio al 31 marzo 2019) e un periodo precedente durante lo stesso anno (dal 1° gennaio al 19 febbraio 2020). Dei 547 pazienti osservati, il tasso medio di ammissione per SCA durante il periodo di studio era di 13,3 ricoveri al giorno. Questo tasso era significativamente inferiore sia al tasso durante il periodo precedente dello stesso anno (numero totale di ricoveri, 899; 18,0 ricoveri per giorno) che il tasso durante l'anno precedente (numero totale di ricoveri, 756; 18,9 ricoveri al giorno). Questo rapporto mostra quindi una significativa diminuzione delle ospedalizzazioni legate alle SCA in diversi centri cardiovascolari dell'Italia settentrionale.

In un'indagine riguardante, invece, i ricoveri in PS nell'Ospedale San Giuseppe MultiMedica IRCCS di Milano nel periodo dicembre 2019-febbraio 2020 e marzo-aprile 2020 è stato osservato che i ricoveri sono diminuiti da 2361/mese nella prima fascia di valutazione, a 1102 (- 53%) e 861 (- 63%) rispettivamente a marzo e aprile 2020. A causa del ridotto afflusso, è possibile che alcune condizioni cliniche siano ulteriormente progredite con un aumento significativo della morbilità e della mortalità⁸⁰.

In mezzo a tutti questi dati scoraggianti, nel corso del XXVI Congresso Nazionale FADOI a ottobre 2021⁸¹, sono stati però messi in evidenza numeri promettenti, infatti la Federazione dei medici internisti ospedalieri stima che ci si stato un recupero quasi totale dei ricoveri rispetto al periodo pre-pandemia, con solo l'8% di ricoveri in meno in confronto al 2018: tra gennaio e settembre 2018 i ricoveri ammontavano a un totale di 705mila, mentre sono 650mila i ricoveri nello stesso periodo quest'anno. Andando poi a

⁷⁸ Corte dei conti, 2021, op.cit.

⁷⁹ De Filippo O., D'Ascenzo F., Angelini F., et al., *Reduced Rate of Hospital Admissions for ACS during COVID-19 Outbreak in Northern Italy*, N Engl J Med., luglio 2020.

⁸⁰ Viganò M., Mantovani L., Cozzolino P., Harari S., *Treat all COVID 19-positive patients, but do not forget those negative with chronic diseases*, Internal and Emergency Medicine volume 15, 2020.

⁸¹ Dati presentati da Dario Manfellotto, Presidente FADOI, nel corso del XXVI Congresso Nazionale FADOI, 2-4 ottobre 2021.

osservare i pazienti cronici nello specifico, i dati mostrano un risultato simile: da gennaio a settembre 2018 erano stati 395mila i ricoveri, mentre nel 2021 si è arrivati a 346mila, con uno scarto quindi del 12% rispetto ai livelli pre-pandemia.

La sospensione o la posticipazione di interventi chirurgici non programmati o considerati non urgenti ha rappresentato un problema per un'ampia fetta della popolazione sia nella prima fase pandemica (febbraio-maggio 2020) - come emerso dall'indagine⁸² condotta da Fondazione The Bridge - per il 67% della popolazione sia nella seconda parte del 2020 (giugno-novembre 2020), dove hanno continuato a persistere difficoltà (63%). Il problema ha riguardato tutto il panorama nazionale, con maggiore gravità nelle Regioni più colpite dalla pandemia.

Nell'ambito della chirurgia elettiva, ovvero programmata, dal monitoraggio svolto dal gruppo di lavoro Mimico-19⁸³ su 7 Regioni (Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Puglia e Sicilia) è risultato che durante la prima parte del primo trimestre 2020 gli interventi chirurgici, nel loro insieme, sono stati eseguiti con la stessa frequenza del biennio precedente. Con l'inizio della pandemia, si sono poi ridotti rapidamente (fino a -80%). La differenza che si è potuta osservare tra le diverse Regioni ha riguardato la data di inizio della riduzione, che ha corrisposto alle tempistiche con cui la pandemia è cominciata nelle diverse Regioni: la Lombardia ha iniziato il 24 febbraio, seguita da Piemonte e Toscana il 6 marzo, in chiusura Puglia e Sicilia. Sono stati presi in esame gli interventi chirurgici in ambito oncologico, dove è stata osservata una diminuzione degli interventi alla mammella del 20% a marzo, con picchi del 40% nell'ultima settimana. In Piemonte, Toscana e Puglia, per quanto riguarda le altre sedi tumorali, i cui interventi sono meno procrastinabili, non c'è stato un impatto significativo della pandemia, mentre la Lombardia e la Sicilia hanno registrato scarti maggiori per quanto riguarda gli interventi oncologici nel complesso.

Un altro studio condotto sempre su sette Regioni (Piemonte, Lombardia, Toscana, Puglia, Sicilia, Provincia Autonoma di Bolzano e Provincia Autonoma di Trento) ha voluto valutare l'impatto di COVID-19 sui volumi della chirurgia protesica (branca della chirurgia ortopedica che si occupa della sostituzione totale o parziale delle articolazioni con protesi) mettendo a confronto i dati del 2020 con quelli del 2018 e del 2019, raccogliendo un totale di 274.571 dimissioni (i dati hanno riguardato il 54% interventi sull'anca, 40,7% sul ginocchio, 4,6% sulla spalla, 0,4 sulla caviglia). La serie storica di dimissioni totali ha mostrato forti similitudini tra il 2018 e il 2019, registrando valori massimi ad ottobre e minimi ad agosto, mentre nel 2020 ha evidenziato una forte

⁸² Fondazione The Bridge, 2020, op.cit.

⁸³ Gruppo di lavoro "Monitoraggio impatto indiretto COVID-19" (Mimico-19), 2020, op.cit.

diminuzione del numero di interventi in corrispondenza della sospensione dell'attività elettiva avvenuta a causa dei provvedimenti per contrastare l'epidemia da COVID-19 tra marzo e maggio, con un valore minimo ad aprile (-84% rispetto all'anno precedente); tra luglio e settembre i valori sono stati simili o addirittura superiori a quelli degli stessi mesi degli anni precedenti. È stato evidenziato un crollo delle attività in corrispondenza del primo lockdown con volumi di attività vicini allo zero per quanto riguarda tutte le articolazioni, eccetto l'anca, dove sono stati registrati comunque complessivamente 1.264 ricoveri.

Liste d'attesa

Con il decreto-legge n°104 del 14 agosto 2020, convertito poi in legge il 13 ottobre 2020, è stato previsto che venissero erogati dei fondi alle Regioni che presentavano un piano di recupero sui ritardi relativi alle liste d'attesa. Cittadinanza Attiva ha svolto un'indagine⁸⁴, avente l'obiettivo di ottenere informazioni riguardo l'erogazione dei fondi alle Regioni e riguardo le richieste presentate dalle Regioni al Ministero della Salute, avvalendosi dello strumento dell'accesso civico generalizzato, che permette a singoli cittadini e ad associazioni di richiedere alle pubbliche amministrazioni dati che devono necessariamente essere accessibili a tutti (hanno risposto tutte le Regioni tranne Basilicata, Calabria, Lazio, Lombardia, Toscana e Veneto, inviando dati aggiornati al 31/12/2020). È emerso innanzitutto che tutte le Regioni hanno emanato un piano regionale per il recupero delle liste d'attesa e richiesto lo stanziamento di fondi previsti dalla legge. Marche, Molise, Puglia, Trento, Valle d'Aosta hanno rimandato genericamente alle azioni previste dall'art.20 del decreto n°104; Campania, Piemonte, Sardegna non hanno fornito dati riguardo le azioni introdotte per recuperare le liste d'attesa; Abruzzo, Bolzano, Emilia, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Sicilia, Umbria hanno mostrato invece anche dati più precisi.

Andando a guardare le risposte di alcune delle singole Regioni nel dettaglio, in Emilia-Romagna, su oltre 1.600.000 prestazioni sospese (di priorità D e P)⁸⁵, il 95% erano già state riassorbite fine dicembre 2020; le Marche hanno dichiarato un recupero già del 50-70% delle prestazioni e dei ricoveri; il Molise ha riferito un stima di 10.000 tra prestazioni specialistiche e indagini diagnostiche da recuperare e di 1.100 per interventi chirurgici e prestazioni di chirurgia ambulatoriale; dall'Umbria sono emerse 148.729 prestazioni da recuperare, 3.030 quelle recuperate e 66.009 da inserire nei percorsi di tutela.

⁸⁴ Cittadinanzattiva, *Indagine civica su piani regionali per il recupero delle Liste d'attesa e sui fondi ripartiti alle Regioni*, ottobre 2021.

⁸⁵ Classi di priorità: U (Urgente), B (Breve), D (Differita), P (Programmata).

Regione	Tipologia di prestazione	N° prestazioni non erogate	N° prestazioni recuperate	% delle prestazioni recuperate sul totale delle non erogate
Abruzzo	Ricoveri	30.997	7.785	24,9 %
	Screening oncologici	60.099	37.385	64,33%
	Prestazioni specialistiche ambulatoriali	256.402	11.262	43,3%
P.A. Bolzano	Ricoveri	14.111	Dato n.d.	Dato n.d.
	Screening oncologici	15.827	Dato n.d.	Dato n.d.
	Prestazioni specialistiche ambulatoriali	1.608.153	1349	11,9%
Emilia-Romagna	1.600.000 prestazioni totali sospese			
Friuli-Venezia Giulia	Ricoveri	6.241	49	1,27%
	Screening oncologici	77.470	Dato n.d.	Dato n.d.
	Prestazioni specialistiche ambulatoriali	215.535	1.686	0,78%
Liguria	Ricoveri	Dato n.d.	Dato n.d.	Dato n.d.
	Screening oncologici	Dato n.d.	Dato n.d.	Dato n.d.
	Prestazioni specialistiche ambulatoriali	448.237	173.908	38,14%
Marche	Dato n.d.	Dato n.d.	Dato n.d.	50-70%
Molise	Ricoveri	1.100	Dato n.d.	Dato n.d.
	Prestazioni specialistiche ambulatoriali	Circa 10.000	Dato n.d.	Dato n.d.
Sicilia	Ricoveri	62.896.	Dato n.d.	Dato n.d.
	Screening oncologici	Dato n.d.	Dato n.d.	Dato n.d.
	Prestazioni specialistiche ambulatoriali	3.134.496	Dato n.d.	Dato n.d.
Trento	Ricoveri	14.671	191	1,3%
	Screening oncologici	36.275	14.401	39,7%
	Prestazioni specialistiche ambulatoriali	24.683	18.018	73%
Umbria	Dato n.d.	148.729	3.030	2,03%
Valle d'Aosta	Ricoveri	2.041	653	32%
	Screening oncologici	12.620	4.985	49,6%
	Prestazioni specialistiche ambulatoriali	9.220	3.642	39,5%

Tabella 5. Prestazioni mancate e prestazioni recuperate. Fonte: Indagine sulle liste di attesa post-Covid - Cittadinanzattiva (Ottobre 2021)

Vaccini

Durante i primi mesi di pandemia, come emerso da un'analisi⁸⁶ svolta dal Ministero della Salute, a livello nazionale le attività nei centri vaccinali sono state sospese in un quarto (28%) dei presidi. La Lombardia è la regione che ha registrato tassi più alti, con una diminuzione di attività nel 50% dei centri, mentre le Regioni del Sud sono quelle che hanno registrato livelli di sospensione più bassi (11%). Si è assistito inoltre a una ricollocazione del personale sanitario dei centri vaccinali (oltre il 33% a livello nazionale) che ha coinvolto tutte le figure professionali: medici, infermieri, personale amministrativo e soprattutto gli assistenti sanitari.

La diminuzione maggiore delle vaccinazioni è stata riportata dopo la notifica dei primi casi di Coronavirus e nelle settimane di picco dell'epidemia. La fascia d'età che in generale ha risentito maggiormente della riduzione delle vaccinazioni è quella dei bambini con età superiore a 1 anno e fino all'adolescenza (68%), mentre gli adulti sono stati coloro che hanno risentito in misura minore di questa riduzione (29,8%); ciò è successo in virtù del fatto che si è cercato di dare priorità ai cicli primari, alle donne in gravidanza, alle persone a rischio e ai casi urgenti. Sono state comunque segnalate delle differenze a livello geografico, infatti nel Nord-Est è stato rilevato un maggiore impatto sugli adulti, mentre al Centro e al Sud l'impatto è stato quasi esclusivamente sui bambini.

È stato necessario ricorrere a modalità organizzative diverse per svolgere le attività di vaccinazione, come la possibilità di effettuarle solo su prenotazione, dare priorità a certe categorie e prolungare gli orari di attività. La possibilità di svolgere i vaccini a domicilio e l'offerta di servizi mobili per vaccinare non sono risultate modalità organizzative frequenti.

La presenza di criticità in ambito vaccinale è stata confermata anche da un'altra indagine⁸⁷ condotta tra aprile e giugno 2020, dove è stato evidenziato che il 34% dei rispondenti ha dovuto rimandare le vaccinazioni del proprio figlio: nel 42% dei casi ciò è avvenuto da parte del centro vaccinale, nel 13% dei casi il centro era chiuso, mentre il 44% ha deciso di rimandare la vaccinazione di propria iniziativa. Dall'indagine è risultato che sono state rimandate quasi tutte le vaccinazioni pediatriche, in particolare quelle indirizzate ai bambini tra gli 0 e i 2 anni, sia quelle obbligatorie che quelle consigliate. Il posticipo delle sedute vaccinali ha riguardato soprattutto le Regioni del Sud (40%), seguite da quelle del Nord (34%) e Centro (26%).

⁸⁶ Ministero della Salute, *Impatto dell'emergenza COVID-19 sulle attività di vaccinazione – analisi del fenomeno e raccomandazioni operative*, agosto 2020.

⁸⁷ Società italiana di pediatria, *indagine su sospensione vaccinazioni*, luglio 2020. <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9392939.pdf>

Dopo essersi vista, da marzo 2020, una graduale interruzione delle attività vaccinali in gran parte del mondo, spesso a causa delle misure di distanziamento fisico introdotte o spesso perché gli operatori sanitari erano impegnati nella gestione dell'epidemia, l'OMS Europa ha emanato a marzo 2020 un documento col fine di supportare i Paesi nel prendere decisioni riguardo il mantenimento delle attività vaccinali. In Italia, seguendo le raccomandazioni dell'OMS, è stata riaffermata l'importanza di ripristinare i servizi, rafforzare la comunicazione e recuperare le lacune immunitarie che si sono create. Il 1 Giugno 2020 il Ministero della Salute ha emanato una circolare con l'obiettivo di riattivare le attività che erano state considerate differibili e di ripristinare i livelli essenziali di assistenza, individuando delle misure di prevenzione di carattere organizzativo quali privilegiare attività di prenotazione da remoto (CUP, farmacie, sito web aziendale), organizzare gli accessi alle sale di attesa tramite prenotazione, attivare percorsi dedicati, ampliare gli orari di apertura, etc.

Medicina digitale

L'emergenza pandemica ha avuto almeno il merito di rivoluzionare e accelerare la pratica e la diffusione di strumenti di medicina digitale nell'assistenza sanitaria. Per rispettare da una parte le misure restrittive imposte per limitare la circolazione del virus e con l'urgenza, dall'altra, di garantire la continuità terapeutica dei pazienti, questi strumenti hanno rappresentato un'innovazione importante e necessaria nell'ambito della diagnosi e della terapia, soprattutto nella gestione di pazienti con patologie croniche. L'utilizzo di modalità di comunicazione digitale, come la telemedicina, hanno permesso di mantenere un rapporto diretto tra il medico e il paziente, dando anche la possibilità di monitorare i pazienti cronici che hanno bisogno di cure e terapie. Per telemedicina si intende *“una modalità di erogazione dei servizi di assistenza sanitaria attraverso l'utilizzo di tecnologie digitali in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente non si trovano nella stessa località”*⁸⁸. Al suo interno ricadono poi una serie di servizi quali tele-visite, tele-consulento medico, tele-monitoraggio e tele-riabilitazione. Questi strumenti possono rappresentare un mezzo importante per seguire i pazienti anche dal proprio domicilio, rendendoli autonomi e favorendo l'autogestione. L'obiettivo principale è facilitare l'accesso ai trattamenti ed evitare l'ospedalizzazione del paziente.

Da marzo 2020 il numero di progetti nell'ambito della medicina digitale implementati da singole aziende su tutto il territorio è aumentato notevolmente; se nelle prime settimane l'attenzione si è concentrata principalmente sui pazienti Covid, successivamente sono cresciute le attività dedicate a pazienti affetti da altre patologie,

⁸⁸ Osservatori.net Digital Innovation. <https://www.osservatori.net/it/home>

tanto da rappresentare, a fine giugno 2020, il 70% del totale delle iniziative destinate all'erogazione di servizi quali tele-visite, tele-consulti e tele-monitoraggi. Dato il bisogno di implementare velocemente questi strumenti, circa il 60% è basato su strumenti di facile utilizzo, come il telefono e piattaforme via web⁸⁹.

La pandemia ha quindi favorito un incremento nel ricorso a strumenti di medicina digitale; infatti, durante il 2020 si è registrato un aumento nell'utilizzo di strumenti di telemedicina da parte di medici specialisti (47%), come riportato da un'indagine dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità⁹⁰. Si è potuto osservare un aumento nell'adozione delle tele-visite, a cui hanno ricorso il 39% dei medici specialisti e MMG (contro il 10% prima dell'avvento del Covid), e di strumenti di tele-monitoraggio, con un utilizzo del 28% (contro il 13%). L'81% dei medici specialisti ha dichiarato di essere propenso all'utilizzo del tele-consulto e 6 medici su 10 vorrebbero utilizzare strumenti di tele-visita e tele-monitoraggio.

Dall'analisi è emerso che traggono vantaggio da questi strumenti anche i pazienti, i quali sembrano averli accolti positivamente. Il Covid ha portato a una crescita nell'utilizzo di piattaforme digitali che permettono una collaborazione tra medico e paziente, con un incremento del 30% rispetto all'11% pre-pandemia. L'82% dei pazienti si è dichiarato favorevole nel ricorrere in questi strumenti anche in futuro, con il 46% che ritiene di sentirsi più consapevole riguardo la propria patologia e salute grazie a una maggiore partecipazione al percorso di cura e il 42% che considera questi strumenti un aiuto per mantenere l'aderenza alla terapia. Dall'analisi è inoltre emerso che i pazienti sono propensi all'utilizzo di canali di comunicazione digitali per interfacciarsi con il medico: il 96% ha dichiarato di essere intenzionato a utilizzare la messaggistica istantanea anche in futuro, mentre il 50% ha dichiarato di essere già abituato a utilizzare questi strumenti nel periodo pre-pandemia.

Anche i risultati emersi da un'altra ricerca⁹¹ confermano che la tecnologia applicata alla salute è stata accolta positivamente dai pazienti; infatti, il 77% ritiene che renda più efficace il rapporto tra medici che hanno diverse specializzazioni e che contribuisca a migliorare il rapporto tra medico e paziente (68%). Essa è considerata un mezzo efficace per favorire il miglioramento dello stato di salute delle persone (72%). La positività verso la sanità digitale è stata confermata anche dal fatto che la maggior parte delle persone (73%) risultano disposti a sacrificare la propria privacy in cambio dei benefici ottenuti.

⁸⁹ Altems, luglio 2021, op.cit.

⁹⁰ Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità, *Sanità digitale oltre l'emergenza verso un modello di connected care*, maggio 2021.

⁹¹ Osservatorio Silver Trends, *E-Health e Silver*, giugno 2020.

Tuttavia, se da una parte molti pazienti hanno potuto trarre beneficio dalle visite da remoto, sembra che non tutti possano accedervi, cosa che genera disparità nell'assistenza e nell'accesso alle cure, come sottolineato da un articolo pubblicato su JAMA Network Open⁹². Un elemento che bisogna considerare è infatti la possibile assenza dei necessari strumenti tecnologici a casa del paziente. Il termine telemedicina viene spesso erroneamente utilizzato per indicare l'assistenza svolta sia tramite telefono che tramite tecnologie audio-visive, sebbene queste due modalità abbiano implicazioni molto diverse in quanto per poter svolgere una visita virtuale è necessario un supporto audio-video interattivo, escludendo quindi le visite svolte esclusivamente tramite telefono. I pazienti che, per diversi motivi, non possono disporre di questi strumenti vengono così esclusi dalla possibilità di beneficiare della telemedicina, con l'unica possibilità di accedere di persona ai servizi assistenziali.

L'impatto di COVID-19 sulla qualità della vita

La pandemia e soprattutto le restrizioni che sono state messe in atto hanno pesantemente influito sullo stile di vita delle persone. Il periodo di lockdown, la limitazione agli spostamenti e la chiusura di tutti gli esercizi commerciali hanno fatto sì che le persone potessero svolgere meno attività fisica in luoghi come palestre o centri sportivi e hanno spesso anche modificato le abitudini alimentari della popolazione. La quota di persone sedentarie nel 2020 è pari al 33,8%, numero che aumenta al crescere dell'età e tra le donne. La sedentarietà è diminuita rispetto a quanto osservato nel 2019 (35,5%), motivo imputabile al fatto che durante la prima fase di lockdown il 22,7% della popolazione over 18 ha svolto una volta al giorno in media attività fisica all'interno della propria abitazione. Parallelamente però nel 2020 è aumentata la quota di persone in sovrappeso (pari al 45,5%). Gli uomini presentano tassi più alti rispetto alle donne (54,7% vs. 36,9%), anche se sono queste che mostrano incrementi maggiori nel tempo. Il fenomeno del sovrappeso è risultato maggiore al crescere dell'età, dove nella fascia 45-54 anni interessa almeno 5 persone ogni 10, e nel Sud. Confrontando il dato con il 2019, si è potuto osservare una crescita delle persone in sovrappeso sia nel Nord che nel Sud Italia (rispettivamente dal 42,1% al 43,4% e dal 49,3% al 50,4%). Il lockdown ha generato cambiamenti nelle abitudini alimentari sia in negativo che in positivo; da una parte infatti è stato registrato un maggior consumo di frutta, verdura e di acqua, dall'altro è aumentato il consumo di carne rossa, dolci e prodotti in scatola.⁹³

⁹² Thronson L.R., Jackson S.L., Chew L.D., *The pandemic of health care inequity*, JAMA Netw Open, 2020.

⁹³ Istat, *bes 2020 - Il benessere equo e sostenibile in Italia*, marzo 2021.

La dipendenza da sostanze quali il tabacco, l'alcol e le droghe rappresenta fattori di rischio per la salute e lo è diventato maggiormente in un periodo come quello correlato al Covid. Il momento di tensione che tutti stanno vivendo e la paura del futuro rendono le persone più vulnerabili a comportamenti che possono essere rischiosi per la propria salute. Tutti quei fattori di rischio che sono legati agli stili di vita possono risultare alterati a causa di una situazione di isolamento prolungato e volumi di ansia e stress che vengono incanalati in comportamenti che possono essere molto nocivi per la salute. Per quanto riguarda l'abitudine al fumo, la quota di fumatori nel 2020 è stata pari al 18,9%. La percentuale è diminuita nelle Regioni del Sud (dal 21,3% al 19,2%) ed è aumentata in quelle del Nord (dal 17,9% al 19%). Sono di più i fumatori uomini (22,2%) rispetto alle donne (15,7%) ed è un'abitudine più diffusa a partire dalla fascia 20-24 anni che si mantiene stabile fino alla fascia 60-64 anni, per ridursi nelle età successive. Coloro che fumano e sono positivi al Covid presentano generalmente, al momento del ricovero, una situazione clinica peggiore ed è maggiore la probabilità che necessitino della terapia intensiva e di ventilazione meccanica, per il fatto che possono aver già sviluppato patologie polmonari o avere una ridotta capacità respiratoria. Il consumo di alcol in dosi eccessive nel 2020 ha riguardato il 16% della popolazione maggiore di 14 anni, con una quota più elevata al Nord (19,5%) in confronto al Centro (15,9%) e al Sud (13,7%). Il tasso più elevato di consumo di alcol in dosi eccessive è tra i minori (29,4%), i giovani tra i 18 e i 24 anni (20%) e gli over 65 (18,8%). Anche per quanto riguarda il consumo di alcolici, è risultata maggiore la percentuale di uomini che hanno abitudini di consumo a rischio⁹⁴.

⁹⁴ Istat, 2021, op.cit.

Tavola sinottica: impatto della pandemia sulle prestazioni sanitarie.

Sintesi della letteratura

Ambito	Fonte	Dati
Diagnosi	IQVIA, Osservatorio sull'impatto della pandemia COVID-19 sull'accesso alle cure, marzo 2021	613.000 diagnosi in meno nel 2020, con una riduzione complessiva del 13%. BPCO e asma le patologie più colpite, con una riduzione complessiva del 25% e 19% in meno. Anche le altre patologie analizzate hanno registrato una riduzione: la fibrillazione atriale del 13%, lo scompenso cardiaco e l'ipertensione del 10%, e infine il diabete del 9%.
Esami e visite	Intesa San Paolo RBM Salute, Censis, <i>IX rapporto sulla sanità pubblica, privata e intermedia, dicembre 2020</i>	Nel 2020 il 33% degli italiani è stato costretto a rinviare prestazioni sanitarie di vario tipo. Questo rinvio ha riguardato il 63,7% tra coloro che si trovano in un cattivo stato di salute, il 45,6% tra pazienti cronici, il 36,1% tra coloro che hanno figli piccoli fino a 3 anni e il 41% tra coloro che hanno figli minori di età superiore ai 3 anni.
	Intesa San Paolo RBM Salute, Censis, <i>IX rapporto sulla sanità pubblica, privata e intermedia, dicembre 2020</i>	Nel corso del 2020, Circa 19,6 milioni di italiani si sono visti negare almeno una prestazione LEA dovuta dal Servizio Sanitario: ogni 100 tentativi di prenotare una prestazione LEA nel pubblico, 28 sono state pagate di tasca propria dai cittadini.
	Fondazione Italia in Salute, Rapporto gli italiani e il COVID-19: impatto sociosanitario, comportamenti e atteggiamenti verso i vaccini, aprile 2021	Tra marzo 2020 e marzo 2021 quasi 7 mila italiani non hanno potuto usufruire di una visita specialistica. Al primo posto sono mancate le visite specialistiche (69,7%), seguite dalle visite dal Medico di Medicina Generale (27,5%) e le analisi cliniche (26,2%). Guardando gli stessi dati per fasce d'età, si è potuto osservare che l'83,9% di color che hanno più di 65 anni non ha potuto ricorrere ad una visita specialistica, il 30% ad analisi cliniche, il 21,9% a visite presso il Medico di Medicina Generale e il 20,2% per le radiologie. Problemi sono stati riscontrati comunque anche nella fascia di popolazione adulta (13,5%) e giovane (11%), tra i quali le maggiori difficoltà hanno riguardato le visite presso il MMG.

	Corte dei conti, Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica, 2021	C'è stata nel 2020 una riduzione complessiva delle prestazioni per un valore di 144,5 milioni, con una maggior peso nelle strutture pubbliche (90,2%). La maggior parte ha riguardato esami di laboratorio (62,6% in meno rispetto al 2019), diagnostica (13,9%) e visite (12,9%); più distanti l'area riabilitativa (5,8%) e terapeutica (4,9%).
	Lizzerini M., Barbi E., Apicella A., Marchetti F., Cardinale F., Trobia G., <i>Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19</i> , Lancet Child Adolesc Health, maggio 2020.	Si è osservata una sostanziale diminuzione negli accessi che vanno rispettivamente dal 73% all'88%.
Ricoveri	Gruppo di lavoro "Monitoraggio impatto indiretto COVID-19" (Mimico-19), Monitoraggio dell'impatto indiretto di COVID-19 su altri percorsi assistenziali, luglio 2020	In tutte le Regioni i ricoveri ospedalieri siano diminuiti in modo consistente durante marzo 2020, sia rispetto ai mesi precedenti, sia rispetto alla media dello stesso mese nei due anni precedenti. Tutte le Regioni hanno registrato una progressiva riduzione dei ricoveri dall'ultima settimana di febbraio, con picchi più alti a fine marzo (-40%).
	Università Cattolica del Sacro Cuore, Analisi dei modelli organizzativi di risposta al COVID-19, luglio 2021	Nei primi 4 mesi dall'inizio della pandemia (marzo-giugno 2020) si stima che siano stati fatti 1.1 milione di ricoveri in meno rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Il valore di perdita complessivo per i minori ricoveri (urgenti, ordinari, programmati e DH) nel periodo marzo-giugno 2020 è ammontato a oltre 3,5 miliardi di euro, con una perdita maggiore per quanto riguarda i ricoveri ordinari programmati. Comprensibilmente, La Lombardia è la regione che ha registrato una perdita maggiore in termini di ricoveri totali non effettuati tra marzo e giugno 2020.
	De Filippo O., D'Ascenzo F., Angelini F., et al., <i>Reduced Rate of Hospital Admissions for ACS during COVID-19 Outbreak in Northern Italy.</i> , N Engl J Med., luglio 2020	I tassi medi di ammissione per SCA durante il periodo di studio erano rispettivamente di 13,3, 18,0 e 18,9 ricoveri al giorno.
	Viganò M., Mantovani L., Cozzolino P., Harari S., <i>Treat all COVID 19-positive patients, but do not forget those negative with chronic diseases</i> , Internal and Emergency Medicine volume 15, 2020	Diminuzione dei ricoveri da 2361/mese nel periodo dicembre 2019 – febbraio 2020, a 1102 (- 53%) e 861 (- 63%) rispettivamente a marzo e aprile 2020.

Interventi chirurgici	Gruppo di lavoro "Monitoraggio impatto indiretto COVID-19" (Mimico-19), Monitoraggio dell'impatto indiretto di COVID-19 su altri percorsi assistenziali, luglio 2020	Con l'inizio della pandemia, si sono ridotti rapidamente (fino a -80%): la Lombardia ha iniziato il 24 febbraio, seguita da Piemonte e Toscana il 6 marzo, in chiusura Puglia e Sicilia. Sono stati presi in esame gli interventi chirurgici in ambito oncologico, dove è stata osservata una diminuzione degli interventi alla mammella del 20% a marzo, con picchi del 40% nell'ultima settimana.
Vaccini	Cittadinanza attiva, <i>Osservatorio civico sul federalismo in sanità</i> , dicembre 2020	È stato evidenziato che il 34% dei rispondenti ha rimandato le vaccinazioni, nel 42% dei casi è stato il centro vaccinale a rimandare l'appuntamento, nel 13% dei casi il centro era chiuso, mentre il 44% ha deciso di rimandare la vaccinazione.
Medicina digitale	Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità, Sanità digitale oltre l'emergenza verso un modello di connected care, maggio 2021	Durante il 2020 c'è stato un aumento nell'utilizzo di strumenti da parte di medici specialisti (47%) e Medici di medicina generale (39%). Si è potuto osservare anche un aumento nell'adozione delle tele-visite, a cui hanno ricorso il 39% dei medici specialisti e MMG, in confronto al 10% prima dell'avvento del Covid, e di strumenti di tele monitoraggio, con un utilizzo del 28% rispetto al 13% prima. L'81% dei medici specialisti è risultato essere propenso all'utilizzo del teleconsulto e 6 medici su 10 vorrebbero utilizzare strumenti di tele-visita e tele-monitoraggio. L'emergenza pandemica ha portato ad un aumento nell'utilizzo di piattaforme digitali da parte dei pazienti, con un incremento del 30% rispetto all'11% pre-pandemia. L'82% dei pazienti si è dichiarato favorevole nel ricorrere in questi strumenti anche in futuro, con il 46% che ritiene di sentirsi più consapevole riguardo la propria patologia e salute grazie ad una maggiore partecipazione al percorso di cura.
Qualità della vita	Istat, <i>bes 2020 - Il benessere equo e sostenibile in Italia</i> , marzo 2021	La quota di persone sedentarie nel 2020 è pari al 33,8%. La sedentarietà è diminuita rispetto a quanto osservato nel 2019 (35,5%). Nel 2020 è aumentata la quota di persone in sovrappeso (pari al 45,5%). Gli uomini presentano tassi più alti rispetto alle donne (54,7% vs. 36,9%). La quota di fumatori nel 2020 è stata pari al 18,9%. La percentuale è diminuita nelle Regioni del Sud (dal 21,3% al 19,2%) ed è aumentata in quelle del Nord (dal 17,9% al 19%). Il consumo di alcol in dosi eccessive nel 2020 ha riguardato il 16% della popolazione maggiore di 14 anni. Il tasso più elevato di consumo di alcol in dosi eccessive è tra i minori (29,4%).

2.3 Focus sulla mortalità

Nel 2020, complessivamente, si è osservato uno straordinario incremento del numero di decessi nella popolazione italiana. Nel corso dell'anno si sono registrati 746mila morti, circa 112mila in più rispetto all'anno precedente. Di questo eccesso di mortalità e della sua relazione con il COVID-19 si è molto discusso, e l'attenzione si è concentrata sulla relazione diretta o indiretta tra il virus e i decessi. Il Sistema di Sorveglianza Nazionale integrata dell'Istituto Superiore di Sanità ha attribuito circa 76 mila casi al COVID-19⁹⁵.

Nel primo report⁹⁶ sulle cause di morte dall'inizio della pandemia preparato dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), si è analizzata la mortalità per causa e luogo del decesso nella popolazione italiana nella prima ondata della pandemia da COVID-19. Il lasso di tempo valutato è stato tra il 1° marzo e il 30 aprile 2020.

In questi primi mesi i decessi in eccesso sono stati 49mila rispetto alla media calcolata nello stesso periodo del quinquennio 2015-2019. Il 60% è attribuibile al COVID-19, il 10% a polmoniti e il 30% ad altre cause. Questo aumento è solamente in piccola parte causato dall'invecchiamento demografico. Si stima infatti che, nel periodo considerato, in assenza di variazioni dei livelli di mortalità e degli effetti diretti e indiretti dell'emergenza pandemica, si sarebbe osservato un aumento di soli 6mila decessi.

Nei due mesi considerati, i decessi direttamente dovuti al COVID-19 ammontano a 29mila, pari al 60% dell'eccesso di mortalità. Oltre 20mila decessi in più (30%) sono invece da attribuire ad altre cause. Nel complesso, i decessi sono aumentati per quasi tutte le principali cause di morte rispetto allo stesso lasso di tempo nel quinquennio precedente.

⁹⁵ Blangiardo G.C., *Una terza guerra mondiale?*, 31 maggio 2021.

⁹⁶ Istat, *Prima ondata della pandemia. Un'analisi della mortalità per causa e luogo del decesso, marzo – aprile 2020*, settembre 2021.

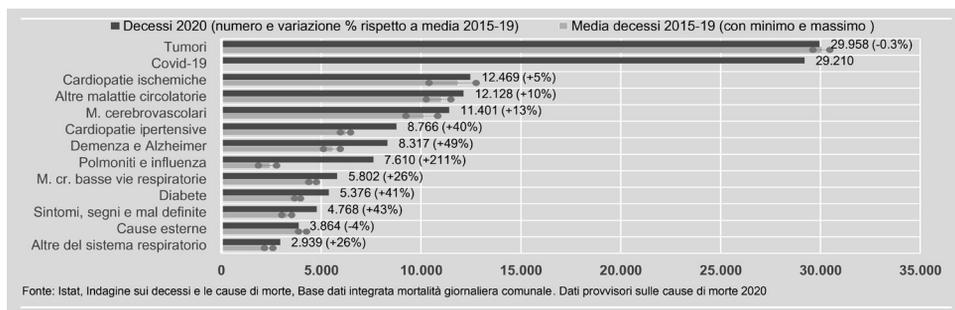


Figura 3. Decessi di marzo-aprile 2020 per le principali cause di morte e confronto con il numero medio di decessi degli stessi mesi del 2015-2019

Prevedibilmente, l'aumento più significativo nella frequenza dei decessi si osserva per polmoniti e influenza, con 5.166 decessi in più (circa il 10% dei 49mila decessi in eccesso). Per questo gruppo, la frequenza di mortalità è tre volte superiore a quella osservata nel quinquennio precedente (7.610 *vs.* 2.445). Analogamente, si osserva un aumento della crescita dei decessi dovuti a differenti patologie dell'apparato respiratorio (+26%), sia per le malattie croniche broncopolmonari che per le restanti malattie respiratorie. Questi decessi non sono stati direttamente associati al COVID-19 ma è logico ipotizzare che in questa prima ondata particolarmente difficoltosa da gestire per il Sistema Sanitario Nazionale, ci siano state notevoli criticità nella diagnosi della nuova patologia, e che questo abbia portato a una sottostima dell'entità dei decessi causati da COVID-19.

Secondo Istat, i decessi nei primi due mesi di pandemia risultano in aumento anche per demenze e malattia di Alzheimer (+49%), per malattie cardiache ipertensive (+40%) e per diabete (+41%), così come si ha un incremento per sintomi e cause mal definite o sconosciute (+43%). L'aumento dei decessi in queste categorie di pazienti suggerisce che il COVID-19 abbia avuto un ruolo indiretto ma significativo sulla mortalità, comportando un sovraccarico del Sistema Sanitario e una conseguente ridotta disponibilità di personale e cure a livello ospedaliero. È inoltre importante considerare come la paura e lo stigma legato all'accesso in ospedale nella prima ondata, abbiano comportato una riduzione dell'afflusso di pazienti con patologiche necessità. Questa correlazione tra pazienti no-Covid e incremento della mortalità per altre cause, è rafforzato dal fatto che l'aumento osservato è maggiormente focalizzato nelle Regioni del Nord Italia, dove il Sistema Sanitario è stato sottoposto a uno stress maggiore nella prima ondata (marzo-aprile 2020).

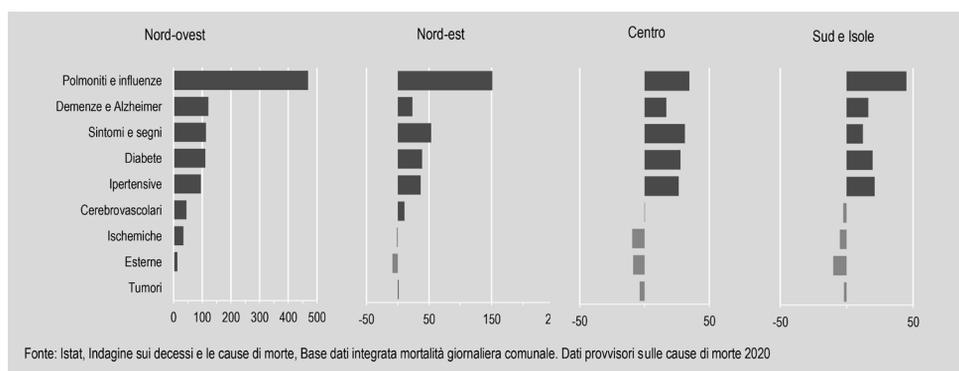


Figura 4. Variazione percentuale dei decessi di marzo-aprile 2020 per alcune cause di morte diverse dal COVID-19, per ripartizione geografica

Per quanto riguarda in generale le malattie cardiache legate al sistema circolatorio, si osservano incrementi più contenuti rispetto alle patologie ipertensive (+40%): malattie cerebrovascolari (+13%), malattie cardiache ischemiche (+5%) e restanti malattie circolatorie (+10%). Nonostante ciò, l'aumento in termini assoluti (circa 3.600 decessi in più) risulta comunque rilevante dal momento che si tratta di cause molto frequenti nella popolazione. Secondo lo studio sopracitato, condotto dalla Società Italiana di Cardiologia (SIC) durante l'emergenza COVID-19, la mortalità per infarto, in Italia mediamente 260mila decessi/anno, è triplicata, passando da 4,1 a 13,7%. Un aumento significativo, dovuto nella maggior parte dei casi a un infarto non trattato o trattato tardivamente (nel 39% dei casi). Nel trattamento dell'infarto, infatti, il tempo è un fattore cruciale e questo ritardo si è dimostrato spesso fatale. Più tempestivamente si agisce e più possibilità ci sono di salvare la vita al paziente. Osservando la mortalità più in generale e non solo limitata ai primi due mesi, anche durante l'emergenza pandemica, le malattie cardiovascolari sono state la prima causa di morte in Italia.

Tra i decessi per le altre cause, gli incrementi maggiori hanno riguardato i casi di demenza e diabete, dal momento che sono patologie che determinano un profondo stato di fragilità e un maggiore rischio di morte in situazioni particolarmente sfavorevoli. Per quanto riguarda il diabete, quanto emerge da un recente studio condotto dall'ASL3 di Genova su 20.457 pazienti diabetici attivi nel registro sanitario, riferito agli ultimi 2 anni, è un tasso di mortalità due volte superiore rispetto alla popolazione generale (20,4% vs 10,2%) ed è stato stimato un eccesso di 261 decessi in questa popolazione nel 2020⁹⁷.

Non si rilevano, invece, incrementi nel numero di decessi per tumori e malattie

⁹⁷ Torre E., Colombo G.L., Di Matteo S, Martinotti C., Valentino M.C., Rebora A., et al., 2021, op.cit.

infettive nei primi due mesi di emergenza secondo Istat. Specialmente per quanto riguarda il mancato incremento di mortalità per tumori, è possibile ipotizzare che questo sia dovuto al ristretto lasso di tempo considerato nell'analisi. Si tratta infatti, generalmente, di patologie con degenerazione a medio-lungo termine. Pertanto, le conseguenze di una possibile non-aderenza ai trattamenti chemioterapici ospedalieri sarà visibile in un secondo momento.

Al fine di approfondire le cause dell'aumento della mortalità osservata a marzo e aprile 2020 è interessante esaminare i luoghi in cui si sono maggiormente concentrati i decessi. Si registra un forte incremento della mortalità negli Istituti di cura pubblici e privati rispetto al precedente quinquennio (+46%), quasi totalmente attribuibile alla mortalità per COVID-19, e un aumento rilevante anche nelle strutture residenziali o socioassistenziali (rispettivamente +27% e +155%). In questo caso, solo una piccola parte dei decessi risulta direttamente correlato al COVID-19. La restante parte potrebbe essere conseguenza di un mancato accesso alle cure ospedaliere nella fase più critica per il Sistema Sanitario e di una mancata diagnosi di casi COVID-19 all'inizio della pandemia. Si registra anche un aumento di morti nelle abitazioni private per tumori e malattie circolatorie, probabile riflesso di una minore ospedalizzazione per queste patologie.

Sulla base di quanto osservato nei mesi di emergenza pandemica, il COVID-19 ha avuto un ruolo indiretto ma fortemente incisivo sull'aumento della mortalità per altre cause.

Il Sistema Sanitario sottoposto a un improvviso e ingente stress e la rapida trasformazione di reparti ospedalieri in reparti esclusivamente dedicati ai pazienti Covid, hanno comportato un mancato accesso alle cure ospedaliere nella fase più critica della pandemia, con conseguente riduzione di assistenza sanitaria e aumento della mortalità in pazienti no-Covid.

3. L'impatto di COVID-19 sull'assistenza sanitaria: diversi punti di vista

3.1 Crowding e suoi outcomes. La finestra del Pronto Soccorso

A cura di SIMEU, Intexo e Fondazione The Bridge⁹⁸

3.1.1 Il sovraffollamento dei Pronto Soccorso: un problema mondiale in continua crescita

Il sovraffollamento in Pronto Soccorso è stato oggetto di grande attenzione mediatica in questo periodo di pandemia, perciò può essere utile chiarire, soprattutto ai non addetti ai lavori, di che cosa si tratti e quali ne siano le diverse implicazioni cliniche e organizzative.

Innanzitutto, è utile specificare che si tratta di un fenomeno mondiale e non legato al solo periodo pandemico, ma largamente studiato dalla letteratura scientifica da oltre 20 anni con l'obiettivo di analizzarne le cause, le conseguenze, i rischi per i pazienti e cercarne delle soluzioni.

Si tratta di uno squilibrio tra la richiesta di cure urgenti e la capacità di erogare le cure stesse da parte di una struttura sanitaria. Per semplificare, è descrivibile come una situazione in cui in un Dipartimento di Emergenza vi sono più pazienti che letti attrezzati e personale disponibile e i tempi di attesa per la presa in carico non sono "ragionevoli". È come trovarsi in una stanza con un elefante; questo paragone, proposto da Jesse M. Pines (2007), rende efficacemente l'impressione di disagio e di pericolo di un Pronto Soccorso affollato: ci si rende conto di quanto sia enorme la bestia, di quanto sia difficile prevederne i movimenti e non si sa per quanto ancora potrà reggere il pavimento; tuttavia, neppure si riesce a far uscire l'animale dalla stanza.

Un'altra immagine efficace per capire il fenomeno del sovraffollamento in Pronto Soccorso è quella di un imbuto in cui si riversano tutti i pazienti certi di trovare sempre, 24 ore su 24, 7 giorni su 7, una risposta adeguata e professionale ai propri bisogni di salute sia fisica sia psichica, ma, il cui deflusso, in realtà, è limitato dalla dimensione del collo, generalmente molto stretto rispetto alla base del cono. Da una parte dell'imbuto si trova la "città", dall'altra, quella stretta, l'ospedale con i "posti letto".

Appare chiaro che il sovraffollamento non è un problema del Pronto Soccorso in

⁹⁸ *Paragrafi a cura di Simeu*: 3.1 (dal 3.1.1 al 3.1.6) e nel paragrafo 3.5 "*Fragili no-Covid: l'Italia lancia l'allarme per le persone con disturbi psichiatrici*"; *paragrafi a cura di Intexo*: 3.1.7, 3.2; *paragrafi a cura di Fondazione The Bridge*: 3.3, 3.4, 3.5.

sé, ma dell'Ospedale e dell'intero Sistema Sanitario. Il Pronto Soccorso è sovraffollato se lo è l'ospedale. Con un ospedale vuoto il problema non si presenterebbe.

Gli studi scientifici hanno ben documentato questa semplice osservazione. Il sovraffollamento dipende da tre categorie di fattori: i fattori in ingresso (*input factors*), i fattori all'interno (*throughput factors*) e i fattori in uscita (*output factors*).

I fattori all'ingresso sono rappresentati in sostanza dal numero di pazienti che si rivolgono al Pronto Soccorso, dal loro codice di priorità alla visita medica attribuito al *Triage*, dall'intensità di cure di cui necessitano e dai tempi di attesa. Il codice colore attribuito al *Triage* è un codice di priorità alla visita medica e non un codice di gravità, essendo legato alla previsione di una possibile evoluzione del sintomo presentato dal paziente. Uno studio europeo pubblicato nel 2019 ed eseguito su oltre 7 milioni di accessi in Pronto Soccorso ha evidenziato come gli accessi "impropri" (cioè di persone che non avrebbero dovuto recarsi in Pronto Soccorso) siano non più del 5%, quindi non significativi.

I fattori all'interno sono rappresentati invece dai tempi del percorso diagnostico-terapeutico che il paziente svolge in Pronto Soccorso: visita medica, accertamenti vari, esami del sangue, diagnostica per immagini (Radiografie, ecografie, Tac etc.), alcuni molto lunghi; per escludere la presenza di alcune patologie acute e pericolose per la vita, sono richiesti controlli ematici a distanza di diverse ore dai primi: si pensi che, ad esempio, per scartare la patologia ischemica cardiaca il paziente deve essere sottoposto a un secondo prelievo ematico a distanza anche di 6 ore dal primo.

Nel periodo di degenza in Pronto Soccorso il paziente viene monitorizzato e sottoposto alle terapie d'urgenza - alcune delle quali necessitano di infusioni lente - il cui controllo di efficacia richiede tempo, impegno e competenze elevate sia da parte dei medici, sia del personale infermieristico che negli anni ha acquisito elevate professionalità e specializzazione nel campo dell'urgenza, qualità rare e preziose.

Alla fine di questa fase il paziente dovrebbe essere dimesso o ricoverato ed è questo il punto in cui cominciano a pesare gli *output factors*, ovvero quelli che ostacolano la fuoriuscita dei pazienti dal metaforico imbuto di cui abbiamo fatto cenno e si parla in questo caso di sovraffollamento in uscita. Studi di letteratura hanno evidenziato che il principale tra questi fattori è rappresentato dalla mancanza di posti letto in ospedale. Il taglio di posti letto ha caratterizzato le politiche sanitarie di quasi tutto il mondo da decenni. In Italia, negli ultimi 10 anni, si è passati da 5 a 3,7 posti letto per mille; di contro, nello stesso periodo, è aumentata l'età media della popolazione e il numero di pazienti fragili e con più patologie. È quindi cresciuto sempre più il "blocco in uscita", simile alla coda quando si aspetta l'imbarco su un aereo (*boarding*); il paziente

in questa fase viene considerato in *boarding*, cioè in attesa del suo posto letto. Studi scientifici hanno dimostrato che il 40% del tempo infermieristico in Pronto Soccorso viene impegnato dai pazienti in *boarding* invece che dai pazienti ancora in fase di accertamenti e cure. In conclusione, la causa principale del sovraffollamento in Pronto Soccorso è il *boarding*, cioè l'attesa del posto letto per il ricovero.

In tempi normali il problema era già molto sentito e da tempo denunciato dai medici di urgenza. Erano di solito le epidemie stagionali di influenza, il grande caldo estivo, eventuali emergenze sanitarie ad acuire il problema del sovraffollamento.

Il sovraffollamento causa non solo prolungamento del tempo di permanenza (LOS), ma anche peggiori *outcomes* per i pazienti. Diversi studi hanno infatti riportato che il sovraffollamento può comportare un numero maggiore di eventi avversi, come aumento della morbilità e mortalità, LOS prolungata e riduzione della qualità dell'assistenza sanitaria.

L'affollamento del Pronto Soccorso è stato ampiamente discusso per diversi decenni e sono stati suggeriti vari interventi per ridurlo. Attualmente, la causa più frequente di sovraffollamento è il fenomeno noto come *access block*. Secondo l' Australasian College for Emergency Medicine, esso è definito come “*la situazione in cui i pazienti non sono in grado di accedere a letti ospedalieri appropriati entro un ragionevole lasso di tempo, non superiore a 8 ore*” e “*sovraffollamento*” si riferisce a “*la situazione in cui la funzione del Pronto Soccorso è ostacolata da un numero tale di pazienti in attesa di essere visitati, sottoposti a valutazione e trattamento, o in attesa di ricovero, da superare la capacità fisica o di personale del Pronto Soccorso stesso.*”

Bibliografia essenziale:

- Crowding. *Ann Emerg Med* 2006; 47:585.
- Australasian College for Emergency Medicine. Statement on Emergency Department Overcrowding. 2006. http://www.acem.org.au/media/policies_and_guidelines/111012_S57_Emergency_Department_Overcrowding
- Canadian Association of Emergency Physicians. Emergency Department Overcrowding: Position Statement. 2009. [Http://caep.ca/sites/default/files/edoc_position_statement_board_approved_june_2009](http://caep.ca/sites/default/files/edoc_position_statement_board_approved_june_2009)
- Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LJ, Lurie N, Camargo CA Jr. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med*. 2003; 42(2):173+80. <https://doi.org/10.1067/mem.2003.302> PMID: 12883504
- Richardson Myths versus facts in emergency department overcrowding and hospital access block. April 2009 *The Medical journal of Australia*
- Institute of Medicine, Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. Hospital-based emergency care: at the breaking point. Washington, DC: National Academy Press, 2006.

-
- Ardagh M., Richardson S., Emergency department overcrowding. Can we fix it? *N Z Med J* 2004; 117: U774.
 - Australasian College for Emergency Medicine. Policy document — standard terminology. *Emerg Med (Fremantle)* 2002; 14: 337-340.
 - American College of Emergency Physicians. Crowding. *Ann Emerg Med* 2006; 47: 585.
 - Hwang U., Concato J., Care in the emergency department: how crowded is overcrowded? *Acad Emerg Med* 2004; 11: 1097-1101.
 - Jones S.S., Allen T.L., Flottemesch T.J., Welch S.J., An independent evaluation of four quantitative emergency department crowding scales. *Acad Emerg Med* 2006; 13: 1204-1211.
 - Raj K., Baker K., Brierley S., Murray D., National emergency department overcrowding study tool is not useful in an Australian emergency department. *Emerg Med Australas* 2006; 18: 282-288.
 - Hostetler M.A., Mace S, Brown K, et al., Subcommittee on Emergency Department Overcrowding and Children, Section of Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians. Emergency department overcrowding and children. *Pediatr Emerg Care* 2007; 23: 507-515.
 - Australian Institute of Health and Welfare. Australia's health 2008. Canberra: AIHW, 2008. (AIHW Cat. No. AUS 99.) <http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm/title/10585> (accessed Mar 2009).
 - Australasian College for Emergency Medicine. Policy document — standard terminology. *Emerg Med (Fremantle)* 2002; 14: 337-340.
 - Richardson D.B., Quantifying the effects of access block [abstract]. *Emerg Med (Fremantle)* 2001; 13: A10.
 - Bernstein S.L., Aronsky D., Duseja R., et al., SAEM Emergency Department Crowding Task Force. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Acad Emerg Med* 2009; 16: 1-10.
 - Cameron P.A., Hospital overcrowding: a threat to patient safety? *Med J Aust* 2006; 184: 203-204.
 - Chalfin D.B., Trzeciak S., Likourezos A., et al; DELAY-ED study group. Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit. *Crit Care Med* 2007; 35: 1477-1483.
 - Sprivilis P.C., Da Silva J-A., Jacobs IG., et al. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust* 2006; 184: 208-212.
 - Richardson D.B. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust* 2006; 184: 213-216.
 - Fatovich D.M., Nagree Y., Sprivilis P., Access block causes emergency department overcrowding and ambulance diversion in Perth, Western Australia. *Emerg Med J* 2005; 22: 351-354.
 - Schull M.J., Morrison L.J., Vermeulen M., Redelmeier D.A., Emergency department overcrowding and ambulance transport delays for patients with chest pain. *CMAJ* 2003; 168: 277-283.
 - Australasian College for Emergency Medicine. Policy document — standard terminology. *Emerg Med (Fremantle)* 2002; 14: 337-340.
 - Richardson D.B., Quantifying the effects of access block [abstract]. *Emerg Med (Fremantle)* 2001; 13: A10.
 - Bernstein S.L., Aronsky D, Duseja R, et al. SAEM Emergency Department Crowding Task Force. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Acad Emerg Med* 2009; 16: 1-10.
 - Cameron P.A., Hospital overcrowding: a threat to patient safety? *Med J Aust* 2006; 184: 203-204.
 - Chalfin D.B, Trzeciak S, Likourezos A, et al; DELAY-ED study group. Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit. *Crit Care Med* 2007; 35: 1477-1483.
 - Sprivilis P.C, Da Silva J-A., Jacobs IG, et al., The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust* 2006; 184: 208-212.
 - Richardson D.B., Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust* 2006; 184: 213-216.
 - Fatovich D.M., Nagree Y., Sprivilis P., Access block causes emergency department overcrowding and ambulance diversion in Perth, Western Australia. *Emerg Med J* 2005; 22: 351-354.
 - Schull M.J., Morrison L.J., Vermeulen M., Redelmeier D.A., Emergency department overcrowding and ambulance transport delays for patients with chest pain. *CMAJ* 2003; 168: 277-283.

3.1.2 Epidemie e accesso alle cure: cosa insegna la letteratura prima della pandemia da COVID-19

I virus che causano infezioni del tratto respiratorio (RTI) possono esacerbare le malattie polmonari croniche, richiedendo visite al Pronto Soccorso e ospedalizzazione. Ciò pone un grande onere sui servizi sanitari nelle cure primarie e secondarie, tenendo conto della maggior parte della variabilità di accessi al Pronto Soccorso e ricoveri associati a RTI. Era già ben noto che, durante le epidemie, i virus potessero anche causare la morte, come osservato per l'influenza e il virus respiratorio sinciziale, sia in pazienti giovani che anziani. Pertanto, identificare i virus e monitorare la gravità e i loro effetti rimarranno importanti sforzi scientifici e clinici.

Nel corso degli anni è stato riportato in letteratura come, durante le epidemie di malattie infettive, cambino le modalità e l'impiego dell'assistenza sanitaria, ed è per questo importante identificare i modelli di cambiamento, così da essere pronti a eventuali epidemie future.

Gli effetti delle epidemie di malattie infettive sull'impiego dell'assistenza sanitaria dipendono dalle caratteristiche dell'infezione. Per esempio, nell'epidemia da sindrome respiratoria acuta grave (Sars) del 2003 a Taiwan, l'utilizzo del servizio sanitario è diminuito a causa delle preoccupazioni legate alla trasmissione nosocomiale. Al contrario, nella pandemia di influenza H1N1 del 2009, che è stata caratterizzata da un'elevata infettività ma da bassi tassi di mortalità, il ricorso al servizio sanitario è aumentato. Nel 2015, quando la Corea del Sud ha sperimentato un'epidemia di sindrome respiratoria mediorientale (MERS), i cittadini hanno evitato le strutture sanitarie a causa di timori riguardanti la potenziale trasmissione nosocomiale di questa malattia contagiosa sconosciuta. Tali paure hanno colpito l'intera società e, secondo quanto riferito, l'utilizzo dell'assistenza sanitaria è diminuito.

Le epidemie possono avere effetti diversi sul comportamento dei pazienti a seconda dei tassi di mortalità e dell'impatto emotivo dell'epidemia stessa sulla popolazione. È descritto in letteratura, infatti, come nelle epidemie con alti tassi di mortalità sia probabile che si riduca la domanda di servizi sanitari, ma aumenti il numero di pazienti con malattie gravi. Di contro, epidemie con tassi di mortalità più bassi ed effetti emotivi inferiori possono comportare un maggiore utilizzo dell'assistenza sanitaria.

Pertanto, le epidemie hanno effetti importanti sul Sistema Sanitario, incluso il sovraccollamento.

Bibliografia essenziale:

- Beckham J.D., Cadena A., Lin J, Piedra PA, Glezen WP, Greenberg S.B., et al. Respiratory viral infections in patients with chronic, obstructive pulmonary disease. *J Infect.* 2005; 50(4):322–30. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2004.07.011> PMID: 15845430.
- Busse W.W., Lemanske R.F. Jr., Gern JE. Role of viral respiratory infections in asthma and asthma exacerbations. *Lancet.* 2010; 376(9743):826–34. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61380-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61380-3) PMID:20816549; PubMed Central PMCID: PMC2972660.
- Ritchie A.I., Farne H.A., Singanayagam A., Jackson D.J., Mallia P, Johnston SL., Pathogenesis of Viral Infection in Exacerbations of Airway Disease. *Ann Am Thorac Soc.* 2015; 12 Suppl 2:S115–32. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201503-151AWPMID: 26595727>.
- Satia I., Cusack R., Greene J.M., O'Byrne P.M., Killian K.J., et al., (2020) Prevalence and contribution of respiratory viruses in the community to rates of emergency department visits and hospitalizations with respiratory tract infections, chronic obstructive pulmonary disease and asthma. *PLOS ONE* 15(2): e0228544. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228544>.
- Lu TH., Chou YJ., Liou CS., Impact of Sars on healthcare utilization by disease categories: implications for delivery of healthcare services. *Health Policy* 2007;83:375-81.
- Chang H.J., Huang N., Lee C.H., Hsu Y.J., Hsieh C.J., Chou YJ., The impact of the Sars epidemic on the utilization of medical services: Sars and the fear of Sars. *Am J Public Health* 2004;94:562-4.
- Fagbuyi D.B., Brown K.M., Mathison D.J., Kingsnorth J., Morrison S., Saidinejad M., et al. A rapid medical screening process improves emergency department patient flow during surge associated with novel H1N1 influenza virus. *Ann Emerg Med* 2011;57:52-9.
- Costello B.E., Simon H.K., Massey R., Hirsh DA., Pandemic H1N1 influenza in the pediatric emergency department: a comparison with previous seasonal influenza outbreaks. *Ann Emerg Med* 2010;56: 643-8.
- Cowling B.J., Park M., Fang VJ., Wu P, Leung G.M., Wu JT., Preliminary epidemiological assessment of MERS-CoV outbreak in South Korea, May to June 2015. *Euro Surveill* 2015;20:7-13.
- Cho S.Y., Kang J.M., Ha Y.E., Park G.E., Lee J.Y., Ko J.H., et al., MERS-CoV outbreak following a single patient exposure in an emergency room in South Korea: an epidemiological outbreak study. *Lancet* 2016;388:994-1001.
- Ro J.S., Lee J.S., Kang S.C., Jung H.M., Worry experienced during the 2015 Middle East Respiratory Syndrome (MERS) pandemic in Korea. *PLoS One* 2017;12:e0173234.
- Park G.E., Ko J.H., Peck K.R., Lee J.Y., Lee J.Y., Cho S.Y., et al. Control of an outbreak of Middle East respiratory syndrome in a tertiary hospital in Korea. *Ann Intern Med* 2016;165:87-93.
- Kim E.Y., Liao Q., Yu ES, Kim J.H., Yoon S.W., Lam W.W., et al., Middle East respiratory syndrome in South Korea during 2015: risk-related perceptions and quarantine attitudes. *Am J Infect Control* 2016;44:1414-6.
- Paek S.H., Kim D.K., Lee J.H., Kwak Y.H., The impact of Middle East respiratory syndrome outbreak on trends in emergency department utilization patterns. *J Korean Med Sci* 2017;32:1576-80.
- Jeong H., Jeong S., Oh J., Woo S.H., So B.H., Wee J.H., et al., Impact of Middle East respiratory syndrome outbreak on the use of emergency medical resources in febrile patients. *Clin Exp Emerg Med* 2017;4:94-101.

3.1.3 Lo scoppio della malattia da COVID-19 in Italia

La malattia da Coronavirus 2019 (COVID-19) è una malattia infettiva respiratoria acuta causata dal nuovo Coronavirus determinante una sindrome respiratoria acuta grave da Coronavirus 2 (SARS-CoV-2). SARS-CoV-2 è diverso da altri Coronavirus che di solito si diffondono nell'uomo e causano il comune raffreddore. Il primo caso confermato di polmonite causata da questo nuovo Coronavirus è stato segnalato alla fine del 2019 (OMS, Organizzazione mondiale della sanità 2019). Il COVID-19 è particolarmente patogeno nell'uomo ed è associato ad alti tassi di mortalità. Un'ampia percentuale di pazienti sviluppa una malattia grave con esiti gravi o infausti. Come noto, il primo caso di COVID-19 in Italia è stato registrato il 21 febbraio 2020 a Codogno, un comune di 15.978 abitanti in provincia di Lodi.

Man mano che i casi raggiungevano le varie realtà, gli ospedali attuavano piani differenti per far fronte alle varie ondate pandemiche. Subito o nel giro di poco tempo, gli ospedali di riferimento sono stati costretti a chiudere o ridurre le cure ambulatoriali. I pazienti "regolari" sono stati dimessi o trasferiti in altri reparti o in altre strutture e intere aree ospedaliere sono state trasformate in reparti di terapia subintensiva.

3.1.4 In Italia nasce lo studio che spiega il fenomeno dell'affollamento in epoca Covid

Sebbene l'agente eziologico e la modalità di trasmissione di COVID-19 siano stati esaminati in dettaglio, non sono molti i lavori portati a compimento circa le modalità con cui l'epidemia abbia impattato sulla disponibilità dei servizi di emergenza e sul sovraffollamento del Pronto Soccorso. È già stato eseguito un ampio studio osservazionale⁹⁹ retrospettivo dal gruppo di ricerca dell'Università e del Policlinico San Matteo di Pavia, confrontando i dati demografici e clinici dei pazienti durante la prima ondata di COVID-19 con i dati dei pazienti che hanno visitato il Pronto Soccorso nel periodo corrispondente nei 2 anni precedenti, nonché nel periodo precedente l'epidemia. Lo studio, pubblicato nella prestigiosa rivista *Western Journal of Emergency Medicine*, ha evidenziato:

- una drastica riduzione delle visite al Pronto Soccorso durante la pandemia di

⁹⁹ Savioli G. et al. *Impact of the Coronavirus Disease 2019. Pandemic on Emergency Care Utilization and Crowding: Experience of a Hospital in Northern Italy. A call to action for effective solutions to the Access Block.*, *Western Journal of Emergency Medicine*.

COVID-19 indipendentemente dall'età e dal sesso, in particolare per le condizioni di bassa acuità;

- i pazienti che si sono rivolti al Pronto Soccorso più frequentemente erano emodinamicamente instabili, mostravano più comunemente segni vitali anormali e richiedevano più frequentemente cure e ospedalizzazioni in reparti ad alta intensità di cura;
- durante la pandemia, l'affollamento del Pronto Soccorso è aumentato drasticamente, principalmente a causa dei cambiamenti nella gestione dei pazienti che hanno prolungato la LOS e dell'aumento dei fenomeni di *exit block* e del *boarding*.

È stato quindi avviato un più ampio studio osservazionale multicentrico basato su una revisione retrospettiva delle cartelle cliniche ed epidemiologiche dei pazienti in ospedali rappresentativi delle varie realtà italiane: sono stati selezionati due ospedali al Nord, due al Centro e due al Sud. Altri centri stanno aderendo.

Sono stati studiati gli accessi avvenuti durante tutto il primo anno di pandemia da COVID-19 e confrontati con gli accessi degli anni precedenti al fine di valutare i cambiamenti nell'uso delle risorse di emergenza dopo l'epidemia di COVID-19 in termini di visite al Pronto Soccorso e per definire le caratteristiche della popolazione che si è rivolta ai Pronto Soccorso durante la pandemia e le cause delle visite; sono stati anche definiti indici di affollamento come la durata della degenza in PS, il tempo totale di blocco degli accessi e il tasso di blocco degli accessi, esiti clinici come ricovero e tassi di mortalità e la proporzione di accessi al Pronto Soccorso attribuibili a COVID-19. Per ogni paziente sono stati raccolti e analizzati dati demografici (sesso ed età), parametri vitali (sangue, frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno, *Glasgow Coma Scale*, frequenza respiratoria), segni e sintomi, tempo di attesa, LOS in PS, modalità di accesso in PS, codici di priorità per la visita medica; sono stati inoltre raccolti i codici di uscita per gravità, tempo totale di blocco degli accessi e tasso di blocco degli accessi. Tutte le cartelle cliniche sono state accuratamente visualizzate e valutate e tutti i dati della tomografia computerizzata sono stati accuratamente rivisti.

Nello studio sono stati presi in considerazione numerosi indici di *affollamento*, scelti tra i maggiormente validati, e in particolare:

- indici di affollamento all'ingresso (input): tempi di attesa, numero di pazienti che visitano il Pronto Soccorso e gravità e complessità della malattia;
- indici di affollamento all'interno (throughput): LOS;
- indici di affollamento in uscita: numero medio o percentuale di ricoveri, pazienti in PS che vada incontro ai fenomeni di *access block* e/o *boarding* (numero medio o percentuale di pazienti che li hanno subiti), e tempo totale di *access block* e di

boarding (somma del tempo di tutti i pazienti che ha subito i fenomeni di *access block* e/o *boarding*).

La definizione di questi indici, già ampiamente convalidati, è riassunta in nota¹⁰⁰.

Lo studio, in fase di elaborazione e completamento, ha per ora analizzato oltre 450.000 accessi nelle Regioni Lombardia, Lazio e Puglia evidenzia come la pandemia da COVID-19 si sia abbattuta come un uragano su un sistema già in sofferenza.

Dalle analisi preliminari, già pubblicate, di un significativo campione emerge, per quanto concerne i fattori in ingresso, un calo sostanziale, di circa il 40%, del volume di pazienti che hanno eseguito accesso al Pronto Soccorso nell'anno della pandemia rispetto all'anno precedente ($p < 0,001$). Si è registrata una riduzione, in alcuni periodi, anche superiore al 50% degli accessi giornalieri.

Dividendo la popolazione in gruppi di età si osserva, durante la pandemia, una riduzione del numero di visite al Pronto Soccorso tra tutte le fasce di età, in particolare tra i pazienti più giovani.

Contestualmente, sono notevolmente cambiate le modalità di arrivo al Pronto Soccorso: mentre prima della pandemia il 60-70% dei pazienti arrivava al Pronto Soccorso utilizzando il proprio mezzo di trasporto, durante la pandemia solo il 40% dei pazienti è giunto con mezzi autonomi.

Nel periodo in esame, è stata osservata una maggiore necessità di cure mediche e una maggiore intensità di cure. Al contrario, un minor numero di pazienti ha richiesto cure a bassa intensità. Inoltre, i segni vitali dei pazienti sono peggiorati.

Nel corso della pandemia si è osservata una riduzione dei tempi di attesa (dall'arrivo in PS fino alla visita medica).

Per quanto concerne i fattori all'interno (*throughput*), nel periodo analizzato il tempo trascorso in PS è aumentato, in particolare il LOS. Il prolungamento del LOS nel periodo di pandemia rispetto a quello nei periodi di controllo è rimasto statisticamente significativo dopo l'aggiustamento per età, sesso, codice di priorità e necessità di cure di intensità da moderata ad alta.

¹⁰⁰ Il "tempo di attesa" è definito come il tempo totale dalla registrazione/selezione iniziale alla prima visita da parte di un medico.

Il LOS complessivo nel PS è il tempo che trascorre dalla registrazione al triage fino alla dimissione o al trasferimento in un reparto o in una altra struttura ospedaliera. Questa variabile riflette l'esperienza totale del paziente, comprese le cure, l'attesa e i fenomeni di *boarding* e *access block*.

Il fenomeno dell'*access block* è definito come un tempo di permanenza della durata superiore a 8 ore in PS dalla presentazione al ricovero. Il tempo totale di *access block* rappresenta quindi il tempo di assistenza che il personale medico e infermieristico di Pronto Soccorso ha dovuto dedicare ai pazienti in *access block* sottraendolo, de facto necessariamente, al tempo di assistenza ordinaria.

Boarding è definito come una permanenza in PS della durata superiore a 6 ore dalla visita medica al ricovero. Il tempo totale di *boarding* rappresenta quindi il tempo di assistenza che il personale medico e infermieristico di Pronto Soccorso ha dovuto dedicare ai pazienti in *boarding* sottraendolo, de facto necessariamente, al tempo di assistenza ordinaria.

Andando ad analizzare i fattori in uscita vediamo come durante la pandemia siano aumentati tutti gli indici di *output* di affollamento, in particolare i tassi di *boarding* e di *access block* e i tempi totali di *boarding* ed *access block*. In alcuni periodi, in determinate realtà i tempi totali di *boarding* e *access block* si sono decuplicati, rendendo ben evidente il lavoro in eccesso che si è reso necessario fare.

L'analisi in corso dei dati totali ha permesso di confermare questo primo dato e, in particolare, ha messo in evidenza come nelle varie Regioni italiani vi sia stato un incremento significativo del *crowding* a fronte di una riduzione degli *input factor* e di un aumento dei fattori all'interno (*throughput*) e di quelli all'uscita (*output*), che risultano quindi essere i maggiori responsabili del sovraffollamento al PS.

Area analisi	Andamento periodo pandemico	Fattori
Indici di affollamento all'ingresso (input)	↓	<ul style="list-style-type: none"> • 40% (con punte >50%) del volume di pazienti che hanno eseguito accesso al Pronto Soccorso nell'anno della pandemia rispetto all'anno precedente (p <0,001). • Riduzione ha riguardato tutte le fasce di età, maggiormente i pazienti più giovani. • Diverse modalità di arrivo al PS: riduzione arrivi in maniera autonoma (da 70% a 40%). • Maggiore necessità e maggiore intensità di cure mediche. • Minor numero di pazienti ha richiesto cure a bassa intensità. • Peggioramento segni vitali dei pazienti. • Riduzione dei tempi di attesa (dall'arrivo in PS fino alla visita medica).
Indici di affollamento all'interno (<i>throughput</i>): LOS	↑	Aumento del tempo trascorso in PS è aumentato, in particolare il LOS.
Indici di affollamento in uscita	↑	<p>Aumentati tutti gli indici di <i>output</i> di affollamento in uscita Fortissima crescita (fino a decuplicare)</p> <ul style="list-style-type: none"> • tassi di <i>boarding</i> • tassi di <i>access block</i> • tempi di <i>boarding</i> • tempi di <i>access block</i>.
Crowding (in generale)	↑	

Tabella 6. Sintesi risultati Studio in corso multicentrico

3.1.5 Dall'Italia parte la call to action per risolvere il problema dell'*access block*

Dai dati riportati nell'articolo *Impact of the Coronavirus Disease 2019. Pandemic on Emergency Care Utilization and Crowding: Experience of a Hospital in Northern Italy. A call to action for effective solutions to the Access Block* emerge come i fattori di sovraffollamento in ingresso, alquanto ininfluenti, siano diminuiti durante il Covid per la paura di contagio da parte della popolazione. Testimonianza ne è il grosso calo di accessi (circa il 40%) nei Pronto Soccorso. La paura di contagio ha infatti portato a sottovalutare sintomi gravi e pericolosi per la vita (ma non assimilabili al Covid), con conseguenti diagnosi misconosciute, ritardate o mai fatte. Per esempio, la patologia ischemica cardiaca ha annoverato un aumento di infarti riconosciuti tardivamente e un aumento di morti per arresto cardiocircolatorio nel territorio.

I fattori all'interno sono aumentati perché i pazienti che giungevano in Pronto Soccorso erano molto più complessi da gestire, richiedevano terapie e monitoraggi più lunghi e complessi. A determinare una crescita del lavoro ha concorso anche il necessario sdoppiamento dei flussi dei pazienti (flusso pulito e flusso sporco) che ha comportato il raddoppio del lavoro per il personale del Pronto Soccorso e non solo. Nel flusso pulito devono transitare i pazienti che accedono al Pronto Soccorso per motivi non correlabili al Coronavirus, come ad esempio appendiciti acute, fratture di femore, traumi cranici. Nel flusso sporco devono invece transitare tutti i pazienti con sospetto Coronavirus, ovvero tutti quelli che potrebbero averlo e che giungono in Pronto Soccorso per tale sospetto o con sintomatologia correlabile all'infezione da Coronavirus. Tuttavia, non tutti risultano positivi al virus e occorre perciò un percorso ben disegnato con buoni accorgimenti e regole ferree per ridurre al minimo la possibilità di contagio. Se gli effetti generali di un simile percorso sono stati ben rappresentati dalla stampa e dai social (i segni delle mascherine sul personale sanitario e sui pazienti, la lontananza dai parenti e dagli affetti, il conseguente senso di solitudine che questa malattia porta con sé), non altrettanto è stato reso manifesto come ciò abbia causato un drammatico incremento del sovraffollamento, ovvero dello squilibrio tra le richieste di cure urgenti e la possibilità di erogazione delle medesime. Ai tempi abituali si sono aggiunti quelli peculiari della pandemia: vestizione e svestizione degli operatori sanitari, disinfezione di locali, delle sale dedicate all'*imaging*, degli apparecchi di *imaging* (Rx, TC, ecografi...), tempi necessari per avere l'esito di un tampone (alcuni grossi ospedali hanno avuto da subito l'opportunità di farlo nel loro laboratorio, ospedali più piccoli sono stati

costretti all'invio presso altri laboratori), tempi per comunicare telefonicamente con i familiari dei pazienti e quelli necessari ad agevolare il dialogo dei pazienti ricoverati con i loro cari, tempi di esecuzione delle complesse terapie e della ventilazione, ripetuti controlli degli scambi respiratori. Tutte attività che richiedono alta professionalità e cure altamente specializzate.

La pandemia ha peggiorato anche i fattori di sovraffollamento in uscita, dipendenti dalla carenza di posti letto, non solo nelle terapie intensive, ma anche nei reparti medici e chirurgici. Infatti, il fenomeno del *boarding* è stato esasperato dall'attesa del risultato del tampone per ricoverare nei reparti i pazienti presenti in PS, ciò è valso non solo per i pazienti con sospetto Coronavirus, ma anche per tutti i pazienti del flusso pulito della cui negatività si deve essere certi prima di un eventuale ricovero. Non si devono ricoverare portatori asintomatici in reparti *Covid free*. Il sovraffollamento in uscita è anche determinato dall'attesa tampone pre-dimissione dei pazienti dai reparti dell'ospedale che provoca un'occupazione prolungata di posti letto. Pensiamo a tutti i pazienti che, prima di recarsi al domicilio, dovranno recarsi a un reparto di riabilitazione. Onde evitare che questo reparto, pulito, ovvero senza virus, accetti un paziente positivo al virus occorre che anche questo paziente faccia un tampone e risulti negativo.

Come è chiaro, tutti questi fattori determinano un esagerato aumento del lavoro richiesto per soddisfare le richieste di cure urgenti, lavoro che viene condotto con le stesse risorse del periodo ordinario o di poco aumentate, da cui deriva il sovraffollamento.

È importante sottolineare come il sovraffollamento non si concretizzi solo nell'allungamento dei tempi, ma determini anche una riduzione della qualità delle cure e un aumento degli esiti sfavorevoli, compresa la mortalità.

Molti sono stati i rimedi pensati sino ad oggi per ovviare al sovraffollamento, ma vi è ampio consenso sul fatto che nessuno di questi potrà essere efficace sino a che i posti letto non saranno in numero sufficiente.

3.1.6 Categorie fragili: le più vulnerabili, le più esposte

Tutti pazienti che accedono al Pronto Soccorso hanno sperimentato un maggior tasso di affollamento e i relativi effetti sfavorevoli. Per meglio attenzionare il problema abbiamo focalizzato l'attenzione su una prima analisi, relativa al centro pilota (Pavia) e ad alcune categorie di pazienti fragili: gli anziani.

Anziani. L'Italia lancia l'allarme per questa categoria di pazienti fragili

Anche su questo tema, dal gruppo di ricerca dell'Università e del Policlinico San Matteo di Pavia è nato un ampio studio osservazionale¹⁰¹ retrospettivo con focus sui pazienti geriatrici che hanno visitato il Pronto Soccorso, pubblicato sulla prestigiosa rivista IAEM – Internal And Emergency Medicine. È emerso come, indipendentemente dal sesso, il numero di visite al PS sia stato inferiore durante il periodo di pandemia rispetto agli altri periodi considerati (26,9 vs 34,7 visite al giorno), soprattutto una netta riduzione della prevalenza femminile negli accessi Soccorso (57,6% vs. 54,8%, rispettivamente per il periodo non pandemico e pandemico).

Inoltre, la popolazione è stata suddivisa in diverse fasce di età (75-80, 80-85, 85, 90 e ≥90 anni), ma si è osservato che durante la pandemia le riduzioni del numero di visite in Pronto Soccorso hanno riguardato tutte le fasce d'età, senza alcuna differenza statisticamente significativa ($p < 0.14$). Inoltre, considerando il numero di visite giornaliere, si è confermata la riduzione degli accessi.

Anche la modalità di arrivo al Pronto Soccorso è marcatamente cambiata durante il periodo della pandemia: prima il 39,1% dei pazienti arrivava in genere utilizzando il proprio mezzo di trasporto, mentre solo il 20,8% dei pazienti sono arrivati con mezzi di trasporto autonomi durante la pandemia ($p < 0,001$).

Il periodo di pandemia ha visto una diminuzione complessiva del numero di pazienti, ma una maggiore necessità e una più elevata intensità di cura. Al contrario, meno pazienti hanno richiesto cure a bassa intensità ($p < 0,001$).

Durante la pandemia, i segni vitali dei pazienti al momento del ricovero sono solo lievemente peggiorati e l'alterazione principale consisteva in una più marcata prevalenza di desaturazione.

Andando ad analizzare i fattori in ingresso durante il periodo di pandemia, si

¹⁰¹ Savioli G., at all., *How the Coronavirus Disease 2019 Pandemic Changed the Patterns of Healthcare Utilization by Geriatric Patients and the Crowding. A call to action for effective solutions to the Access Block*. Intern Emerg Med., giugno 2021.

è potuta osservare una riduzione globale dei tempi di attesa (dall'arrivo in Pronto Soccorso alla visita) ($p < 0,001$). Analizzando i vari codici di priorità (codici di triage), è emerso che tale riduzione era statisticamente significativa rispetto alle visite con codici di triage verde e giallo, mentre questo non si è dato per i codici bianco e rosso. Emerge quindi che nemmeno per la sottocategoria degli anziani gli *input factor* hanno giocato un ruolo importante per comprendere il fenomeno dell'affollamento.

Viceversa, analizzando i fattori all'interno, il tempo trascorso in PS è aumentato, sia per il tempo di processo che per LOS in PS ($p < 0,001$). Il prolungamento del LOS nel periodo di pandemia rispetto a quello nel periodo di controllo ha mostrato una differenza statisticamente significativa dopo adeguamento per età, sesso, codice di triage e necessità di cure di intensità da moderata ad alta ($p < 0,001$). Dati presentati dal consiglio direttivo SIMEU Lombardia al congresso Europeo di Medicina di Emergenza EUSEM 2021, hanno evidenziato come la esiguità di organico medico e infermieristico con conseguente eccesso di orario lavorativo abbia contribuito all'esacerbarsi dei problemi relativi ai fattori all'interno.

Durante la pandemia, sono aumentati tutti i fattori in uscita di affollamento, questo soprattutto per quanto riguarda i tassi di *boarding* e *access block* e i *total time*, sia di *boarding* che di *access block* ($p < 0,001$). Tale aumento è rimasto statisticamente significativo anche dopo l'aggiustamento per età, sesso, codice di priorità e necessità di cure di intensità da moderata a elevata ($p < 0,001$).

L'aumento del sovraffollamento si è concretato in esiti peggiori per i pazienti: infatti durante la pandemia, i pazienti geriatrici hanno mostrato una percentuale di codici di uscita e tassi di ospedalizzazione peggiori ($p < 0,001$). La percentuale di necessità di ricovero è aumentata dal 32,6 al 55,5% circa ($p < 0,001$). È importante sottolineare che sebbene il numero totale di visite al Pronto Soccorso sia diminuito, il numero dei decessi è aumentato. È stato stimato un tasso di mortalità in PS di 1,71/100 pazienti durante la pandemia e di 0,31/100 pazienti ($p < 0,001$) per precedenti periodi corrispondenti.

3.1.7 Analisi economica correlata all'analisi sulla medicina d'urgenza e patologie tempo-dipendenti

Come emerso dalle recenti pubblicazioni di Savioli e coll.^{102,103}, durante la prima ondata pandemica si è osservato un affollamento dei Pronto Soccorso (PS), con un forte aumento di pazienti in condizioni più gravi e ad alta urgenza. Ciò si è accompagnato a una maggiore permanenza degli stessi in PS, con una ridotta possibilità di accesso per altri pazienti. Come risultato, infatti, il numero dei pazienti complessivo che accedevano alle strutture è diminuito.

Un altro elemento di riflessione è il fatto che, durante la fase emergenziale, sono sensibilmente cambiate le modalità di accesso al PS. Prima della pandemia solo il 30-40% dei pazienti arrivava in PS tramite ambulanze e altri trasporti ospedalieri, percentuale che è salita al 60% durante la pandemia ($p < 0,001$). Durante i ricoveri in PS si è anche osservata una maggiore necessità e intensità delle cure erogate. Al contrario, meno pazienti hanno richiesto cure a bassa intensità (31,2% vs 25,2%; $p < 0,001$). Inoltre, a causa del sovraffollamento degli ospedali e della difficoltà nella gestione dei pazienti, i segni vitali dei pazienti risultavano generalmente peggiori, rispetto ai gruppi di controllo, con una ridotta saturazione di ossigeno, tassi più elevati di tachicardia e valori più bassi di pressione sanguigna sistolica.

A fronte quindi di un minor numero di accessi al PS in fase pandemica, i pazienti osservati erano in condizioni più critiche e hanno avuto bisogno di un maggior impiego di risorse sanitarie. Questo da una parte si è tradotto nella presa in carico di pazienti con maggiori criticità legate alla pandemia, dall'altra ha reso impossibile trattare un numero rilevante di pazienti che avrebbero avuto bisogno di cure ospedaliere (PS, ricovero, ambulatorio, ecc.). E il tutto si è tradotto in un utilizzo probabilmente non efficiente delle risorse sanitarie disponibili.

Molto interessanti da questo punto di vista sono i risultati che hanno mostrato l'aumento degli indici di affollamento del PS. Tra i vari dati spiccano in particolare i tempi medi di accettazione (640 vs 1150 minuti [min]; $p < 0,001$) e il tempo medio del "blocco dell'accesso al PS" (718 vs 1223 min; $p < 0,001$). I risultati degli studi di Savioli e coll. sono confermati da altre pubblicazioni nazionali che hanno indagato la problematica relativa agli accessi alle strutture ospedaliere e di PS, i cui risultati sono descritti nel seguente paragrafo.

¹⁰² Savioli G., Ceresa I.F., Novelli V., et al., *How the Coronavirus disease 2019 pandemic changed the patterns of healthcare utilization by geriatric patients and the crowding: a call to action for effective solutions to the access block*, Intern Emerg Med., giugno 2021.

¹⁰³ Savioli G., Ceresa I.F., Guarnone R., et al., *Impact of Coronavirus Disease 2019 Pandemic on Crowding: A Call to Action for Effective Solutions to "Access Block"*, The Western Journal of Emergency Medicine, luglio 2021.

3.2 Evidenze in letteratura sull'impatto economico di COVID-19 sui pazienti no-Covid

L'effettivo impatto economico del Covid sui pazienti non-Covid è stato indagato da Torre e coll.¹⁰⁴ in un recente studio condotto all'ASL3 di Genova che ha osservato la gestione dei pazienti diabetici e le nuove diagnosi tra marzo e dicembre 2020. Anche tra questi pazienti si è registrato un forte calo nell'accesso ospedaliero (-28%) con un conseguente valore di mortalità due volte superiore rispetto alla popolazione generale (20,4% vs 10,2%) ed è stato stimato un eccesso di 261 decessi in questa popolazione nel 2020. L'analisi ha rivelato un rallentamento nel consumo di nuove terapie antidiabetiche (-14%, 27% vs 41%).

I mancati benefici legati alla possibilità di utilizzare farmaci antidiabetici più innovativi nel 2020 e i danni causati da un non ottimale *follow-up* e controllo delle complicanze micro e macro-vascolari nella popolazione diabetica in Italia durante il blocco pandemico, hanno comportato una spesa stimata di 26,6 milioni di euro per il SSN e una perdita di 257 utilità di qualità di vita nella popolazione diabetica. Considerando i risultati degli scenari di simulazione, tale spesa potrebbe anche essere superiore, andando da un minimo di 38,7 milioni di euro e una perdita di 294 utilità, ad un massimo di circa 94,0 milioni di euro e una perdita di 836 utilità, ipotizzando di estendere l'andamento di simulazione a tutto il 2020.

In conclusione, la popolazione diabetica, come la maggior parte dei pazienti con patologie croniche, ha pagato un alto tributo alla pandemia, sia in termini di numero di morti che onere di complicazioni, insieme ad un generale deterioramento della qualità della vita, comportando anche un maggior e non adeguato impatto sulla spesa sanitaria.

Il Report dell'Università Cattolica del Sacro Cuore ha stimato invece la "perdita" economica a seguito dei mancati ricoveri (costo medio del DRG paria a €3.866,56), superiore ai 5,05€ miliardi, sottolineando che il dato non rappresenta però un risparmio di spesa per il SSN, per via della rigida struttura dei costi caratterizzata dall'elevata porzione di costi fissi (es. il personale). A questo inoltre va aggiunto che a seguito del maggior ricorso a terapie intensive e cure ad alta intensità per la gestione di casi sempre più in urgenza, è ragionevole pensare che il DRG medio per l'anno 2020 sarà maggiore rispetto ai precedenti. A fronte quindi di un minor numero di prestazioni, si ha avuto un maggior onere economico per il SSN.

Inoltre, l'ultima analisi non prende in considerazione gli effetti sulla salute e quindi

¹⁰⁴ Torre E., Colombo G.L., Di Matteo S., Martinotti C., Valentino M.C., et al, giugno 2021, op.cit.

sul consumo futuro di risorse e spesa sanitaria dovute alle mancate terapie, visite, esami diagnostici e ricoveri. È verosimile pensare, anche alla luce degli studi sull'accesso alle cure e alle strutture ospedaliere, che quello che non è stato pagato oggi si ripresenterà in futuro. Con importanti ripercussioni sia in termini di salute, di consumo di risorse e di impatto economico (sia sanitario che perdita di produttività).

3.2.2 L'impatto economico di COVID-19 sulla spesa sanitaria nazionale

Nel 2020, a seguito dell'entrata in vigore dei DPCM 8/03/2020 e 9/03/2020, delle relative Ordinanze della Protezione civile relative all'adozione di misure urgenti per il contrasto e il contenimento della diffusione del COVID-19, il Ministero della Salute ha fornito le indicazioni per regolamentare le attività di erogazione delle prestazioni sanitarie, allo scopo di fronteggiare l'eventuale incremento dei ricoveri e di limitare i flussi di pazienti all'interno delle strutture di assistenza. L'ottavo rapporto del monitoraggio della spesa sanitaria prodotto dalla Ragioneria Generale dello Stato¹⁰⁵, descrive pertanto l'impatto che hanno avuto la pandemia e queste restrizioni sulla spesa sanitaria nazionale e regionale nel 2020. Nello specifico, riporta un incremento di +6,5 miliardi rispetto al 2019.

Andando nel dettaglio, la spesa farmaceutica convenzionata dal 2012 al 2020 è costantemente diminuita (-17,8%) passando da 8.891 a 7.304 milioni di euro, equivalente a una riduzione media annua del 2,4%. Fino al 2017 la dinamica di contrazione è stata più evidente raggiungendo un tasso medio annuo superiore al -3%, per poi rallentare nel biennio successivo (-0,3%). Nel 2020, invece, l'aggregato ha presentato nuovamente una consistente riduzione (-3,2%), da attribuire probabilmente al minor ricorso a questa forma di assistenza per via delle restrizioni imposte per contrastare la diffusione del COVID-19.

Per quanto riguarda la spesa per prestazioni sociali da privato è aumentata dal 2012 al 2020 del 7,4% passando da 22.534 a 24.195 milioni di euro, equivalente a una crescita media annua dello 0,9%. Il sostanziale aumento registrato fino al 2019 è calmierato dalla diminuzione del 3,3% riscontrato nel 2020 a causa del minor numero di prestazioni di assistenza erogate per via delle restrizioni connesse con l'emergenza sanitaria da COVID-19. Questa diminuzione si è osservata in modo differenziato tra le diverse Regioni. In Lombardia, ad esempio, la diminuzione è stata del -10,8%.

La prescrizione di ricette da parte degli specialisti ha visto una significativa flessione soprattutto nei primi mesi del 2020. Nella seguente figura viene descritto l'andamento

¹⁰⁵ Ragioneria Generale dello Stato, *Il monitoraggio della spesa sanitaria - anno 2021*, settembre 2021.

delle ricette di specialistica ambulatoriale utilizzate dal cittadino, come risultanti dai dati trasmessi al Sistema TS ai sensi dell'art. 50 della L 326/2003, a partire dal 2019.

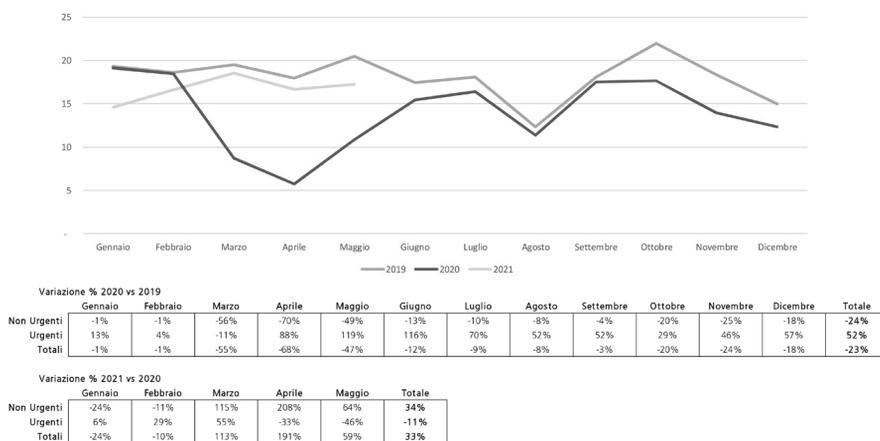


Figura 5. Andamento delle ricette erogate dagli specialisti - Anni 2019, 2020, gen-mar 2021 (Mln di ricette)

Nel 2020, il numero di ricette per prestazioni di specialistica erogate si è ridotto del 23% rispetto al 2019, per un totale di circa 50 milioni di ricette in meno. In particolare, la riduzione è stata più significativa nei periodi in cui le misure emergenziali erano più restrittive. Nel periodo marzo-maggio 2020, infatti, si è registrata una diminuzione del numero di ricette per prestazioni di specialistica mediamente pari a -56%, ovvero circa 33 milioni di ricette in meno rispetto al 2019. Dopo un sostanziale riallineamento all'anno precedente del periodo giugno-ottobre 2020 (-11% e circa -9 mln di ricette), il numero di ricette di specialistica è tornato a ridursi (-21% e circa -7 mln di ricette) nel periodo di novembre e dicembre 2020. In particolare, è interessante osservare che le prestazioni urgenti presentano una dinamica in controtendenza rispetto all'andamento complessivo dell'erogazione delle prestazioni di specialistica, con percentuali superiori al 2019 mediamente pari al +52% nel 2020. Nel periodo gennaio-maggio 2021 si osserva, invece, un sostanziale riallineamento ai livelli dello stesso periodo del 2019 con un recupero, rispetto al 2020, mediamente pari al +33% per il numero delle ricette per prestazioni di specialistica erogate.

Da questo report si evince quindi come l'emergenza da COVID-19 abbia influito sull'accesso alle cure di pazienti no-Covid. La diminuzione dell'accesso agli ospedali, la riduzione della spesa farmaceutica convenzionata e la riduzione delle prestazioni specialistiche, dimostrano una penalizzazione dei pazienti con patologie croniche e tempo-dipendenti, il cui impatto sulla salute e sul SSN si potranno osservare solo con il passare del tempo.

3.3 Focus: oncologia

3.3.1 L'ambito internazionale

Il tumore è una patologia su cui eventuali ritardi tra il momento della diagnosi e l'inizio di trattamenti chirurgici, chemioterapia e radioterapia hanno un impatto negativo in termini di qualità della vita e probabilità di sopravvivenza del paziente. Un'equipe di ricercatori britannici e canadesi, attraverso la revisione di 34 studi su 17 indicatori per 7 tumori, ha evidenziato l'impatto significativo che la posticipazione di un trattamento oncologico può avere sulla mortalità; infatti, ai pazienti a cui viene rimandato un trattamento, perfino di un mese, può presentarsi un incremento relativo del rischio di morte, dal 6% al 13% in più rispetto a chi riceve il trattamento in tempi ottimali¹⁰⁶.

In uno studio¹⁰⁷ condotto a partire da marzo 2020 per una durata di 12 settimane, che ha coinvolto i 193 Stati membri delle Nazioni Unite, è stato stimato che, a causa dell'occupazione e della riorganizzazione dei percorsi ospedalieri dovuta al COVID-19 e di problemi correlati alle risorse di personale, durante le settimane di picco pandemico siano stati cancellati o posticipati 28.404.603 interventi chirurgici e che, in alcuni Paesi, tra cui l'Italia, siano stati cancellati fino a 5000 interventi a settimana; è stato stimato che, tra le operazioni cancellate o posticipate, l'8,2% riguardassero interventi oncologici. La maggior parte degli interventi cancellati è avvenuta in Europa e Asia Centrale.

Uno studio inglese¹⁰⁸, realizzato su pazienti oncologici in UK, ha analizzato l'impatto del ritardo diagnostico per un periodo di 12 mesi, dal 16 marzo 2020 al 15 marzo 2021, stimando un incremento del 7,9/9,6% del numero di decessi dovuti al cancro della mammella, del 15,3/16,6% per quanto riguarda il cancro colon-rettale, del 4,8/5,3% per le neoplasie polmonari e del 5,8/6% per quelle esofagee. Nel complesso, rispetto al periodo pre-pandemia, il numero stimato di decessi aggiuntivi a 5 anni attribuibili a questi quattro tumori è compreso tra 3.291 e 3.621, a causa di ritardi nella diagnosi.

¹⁰⁶ Hanna T.P., King W.D., Thibodeau S., et al., *Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta analysis*, BM., novembre 2020.

¹⁰⁷ Covid Surg Collaborative, *Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans.*, Br J Surg., ottobre 2020.

¹⁰⁸ Maringe C., Spicer J., Morris M., Purushotham A., Nolte E., Sullivan R., Rachet B., Aggarwal A., *The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study*, Lancet Oncol, agosto 2020.

Uno studio canadese¹⁰⁹ ha mostrato come durante la pandemia, l'attività presso il Dipartimento di radioterapia dell'Ospedale Universitario di Montreal, si sia ridotta del 12%; questa riduzione ha impattato maggiormente per i tumori della prostata e del sistema nervoso centrale, nonché riportata anche a carico di mammella, tumori gastrointestinali e pazienti che richiedevano trattamenti palliativi.

In Italia, i dati ISTAT¹¹⁰ relativi alla mortalità osservata da marzo ad aprile 2020, confrontati con i dati dei 5 anni precedenti, mostrano come si sia verificata una mortalità in eccesso del 21%, dei quali circa il 69% sono dovuti a pazienti colpiti dal COVID-19 già affetti da patologie oncoematologiche e cardiologiche.

Nei prossimi anni si prevede che si assisterà anche a un consistente aumento di mortalità legata alla mancata assistenza di pazienti affetti da malattie oncoematologiche, per le quali già si stanno verificando notevoli ritardi diagnostici e quindi un aggravamento della patologia.

In uno studio osservazionale¹¹¹ che ha coinvolto 890 pazienti europei in 19 centri in Italia, UK, Spagna e Germania durante i mesi di marzo e aprile 2020, è emerso che COVID-19 è letale per il 33% dei pazienti con tumore, con un maggior rischio per i pazienti maschi (41% rispetto al 26% delle donne), per gli over 65 (43% contro 19% nei più giovani) e per coloro che presentano altre patologie concomitanti oltre il cancro (45% contro il 25%) o lo sviluppo di complicanze (60% contro 9%).

3.3.2. L'ambito nazionale

In Italia, l'emergenza sanitaria causata dalla pandemia COVID-19 ha avuto un notevole impatto sull'organizzazione delle strutture ospedaliere, coinvolgendo sia i servizi che il personale sanitario, a causa della necessità di fornire assistenza ad un numero enorme di pazienti ammalati di COVID-19. Di conseguenza, ci sono state molte ripercussioni nell'assistenza ai pazienti oncologici quali: sospensioni delle attività di screening, diminuzione delle nuove diagnosi in pazienti sintomatici, ritardi o cancellazioni negli interventi chirurgici, diminuzione delle visite ambulatoriali a causa della cancellazione delle visite di controllo in pazienti in *follow-up*, e rimodulazione

¹⁰⁹ Roberge D., Delouya G., Bohigas A., Michalowski S., *Catching the Wave: Quantifying the Impact of Covif on Radiotherapy Delivery*, Curr Oncol., dicembre 2020.

¹¹⁰ Federazione Foce, *Stato della gestione delle patologie oncoematologiche e cardiologiche durante la pandemia da Covid in Italia*, aprile 2021.

¹¹¹ Pinato D., Zambelli A., Aguilar-Company J., Bower M., *Clinical Portrait of the SARS-CoV-2 Epidemic in European Patients with Cancer*, Cancer Discovery, ottobre 2020.

dei trattamenti medici. Per quanto riguarda l'impatto della pandemia sui decessi, si può ipotizzare un aumento in pazienti con tumori avanzati a causa dei ritardi delle terapie, anche se questo impatto è risultato minore rispetto a quello per patologie cardio-cerebro-vascolari e neurologiche¹¹².

Diagnosi e screening

L'emergenza pandemica ha sicuramente avuto un importante impatto sulle diagnosi in ambito oncologico, con conseguenti ritardi e una riduzione dei volumi delle prime visite. Tuttavia, a tal proposito, non esistono ancora dati omogenei. Uno studio¹¹³ realizzato da IQVIA stima che, complessivamente, nel 2020, siano state fatte 30.000 diagnosi di tumore in meno rispetto all'anno precedente. Le nuove diagnosi si sono ridotte complessivamente nel 2020 dell'11% rispetto al 2019, con picchi fino al 15% nel periodo che va da febbraio a giugno 2020 e del 14% nel periodo ottobre-dicembre 2020.

Un altro studio pubblicato a gennaio 2021¹¹⁴ ha messo in luce invece una riduzione assai maggiore delle diagnosi, mostrando un calo, nel periodo marzo - maggio 2020, di diagnosi di cancro del 44,9% rispetto al numero medio registrato nel 2018 e nel 2019. Tra questi, i tumori cutanei e melanomi hanno rappresentato il 56,7% di tutte le diagnosi mancanti. La diminuzione ha riguardato anche la diagnosi del cancro del colon-retto (-46,6%), della prostata (-45%) e della vescica (-43,6%).

La riduzione delle nuove diagnosi è stata accompagnata da un conseguente ritardo nell'inizio dei trattamenti. Tra febbraio e giugno 2020 gli avvii di nuovi trattamenti si sono ridotti del 18%, e anche nel periodo ottobre-dicembre 2020 è stata registrata una riduzione del 11% rispetto al 2019. Complessivamente da inizio anno è stato registrato un calo del 13%¹¹⁵.

L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS)¹¹⁶ ha monitorato l'andamento dei programmi di screening (cervicale, mammografico e colonrettale) durante l'epidemia da Coronavirus attraverso 3 indagini quantitative, mettendo a confronto specifici periodi del 2020 con gli analoghi del 2019.

¹¹² AIOM, I numeri del cancro in Italia 2021.

¹¹³ IQVIA, *Osservatorio sull'impatto della pandemia COVID-19 sull'accesso alle cure*, marzo 2021.

¹¹⁴ Ferrara G., De Vincentiis L., Ambrosini-Spaltra A., et al., *Cancer diagnostic delay in northern and central Italy during the 2020 lockdown due to the Coronavirus disease 2019 pandemic*, Am J Clin Pathol., settembre 2020.

¹¹⁵ IQVIA, marzo 2021, op.cit.

¹¹⁶ Gruppo di lavoro ONS, *Rapporto sui ritardi accumulati dai programmi di screening italiani in seguito alla pandemia da COVID-19*. Terzo Rapporto aggiornato al 31 dicembre 2020.

Per quanto riguarda lo screening cervicale¹¹⁷, la riduzione complessiva che si è osservata nel 2020 è di più di un milione di inviti (1.279.608), pari al 33,0%, con un calo di persone esaminate in meno rispetto al 2019 del 43,4%. Il ritardo accumulato è ben visibile prendendo come riferimento tre periodi temporali (gennaio-maggio, giugno-settembre, ottobre-dicembre) dove si può osservare un progressivo rallentamento nella diminuzione degli esami eseguiti: si passa dal -55,3% del primo periodo al -39,6% del secondo periodo al -28,9% nel terzo.

Anche per lo screening mammografico la diminuzione rispetto al 2019 è stata del 26,6%, con 980.994 inviti in meno e oltre 750.000 donne in meno che si sono sottoposte all'esame, con una riduzione del 37,6 %. Prendendo in esame i tre periodi temporali, nel secondo periodo c'è stato un netto rallentamento nella diminuzione proporzionale degli esami eseguiti: infatti si passa dal -53,6% del primo periodo al -27,1% del secondo periodo al -23,7% del terzo, con un ritardo, anche in questo caso, accumulato.

Infine, per quanto riguarda lo screening colon-rettale, la decrescita osservata nel 2020 è pari al 31,8%, con 1.929.530 inviti in meno rispetto all'anno precedente. La riduzione di persone che hanno eseguito il test di screening nel 2020 rispetto al 2019 è pari a 1.110.414, con un calo del 45,5%. Andando a prendere in esame ancora i diversi periodi temporali, si è passati dal -57,6% del primo periodo al -45,3% del secondo e al -23,8% del terzo. In altre parole, come per gli altri due programmi, continua ad accumularsi ritardo.

Secondo il rapporto redatto da IQVIA¹¹⁸, complessivamente nel 2020 le richieste di screening mammografico e tac polmonare sono diminuite del 9%, quelle di colonscopia del 14%. In particolare, tra febbraio e giugno 2020, si sono ridotte rispettivamente del 22% le richieste di screening mammografiche, del 7% e del 34% rispetto allo stesso periodo del 2019. Per tutte e tre, la riduzione maggiore si è registrata tra marzo e aprile 2020 (rispettivamente -64%, -41% e -66%). Tra giugno e settembre 2020, invece, si è osservato un aumento del 28% rispetto al 2019 di richieste per lo screening mammografico, +10% per tac polmonare e +29% per colonscopia, e in tutti e tre i casi questo aumento è stato più sostenuto a giugno (rispettivamente +50%, +48% e +47%); tra ottobre e dicembre 2020 poi si è registrato nuovamente un ulteriore calo rispetto allo stesso periodo nel 2019 (rispettivamente -17%, -13%, -13%).

¹¹⁷ Nel valutare i risultati di questo specifico programma bisogna considerare che è influenzato dal passaggio da Pap test (con cadenza triennale) ad HPV test (con cadenza quinquennale). È possibile, infatti, che la popolazione da invitare nel 2020 sia inferiore a quella del 2019, dal momento che riflette il numero di persone invitate ancora a Pap test o già ad HPV test rispettivamente nei tre anni precedenti, facendo sì che le persone invitate in più ad HPV test nel 2017 rispetto al 2016 risultano come popolazione in meno da invitare nel 2020 rispetto al 2019.

¹¹⁸ IQVIA, marzo 2021, op.cit.

Visite e follow-up

Per quanto riguarda l'impatto della pandemia sulle visite e i *follow-up*, ovvero le attività cliniche rivolte a persone che hanno avuto un'esperienza oncologica e sono libere da malattia e trattamenti ma che richiedono controlli periodici per prevenire il rischio di recidive, sono molte le ricerche che forniscono dati interessanti, benché, anche in questo caso, non siano sempre omogenei. In un'indagine¹¹⁹ condotta dal 14 al 29 aprile 2020 che aveva l'obiettivo principale di conoscere in che modo fossero gestite durante la fase di lockdown le attività di diagnosi, cura e *follow-up* dei pazienti, così da identificare aree di intervento prioritarie per i mesi successivi, è emerso che, a livello nazionale, il 36% dei pazienti ha lamentato la sospensione di esami e visite di *follow-up*. Dall'analisi del dato macroregionale è emerso però che al Nord, nonostante fosse la parte del Paese più colpita dall'emergenza Coronavirus, solo il 14% dei pazienti riportava la presenza di questo fenomeno, mentre al Centro e Sud Italia questa percentuale saliva al 40%. Inoltre, per quanto riguarda la comunicazione tra i pazienti e i Centri oncologici, in caso di sospensione di una attività di cura, un paziente su tre è stato avvisato dalla segreteria ospedaliera mentre un paziente su cinque ha dovuto contattare la struttura per avere informazioni.

In un altro studio¹²⁰ condotto su due centri, uno a Brindisi e l'altro a Torino, con l'obiettivo di valutare l'impatto della pandemia dal punto di vista dei pazienti, l'84,9% non ha riferito cambiamenti rilevanti nel trattamento della malattia. I pazienti non hanno indicato alterazioni nell'accesso alle cure mediche (90%), nelle visite ambulatoriali (84,8%), nello svolgimento degli esami diagnostici (84,6%) e nella fornitura di farmaci (90,8%). Il 72,4% non ha percepito un significativo rischio di contagio nell'accedere alle attività di ricovero e, nel complesso, i pazienti non ritenevano di aver ricevuto una riduzione significativa dell'assistenza. La comunicazione con il personale medico è stata giudicata efficace e chiara dal 93% degli intervistati e hanno affermato che era stato facile raggiungere il personale via telefono o e-mail.

Nel 13° rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici realizzato da FAVO¹²¹ viene mostrato come con l'avvento della pandemia siano state ridotte inizialmente le attività di ricovero ma l'attività di somministrazione di trattamenti in regime di Day Hospital o ambulatoriale è rapidamente ripresa. Durante le prime

¹¹⁹ Salute Donna Onlus, Intergruppo parlamentare insieme per un impegno contro il cancro, *La salute: un bene da difendere, un diritto da promuovere*, maggio 2020.

¹²⁰ Loparco D., Di Maio M., Orlando L., Dascanio F., Caliolo C., Ignazzi G., Schiavone P., et al., *The beginning of the COVID-19 era: The perception of oncological patients (pts) in active treatment at the Brindisi and Mauriziano Hospital Oncology Departments*, Virtual ESMO Congress 2020.

¹²¹ Osservatorio sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, *13° rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici*, maggio 2021.

settimane di marzo 2020 sono stati ridotti i trattamenti, utilizzando come principio il rapporto benefici e rischi tra possibili effetti della terapia e rischio per il paziente di infettarsi; le terapie di prima linea, ovvero i trattamenti chemioterapici che vengono somministrati ai pazienti con malattia metastatica e che non hanno mai effettuato una chemioterapia, superato il blocco iniziale, sono subito riprese regolarmente, mentre quelle di seconda linea e oltre, cioè i trattamenti successivi a quello di prima linea e che vengono iniziati al momento della progressione della malattia, sono state rinviata di qualche settimana. Con l'inizio di maggio, le terapie erano già somministrate regolarmente e lo stesso per quanto riguarda i ricoveri.

Per rispondere alla modifica delle mansioni che ha visto spesso una sospensione delle attività in presenza, i centri hanno risposto con delle strategie volte a garantire la presa in carico dei pazienti. Grazie a strumenti di telemedicina, si è potuto mantenere i contatti con i pazienti, riprogrammando i controlli successivi sulla base della loro situazione clinica. Un'indagine condotta da IQVIA¹²² ha messo in luce una riduzione del numero di visite in presenza e un conseguente impiego di modalità telematiche; si è così assistito ad un passaggio da un 9% di pazienti che ricevevano consultazioni a distanza prima dell'emergenza COVID-19 ad un 46% di pazienti che hanno ricevuto consultazioni da remoto durante il primo lockdown, 31% a giugno 2020, 23% a ottobre 2020 e 27% a febbraio 2021.

Il Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri (CIPOMO) ha promosso uno studio¹²³ a marzo 2020 con l'obiettivo di valutare l'impatto della pandemia sull'attività clinica delle unità di oncologia medica. Dai risultati di questa indagine è emerso che circa il 70% delle oncologie mediche non ha avuto, o ha avuto solo in minima parte, una riduzione di attività; le unità di oncologia medica italiane, infatti, hanno prontamente messo in atto misure necessarie all'adeguamento dell'attività clinica alla luce dell'attuale emergenza, con l'obiettivo di proseguire il percorso di cura dei pazienti. Alcune strategie, come il 'triage' dei sintomi e dei segni riconducibili a infezione da Coronavirus, la limitazione degli accessi agli accompagnatori e il rinvio di visite non urgenti o modalità di visita alternative (ad esempio telefonica) per i *follow-up* sono state attuate dalla maggior parte dei centri italiani ancor prima di ricevere indicazioni precise dal Ministero della Salute o dalle Regioni.

¹²² IQVIA, *Impact of COVID-19 on the Treatment of Cancer*, febbraio 2021.

¹²³ Indini A., Aschele C., Cavanna L., et al., *Reorganisation of medical oncology departments during the novel Coronavirus disease-19 pandemic: a nationwide Italian survey*, European Journal of Cancer, giugno 2020.

Radioterapia

In un panorama caratterizzato dalla riformulazione delle attività, fondamentale è stato cercare di garantire ai pazienti l'accesso alla radioterapia in modo continuativo, in quanto la radioterapia è parte essenziale delle strategie integrate terapeutiche, sia nelle fasi iniziali della malattia sia in quelle più avanzate, interessando più del 50% dei pazienti oncologici. In Italia sono state registrate significative diversità da regione a regione.

Dai risultati della prima survey AIRO¹²⁴, che raccoglieva l'esperienza della Lombardia attraverso le risposte dei direttori dei Centri di radioterapia, emergeva che, entro i primi giorni di marzo, oltre il 75% degli ospedali era diventato un centro adibito ad accogliere pazienti positivi a COVID-19 e oltre l'80% dei Direttori aveva deciso di interrompere o modificare i trattamenti per alcune patologie. È stata registrata una riduzione dell'attività clinica in circa la metà dei centri (10-50%), con personale in quarantena in più della metà dei centri (da una a 12 persone fuori servizio). La reazione da parte dei reparti di radioterapia è stata però rapida ed efficace, con una capacità di trovare un equilibrio tra cura dei pazienti e sicurezza degli stessi e del personale sanitario.

Dai risultati di una seconda survey¹²⁵ risalente a giugno 2020 si evince che il 42% dei centri lombardi era riuscito a proseguire in sicurezza già in fase 1, con una riduzione dell'attività clinica minore del 10%; già con la fase 2 però il 30,3% dei centri era tornato al volume pre-pandemia e il 42,4% riportava un aumento dell'attività. Complessivamente, dall'inizio della pandemia, il 18,2% dei centri non ha dichiarato modifiche e solo 3 centri (il 9,1%), hanno ridotto le proprie attività. In fase 1, i centri con personale in quarantena sono stati 19 (il 57,6%), contro i 6 (il 18,2%) della fase 2.

Sulla base della survey svolta in Lombardia, è stata condotta anche a livello nazionale un'analisi dell'impatto della pandemia sull'attività di radioterapia, tra il 6 e il 16 aprile 2020. È emerso che 78 strutture (62,4%) hanno dovuto ricorrere alla riprogrammazione delle liste di attesa dei pazienti, cosa che però non ha riguardato le prime visite ambulatoriali, che hanno continuato a essere assicurate quasi ovunque. Nessun centro ha chiuso, neppure tra le 85 strutture (68%) che sono diventate centri COVID-19, e l'impatto dell'emergenza sui volumi complessivi di attività clinica è stato contenuto: 38 centri (30,4%) hanno ridotto il carico di lavoro del 10-30% e 11 (8,8%) del 30-50%.

¹²⁴ Jereczek-Fossa B.A., Palazzi M.F., Soatti C.P., et al., *COVID-19 outbreak and cancer radiotherapy disruption in Lombardy, Northern Italy*, Clin. Onco. 2020.

¹²⁵ Jereczek-Fossa B.A., Pepa M., Marvaso G., et al., *Back to (new) normality. A CODRAL/AIRO-L survey on cancer radiotherapy in Lombardy during Italian COVID-19 phase 2*, Medical Oncology, novembre 2020.

È stato successivamente fatto un approfondimento sulla fase 2¹²⁶, tra giugno e luglio 2020, in cui è emerso che, grazie a tutte le misure adottate per limitare il contagio tra il personale e i pazienti, la maggior parte dei centri (61,8%) non ha riportato alcuna riduzione oppure una diminuzione dell'attività clinica inferiore al 10%.

Ricoveri e interventi chirurgici

Non disponendo di studi a livello nazionale, il 13° rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici realizzato da FAVO¹²⁷ a titolo d'esempio, ha preso in esame l'analisi¹²⁸ svolta da Regione Emilia-Romagna in merito ai ricoveri medici e chirurgici in regime ambulatoriale Day Service, confrontando il 2020 con il 2019. Con riferimento al volume complessivo dei ricoveri oncologici, la diminuzione nei mesi della prima ondata è stata maggiore (concentrandosi nei mesi da marzo a maggio 2020) con una riduzione del 40%, mentre è stata minore nei mesi della seconda ondata, tra ottobre e dicembre (del 20%); anche nei mesi più tranquilli del 2020, si è registrata una diminuzione del 10%. Guardando alla tipologia di patologie, il calo maggiore è stato quello relativo a tumori benigni (-33%) e tumori dal comportamento incerto (-28%), minore invece per quanto riguarda tumori oncoematologici (-10%).

Analizzando separatamente ricoveri medici e chirurgici¹²⁹, nella prima ondata c'è stata una riduzione per entrambi (fino a -34% i medici, fino a -42% i chirurgici), nella seconda invece molto maggiore per i medici (-33%) rispetto ai chirurgici (-16%), questo perché nella prima ondata è stato necessario aumentare significativamente i posti letto dedicati a pazienti COVID-19, mentre nella seconda, grazie ad una maggior disponibilità del numero di posti letto e di dispositivi medici, si è registrata una miglior capacità di risposta.

Complessivamente, nel 2020, è stata registrata una variazione annua del -18% per quanto riguarda gli interventi chirurgici in ambito oncoematologico rispetto al 2019, con 9.000 pazienti in meno. In particolare, tra febbraio e giugno 2020 gli interventi chirurgici si sono ridotti del 20%, mentre tra ottobre-dicembre 2020 è stata registrata una riduzione del 24%¹³⁰.

Per analizzare l'impatto dell'emergenza COVID-19 sull'attività chirurgica

¹²⁶ Jereczek-Fossa B.A., Pepa M., Zaffaroni G., et al., *COVID-19 safe and fully operational radiotherapy: An AIRO survey depicting the Italian landscape at the dawn of phase 2*, Radiotherapy and Oncology, 2021.

¹²⁷ Osservatorio sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, maggio 2021, op.cit.

¹²⁸ Regione Emilia-Romagna, *Monitoraggio dell'impatto indiretto dell'epidemia da COVID-19 sui percorsi assistenziali ospedalieri durante il primo trimestre 2020 nella regione Emilia-Romagna*, agosto 2020.

¹²⁹ Ibidem.

¹³⁰ IQVIA, marzo 2021, op.cit.

oncologica elettiva in Italia, è stata svolta un'indagine coinvolgendo i centri di riferimento di alcuni tumori (fegato, vie biliari e pancreas, colon-rettale, esofago, sarcoma dei tessuti molli)¹³¹. È emerso che le unità chirurgiche hanno subito importanti cambiamenti: il 70% ha avuto una riduzione dei posti letto, il 76% dell'attività chirurgica e l'83% disponeva un numero minore di posti letto in terapia intensiva. Il numero di interventi chirurgici è diminuito, passando da 3,8 a settimana prima dell'emergenza a 2,6 dopo. Per fare in modo che le attrezzature e il personale sanitario fossero a disposizione dell'emergenza COVID-19, gli interventi non urgenti sono stati interrotti, alcuni dei reparti chirurgici sono stati chiusi e convertiti in reparti dedicati ai pazienti COVID-19. Per la durata di alcune settimane, sono state trattate solo procedure oncologiche di emergenza ed elettive, con la possibilità di prendere in carico giornalmente solo un numero esiguo di casi.

L'intervallo di tempo tra la discussione multidisciplinare e l'intervento chirurgico è più che raddoppiato (una media di 7 settimane rispetto a 3). I criteri più comuni per dare priorità agli interventi chirurgici sono stati la biologia del tumore (80%), l'intervallo di tempo dalla terapia neoadiuvante (61%), il rischio di diventare non operabile (57%) e i sintomi correlati al tumore (52%).

La Lombardia è la regione in cui si è osservata una maggiore diminuzione dell'attività chirurgica dall'inizio dell'emergenza, passando da 3,9 interventi a settimana a 2,5 nel primo mese di emergenza, con un'ulteriore riduzione nella quinta settimana con 2 interventi in media. Nelle altre Regioni italiane all'inizio dell'emergenza la riduzione non era così evidente (3,6 vs 3,8 durante i primi mesi). Come ben noto, la Lombardia è la regione dove il SARS-CoV-2 ha iniziato a circolare per primo, raggiungendo la massima penetrazione tra le persone e risultando essere l'area più colpita dalla pandemia di COVID-19 durante la prima ondata in primavera e pure in autunno ha avuto il triste primato di regione capofila per numero di casi positivi, di ricoveri in terapia intensiva e di decessi.

In alcune Regioni, come ad esempio la Lombardia, sono stati identificati degli Istituti Covid-free su cui centralizzare i casi chirurgici, come l'Istituto Nazionale Tumori di Milano. L'Istituto è stato attrezzato con un'area di sorveglianza dove venivano collocati i pazienti sospetti di positività a COVID-19 che, in caso di diagnosi, venivano portati in altre strutture. Allo stesso tempo, secondo un modello Hub & Spoke, l'Istituto è stato individuato come HUB per la chirurgia oncologica, accogliendo anche pazienti inviati da altri centri.

¹³¹ Torzilli G., Viganò L., Galvanin J., et al., *A Snapshot of Elective Oncological Surgery in Italy During COVID-19 Emergency: Pearls, Pitfalls, and Perspectives*. Ann Surg. 2020.

Il gruppo di lavoro “Mimico-19” ha monitorato l’impatto di COVID-19 nel campo della chirurgia elettiva¹³², analizzando sia il volume di tutti gli interventi chirurgici programmati sia il numero di alcuni gruppi di interventi, in particolare in campo oncologico e ortopedico. Gli interventi chirurgici programmati nel loro insieme nella prima parte del primo trimestre 2020 sono stati effettuati con la stessa frequenza osservata nel biennio precedente, poi con l’inizio della pandemia si sono ridotti molto rapidamente fino all’80% in meno. Le Regioni si sono differenziate tra loro rispetto alla data di inizio della riduzione, che corrisponde ai tempi di esordio della pandemia nelle diverse Regioni: come atteso, ha iniziato la Lombardia il 24 febbraio, in seguito Piemonte e Toscana a partire dal 6 marzo, e hanno chiuso Puglia e Sicilia con pochi giorni di ritardo. In Toscana e Sicilia già dall’inizio del trimestre si è registrato un volume di interventi chirurgici programmati leggermente inferiore alla media degli anni precedenti. Per quanto riguarda gli interventi oncologici, in particolare a proposito del tumore della mammella, si è osservata una riduzione del numero di interventi di circa il 20% nel mese di marzo, con picchi fino al 40% nell’ultima settimana; in Sicilia si è rilevata una riduzione complessiva di interventi in tutto il trimestre.

Il totale degli interventi oncologici ha messo in luce in Piemonte, Toscana e Puglia andamenti in gran parte sovrapponibili al biennio precedente, con una diminuzione nel mese di marzo 2020 corrispondente quasi interamente all’effetto di riduzione degli interventi alla mammella visto sopra; sembra quindi che in queste Regioni le altre sedi tumorali, per la cui prognosi più severa l’indicazione all’intervento è meno procrastinabile, non abbiano subito conseguenze da parte della pandemia. Nelle altre due Regioni, invece, si sono osservati scarti maggiori anche sull’indicatore di interventi complessivi (solo a marzo in Lombardia e in tutto il periodo in Sicilia).

Uno studio effettuato dall’Università Cattolica ha documentato come nel 2020 siano stati rimandati oltre un milione di interventi chirurgici¹³³: il 99% degli interventi per tumori alla mammella, il 99,5% di quelli per tumori alla prostata, il 74,4% di quelli per tumori al colon retto.

Nel report prodotto dall’Emilia Romagna¹³⁴, l’analisi degli interventi di chirurgia programmata ha evidenziato un calo del volume delle procedure di circa l’80% a marzo 2020 rispetto al primo trimestre dei 2 anni precedenti. Tuttavia, mentre gli interventi non urgenti sono calati drasticamente, l’offerta della chirurgia oncologica sembra essere rimasta invariata nella maggior parte dei casi. Gli interventi per tumore

¹³² Gruppo di lavoro “Monitoraggio impatto indiretto COVID-19” (Mimico-19), *luglio 2020, op.cit.*

¹³³ Altems, *Analisi dei modelli organizzativi di risposta al COVID-19, febbraio 2021.*

¹³⁴ Regione Emilia-Romagna, *agosto 2020, op.cit.*

della mammella, della prostata, dell'apparato gastrointestinale e del sistema nervoso centrale, durante il mese di marzo, mostrano invece riduzioni di entità variabile, lievi nel caso di mammella e apparato gastrointestinale (soprattutto tumori del colon e del retto), moderate nel caso del caso del sistema nervoso centrale maggiori nel caso del tumore della prostata.

Farmaci

Secondo il Rapporto OsMed¹³⁵ che illustra i dati di consumo e di spesa dei medicinali in Italia, i farmaci antineoplastici e immunomodulatori hanno rappresentato la prima categoria terapeutica a maggior spesa pubblica per il 2020, pari a circa 6.393 milioni di euro e al 27,8% della spesa totale, aumentando del 6,2% rispetto all'anno precedente, mentre i consumi sono stati pari a 16,9 DDD/1000 abitanti, con un aumento del 3,0% rispetto al 2019. Andando a osservare l'utilizzo per fascia d'età e genere, si può vedere come il consumo sia aumentato al crescere d'età, con una prevalenza d'uso nelle donne rispetto agli uomini a partire dai 35 anni; mentre nella popolazione con più di 75 anni, è stata osservata una maggiore prevalenza nella popolazione maschile.

Per quanto riguarda gli acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche, si è potuto osservare un aumento della spesa (+6,0%) e dei consumi (+3,8%) rispetto al 2019, con una riduzione dei prezzi (-6,6%).

La spesa per i farmaci oncologici è cresciuta di circa l'87% negli ultimi sette anni, da un valore di 34,8 euro nel 2014 a 65,3 nel 2020, con un aumento medio annuo dell'11%. I consumi hanno mostrato un miglioramento medio annuo del 2,7%, nel 2020 infatti si è registrato un valore pari a 10,2 DDD/1000 abitanti.

Nel 2020, nelle Regioni del Centro si è potuta osservare una tendenza a spendere di più (69,43 euro) rispetto alle Regioni del Sud (68,47 euro) e del Nord (61,29 euro).

Guardando l'andamento dei dati, essi sembrano suggerire che la pandemia non abbia causato un impatto particolarmente significativo sulle terapie farmacologiche del cancro, contrariamente a quanto invece è stato registrato per quanto riguarda screening e interventi chirurgici. È possibile interpretare questo fenomeno alla luce di strategie di prescrizione e di somministrazione di farmaci alternative; infatti, molti ospedali hanno implementato programmi di delivery e somministrazione domiciliare dei farmaci. Questa modalità di somministrazione prevede l'assunzione di farmaci per via orale, attività che non necessariamente deve essere svolta in contesto ospedaliero e può essere gestita in ambito domiciliare, riducendo gli accessi in ospedale, riducendo i disagi del

¹³⁵ AIFA e Osservatorio Nazionale sull'Impiego Dei Medicinali, *L'uso dei Farmaci in Italia-Rapporto Nazionale Anno 2020*, luglio 2021.

paziente e migliorando la loro qualità di vita. Con l'emergenza Covid, in Lombardia sono stati messi in atto diversi progetti volti ad offrire prestazioni a domicilio, da strutture quali Istituto Nazionale Tumori di Milano e l'Ospedale San Raffaele¹³⁶.

Qualità della vita

La diagnosi di cancro ed il suo trattamento hanno un forte impatto sulla qualità della vita del paziente, causando spesso difficoltà sulla sfera psicologica, sociale e relazionale. Rispetto alla popolazione generale, i pazienti oncologici sembrano essere più a rischio di sviluppare disturbi come ansia e depressione¹³⁷. L'impatto del COVID-19 ha comportato numerose ripercussioni sull'area psicologica e sociale delle persone, causando alti livelli di stress, ansia e problemi sociali. La pandemia e le conseguenti misure restrittive hanno influito inevitabilmente sull'area lavorativa, sociale e sanitaria, comportando una riorganizzazione della stessa. Nella popolazione oncologica fattori quali il ritardo o interruzione nelle cure, preoccupazioni circa la contrazione del COVID-19 e le sue ripercussioni sono stati alla base di una maggior prevalenza di ansia e depressione¹³⁸.

Nello studio¹³⁹ condotto nei due centri di Brindisi e Torino, il 47% del campione si sentiva più a rischio per la propria condizione di immunodeficienza, ma nel 21% delle risposte i pazienti si sentivano più esposti al contagio a causa alla mancanza di adeguati percorsi di protezione negli ospedali e nel 18% il rischio maggiormente percepito era il rinvio delle visite di controllo.

Uno studio¹⁴⁰ ha esaminato l'impatto del COVID-19 sui pazienti oncologici e sui familiari attraverso un'intervista semi strutturata condotta dopo sette settimane di lockdown. L'analisi delle domande ha portato il 50,5% del campione in esame a sperimentare preoccupazioni riguardanti la possibilità di contrarre il virus e la paura di essere ricoverati in terapia intensiva (45,6%); per quanto riguarda i caregiver dei pazienti oncologici, circa il 66% ha riportato paura di infettare il parente e circa il 36% dei pazienti e il 41,4% dei familiari hanno riportato di sentirsi soli e isolati, di essere mancati contatti fisici con i congiunti e amici. Al contrario, una parte degli intervistati (45,5% dei pazienti e 41,5% dei familiari) ha riferito di essersi sentito a proprio

¹³⁶ Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, *OncoHome: gestione domiciliare del paziente oncologico in terapia orale: contenimento della pandemia da COVID-19 e prevenzione di nuovi focolai*.

¹³⁷ AIRC, *Stress psicologico legato al tumore: da cosa dipende e come affrontarlo*, marzo 2021.

¹³⁸ Chen G., Wu Q., Jiang H., Zhang H., et al., *Fear of the disease progression and psychological stress in cancer patients under the outbreak of COVID-19*, *Psycho-oncology*, giugno 2020.

¹³⁹ Loparco D., Di Maio M., Orlando L., Dascanio F., Caliolo C., Ignazzi G., Schiavone P., et al., 2020, op.cit.

¹⁴⁰ Schellekens M.P., Van der Lee M.L., *Loneliness and belonging: exploring experiences with the COVID-19 pandemic in psycho-oncology*, *Psycho-oncology*, luglio 2020.

agio durante il periodo di lockdown nella propria casa insieme ai parenti. A questo proposito, circa il 40% dei pazienti e il 36% dei caregiver ha detto di essere riuscito, come conseguenza della pandemia e dei suoi effetti sulla quotidianità, a focalizzarsi meglio sulle cose importanti.

Tra aprile e maggio 2020 è stato condotto in Francia uno studio¹⁴¹ che aveva come obiettivo primario la valutazione della percentuale di pazienti con modifiche del trattamento durante il blocco del COVID-19, dove è stato riferito che le modifiche si sono verificate nel 27% dei pazienti, comprese le interruzioni per il 15%, rinvii per il 32%, cambiamenti nel programma di somministrazione per il 19%, e monitoraggio adattato per il 30%; come secondo obiettivo, c'era quello di determinare "l'impatto psicologico del lockdown correlato alla pandemia" sui pazienti. I risultati di questo questionario hanno mostrato che i pazienti oncologici che sono stati soggetti a modifiche del trattamento oncologico correlato a COVID-19 hanno sperimentato uno stress maggiore; in particolare, dei 152 pazienti che hanno subito modifiche, il 27% ha riportato uno stress elevato rispetto al 19% dei 423 pazienti il cui percorso terapeutico non ha subito variazioni. Sono stati 570 i pazienti che hanno risposto al questionario sull'insonnia. Coloro che non hanno subito modifiche al trattamento avevano moderatamente meno probabilità di non avere insonnia o di sperimentare una leggera insonnia (77% vs 75%). L'opposto era valido per l'insonnia moderata o grave, che ha colpito rispettivamente il 25% dei pazienti che hanno subito modifiche e il 23% di quelli senza modifiche, rispettivamente.

Per quanto riguarda l'impatto di COVID-19 sulla qualità della vita dei pazienti in Italia, Fondazione ANT ha condotto uno studio¹⁴² che aveva l'obiettivo di descrivere i bisogni e le preoccupazioni dei pazienti oncologici e dei loro caregiver durante l'emergenza COVID-19 nelle Regioni italiane ad alto, medio e basso rischio di contagio. La preoccupazione di un eventuale contagio, associata alla difficoltà nell'erogazione dei trattamenti medici, ha impattato sulla loro qualità della vita; sono infatti l'ansia e la paura le emozioni più ricorrenti tra i pazienti presi in esame: il 56,1% del totale ha messo al primo posto paura e ansia, un 19,3% parla di tristezza. Tra le paure provate dai pazienti, c'è stata quella per il proprio contagio (per il 21,9%) o del contagio di un familiare (16,7%), la pericolosità del virus e l'incertezza connessa all'epidemia (14%). Il timore per il contagio del paziente prevaleva anche tra i caregiver (38,2%) superando quello per la paura del proprio contagio (35,3%). Per i malati assistiti da ANT,

¹⁴¹ Joly E, Leconte A, Grellard J.M., et al., *Impact of the COVID-19 pandemic on management of medical cancer treatments and psychological consequence for the patients*, Ann Oncol., 2020.

¹⁴² Fondazione ANT, *l'impatto psicologico su pazienti e familiari*, giugno 2020.

durante il lockdown del marzo-aprile 2020 ha pesato di più la mancanza di contatto e vicinanza dei propri cari (39,5%), l'impossibilità di uscire (27%) e la mancanza degli amici (25,4%). Relativamente alle conseguenze sulla società, sia i pazienti (29,8%) sia i caregiver (33,8%) hanno risposto esprimendo preoccupazione per la situazione economica.

Tavola sinottica: impatto della pandemia sull'oncologia.

Sintesi della letteratura

Tavola sinottica degli studi riguardanti l'impatto della pandemia sull'oncologia			
	Fonte	Dati a livello nazionale	Dati a livello regionale
Diagnosi	IQVIA, <i>Osservatorio sull'impatto della pandemia COVID-19 sull'accesso alle cure</i> , marzo 2021	Nel 2020, 30.000 diagnosi in meno complessivamente, fino a 15% in meno nel periodo che va da febbraio a giugno 2020 e del 14% in meno nel periodo ottobre-dicembre 2020.	
	Ferrara G., De Vincentiis L, Ambrosini-Spaltro A, et al., <i>Cancer diagnostic delay in northern and central Italy during the 2020 lockdown due to the Coronavirus disease, 2019 pandemic</i> , Am J Clin Pathol., settembre 2020	Nel periodo marzo - maggio 2020, 44,9% diagnosi in meno. I tumori cutanei e melanomi hanno rappresentato il 56,7% di tutte le diagnosi mancanti. La diminuzione ha riguardato anche la diagnosi del cancro del colon-retto (-46,6%), della prostata (-45%) e della vescica (-43,6%).	
Nuovi trattamenti	IQVIA, <i>Osservatorio sull'impatto della pandemia COVID-19 sull'accesso alle cure</i> , marzo 2021	Tra febbraio e giugno 2020, ridotti del 18%, tra ottobre-dicembre 2020 del 11%. Complessivamente da inizio anno è stato registrato un calo del 13%.	
Visite e follow-up	Salute Donna Onlus, Intergruppo parlamentare insieme per un impegno contro il cancro, <i>La salute: un bene da difendere, un diritto da promuovere</i> , maggio 2020	Il 36% dei pazienti ha lamentato la sospensione di esami e visite di <i>follow-up</i> .	Al Nord, solo il 14% dei pazienti lamentava la sospensione, mentre al Centro e Sud Italia questa percentuale saliva al 40%.

Visite e follow-up	Loparco D., Di Maio M., Orlando L., et al., <i>The beginning of the COVID-19 era: The perception of oncological patients (pts) in active treatment at the Brindisi and Mauriziano Hospital Oncology Departments</i> , Virtual ESMO Congress 2020	I pazienti non hanno indicato alterazioni rilevanti nell'accesso alle cure mediche (90%) né nelle visite ambulatoriali (84,8%).	
	Indini A., Aschele C., Cavanna L., et al., <i>Reorganisation of medical oncology departments during the novel Coronavirus disease-19 pandemic: a nationwide Italian survey</i> , European Journal of Cancer, giugno 2020	Il 70% delle oncologie mediche non ha avuto, o ha avuto solo in minima parte, una riduzione di attività.	
Radioterapia	Jereczek-Fossa B.A., Palazzi M.F., Soatti C.P. et al., <i>COVID-19 outbreak and cancer radiotherapy disruption in Lombardy, Northern Italy</i> , Clin Oncol 2020		In Lombardia, oltre l'80% dei Direttori ha deciso di interrompere o modificare i trattamenti per alcune patologie. È stata registrata una riduzione dell'attività clinica in circa la metà dei centri (10-50%).
	Jereczek-Fossa B.A., Pepa M., Marvaso G., et al., <i>Back to (new) normality—A CODRAL/AIRO-L survey on cancer radiotherapy in Lombardy during Italian COVID-19 phase 2</i> , Medical Oncology, novembre 2020	38 centri (30,4%) hanno ridotto il carico di lavoro del 10-30% e 11 (8,8%) del 30-50% nel 2020.	In fase 1, il 42% dei centri lombardi ha registrato una riduzione dell'attività clinica minore del 10%; Con la fase 2, il 30,3% dei centri era tornato al volume pre-pandemia e il 42,4% riportava un aumento dell'attività. Complessivamente, dall'inizio della pandemia, il 18,2% dei centri non ha dichiarato modifiche e solo 3 centri (il 9,1%), hanno ridotto le proprie attività.
Ricoveri	Regione Emilia-Romagna, <i>Monitoraggio dell'impatto indiretto dell'epidemia da COVID-19 sui percorsi assistenziali ospedalieri durante il primo trimestre 2020 nella regione Emilia-Romagna</i> , agosto 2020		In Emilia-Romagna, tra marzo e maggio 2020 c'è stata una riduzione del 40%, tra ottobre e dicembre una riduzione del 20%; anche nei mesi più tranquilli del 2020, si è registrata una riduzione del 10%. Riduzione maggiore per tumori benigni (-33%) e tumori dal comportamento incerto (-28%), minore invece

			per quanto riguarda tumori oncoematologici (-10%). Nella prima ondata, -34% per i ricoveri medici, -42% per quelli chirurgici; nella seconda, -33% per i medici e -16% per i chirurgici.
Interventi chirurgici	<i>IQVIA, Osservatorio sull'impatto della pandemia COVID-19 sull'accesso alle cure, marzo 2021</i>	Nel 2020, - 18%, con 9.000 pazienti in meno. Tra febbraio e giugno 2020, -20%, tra ottobre-dicembre 2020 -24%.	
	<i>Torzilli G., Viganò L., Galvanin J., et al., A Snapshot of Elective Oncological Surgery in Italy During COVID-19 Emergency: Pearls, Pitfalls, and Perspectives. Ann Surg. 2020</i>	Complessivamente, c'è stato un passaggio da 3,8 interventi a settimana prima dell'emergenza a 2,6 dopo.	La Lombardia è passata da 3,9 interventi a settimana a 2,5 nel primo mese di emergenza, con un ulteriore riduzione nella quinta settimana con 2 interventi in media. Nelle altre Regioni la riduzione non era così evidente (3,6 vs 3,8 durante i primi mesi).
	<i>Gruppo di lavoro "Monitoraggio impatto indiretto COVID-19" (Mimico-19), Monitoraggio dell'impatto indiretto di COVID-19 su altri percorsi assistenziali, luglio 2020</i>	Con l'inizio della pandemia gli interventi si sono ridotti molto rapidamente fino all'80% in meno.	In Toscana e Sicilia, con riferimento specifico al tumore della mammella, si è osservato una riduzione del numero di interventi di circa il 20% nel mese di marzo, con picchi fino al 40% nell'ultima settimana.
	<i>Altems, Analisi dei modelli organizzativi di risposta al COVID-19, febbraio 2021</i>	Nel 2020 sono stati rimandati oltre un milione di interventi chirurgici: il 99% degli interventi per tumori alla mammella, il 99,5% di quelli per tumori alla prostata, il 74,4% di quelli per tumori al colon retto.	
	<i>Regione Emilia-Romagna, Monitoraggio dell'impatto indiretto dell'epidemia da COVID-19 sui percorsi assistenziali ospedalieri durante il primo trimestre 2020 nella regione Emilia-Romagna, agosto 2020</i>		In Emilia-Romagna, una riduzione del volume delle procedure di circa l'80% a Marzo 2020 rispetto al primo trimestre dei 2 anni precedenti.

Screening	<p>Gruppo di lavoro ONS, <i>Rapporto sui ritardi accumulati dai programmi di screening italiani in seguito alla pandemia da COVID-19</i>, dicembre 2020</p>	<p>Per quanto riguarda lo screening cervicale, riduzione del 33,0%, con un calo di persone esaminate in meno rispetto al 2019 del 43,4%.</p> <p>Anche per lo screening mammografico la riduzione rispetto al 2019 è stata del 26,6%, con 9 80.994 inviti in meno e oltre 750.000 donne in meno, con una riduzione del 37,6 %. Per quanto riguarda lo screening colon-rettale, una riduzione pari al 31,8%, con 1.929.530 inviti in meno rispetto all'anno precedente e 1.110.414 persone in meno, con un calo del 45,5%.</p>	
	<p>IQVIA, <i>Osservatorio sull'impatto della pandemia COVID-19 sull'accesso alle cure</i>, marzo 2021</p>	<p>Nel 2020 le richieste di screening mammografico e tac polmonare -9% e di colonscopia -14%. Tra febbraio e giugno 2020, rispettivamente -22%, -7% e -34%; Riduzione maggiore tra marzo e aprile 2020 (-64%, -41% e -66%). Tra giugno e settembre 2020, un aumento del 28%, del 10% e del 29%; tra ottobre e dicembre 2020, calo: (rispettivamente -17%, -13%, -13%).</p>	
Farmaci	<p>AIFA e Osservatorio Nazionale sull'Impiego Dei Medicinali, <i>L'uso dei Farmaci in Italia-Rapporto Nazionale Anno 2020</i>, luglio 2021</p>	<p>I farmaci antineoplastici e immunomodulatori la prima categoria terapeutica a maggior spesa pubblica per il 2020, pari a circa 6.393 milioni di euro e al 27,8% della spesa totale, in aumento del 6,2% rispetto all'anno precedente.</p> <p>La spesa pro-capite è stata pari a 4,30 euro, in aumento del 2,0% rispetto al 2019.</p>	

Farmaci		<p>Per gli acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche, è stato registrato un aumento della spesa (+6,0%) e dei consumi (+3,8%) rispetto al 2019, con una riduzione dei prezzi (-6,6%).</p> <p>Per gli inibitori del checkpoint immunitario, minima riduzione di spesa (-0,6%) rispetto al 2019 e una netta riduzione del costo medio (-30,3%), nonostante un aumento dei consumi (+42,2%).</p> <p>Per gli anticorpi bloccanti l'azione dei fattori di crescita, una diminuzione, rispetto al 2019, di tutti gli indicatori considerati (spesa: -13,0%; consumi: -10,0%; costo medio: -3,6%).</p> <p>Le CAR-T hanno rappresentato la categoria a maggiore variazione di spesa (>100%), registrando, inoltre, un aumento del 20% del costo medio.</p>	
---------	--	---	--

3.4 Focus: fragilità mentale

3.4.1 Target

La pandemia di SARS-CoV-2 rappresenta una condizione universalmente diffusa, che in qualche modo ha condizionato le vite di chiunque. Se da un lato solo parte della popolazione ha vissuto in prima persona gli effetti diretti della pandemia, dall'altro lato tutta la popolazione in generale ha sperimentato restrizioni, isolamento e cambiamenti nella socialità, tutti fattori stressanti e traumatici, che hanno portato ad un notevole incremento del numero di persone colpite da sintomi e/o disturbi psichici. A causa della pandemia, si stima che a livello globale i casi di depressione maggiore siano aumentati del 27,6%, arrivando così ad un totale di 3.152 casi ogni 100mila abitanti, con una crescita complessiva di 53,2 milioni di nuove diagnosi, e i casi di disturbi d'ansia siano incrementati del 25,6%, per un totale di 76,2 milioni, con una prevalenza di 4.108 ogni 100mila abitanti. La maggiore prevalenza è stata associata ai tassi di infezione giornalieri e alla riduzione della mobilità; altri fattori di rischio sono il genere, - si è potuto osservare infatti un maggior incremento di depressione ed ansia nel genere femminile - e l'età - le fasce più giovani maggiormente colpite dei gruppi d'età avanzata. -¹⁴³

Pazienti con disturbi psichiatrici pregressi

Per quanto riguarda i pazienti con disturbi psichiatrici già conclamati, sono stati considerati diversi elementi riguardo l'impatto che COVID-19 può avere sulla loro salute; questi soggetti hanno innanzitutto un rischio elevato di sviluppare nel corso della vita patologie somatiche che possono portare ad una riduzione riguardo la consapevolezza del rischio e la capacità di proteggersi dal virus. Un secondo elemento da considerare sono le maggiori difficoltà di trattamento farmacologico a causa delle possibili interazioni tra farmaci psicotropi e farmaci utilizzati nella cura di COVID-19. Infine, va considerato che in questi soggetti sono presenti spesso numerose comorbidità (come, ad esempio, ipertensione arteriosa, obesità, diabete mellito, patologie respiratorie e cardiovascolari) che aumentano il rischio di complicanze conseguenti all'infezione da SARS-CoV-2¹⁴⁴.

Esistono già evidenze scientifiche in letteratura, sia a livello internazionale che

¹⁴³ COVID-19 Mental Disorders Collaborators, *Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic*, ottobre 2021.

¹⁴⁴ Barlati S., Calzavara Pinton L., Savorelli A., *L'impatto dell'emergenza COVID-19 sui servizi di salute mentale: tra clinica e organizzazione*, dicembre 2020.

nazionale, che espongono un incremento di sintomi ansioso-depressivi e stress-correlati, associati a un impatto negativo sulla salute mentale delle persone con disturbi psichiatrici. Uno studio¹⁴⁵ condotto in Cina durante il primo lockdown ha mostrato che i pazienti con patologia psichiatrica hanno manifestato un peggioramento di sintomi ansiosi, depressivi, rabbia, impulsività, ideazione suicidaria, insonnia, e sintomi correlati allo stress; fino a un terzo dei pazienti soddisfaceva i criteri diagnostici per un vero e proprio disturbo post-traumatico da stress (PTSD).

Un dato simile è emerso anche da un'analisi osservazionale¹⁴⁶ svolta in Campania ad aprile 2020 su 205 pazienti con patologie psichiatriche severe, oltre che in 51 caregiver e in 205 soggetti non psichiatrici, dove è stato evidenziato come le persone affette da disturbi mentali manifestino un disagio correlato alla pandemia molto più grave rispetto alla popolazione generale, presentando livelli più elevati di stress percepito, di ansia generalizzata e di sintomi depressivi, con un rischio notevolmente maggiore di sviluppare una sintomatologia ansiosa e depressiva di grado severo. La concomitante presenza di altre patologie mediche e di insicurezza economica contribuiscono a generare uno stato di tensione e di sofferenza più alto.

Studi recenti hanno concluso che l'essere affetti da un disturbo mentale costituisca un fattore di rischio indipendente per infezione da SARS-CoV-2 e possa associarsi a un aumento della mortalità da COVID-19. Uno studio trasversale¹⁴⁷ ha analizzato le caratteristiche di pazienti deceduti per COVID-19 negli ospedali italiani tra febbraio e agosto 2020. Dei 4020 pazienti deceduti, 84 avevano un disturbo psichiatrico grave (2,1%), 177 un disturbo mentale comune (4,4%). L'età media al decesso era di 78,0 anni tra i pazienti senza fragilità mentali, 71,8 tra quelli con un disturbo psichiatrico grave e 79,5 tra quelli con un disturbo mentale comune. A 2.253 (61,2%) pazienti senza fragilità mentali, 62 (73,8%) con disturbi gravi e 136 (78,2%) con disturbi comuni erano state diagnosticate tre o più comorbidità non psichiatriche. Aggiustando le variabili clinicamente più rilevanti, si è scoperto che i pazienti con disturbi psichiatrici gravi morivano in età più giovane rispetto a quelli senza.

¹⁴⁵ Hao F, Tan W., Jiang L., et al., *Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry*, Brain Behavior and Immunity, 2020.

¹⁴⁶ Iasevoli F, Fornaro M., D'Urso G., Galletta D., Casella C., Paternoster M., Buccelli C., de Bartolomeis A., *Psychological distress in patients with serious mental illness during the COVID-19 outbreak and one-month mass quarantine in Italy*, Psychological Medicine, maggio 2020.

¹⁴⁷ Lega L, Nisticò L., Palmieri L., et al., *Psychiatric disorders among hospitalized patients deceased with COVID-19 in Italy*, The Lancet, aprile 2021.

Popolazione generale e long-Covid

Anche per quanto riguarda la popolazione generale, la pandemia e le relative misure di contenimento sono da considerare la causa di sintomi quali stress, ansia e depressione. In particolare, il distanziamento fisico ha modificato la routine quotidiana, con gravi conseguenze sulla salute mentale e sul benessere sia a breve che a lungo termine. Tra i fattori che possono causare maggiormente stress, sono stati descritti la durata prolungata della quarantena, il timore del contagio, l'assistenza e l'informazione inadeguate e lo stigma¹⁴⁸. Gli stessi studi evidenziano l'influenza sulla salute mentale di altri fattori di rischio psicosociale, quali stress finanziario, disoccupazione, perdita del lavoro, lutto, percezione di un carico eccessivo, mancanza di fissa dimora, e rottura o seria compromissione delle relazioni. Tra le conseguenze delle misure di distanziamento fisico e di quarantena, sono stati elencati abuso di alcool e sostanze, tentativi di suicidio e autolesionismo, violenza domestica, abuso sui minori e aumento dei reati¹⁴⁹. Uno studio americano¹⁵⁰ ha evidenziato come soprattutto i giovani adulti abbiano subito una serie di conseguenze legate alla pandemia, quali la chiusura delle università e la perdita del lavoro che possono contribuire a un peggioramento della salute mentale: rispetto agli adulti, questa fascia d'età (18-24 anni) ha una maggiore probabilità di fare uso di sostanze (25% vs 13%) e avere pensieri suicidari (26% contro l'11%).

A tal proposito, dai dati dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù¹⁵¹ di Roma è emerso che sono notevolmente aumentate le consulenze neuropsichiatriche riguardanti fenomeni di ideazione suicidaria e tentativi di suicidio tra bambini e adolescenti, che hanno rappresentato il 61% delle consulenze totali nel 2020, rispetto al 36% del 2019. Con la seconda ondata pandemica poi, a gennaio 2021, è stato raggiunto il 63% rispetto al 39% dell'anno precedente. Di conseguenza, sono aumentate anche le ospedalizzazioni, con un passaggio dal 17% a gennaio 2020 al 45% del totale a gennaio 2021. Si sono potuti riscontrare comportamenti autolesivi nel 52% dei ricoverati a gennaio 2021, anche questi in aumento rispetto al 29% dell'anno precedente.

Il Coronavirus è una patologia che ha conseguenze non soltanto sulla salute fisica, ma può generare anche ripercussioni psicologiche importanti: paura, senso di solitudine e di abbandono durante il periodo di isolamento in casa o durante il

¹⁴⁸ Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E., et al., *The Psychological Impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*. The Lancet, 2020.

¹⁴⁹ O'Connor R.C., Nock M.K., *The psychology of suicidal behaviour*. Lancet Psychiatry, 2014.

¹⁵⁰ Panchal N., Kamal R., Cox C., Garfield R., *The Implications of COVID-19 for Mental Health and Substance Use*, KFF, febbraio 2021.

¹⁵¹ Suicidi tra i giovani. Tentativi raddoppiati con la pandemia, Quotidiano Sanità, settembre 2021. http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=98117&fr=n

ricovero in ospedale. Nella popolazione generale, soprattutto tra coloro che hanno avuto un contagio diretto con il virus, l'esperienza dell'isolamento in ospedale, il pericolo percepito, l'incertezza sulle proprie condizioni fisiche e la paura di morire da soli vengono considerati fattori di rischio per lo sviluppo di sintomi post-traumatici, ansiosi e depressivi¹⁵².

Può capitare che non tutti i sintomi legati a COVID-19 e il conseguente disagio psicologico scompaiano immediatamente, una volta guariti dalla malattia, ma può accadere che si prolunghino anche nei periodi successivi all'infezione, cosa che ha un notevole impatto sulla qualità di vita dei pazienti che hanno contratto il virus. Tale condizione è stata identificata come una vera e propria sindrome "post-Covid", altrimenti detta long-Covid.

Uno studio inglese¹⁵³ ha confermato l'elevata frequenza di conseguenze neurologiche e psichiatriche nei reduci da COVID-19. Attingendo al database elettronico internazionale dedicato alla salute, hanno identificato 236.379 persone ammalatesi di COVID-19 tra il 20 gennaio e il 13 dicembre 2020 e hanno indagato se nei 180 giorni successivi alla diagnosi di COVID-19 si erano verificato uno o più eventi neuropsichiatrici. È risultato che il 33.62 % dei pazienti colpiti da COVID-19 ha ricevuto una diagnosi psichiatrica entro i 6 mesi dall'inizio della malattia. Tra tutti i disturbi neuropsichiatrici il più comune è stato l'ansia (17.39%), seguita dai disturbi dell'umore (13.66%).

Il termine long-Covid è stato inizialmente introdotto per identificare le conseguenze a lungo termine, prevalentemente fisiche (stanchezza, cefalea, mancanza di respiro, anosmia) riportate dalle persone che hanno contratto il virus, per essere poi ampliato andando a considerare gli aspetti psicologici (ansia, stress, insonnia, depressione) che si ripercuotono non solo sulle persone direttamente colpite dal virus, ma su tutta la popolazione generale. Seppur gli studi a supporto di questa tesi siano ancora pochi, appunto perché si parla di effetti a lungo termine, è condiviso ormai dalla comunità scientifica che gli effetti psicologici da long-Covid riguardino una parte sempre più ampia della popolazione, in quanto tutti ne sono stati colpiti.

Uno studio condotto dall'Università Luigi Vanvitelli¹⁵⁴ ha affermato che le conseguenze della pandemia da COVID-19 sulla salute mentale e psicosociale potranno

¹⁵² Giallonardo V., Sampogna G., Del Vecchio V., Luciano M., Albert U., et al, *The Impact of Quarantine and Physical Distancing Following COVID-19 on Mental Health: Study Protocol of a Multicentric Italian Population Trial*, *frontiers in Psychiatry*, febbraio 2020.

¹⁵³ Tarquet M., Geddes J.R., Husain M., et al., *6-month neurological and psychiatric outcomes in 236379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records*, *The Lancet Psychiatry*, aprile 2021.

¹⁵⁴ Fiorillo A., Gorwood P., *The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice*, *Eur Psychiatry*, aprile 2020.

essere particolarmente gravi per almeno quattro gruppi di persone:

- coloro che sono stati direttamente o indirettamente in contatto con il virus;
- coloro che sono già vulnerabili a fattori di stress ed ansia (comprese le persone affette da problemi di salute mentale);
- gli operatori sanitari;
- le persone che seguono le notizie attraverso diversi canali mediatici.

Nello studio, sono stati analizzati gli effetti del lockdown sulla salute mentale della popolazione ed è risultato che il 12,4% del campione ha riportato livelli gravi di sintomi depressivi, il 17,6% sintomi ansiosi e il 41,6% abbia riferito di sentirsi moderatamente stressato a causa dell'emergenza pandemica e delle misure restrittive.

Se inizialmente ci si è soffermati soprattutto sui rischi per la popolazione adulta, alcuni studi hanno segnalato che il long-Covid può manifestarsi anche nei bambini. Infatti, da un altro studio¹⁵⁵ che ha analizzato gli effetti della quarantena sui bambini e adolescenti in Italia e in Spagna, è emerso che l'85,7% dei genitori ha percepito cambiamenti nello stato emotivo e nei comportamenti dei propri figli durante la quarantena. I sintomi più frequenti sono stati: difficoltà di concentrazione (76,6%), noia (52%), irritabilità (39%), irrequietezza (38,8%), nervosismo (38%), sentimenti di solitudine (31,3%), disagio (30,4%) e preoccupazioni (30,1%). I sintomi emotivi e comportamentali dei bambini sembrano essere, inoltre, positivamente correlati alla condizione di benessere emotivo dei genitori.

Da un'indagine condotta da Telefono Azzurro¹⁵⁶ durante il lockdown è stato confermato un incremento delle richieste d'aiuto da parte dei genitori per problemi legati alla salute mentale (14,4%) dei figli. Sono stati inoltre riportati cambiamenti nelle abitudini per quanto riguarda mangiare e dormire (25%) e segnali di isolamento (18%).

3.4.2 Consumo farmaci

Secondo il Rapporto OsMed 2021¹⁵⁷, nel 2020 il 3,7% del consumo totale di farmaci in Italia è stato rappresentato da farmaci antidepressivi, con un aumento, rispetto al 2019, dell'1,7%; allo stesso modo anche la spesa pro capite ha visto un

¹⁵⁵ Orgilés M., Morales A., Delvecchio E., Mazzeschi C., Espada J.P., *Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in Youth From Italy and Spain*, *Frontiers in Psychology*, novembre 2020.

¹⁵⁶ Caffo E., Scandroglio F., Asta L., *Debate: COVID-19 and psychological well-being of children and adolescents in Italy*, luglio 2020.

¹⁵⁷ AIFA e Osservatorio Nazionale sull'Impiego Dei Medicinali, luglio 2021, op.cit.

incremento del 2,3%. Gli antidepressivi SSRI, una classe di psicofarmaci utilizzati per diversi disturbi psichiatrici quali depressione maggiore, disturbi d'ansia e disturbo post-traumatico da stress, hanno costituito il 70% del consumo e il 50% della spesa dell'intera categoria.

In generale, sono presenti differenze sostanziali a livello territoriale: le Regioni del Centro hanno registrato un livello di consumo superiore di circa il 10% a quello del Nord e del 34% rispetto al Sud. Il 6,5% della popolazione italiana ha fatto ricorso a farmaci antidepressivi nel corso del 2020, con percentuali che arrivano al 10% in Toscana e Liguria.

Per quanto riguarda invece i farmaci antipsicotici, ovvero i farmaci utilizzati per il trattamento di disturbi psicotici come la schizofrenia e i disturbi dell'umore, quelli atipici, che si differenziano dagli antipsicotici di prima generazione per avere un meccanismo d'azione più complesso, sono risultati essere la categoria a maggior spesa e a maggior consumo, con un aumento in confronto al 2019 rispettivamente del 2% e del 3,7%.

Tra le Regioni si sono potute osservare importanti differenze; infatti in quasi tutte le Regioni del Centro-Sud (a eccezione della Campania) vi è stato un maggior ricorso a questi farmaci rispetto al Nord.

In Italia la prevalenza d'uso di questi farmaci è arrivata nel 2020 a un valore complessivo dell'1,7%, con un minimo dell'1,1% nella Regione Veneto e un massimo del 2% in Sardegna.

I dati hanno mostrato un incremento nell'utilizzo di antipsicotici nel 2020 rispetto al 2019, in modo più marcato per i tipici, cosa probabilmente dovuta all'effetto delle politiche di lockdown sulle categorie più fragili di pazienti che includono non solo quelli psichiatrici ma anche quelli affetti da demenze, per i quali questi farmaci vengono utilizzati off label.

3.4.3 L'attività dei servizi di salute mentale

L'ambito internazionale

Ovunque nel mondo, all'interno dei servizi di salute mentale si stanno introducendo nuovi strumenti per garantire assistenza sia alle persone con problemi di salute mentale pregressi sia soffrono le conseguenze psicosociali della pandemia. Il numero di coloro che avranno bisogno di assistenza psichiatrica aumenterà notevolmente e di

conseguenza ciò richiederà una riconsiderazione delle pratiche attuali.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha redatto un rapporto¹⁵⁸ con l'obiettivo di illustrare l'impatto della pandemia sui servizi di salute mentale. L'analisi, condotta tra giugno e agosto 2020 con il coinvolgimento di 130 stati membri dell'OMS, ha messo in luce che nessuno dei Paesi coinvolti ha segnalato una chiusura totale di tutti i servizi, ma solo il 7% ha riferito che tutti i servizi sono rimasti sempre aperti, con il 93% dei Paesi che ha riferito un'interruzione di uno o più servizi. Tra le varie tipologie, i servizi di comunità sono stati maggiormente colpiti rispetto alle strutture ospedaliere, con una chiusura parziale o totale in oltre il 40% dei Paesi, e i servizi di assistenza domiciliare e i centri diurni hanno raggiunto livelli di piena o parziale chiusura nel 60-70% dei Paesi. I servizi e i programmi di prevenzione e promozione della salute mentale sono stati i più colpiti, circa tre quarti delle attività riguardanti la salute mentale a scuola o sui posti di lavoro sono state interrotte del tutto o in parte; quasi il 60% di tutti i servizi di psicoterapia e consulenza sono stati segnalati come parzialmente interrotti. I programmi di prevenzione e gestione dell'overdose e i servizi di riduzione del danno critico sono stati interrotti in oltre il 50% dei Paesi. Le principali cause dell'interruzione dei servizi sono state identificate nella diminuzione del numero delle visite ambulatoriali, dovuta al fatto che i pazienti non si presentavano, nelle restrizioni agli spostamenti che hanno ostacolato l'accesso alle strutture sanitarie e una diminuzione del volume dei ricoveri. Per quanto riguarda il decentramento dell'assistenza sanitaria in ambito salute mentale, gli ospedali risultano essere ancora i protagonisti ed è lento il trasferimento dell'assistenza alla comunità. Infatti, solo una minoranza (il 25%) soddisfa i criteri richiesti per integrare la salute mentale all'interno delle cure primarie.

Nel 2020 solo poco più della metà (51%) dei 194 stati che appartengono all'OMS ha riferito che le proprie politiche e i piani per la salute mentale sono in linea con gli strumenti internazionali e regionali sui diritti umani, come riportato dall'ultimo report dell'OMS¹⁵⁹; anche gli obiettivi riguardanti i programmi di promozione e prevenzione della salute mentale non sono stati raggiunti (solo dal 52% dei Paesi rispetto al traguardo che doveva essere dell'80%). Pur con alcuni progressi, la fornitura di farmaci e l'assistenza psicosociale all'interno dei servizi di assistenza di base è risultata limitata nella maggior parte dei Paesi. Sebbene sia stato riportato una crescita di programmi di prevenzione e promozione della salute mentale (dal 41% nel 2014 al 52% nel 2020), il 31% di questi programmi non disponeva di personale e di risorse

¹⁵⁸ World Health Organization, *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment*, ottobre 2020.

¹⁵⁹ World Health Organization, *Mental Health Atlas 2020*, ottobre 2021.

economiche adeguate, il 27% di un piano definito e il 39% di prove riguardanti un possibile progresso. Positiva invece è risultata la crescita di forza lavoro (9 lavoratori ogni 100.000 abitanti nel 2014 contro 13 ogni 100.000 nel 2020), anche se sono state registrate molte differenze tra i Paesi a basso e alto reddito, dove in quest'ultimi il numero di personale che lavora in ambito salute mentale è 40 volte maggiore rispetto ai Paesi a basso reddito.

In Francia sono stati condotti due studi con l'obiettivo di confrontare il tasso di accesso ai centri di emergenza psichiatrica prima e dopo la pandemia. Il primo studio¹⁶⁰ ha mostrato un calo del 54,8% del numero di consultazioni durante le prime quattro settimane della pandemia e anche il secondo¹⁶¹ ha messo in luce che il numero di consultazioni al giorno è stato significativamente inferiore nel 2020 (n=10) rispetto al 2017 (n=23), 2018 (n=24) e 2019 (n=26). I motivi di questa diminuzione sono riconducibili a diverse questioni; infatti, sembra che molti pazienti abbiano deciso di posticipare le visite per paura del virus o per paura di essere multati per il mancato rispetto delle restrizioni.

Nel Regno Unito il Royal College of Psychiatrists ha condotto un'indagine¹⁶² su un campione di 1.369 psichiatri, il 45% dei quali ha dichiarato di aver riscontrato una netta diminuzione delle visite programmate, motivo riconducibile all'autoisolamento dei pazienti e alla loro paura di recarsi in ospedale per il rischio di contrarre il virus.

L'ambito nazionale

I servizi di salute mentale si sono trovati impreparati davanti alla rapida diffusione di COVID-19 e hanno dovuto apportare dei cambiamenti nella gestione delle attività, in modo tale da garantire la massima sicurezza per i pazienti e per gli operatori sanitari. La pandemia è stato uno shock per tutto il Sistema Sanitario Nazionale, cosicché i Dipartimenti di Salute Mentale si sono trovati a dover mettere in atto modifiche sia nella pratica quotidiana sia nelle attività di profilo più clinico, ma specialmente in quelle di riabilitazione e attivazione psicosociale¹⁶³.

Enti nazionali, come l'Istituto Superiore di Sanità, hanno riconosciuto i DSM come servizi di riferimento nel rispondere al disagio psicologico della popolazione

¹⁶⁰ Pignon B., Gourevitch R., Tebeka S., et al., *Dramatic reduction of psychiatric emergency consultations during lockdown linked to COVID-19 in Paris and suburbs. Psychiatry Clin Neurosci*, 2020.

¹⁶¹ Pham-Scottet A., Silva J., Barruel D., et al., *Patient flow in the largest French psychiatric emergency centre in the context of the COVID-19 pandemic*, Psychiatry research, 2020.

¹⁶² Torjesen I., *COVID-19: Mental health services must be boosted to deal with tsunamis of cases after lockdown*, BMJ, 2020.

¹⁶³ Fioritti A., Cardamone G., Nicolò G., *Stress e resilienza ai tempi della pandemia nei Dipartimenti di Salute Mentale italiani*, Nuova rassegna di studi psichiatrici - rivista online di psichiatria, marzo 2021.

generale; i DSM hanno quindi operato in quel periodo in modo attivo, continuando a offrire i livelli essenziali di assistenza ai propri utenti. Solo pochissime unità di SPDC hanno dovuto chiudere per focolai interni o riconversioni in reparti Covid¹⁶⁴.

Secondo l'ultimo rapporto sulla salute mentale emesso da ministero della Salute¹⁶⁵, l'Italia ha un totale di 134 DSM attivi, con 1481 Centri di Salute Mentale (CSM), 2346 Strutture Residenziali (SR), e 318 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC). La Società Italiana di psichiatria ha svolto un'indagine¹⁶⁶ per valutare l'impatto dell'attuale emergenza sulle attività dei Dipartimenti Italiani di Salute Mentale (DSM). Per quanto riguarda i CSM, essi sono generalmente aperti 5/7 giorni alla settimana, per 12 ore al giorno, con poche unità che rimangono aperte 24 su 7. Dall'inizio del lockdown, il 13% di queste strutture è stato chiuso e il 25 % ha ridotto gli orari di accesso. Si è inoltre registrato un sensibile decremento (circa -80%) dei Day Hospital (DH), le strutture semiresidenziali all'interno dei CSM, e una riduzione ancora maggiore (dell'85%) per quanto riguarda il numero di Centri Diurni (DC) operativi, strutture semiresidenziali focalizzate su attività psicosociali e riabilitative. Solo le Strutture Residenziali (SR), sono rimaste pressoché pienamente operative, sebbene con restrizioni sui nuovi ricoveri e dimissioni.

Non hanno subito interruzioni e sono procedute di consueto le visite psichiatriche urgenti, sia in presenza che domiciliari, così come i trattamenti sanitari obbligatori (TSO), le consulenze psichiatriche carcerarie e la somministrazione di antipsicotici Long Acting Injectable (LAI). Al contrario, tutte le altre attività hanno risentito di un calo significativo: le visite psichiatriche programmate, sia domiciliari che in presenza, sono proseguite solo per casi specifici, venendo sostituite da contatti programmati a distanza, principalmente tramite telefonate con il personale (100% dei casi). Anche gli altri interventi hanno risentito di una significativa diminuzione, comprese le consulenze psichiatriche per Ospedali Generali (circa -25%), psicoterapie individuali (circa -65%), psicoterapie di gruppo e interventi psicosociali (circa -90/95%), e monitoraggio sia dei soggetti ricoverati in Strutture Residenziali (-60%) sia dei delinquenti affetti da disturbi psichici assegnati dai Tribunali ai CSM (-45%).

Nell'88% dei SPDC si è registrata una riduzione complessiva degli ingressi; solo l'8% ha segnalato un aumento dei ricoveri obbligatori. In un terzo dei reparti non si

¹⁶⁴ Fioritti A., *Un anno di Covid per la salute mentale. L'impatto sui DSM*, Quotidiano Sanità, febbraio 2021. https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=92936

¹⁶⁵ Ministero della Salute, *Rapporto salute mentale: Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) anno 2019*, marzo 2021.

¹⁶⁶ Carpinello B., Tusconi M., Zanalda E., Di Sciascio G., et al., *Psychiatry during the COVID-19 pandemic: a survey on mental health departments in Italy*, BMC Psychiatry, dicembre 2020.

sono svolte più riunioni del personale, mentre la stragrande maggioranza degli SPDC ha continuato a garantire consulenze psichiatriche per i reparti di Pronto Soccorso e, in misura minore, per le unità mediche e chirurgiche.

Le visite psichiatriche per le unità Covid sono state eseguite in circa 1/5 degli SPDC. Disturbi dell'umore, psicosi, disturbi d'ansia e tentativi di suicidio i motivi più frequenti per le consultazioni.

L'accesso dei visitatori ai reparti è stato vietato in quasi tutti gli SPDC e nel 90% dei casi sono stati adottati percorsi specifici per i pazienti con sospetta infezione da COVID-19.

Indipendentemente dal fatto che l'ammissione fosse volontaria o obbligatoria, circa il 60% degli SPDC che hanno preso parte all'indagine ha riferito che i pazienti psichiatrici positivi al Covid senza disturbi comportamentali significativi potevano essere ammessi alle Unità Generali COVID-19. 1/5 dei SPDC ha riferito che i pazienti acuti non in grado di collaborare a causa della propria condizione mentale erano ricoverati in altri SPDC appositamente istituiti per prendersi cura dei pazienti positivi, mentre circa il 15% dei reparti ha istituito aree isolate per i pazienti. In presenza di agitazione, le misure più frequentemente adottate comprendevano la sedazione farmacologica (circa l'85% delle unità) e la contenzione fisica (circa il 40% delle unità), strategia adottata con notevole frequenza nei reparti ubicati nelle Regioni del Centro-Nord Italia e nelle aree ad alta diffusione di contagio da COVID-19.

In linea generale, nei mesi di lockdown, l'attività dei DSM sembra aver tenuto abbastanza bene, garantendo una continuità terapeutica e assistenziale grazie alla domiciliarità ed alla tele-medicina. Quasi ovunque i DSM hanno attivato servizi di consulenza a distanza. Le videochiamate sono state adottate nel 67% dei casi e le e-mail nel 19%, con solo il 41% dei DSM che hanno avuto la possibilità di adottare tutti questi mezzi. Nel caso poi fosse stato individuato il bisogno di un consulto faccia a faccia, all'utente veniva fissato un appuntamento in loco nel rispetto di tutte le misure di sicurezza vigenti¹⁶⁷.

Con l'inizio dell'estate 2020, i livelli di attività nei DSM italiani sono tornati a quelli pre-Covid sia per la parte clinica che per la parte psicosociale, con i livelli di persone in carico e di prestazioni che si aggiravano mediamente sui numeri della fine del 2019¹⁶⁸.

¹⁶⁷ Carpiniello B., Tusconi M., Zanalda E., et al, 2020, op.cit.

¹⁶⁸ Fioritti A., 2021., op.cit.

Il caso di Regione Lombardia¹⁶⁹

Il servizio pubblico di salute mentale in Lombardia include 27 Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), in aggiunta ad una serie di strutture residenziali private.

In data 07/05/2020 Regione Lombardia ha emanato la deliberazione n° XI/3115, fornendo uno strumento per aiutare le strutture ospedaliere ad attuare modifiche strutturali, organizzative e procedurali finalizzate ad assicurare l'attività assistenziale nelle massime condizioni di sicurezza possibile per gli utenti e il personale. Nello specifico, nel documento sono state definite le norme di accesso alle diverse strutture a carattere sanitario, sia ambulatoriale, che di degenza, stabilendo due principi cardine, validi per ogni tipo di struttura: il primo inerente alla limitazione degli accessi e il secondo relativo al distanziamento interpersonale. Nello stesso documento sono state puntualizzate le nuove indicazioni per il ricovero ospedaliero nella Fase 2 e sono stati definiti specifici percorsi di accesso e di ricovero per le diverse tipologie di pazienti COVID-19: positivi, sospetti o negativi.

I SPDC sono rimasti pienamente operativi durante tutto il periodo dell'emergenza, garantendo però la realizzazione di aree dedicate all'isolamento per quei pazienti positivi (o sospetti) al SARS-CoV-2. In alcune aree lombarde è stato deciso di dedicare interi SPDC al ricovero di pazienti psichiatrici positivi al COVID-19: ad esempio, presso l'ospedale Niguarda di Milano, dal 9 al 28 marzo 2020, un reparto di psichiatria è stato interamente dedicato a questa tipologia di pazienti, creando un protocollo di collegamento e di collaborazione tra i servizi di malattie infettive, anestesia e rianimazione e psichiatria.

Con la Deliberazione n° XI/3226 del 09/06/2020 è stato specificato che le visite ambulatoriali presso il CPS dovevano svolgersi esclusivamente su appuntamento ed è stato specificato che nella Fase 2 le attività ambulatoriali si sarebbero dovute gradualmente riattivare, non solo attraverso contatti diretti, ma anche attraverso interventi domiciliari e contatti in remoto.

Per quanto riguarda le strutture residenziali, con Deliberazione n° XI/3226 del 09/06/2020 è stata sottolineata l'importanza di eseguire un accurato triage, volto ad escludere la presenza di sintomi sospetti per COVID-19, oltre al rischio di esposizione al virus.

In uno studio¹⁷⁰ è stato comparato il tasso di ospedalizzazione in 7 SPDC ubicati in Lombardia (in particolare Brescia, Cremona, Melegnano e Monza) nel periodo tra il

¹⁶⁹ Barlati S., et al., 2020, op.cit.

¹⁷⁰ Clerici M., Durbano F., Spinogatti F., Vita A., de Girolamo G., Micciolo R. *Psychiatric hospitalization rates in Italy before and during COVID-19: did they change? An analysis of register data*, Ir J Psychol Med., 2020.

21 febbraio e il 31 marzo 2020, con quello dello stesso periodo nell'anno precedente: i risultati mostrano come nei primi 40 giorni dopo l'inizio della pandemia in Italia ci sia stata una significativa riduzione dei ricoveri ospedalieri volontari rispetto allo stesso periodo nel 2019. Comparando i tassi di ammissione a gennaio e febbraio 2020 con quelli del 2019, non risultavano molto diversi, mentre erano significativamente diversi quelli tra marzo 2019 e marzo 2020. Complessivamente, a marzo 2020, si è registrata una diminuzione del 31,3% del numero di ricoveri rispetto a marzo 2019 e una diminuzione del 25,7% rispetto a febbraio 2020; analizzando il numero medio giornaliero di ricoveri, emerge che la maggiore riduzione percentuale (rispetto alla corrispondente settimana del 2019) si è avuta alla settimana 12 (-53%), ma era già visibile alla settimana 11 (a partire dall'11 marzo) con -42% ed è proseguita fino alla settimana 13 (ultima settimana analizzata) con una riduzione del -39%.

La diminuzione è stata significativa per i ricoveri volontari, mentre la differenza non è risultata significativa per i ricoveri involontari. Possibili spiegazioni proposte per questo fenomeno potrebbero essere: la paura dei pazienti rispetto al Pronto Soccorso e agli ospedali in genere, percepiti come luoghi ad alto rischio di contagio; un aumento dell'attività di cura sul territorio, oltre a una possibile riduzione degli eventi stressanti psicosociali durante il periodo di lockdown.

Fragili no-Covid: l'Italia lancia l'allarme per le persone con disturbi psichiatrici

All'interno dello studio svolto con il gruppo di ricerca dell'Università e del Policlinico San Matteo di Pavia sul fenomeno dell'affollamento all'interno del Pronto Soccorso, è stata realizzata una sotto-analisi con focus sulle persone con disturbi psichiatrici che si sono recati in Pronto Soccorso a causa dell'esacerbarsi della loro patologia di base. I risultati sono stati presentati al congresso Europeo di psichiatria EPA 2021 e sono stati pubblicati sulla prestigiosa rivista *European Psychiatry* edita dalla Cambridge University Press.

È stata valutata tutta la popolazione che si è recata in PS per disturbi mentali: si tratta quindi di una popolazione fragile che è giunta in Pronto Soccorso per motivi altri rispetto al Covid.

Per questa popolazione, a causa dell'elevato livello di cure necessarie e della contemporanea esposizione a molteplici fattori di rischio, una permanenza prolungata presso il Pronto Soccorso può essere controproducente.

Rispetto al PS di Pavia sono stati estrapolati 345 pazienti, verificando una forte riduzione del numero totale di accessi per disturbi mentali: solo 142 nel periodo pandemico rispetto ai 203 dell'anno precedente. I parametri vitali, l'età (media

circa 40 anni) e il sesso sono risultati sovrapponibili senza differenze statisticamente significative. I codici triage di priorità per la visita medica non erano diversi. Tuttavia, i pazienti del periodo Covid hanno dimostrato avere esiti più sfavorevoli: sia con codici di uscita più severi (giallo e rosso) rispetto al periodo di riferimento (9,9% vs 5,9%), sia necessitando più frequentemente di ricovero ospedaliero (25,3% vs 18,6%).

La pandemia ha portato a una riduzione degli accessi per disturbi mentali. I pazienti avevano esigenze di ricovero più frequenti e codici di uscita più severi. Il dato può essere dovuto al fatto che durante la pandemia solo i pazienti più gravi accedono al Pronto Soccorso, ma anche al fatto che una pandemia ha contribuito a destabilizzare questa classe di pazienti fragili.

È stato analizzato l'andamento del *crowding* anche in questa categoria di pazienti. Gli *input factor* di affollamento sono risultati più bassi nel periodo di pandemia: accessi in Pronto Soccorso ridotti (142 vs 203) e tempi medi di attesa più brevi (40 min vs 54 min). Sono invece peggiorati i fattori all'interno: il tempo di permanenza in Pronto Soccorso di questi pazienti è stato molto più alto, sia quando essi erano gestiti nelle sale visita appositamente adibite (383 vs 271 min), sia quando la loro gestione necessitava un periodo di osservazione breve intensiva (OBI) prima del ricovero nel reparto di psichiatria (1735 min vs 797 min). Questo oltre a riflettere il grado di affollamento del Pronto Soccorso può essere anche dovuto a condizioni peggiori che necessitavano, quindi, un tempo maggiore per la stabilizzazione.

Sono risultati molto peggiorati anche i fattori di *output di crowding*: la percentuale di accesso è stata drasticamente più alta durante la pandemia; nel periodo, infatti, tutti i pazienti psichiatrici sono andati incontro al fenomeno dell'*access block* (100% vs 20%). Il *Total Access Block Time* è significativamente più alto nel periodo Covid sia per i pazienti gestiti nelle sale visita adibite (3.239 vs 649 min) sia per i pazienti necessitanti di un periodo di osservazione OBI in Pronto Soccorso prima del loro ricovero in psichiatria (590 vs 185 min).

Il periodo di pandemia ha, quindi, presentato un drastico peggioramento dell'affollamento per questi pazienti a causa del blocco dell'accesso^{171,172}.

¹⁷¹ Savioli G., Pesenti S., Ceresa I., Oddone E., *Crowding analysis for patients with mental disorders during the first pandemic wave of 2019 Coronavirus epidemic (COVID-19) at a Lombardy*, Bressan Journal: European Psychiatry, agosto 2021.

¹⁷² Savioli G., Pesenti S., Ceresa I., Oddone E., *Access to E.D. for mental disorders during the first pandemic wave of 2019 Coronavirus epidemic (COVID-19): Presentation and severity at a lombardy*, Bressan Journal: European Psychiatry, agosto 2021.

Tavola sinottica: impatto della pandemia sulla fragilità mentale.

Sintesi della letteratura

	Fonte	Dati
Aumento dei casi di depressione maggiore e disturbi d'ansia	COVID-19 Mental Disorders Collaborators, <i>Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic</i> , ottobre 2021	A causa della pandemia, si stima che a livello globale i casi di depressione maggiore siano aumentati del 27,6%, arrivando così ad un totale di 3.152 casi ogni 100mila abitanti, con una crescita complessiva di 53,2 milioni di nuove diagnosi, e i casi di disturbi d'ansia siano incrementati del 25,6%, per un totale di 76,2 milioni, con una prevalenza di 4.108 ogni 100mila abitanti.
Covid e mortalità nei pazienti con fragilità mentali	Lega I., Nisticò L., Palmieri L., et al., <i>Psychiatric disorders among hospitalized patients deceased with COVID-19 in Italy</i> , The Lancet, aprile 2021	Tra i 4020 pazienti deceduti in diversi ospedali italiani tra febbraio e agosto 2020, 84 avevano un disturbo psichiatrico grave (2,1%), 177 un disturbo mentale comune (4,4%). L'età media al decesso era di 78,0 anni tra i pazienti senza fragilità mentali, 71,8 tra quelli con un disturbo psichiatrico grave e 79,5 tra quelli con un disturbo mentale comune. A 2253 (61,2%) pazienti senza fragilità mentali, 62 (73,8%) con disturbi gravi e 136 (78,2%) con disturbi comuni erano state diagnosticate tre o più comorbidità non psichiatriche. si è scoperto che i pazienti con disturbi psichiatrici gravi morivano in età più giovane rispetto a quelli senza.
Conseguenze psicologiche nella popolazione generale e long-Covid	Panchal N., Kamal R., Cox C., Garfield R., <i>The Implications of COVID-19 for Mental Health and Substance Use</i> , KFF, febbraio 2021	Rispetto agli adulti, soprattutto la fascia d'età (18-24 anni) ha una maggiore probabilità di fare uso di sostanze (25% vs 13%) e avere pensieri suicidari (26% contro l'11%).
	Fiorillo A, Gorwood P., <i>The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice</i> , Eur Psychiatry, aprile 2020	Sono stati analizzati gli effetti del lockdown sulla salute mentale della popolazione ed è risultato che il 12,4% del campione ha riportato livelli gravi di sintomi depressivi, il 17,6% sintomi ansiosi e il 41,6% ha riferito di sentirsi moderatamente stressato a causa dell'emergenza pandemica e delle misure restrittive.
	Tarquet M., Geddes J.R., Husain M., et al., <i>6-month neurological and psychiatric outcomes in 236379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records</i> , The Lancet Psychiatry, aprile 2021	Il 33.62 % dei pazienti colpiti da COVID-19 ha ricevuto una diagnosi psichiatrica entro i 6 mesi dall'inizio della malattia. Tra tutti i disturbi neuropsichiatrici il più comune è stato l'ansia (17.39%), seguita dai disturbi dell'umore (13.66%).

Conseguenze psicologiche nella popolazione generale e long-Covid	<p>Orgilés M., Morales A., Delvecchio E., Mazzeschi C., Espada J.P., <i>Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in Youth From Italy and Spain</i>, <i>Frontiers in Psychology</i>, novembre 2020</p>	<p>L'85,7% dei genitori ha percepito cambiamenti nello stato emotivo e nei comportamenti dei propri figli durante la quarantena. I sintomi più frequenti sono stati: difficoltà di concentrazione (76,6%), noia (52%), irritabilità (39%), irrequietezza (38,8%), nervosismo (38%), sentimenti di solitudine (31,3%), disagio (30,4%) e preoccupazioni (30,1%).</p>
	<p>Caffo E., Scandroglio F., Asta L., <i>Debate: COVID-19 and psychological well-being of children and adolescents in Italy</i>, luglio 2020</p>	<p>Durante il lockdown è stato confermato un incremento delle richieste d'aiuto da parte dei genitori per problemi legati alla salute mentale (14,4%) dei figli. Sono stati inoltre riportati cambiamenti nelle abitudini per quanto riguarda mangiare e dormire (25%) e segnali di isolamento (18%).</p>
Consumo farmaci	<p>AIFA e Osservatorio Nazionale sull'Impiego Dei Medicinali, <i>L'uso dei Farmaci in Italia-Rapporto Nazionale Anno 2020</i>, luglio 2021</p>	<p>Nel 2020 il consumo degli antidepressivi ha rappresentato il 3,7% del consumo totale di farmaci in Italia, con un aumento, rispetto al 2019, dell'1,7%. Gli antidepressivi SSRI hanno costituito il 70% del consumo e del 50% della spesa dell'intera categoria. È risultato che la percentuale di soggetti con alta e bassa aderenza al trattamento con antidepressivi è stata rispettivamente del 37,2% e 27,6%; la prima in riduzione dell'1% rispetto al 2019, invece la proporzione di bassa aderenza in incremento del 2%.</p> <p>Considerando la persistenza al trattamento a 12 mesi, solo un soggetto su tre (32%) è rimasto persistente, e si è osservata una riduzione della persistenza all'aumentare dell'età, passando dal 36% della fascia di età 45-54 anni fino ad arrivare al 26% dei soggetti con almeno 85 anni.</p> <p>Per quanto riguarda invece il consumo di farmaci antipsicotici, si è registrato aumentato di oltre il 20% passando da 8,3 nel 2014 a 10,1 DDD nel 2020. Grazie ai dati della tessera sanitaria, si è potuta svolgere un'analisi i per stimare l'esposizione agli antipsicotici nella popolazione italiana. In Italia la prevalenza d'uso di questi farmaci ha raggiunto nel 2020 un valore dell'1,7%, con un minimo dell'1,1% nella Regione Veneto e un massimo del 2% in Sardegna.</p>

<p>Attività servizi di salute mentale. Ambito internazionale</p>	<p>World Health Organization, <i>The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment</i>, ottobre 2020</p> <p>Pignon B, Gourevitch R, Tebeka S et al., <i>Dramatic reduction of psychiatric emergency consultations during lockdown linked to COVID-19 in Paris and suburbs</i>, Psychiatry Clin Neurosci 2020</p> <p>Pham-Scottet A, Silva J, Barruel D et al., <i>Patient flow in the largest French psychiatric emergency centre in the context of the COVID-19 pandemic</i>. Psychiatry research 2020</p>	<p>Tra 130 stati membri dell'OMS, nessuno ha segnalato una chiusura totale di tutti i servizi, ma solo il 7% ha riferito che tutti i servizi sono rimasti sempre aperti, con il 93% dei Paesi che ha riferito un'interruzione di uno o più servizi. I servizi di comunità maggiormente colpiti (chiusura parziale o totale in oltre il 40% dei Paesi); i servizi di assistenza domiciliare e i centri diurni hanno raggiunto livelli di piena o parziale chiusura nel 60-70% dei Paesi; quasi il 60% di tutti i servizi di psicoterapia e consulenza sono stati segnalati come parzialmente interrotti. I programmi di prevenzione e gestione dell'overdose e i servizi di riduzione del danno critico sono stati interrotti in oltre il 50% dei Paesi.</p> <p>Due studi condotti in Francia hanno mostrato un calo del 54,8% del numero di consultazioni durante le prime quattro settimane della pandemia e hanno messo in luce che il numero di consultazioni al giorno è stato significativamente inferiore nel 2020 (n=10) rispetto al 2017 (n=23), 2018 (n=24) e 2019 (n=26)</p>
<p>Attività servizi di salute mentale. Ambito nazionale - attività CSM</p>	<p>Carpiniello B., Tusconi M., Zanalda E., Di Sciascio G., et al., <i>Psychiatry during the COVID-19 pandemic: a survey on mental health departments in Italy</i>, BMC Psychiatry, dicembre 2020</p>	<p>Dall'inizio del lockdown, il 13% dei CSM è stato chiuso e il 25 % ha ridotto gli orari di accesso. Si è inoltre registrato un sensibile decremento (circa -80%) dei Day Hospital (DH), le strutture semiresidenziali all'interno dei CSM, e una riduzione ancora maggiore (dell'85%) per quanto riguarda il numero di Centri Diurni (DC).</p> <p>Non hanno subito interruzioni e sono procedute di consueto le visite psichiatriche urgenti, mentre gli altri interventi hanno risentito di una significativa diminuzione, comprese le consulenze psichiatriche per Ospedali Generali (circa -25%), psicoterapie individuali (circa -65%), psicoterapie di gruppo e interventi psicosociali (circa -90/95%), e monitoraggio sia dei soggetti ricoverati in Strutture Residenziali (-60%) sia dei delinquenti affetti da disturbi psichici assegnati dai Tribunali ai CSM (-45%).</p>

Attività servizi di salute mentale. Ambito nazionale - attività SPDC	<p>Carpiniello B., Tusconi M., Zanalda E., Di Sciascio G., et al., <i>Psychiatry during the COVID-19 pandemic: a survey on mental health departments in Italy</i>, BMC Psychiatry, dicembre 2020</p>	<p>Nell'88% dei SPDC si è registrata una riduzione complessiva degli ingressi; solo l'8% ha segnalato un aumento dei ricoveri obbligatori. In 1/3 dei reparti non si sono svolte più riunioni del personale; le visite psichiatriche per le unità Covid sono state eseguite in circa 1/5 degli SPDC; L'accesso dei visitatori ai reparti è stato vietato in quasi tutti gli SPDC e nel 90% dei casi sono stati adottati percorsi specifici per i pazienti con sospetta infezione da COVID-19; circa il 15% dei reparti ha istituito aree isolate per i pazienti.</p>
	<p>Clerici M., Durbano F., Spinogatti F., Vita A., de Girolamo G, Micciolo R. <i>Psychiatric hospitalization rates in Italy before and during COVID-19: did they change? An analysis of register data</i>, Ir J Psychol Med 2020</p>	<p>Complessivamente, a marzo 2020, si è registrata una diminuzione del 31,3% del numero di ricoveri rispetto a marzo 2019 e una diminuzione del 25,7% rispetto a febbraio 2020; analizzando il numero medio giornaliero di ricoveri, emerge che la maggiore riduzione percentuale (rispetto alla corrispondente settimana del 2019) si è avuta alla settimana 12 (-53%), ma era già visibile alla settimana 11 (a partire dall'11 marzo) con -42% ed è proseguita fino alla settimana 13 (ultima settimana analizzata) con una riduzione del -39%.</p>

3.4.4 L'indagine

L'indagine ha l'obiettivo di esplorare il punto di vista di enti del terzo settore e società scientifiche in Italia riguardo l'impatto che la pandemia da COVID-19 sta causando nella presa in carico, nell'accesso ai servizi sanitari e rispetto alla qualità della vita e allo stato di salute sia per quanto riguarda utenti già in carico ai servizi sia per quanto riguarda la popolazione generale, psicologicamente provata, in un lasso temporale di riferimento che va da marzo 2020 a maggio 2021. Per fare ciò, è stato somministrato un questionario a risposte chiuse utilizzando una metodologia CAWI, rivolto agli enti del terzo settore ed è stata condotta un'intervista a domande chiuse con una Società Scientifica¹⁷³.

Il campione

Il questionario è rivolto alle organizzazioni del Terzo Settore, ambito che in Italia sta acquisendo sempre di più un rilievo crescente per numero di organizzazioni che operano sul territorio nazionale, per numero di operatori impiegati e per utenti che usufruiscono dei servizi. Hanno partecipato all'indagine in tutto 69 enti, di cui 41 hanno risposto a tutte le domande, 14 almeno all'80% e 14 a meno dell'80%; quest'ultime sono state escluse dall'analisi, per cui il campione analizzato è di 55 enti.

Le rispondenti appartengono a tipologie diverse di enti: l'82% sono organizzazioni di volontariato (ODV), il 14% associazioni di promozione sociale (APS) e il 4% reti associative. Per quanto riguarda l'ambito d'azione, la maggior parte operano a livello cittadino (51%), seguite da quelle che operano a livello regionale (45%) e infine nazionale (4%).

Con il coinvolgimento di 15 Regioni diverse, è stata data una buona rappresentatività geografica delle tre aree Nord (40%), Centro (20%) e Sud (40%); come si può osservare però, c'è una forte prevalenza di risposte provenienti dalla Lombardia (24%).

¹⁷³ Il questionario è stato sviluppato in collaborazione con Società Italiana di Psichiatria (SIP), Unità Operativa Riabilitazione Disturbi dell'Umore Ospedale San Raffaele Turro di Milano e Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale (Unasam).

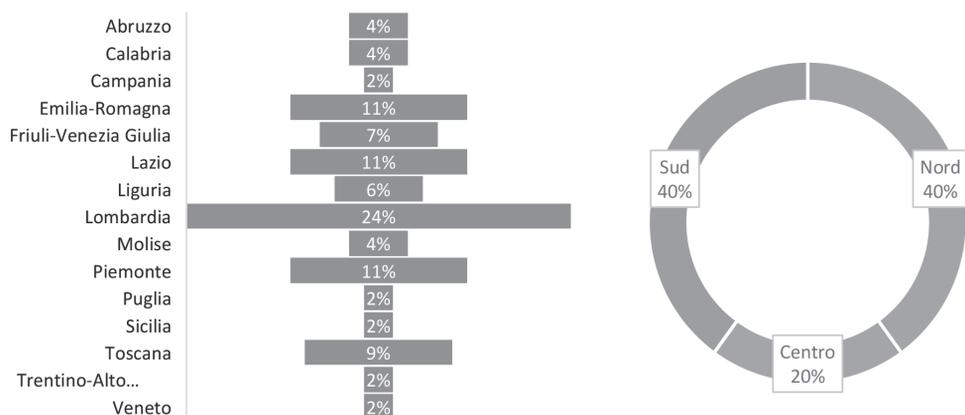


Figura 6. Rappresentatività geografica del campione del campione (enti del terzo settore)

Invece la società scientifica che ha partecipato all'intervista è la S.I.S.I.S.M., Società Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale, la quale si occupa di promuovere le competenze e le buone pratiche degli infermieri di salute mentale in modo da migliorare la qualità dell'assistenza e favorendo la formazione di nuovi professionisti.

L'analisi

Impatto della pandemia sugli utenti e sulla popolazione generale

Secondo gli enti coinvolti nell'indagine, oltre una generale incertezza sul futuro (13%), le maggiori preoccupazioni per i pazienti e i loro caregiver sono state legate soprattutto alle misure di limitazione degli spostamenti imposte per contrastare il diffondersi del virus, che hanno generato paura dell'isolamento (18%) e hanno rappresentato possibili barriere alle relazioni sociali (16%).

Per quanto riguarda gli aspetti più prettamente clinici, oltre la paura di contrarre il virus (13%), timori abbastanza comuni hanno riguardato anche l'accesso ai servizi sanitari (13%), paura di recarsi in ospedale (8%) e di non poter vedere il medico dal vivo (8%).

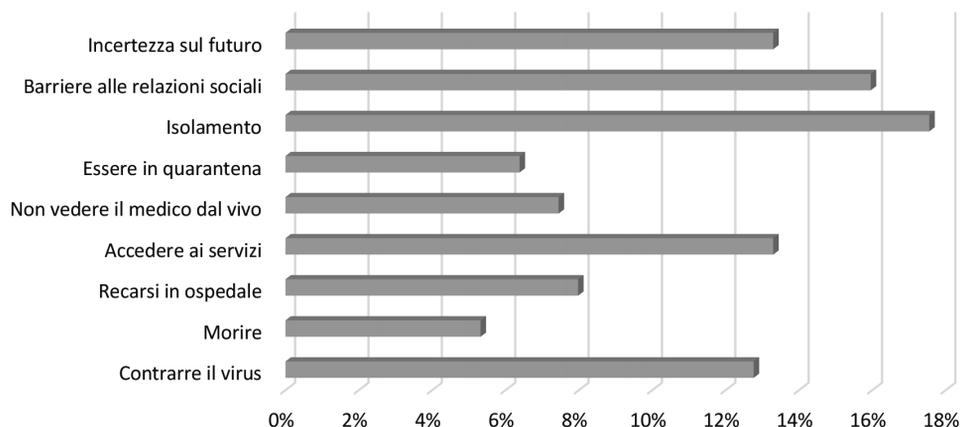


Figura 7. Le maggiori preoccupazioni per i pazienti nel periodo pandemico secondo gli enti del terzo settore

Per un'ampia maggioranza (95%) degli enti l'emergenza pandemica ha avuto un impatto in termini di peggioramento delle condizioni di vita e di salute degli utenti già in carico ai servizi; è stata riferita una diminuzione dell'aderenza al trattamento (68%) e un abbandono delle cure. I rispondenti ritengono inoltre ci sia stato un incremento del rischio suicidario (63%) e, coerentemente con i timori più diffusi, sono stati riferiti anche un incremento dell'isolamento e del ritiro sociale e un aumento dei conflitti familiari, dovuti probabilmente al periodo di quarantena.

Secondo la Società Scientifica, il rischio di infezione da SARS-CoV-2 e di sviluppare quadri clinici più gravi è abbastanza più elevato tra i minori di 18 anni e nella fascia 18-35 anni, così come si registra un generale peggioramento delle condizioni di vita e di salute e una diminuzione dell'aderenza al trattamento; mentre, in questa fascia d'età, la pandemia non ha impattato in termini di incremento del rischio suicidario e incremento della mortalità. Per quanto riguarda invece la fascia d'età tra i 36 e i 65 anni e tra gli over 65 è stato riportato un rischio abbastanza elevato di incorrere in tutti gli aspetti considerati.

Dal punto di vista della qualità della vita, sia gli enti del terzo settore che la S.I.S.I.S.M. concordano che l'emergenza pandemica, e in particolare il lockdown, hanno avuto conseguenze abbastanza importanti per gli utenti già in carico ai servizi. In particolare, secondo gli enti, in termini di gestione delle relazioni sociali, considerando sia il distanziamento che la convivenza forzata (97%) e in termini di stigma e paura di dover necessariamente manifestare la propria condizione di salute. Oltre a questi aspetti sociali, il lockdown ha causato criticità anche nell'ambito dell'inserimento lavorativo (93%) e nella gestione in generale dei rapporti lavorativi (90%).

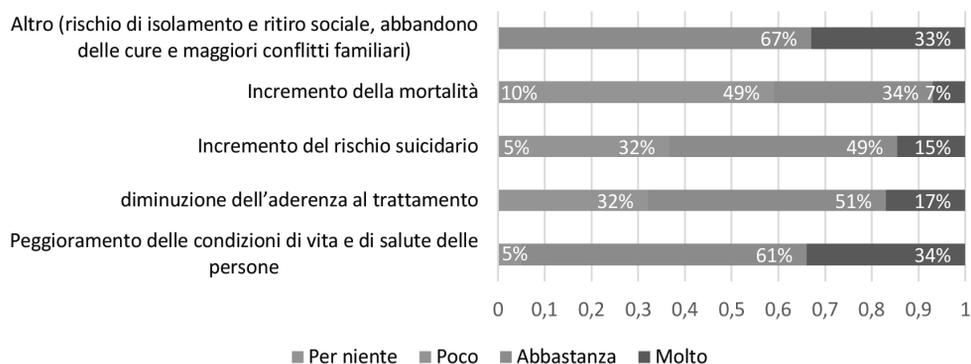


Figura 8. Impatto dell'emergenza pandemica sugli utenti già in carico ai servizi secondo gli enti del terzo settore

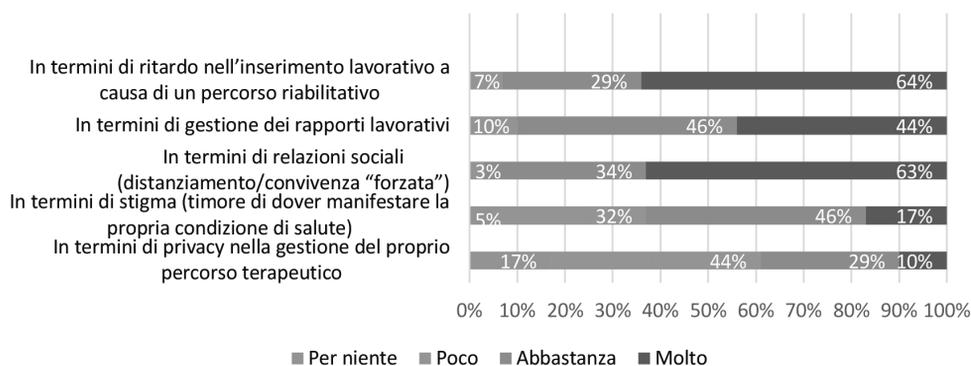


Figura 9. Impatto del lockdown sulla qualità di vita degli utenti già in carico ai servizi secondo gli enti del terzo settore

La pandemia sta sicuramente avendo anche importanti conseguenze sul percorso terapeutico degli utenti che accedono ai servizi di salute mentale, con lievi differenze tra pazienti naïve, ovvero quelli che non hanno avuto precedenti esposizioni terapeutiche ad un farmaco, e pazienti già in terapia. Secondo S.I.S.I.S.M., nei primi essa ha impattato in particolar modo in termini di accesso, aderenza, alleanza alla terapia e nel monitoraggio del percorso terapeutico; nei secondi invece essa ha avuto un impatto soprattutto sull'aderenza terapeutica, sul monitoraggio del percorso terapeutico e nella riabilitazione e recovery del paziente.

Come già più volte detto, la pandemia ha impattato non solo sugli utenti già in carico ai servizi, ma ripercussioni di tipo psicologico sono state provate anche dalla popolazione generale, in particolar modo, secondo il punto di vista degli enti, per quanto riguarda il rischio di sviluppare sintomi ansiosi, depressivi e stress correlati (95%), l'aumento di dipendenze patologiche (90%) e di consumo di farmaci non

soggetti a prescrizione come gli ansiolitici e gli psicotropi (85%).

Indagando se, secondo la prospettiva della Società Scientifica, ci fossero differenze all'interno di quattro diverse fasce d'età (minori di 18 anni, 18-35 anni, 36 - 65 anni e over 65), è emerso che in tutte e quattro c'è stato un incremento di tutte le voci considerate e in particolare, tra coloro che hanno tra i 36 e i 65 anni e tra gli over 65, è stato riferito un maggiore incremento del rischio suicidario.

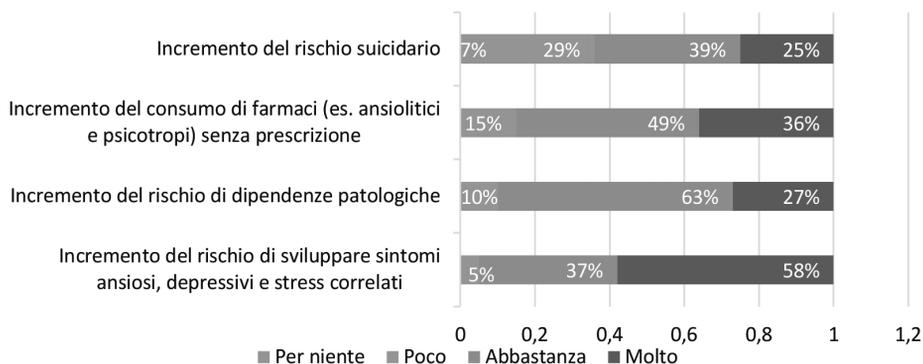


Figura 10. Impatto dell'emergenza pandemica sulla popolazione generale dal punto di vista psicologico secondo gli enti del terzo settore

Impatto della pandemia sull'accesso ai servizi sanitari

L'analisi dei dati ha mostrato l'emergere e la diffusione del fenomeno di annullamento di appuntamenti per visite e controlli (86%). Secondo il parere degli enti, nella maggior parte dei casi ciò è dipeso dagli erogatori di servizi o dai medici di riferimento, sebbene sia emerso che spesso anche gli utenti o i loro caregiver abbiano richiesto l'annullamento, dato che può essere confermato dalla paura di accedere ai servizi sanitari e di recarsi in ospedale, infatti per più della metà dei partecipanti all'indagine le cancellazioni sono dipese da entrambi (59%). Secondo il 69% del campione, il mancato accesso ai servizi può aver causato un ritardo nella presa in carico degli utenti. Dal punto di vista della Società Scientifica, il fenomeno è imputabile nella stessa misura agli utenti/loro caregiver e alle strutture/medici.

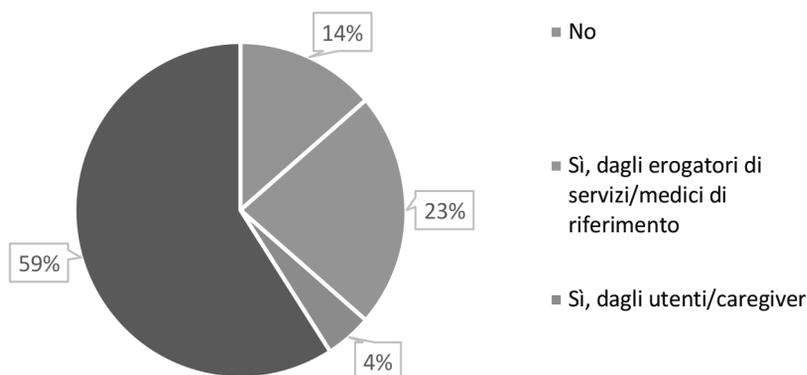


Figura 11. Annullamento appuntamenti per visite e controlli secondo gli enti del terzo settore

Osservando le difficoltà e i ritardi nell'accesso agli erogatori di servizi sanitari, si può vedere che in generale in tutti e tre i periodi di riferimento considerati sono stati avvertiti dagli enti che hanno preso parte all'indagine problemi in tutti i settori analizzati, sebbene con intensità diverse. Nel primo periodo di riferimento (da marzo 2020 a maggio 2020), che corrisponde all'inizio della pandemia, l'intensità di ritardi e difficoltà (ovvero coloro che hanno risposto abbastanza/molto) è risultata maggiore rispetto agli altri periodi, questo perché le strutture, impreparate a una situazione d'emergenza di tale portata, si sono trovate a dover rimodulare la loro normale attività, con conseguenti disagi. I centri diurni sono quelli in cui sono state riferite maggiori difficoltà e ritardi nell'accesso (85%), seguiti dai centri di salute mentale (79%), dai servizi riabilitativi del terzo settore (79%), e dai servizi ospedalieri (77%).

Per quanto riguarda il secondo lasso temporale (da maggio 2020 a ottobre 2020), periodo in cui si è registrata una diminuzione dei contagi e un quadro generale meno critico, è risultata minore l'intensità nei ritardi e nelle difficoltà. È stata riportata una situazione migliore per i centri di salute mentale (42%) e per i servizi ospedalieri (35%). Le maggiori difficoltà hanno riguardato ancora i centri diurni (77%) e i servizi riabilitativi del terzo settore (73%).

Infine, nel terzo arco temporale (da ottobre 2020 a maggio 2021), la situazione raccontata risulta nel complesso invariata rispetto al periodo precedente per tutte le voci considerate, con un lieve miglioramento per i centri diurni (in difficoltà il 67% rispetto al 77% del periodo precedente).

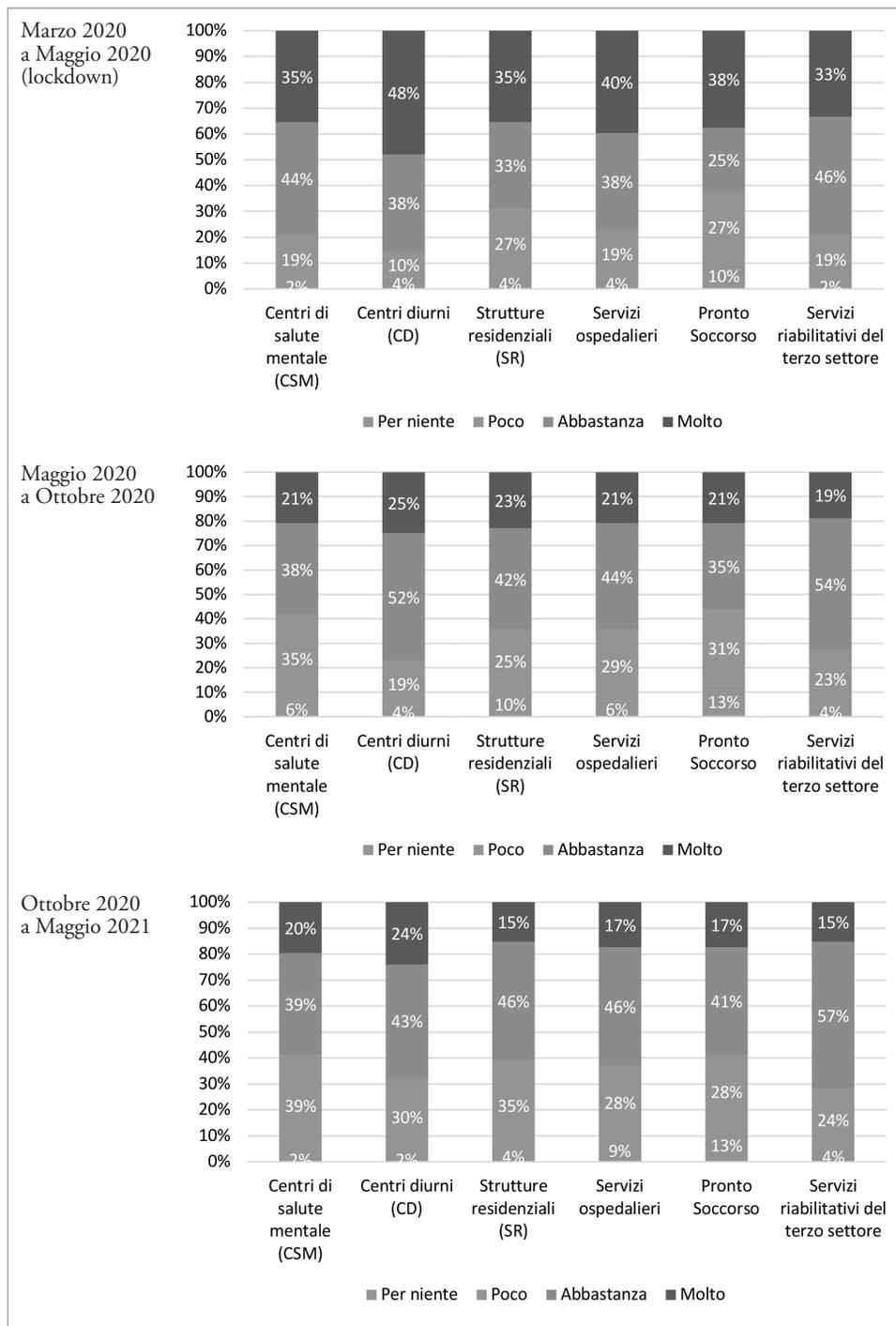


Figura 12. Difficoltà/ritardi nell'accesso agli erogatori di servizi in diversi periodi pandemici secondo gli enti del terzo settore

Quanto è stato osservato riguardo agli erogatori di servizi si riflette anche nell'analisi relativa a ritardi e difficoltà nell'accesso ai servizi. Sono state infatti riferite problematiche generalmente in tutti e tre i periodi, con però un graduale miglioramento dalla prima alla terza fase. Nel primo periodo le maggiori problematiche hanno riguardato i programmi terapeutico-riabilitativi e socioriabilitativi e di inserimento lavorativo (90%) e, coerentemente con i dati riguardanti gli erogatori di servizi, la possibilità di poter continuare a svolgere sia attività riabilitative in centri diurni (90%) che in strutture residenziali (90%).

Nel secondo lasso temporale, è stata riportata una situazione notevolmente migliore per quanto riguarda la prosecuzione di attività riabilitative in strutture residenziali, mentre hanno continuato a presentare criticità i programmi terapeutico-riabilitativi e socioriabilitativi e di inserimento lavorativo (81%), l'inizio della presa in carico (73%) e gli interventi psicosociali sul territorio (73%).

Il confronto tra terzo e secondo periodo mostra una situazione abbastanza simile a quella precedente, con i day hospital in cui è stato segnalato però un peggioramento.

La prescrizione e la consegna dei farmaci è risultato essere il servizio che ha riportato meno problematiche in tutti e tre i periodi di riferimento, mentre le maggiori difficoltà sono state segnalate in merito ai programmi terapeutico-riabilitativi e socioriabilitativi e all'inserimento lavorativo.

Anche la S.I.S.I.S.M. ha riferito che ci sono state abbastanza difficoltà nell'accesso agli erogatori di servizi e nella regolarità dei servizi sanitari in tutti e tre i periodi di riferimento, con disagi per quanto riguarda tutte le voci considerate, in particolare nell'accesso ai Centri Diurni e la prosecuzione delle attività all'interno di essi; nel terzo periodo inoltre sono state riportate particolari difficoltà anche nei programmi terapeutico-riabilitativi e socioriabilitativi e di inserimento lavorativo.

	marzo 2020 a maggio 2020 (lockdown)	maggio 2020 a ottobre 2020	ottobre 2020 a maggio 2021
primo contatto con il servizio territoriale	78%	66%	56%
prima visita psichiatrica	83%	61%	61%
inizio della presa in carico	85%	73%	71%
trattamenti psichiatrici e psicoterapie in corso	73%	68%	63%
attività diagnostiche	73%	63%	66%
colloqui psicologici	76%	71%	66%
ricoveri ospedalieri	66%	58%	63%
accesso ad ambulatori ospedalieri	78%	71%	73%
day hospital (DH)	83%	64%	71%
interventi psicosociali sul territorio	81%	73%	71%
prescrizione/consegna farmaci	37%	32%	29%
programmi terapeutico-riabilitativi e socioriabilitativi/inserimento lavorativo	90%	81%	74%
prosecuzione attività riabilitative in centri diurni	90%	71%	66%
prosecuzione attività riabilitative in strutture residenziali	90%	52%	53%
accesso diretto al medico di medicina generale	68%	56%	44%

Legenda: ■ Per niente ■ Poco ■ Abbastanza ■ Molto

Tabella 7. Difficoltà/ritardi nell'accesso ai servizi sanitari a livello locale in diversi periodi pandemici secondo gli enti del terzo settore

Dall'analisi è emerso che agli enti rispondenti non è chiarissimo se siano state adottate o meno strategie e strumenti per garantire la continuità della presa in carico degli utenti, con buona parte degli intervistati che ha ammesso infatti di non sapere se ciò sia stato fatto sia all'interno dei servizi dei DSM (33%) sia all'interno dei servizi riabilitativi offerti dal terzo settore (35%). Rispettivamente il 35% e il 26% del campione ha dichiarato invece che ciò è stato fatto solo da alcune Regioni, mentre non è avvenuto proprio all'interno dei servizi dei DSM per il 23% del campione e per l'11% nei servizi riabilitativi offerti dal terzo settore.

Secondo la società scientifica intervistata, invece, all'interno dei DSM sono state adottate, in tutto il territorio nazionale, strategie e strumenti per garantire la continuità

della presa in carico degli utenti, come una riorganizzazione nella gestione degli spazi comuni con aree dedicate agli utenti positivi al Covid e una gestione dei pazienti a domicilio grazie a strumenti di medicina digitale. Lo stesso non si può dire per quanto riguarda i servizi riabilitativi del terzo settore, dove è stato riportato che non è stata messa in atto nessuna di queste strategie.

Dal punto di vista degli enti, confrontando le diverse strategie, la meno implementata è quella che ha riguardato l'ampliamento degli orari dei servizi per dilazionare gli appuntamenti sia nei servizi dei DSM (83%) che nei servizi riabilitativi del terzo settore (88%), mentre, all'interno di entrambi i servizi, sono state maggiormente realizzate aree dedicate all'isolamento per gli utenti positivi al Covid (83% vs 76%) o si è ricorso alla riorganizzazione di spazi comuni (56%vs 59%). Nei servizi riabilitativi del terzo settore, è stato riferito che sono stati sufficientemente adottati strumenti di medicina quali tele-visite, app di telemedicina o consulenza telefonica (59%), mentre per quanto riguarda i servizi dei DSM sono state riportate valutazioni equamente divise (50% soddisfatti e 50% non soddisfatti).

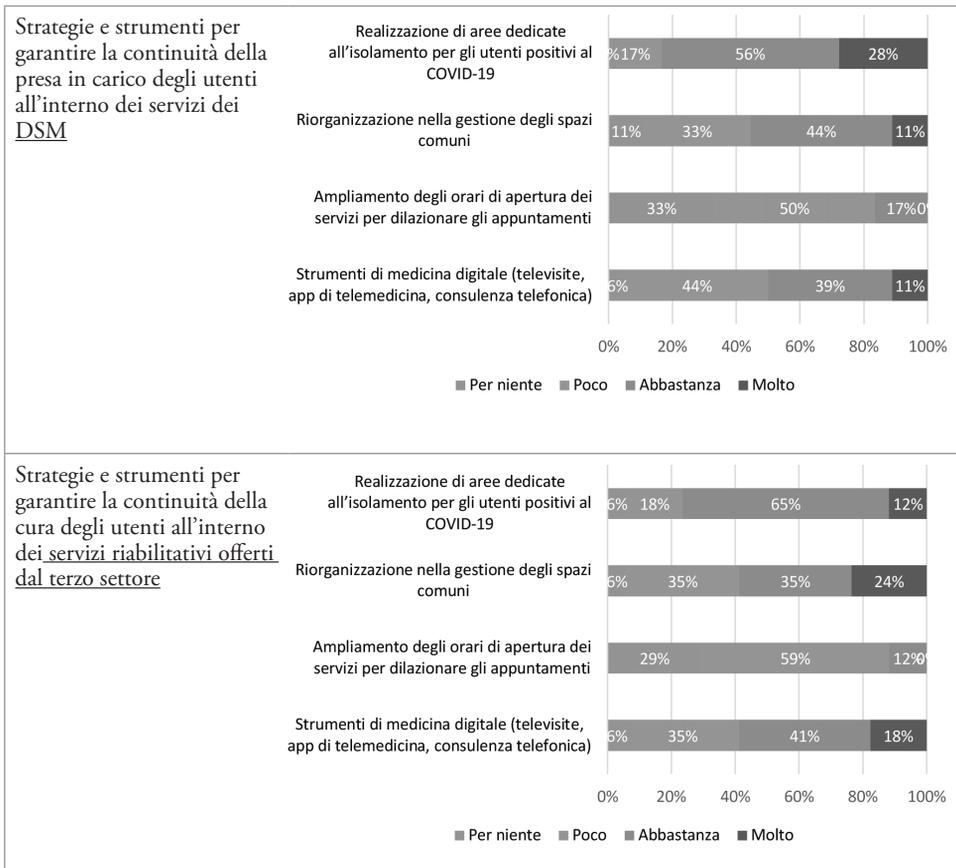


Figura 13. Strategie e strumenti per garantire la continuità della presa in carico degli utenti all'interno dei servizi dei DSM e dei servizi riabilitativi offerti dal terzo settore secondo gli enti del terzo settore

Se gli enti sono risultati per lo più soddisfatti dei servizi implementati per garantire la psicoterapia anche da remoto, considerati dal 63% efficaci per assicurare la continuità terapeutica de paziente, non è dello stesso parere la S.I.S.I.S.M., che li considera non molto efficaci, e allo stesso modo ritiene che anche gli utenti non li abbiano ritenuti validi.

Guardando al futuro, tra le strategie che sarebbe opportuno implementare per migliorare la presa in carico dei pazienti, sono risultati in assoluto al primo posto per gli enti del terzo settore gli strumenti di medicina digitale (41%), seguiti da interventi socioriabilitativi integrati basati sulla persona (29%) e una migliore organizzazione di alcuni servizi in altre strutture (15%). Guardando però i diversi servizi anche in relazione alle posizioni che occupano gli altri in termini di preferenza da parte dei

rispondenti, la voce relativa a equipe multidisciplinare presenta percentuali alte per le prime quattro posizioni e basse per le ultime quattro, lo stesso per quanto riguarda i tavoli di lavoro multiprofessionali integrati. È interessante notare invece che gli interventi socioriabilitativi riportino percentuali alte sia nella prima posizione (29%) che nella sesta (34%). Il cambiamento nelle modalità di dispensazione dei farmaci e il coinvolgimento attivo dei caregiver sono le strategie che sono state considerate meno importanti da implementare in futuro.

Dalla società scientifica invece al primo posto sono stati segnalati gli interventi riabilitativi integrati basati sulla persona, come per esempio il budget salute, strumento che ha l'obiettivo di ricomporre e gestire le diverse risorse a disposizione delle persone con fragilità; meno importante è stato considerato invece un eventuale cambiamento nelle modalità di dispensazione dei farmaci.

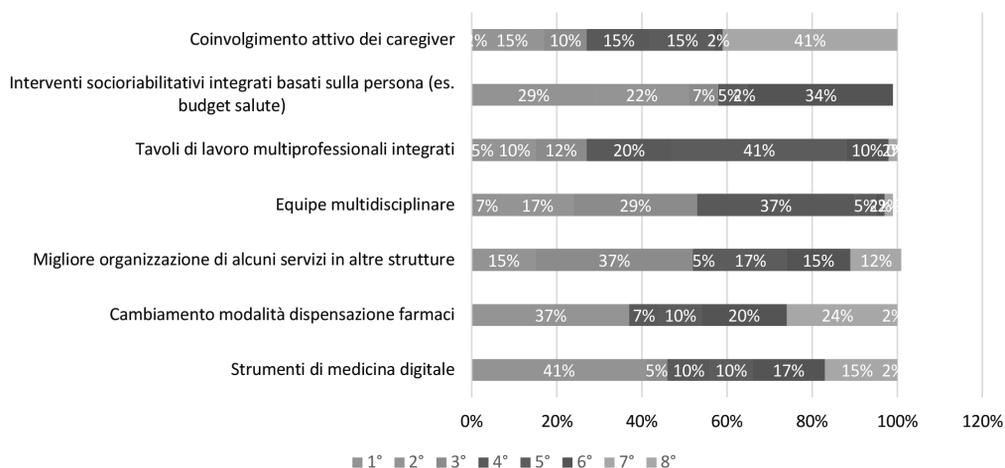


Figura 14. Strategie da implementare in futuro per un miglioramento della presa in carico degli utenti secondo gli enti del terzo settore

Impatto della pandemia sui servizi offerti dagli enti

A causa della pandemia, gli enti hanno dovuto sospendere o modificare i servizi da loro offerti, soprattutto per quanto riguarda quelli in presenza, trovandosi a dover ridurre le loro attività o a dover continuare a operare online. Ciò è valso per esempio per gli sportelli sul territorio, spesso sospesi (50%) o modificati (27%), per le attività di informazione e orientamento ai servizi (modificate nel 35% dei casi) e i servizi di supporto agli utenti come, per esempio, lo psicologo (33%) e di supporto ai caregiver (30%).

Per fare fronte alla situazione emergenziale, il 42% del campione ha ideato nuove attività quali servizi di sostegno a distanza (17%), la digitalizzazione di sportelli precedentemente in presenza (16%), lo sportello telefonico (13%) e servizi di socializzazione a distanza/mutuo aiuto verso gli utenti (13%).



Figura 15. Nuovi servizi delle associazioni per far fronte alla situazione emergenziale secondo gli enti del terzo settore

3.5 Focus: HIV

3.5.1 La relazione HIV - COVID-19

Con l'avvento della pandemia è stato da subito indagato l'impatto che COVID-19 potesse avere sul virus dell'HIV e, viceversa, l'HIV come fattore di rischio; gli studi hanno però, nel tempo, portato a risultati differenti.

Inizialmente, alcuni studi evidenziarono la positività all'HIV come fattore di rischio di aggravamento dei sintomi dell'infezione da SARS-CoV-2, mostrando una correlazione tra sieropositività e aumento nel rischio di mortalità a causa del Coronavirus. In uno studio inglese¹⁷⁴, ad esempio, sono state confrontate le caratteristiche di pazienti adulti con e senza HIV ricoverati per COVID-19; tra 47.592 pazienti, 122 (0,26%) avevano l'infezione da HIV e, di questi, il 91,8% seguiva una terapia antiretrovirale. Sebbene la mortalità cumulativa fosse simile nei gruppi sieropositivi rispetto ai negativi, nei pazienti sotto i 60 anni di età lo stato di sieropositività era associato a un aumento del rischio di mortalità. Un'altra ricerca¹⁷⁵ ha invece rilevato che su 144.795 pazienti

¹⁷⁴ Geretti A.M., Stockdale A.J., Kelly S.H., Cevik M., Collins S., Waters L., Villa G., et al., *Outcomes of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Related Hospitalization Among People With Human Immunodeficiency Virus (HIV) in the ISARIC World Health Organization (WHO) Clinical Characterization Protocol (UK): A Prospective Observational Study*, Clinical Infectious Diseases, ottobre 2020.

¹⁷⁵ Ssentongo P., Heilbrunn, E., et al., *Prevalence of HIV in patients hospitalized for COVID-19 and associated outcomes: a systematic review and meta-analysis*, luglio 2020.

ricoverati per Covid in Nord America, Europa e Asia la prevalenza del virus dell'HIV in questi soggetti era dell'1,22%, cosa che si traduceva in un aumento di 2 volte rispetto alla rispettiva prevalenza dell'HIV nella popolazione generale, suggerendo una potenziale suscettibilità al Covid tra le persone sieropositive.

Successivamente altri studi avevano avvalorato, invece, l'ipotesi che l'HIV non costituisse un fattore di rischio rilevante di aggravamento dei sintomi di COVID-19, dimostrando che gli effetti generati dal nuovo Coronavirus rimanevano sostanzialmente invariati tra i pazienti sieropositivi e quelli negativi. Tra le varie ricerche che hanno supportato questa tesi, si prende ad esempio una delle più ampie in termini di gruppo osservazionale, condotta negli Stati Uniti¹⁷⁶, che ha esaminato l'incidenza e gli effetti di COVID-19 in due gruppi di individui, 30.891 pazienti sieropositivi e 76.745 negativi, sottoposti al test per il Covid; dallo studio è risultato, da una parte, che il tasso cumulativo di positività era circa lo stesso, 9,7% tra gli HIV-positivi e 10,1% tra gli HIV-negativi, dall'altra, che anche gli effetti erano stati simili nei due gruppi: il 34% dei sieropositivi e il 35% dei negativi avevano necessitato di ricovero ospedaliero ed erano stati ricoverati in terapia intensiva rispettivamente il 14% e il 15%, deceduti il 10% e l'11%. Da questa analisi era emerso quindi che non ci fosse alcuna differenza nel rischio di ospedalizzazione, ingresso in terapia intensiva, intubazione e decesso tra i pazienti positivi o negativi all'HIV.

Da diverse indagini emergevano esiti clinici comparabili tra le persone sieropositive e il resto della popolazione, in particolar modo tra coloro che avevano un'infezione da HIV controllata, ovvero in terapia antiretrovirale e con carica virale soppressa¹⁷⁷.

Infine, recentemente, altre indagini pongono, invece, la condizione di sieropositività, soprattutto se associata a comorbilità, come fattore di rischio per COVID-19. Uno studio¹⁷⁸ presentato in occasione di IAS Conference on HIV Science a luglio 2021 – basato sull'analisi di 268.412 pazienti ricoverati a causa del Covid, normalizzando i dati sulla base di età, sesso e carico delle comorbilità – ha associato l'infezione da HIV a un rischio maggiore di presentare forme gravi di infezione da COVID-19; è emerso, infatti, che più di 1/3 delle persone sieropositive è stato ricoverato in ospedale in condizioni critiche e il 23,1% è deceduto in ospedale. Il rischio di mortalità aumenterebbe, poi, associando alla sieropositività altri fattori quali avere un'età superiore ai 65 anni, essere

¹⁷⁶ Park L.S., Rentsch C.T., Sigel K., et al., *COVID-19 in the largest US HIV cohort, AIDS 2020: 23rd International AIDS Conference Virtual*, luglio 2020.

¹⁷⁷ Zhu F., Cao Y., Xu S., Zhou M., *Co-infection of SARS-CoV-2 and HIV in a patient in Wuhan city, China*, J of Medical Virology 11 marzo 2020.

¹⁷⁸ Bertagnolio S., Thwin S.S., Silva R., Ford N., Baggaley R., et al., *Clinical characteristics and prognostic factors in people living with HIV hospitalized with COVID-19: findings from the WHO Global Clinical Platform*, IAS 2021.

maschi, avere il diabete o l'ipertensione aumentava.

Le prove attuali sembrano, quindi, indicare che il rischio di una forma grave di COVID-19 aumenti con l'età, il sesso maschile e con alcuni problemi medici cronici; bisogna considerare che quasi la metà delle persone sieropositive in Europa è ultracinquantenne e che le comorbilità sono molto comuni nelle persone che convivono con l'HIV.

L'iniziale mancanza di dati e studi concordanti sul legame tra sieropositività e pandemia ha fatto prevalere l'opinione che COVID-19 non avesse un impatto più grave sulle persone HIV-positivo, come testimoniato, per esempio, da quanto emerso in occasione del Convegno *Let's stop HIV* a dicembre 2020, durante il quale era stato ripetuto che presumibilmente per le persone sieropositive in terapia con una buona risposta immunitaria e con una carica virale non rilevabile non ci fosse un rischio particolare, mentre il rischio era maggiore per le persone non in terapia e con un'infezione già avanzata. Veniva però spiegato che i pazienti che presentano comorbilità necessitano di particolare attenzione e di un attento *follow-up* durante e dopo l'infezione da SARS-CoV-2¹⁷⁹.

In generale, dunque, la comunicazione che ha prevalso in quest'ultimo anno e mezzo – da parte delle istituzioni, clinici e community – è stata che, in confronto alla popolazione generale, per le persone con HIV in buona salute, con un numero di CD4 maggiore di 500 e con carica virale soppressa i rischi di contrarre il Covid o di sviluppare forme gravi erano gli stessi¹⁸⁰.

Alcuni clinici, specificando che si trattasse di un argomento controverso, spiegavano che la maggior parte degli studi sembravano essere neutrali, dal momento che nei pazienti HIV non sembrava che l'infezione da COVID-19 avesse evoluzioni diverse rispetto alle persone HIV-negative¹⁸¹.

Anche Il Ministero della Salute, per esempio, affermava che per le persone con HIV in trattamento antiretrovirale efficace non ci fosse un rischio peggiore di decorso dell'infezione da COVID-19 rispetto ad una persona HIV-negativa¹⁸².

¹⁷⁹ Cossarizza A., *Convegno Nazionale Let's stop HIV: L'impatto di SARS-CoV-2, 21 dicembre 2020. Convegno che si è svolto in modalità virtuale dal 21 al 22 dicembre 2020 ideato e organizzato dalle professoressa Cristina Mussini, direttrice Malattie Infettive dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena, e Anna Maria Cattelan, direttrice Unità operativa complessa di Malattie infettive di Padova. Programma: <https://www.letsstophiv2020.it/pages/programma/index.php>*

¹⁸⁰ LILA- Lega Italiana per la Lotta contro l'AIDS, *HIV e COVID*, luglio 2021.

¹⁸¹ *L'impatto della pandemia da COVID-19 sull'assistenza alle persone HIV+*, novembre 2020. https://careonline.it/wp-content/uploads/2020/11/Dossier_Antinori_Care_4-5_2020.pdf.

¹⁸² Ministero della Salute, *Nuovo Coronavirus e HIV: le raccomandazioni del Comitato tecnico sanitario per la lotta all'Aids*, 2020.

3.5.2 L'ambito internazionale

La pandemia di COVID-19 sta colpendo le vite di chiunque nel mondo, ma l'impatto è particolarmente grave tra coloro che sono emarginati e svantaggiati dal punto di vista socioeconomico. Si stima che la pandemia abbia portato fino a 115 milioni di persone in uno stato di estrema povertà, allontanando molte persone, soprattutto coloro che appartengono alle *key population*, dal supporto di cui hanno bisogno¹⁸³.

Per le persone che vivono con l'HIV l'interruzione nell'offerta di servizi può avere un impatto molto negativo in termini di salute. È stato stimato che l'interruzione per sei mesi della terapia antiretrovirale può avere generato un incremento di 500.000 decessi per malattie legate all'AIDS nell'Africa sub-sahariana nel periodo 2020-2021¹⁸⁴. Così, allo stesso modo, l'interruzione dei servizi per prevenire la trasmissione dell'HIV da madre a figlio ha fatto sì che le nuove infezioni infantili siano più che raddoppiate in Malawi, Uganda, Zimbabwe e che siano aumentate dell'83% in Mozambico¹⁸⁵.

Complessivamente, la presa in carico di nuovi pazienti e i servizi che offrono i test sono i due ambiti che sono stati maggiormente colpiti. I dati raccolti da aprile a settembre 2020 attraverso 502 strutture sanitarie in 32 Paesi, 24 dell'Africa e 7 in Asia, hanno mostrato che la presa in carico è diminuita del 37% tra il secondo/terzo trimestre del 2020 rispetto al secondo/terzo trimestre del 2019. Inoltre, in tutte le strutture esaminate, i test sono diminuiti del 41%. Test e presa in carico sono importanti nell'ambito della prevenzione e dell'accesso alla terapia, e una interruzione di questi servizi può influire gravemente sulla capacità dei Paesi di combattere l'HIV e proteggere le persone più a rischio¹⁸⁶.

Dai dati emersi dal rapporto redatto dal Fondo Globale¹⁸⁷, nel 2020 si è registrato per la prima volta un calo nell'accesso ai servizi di prevenzione e test rispetto all'anno precedente: la circoncisione maschile è diminuita del 27%, il numero di persone raggiunte con programmi di prevenzione dell'11% e il numero di madri che ricevono medicine per prevenire la trasmissione dell'HIV ai figli è sceso del 4,5%. L'accesso ai test è diminuito del 22%, frenando così l'inizio delle terapie nella maggior parte dei Paesi.

¹⁸³ The Global Fund, *Results report 2021*, settembre 2021.

¹⁸⁴ Jewell B., Mudimu E., Stover J., Brink D., et al., *Potential effects of disruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-19: results from multiple models*, maggio 2020.

¹⁸⁵ Stover J., Chagoma N., Taramusi I., Teng Y., Glaubius R., Mahiane S.G., *Estimation of the potential impact of COVID-19 responses on the HIV epidemic: analysis using the Goals Model*, maggio 2020

¹⁸⁶ The Global Fund, *The impact of COVID-19 on HIV, tb and malaria services and systems for health: a snapshot from 502 health facilities across Africa and Asia*, aprile 2021.

¹⁸⁷ The Global Fund, 2021, op.cit.

Uno studio pubblicato su *The Lancet* a febbraio 2021¹⁸⁸ ha analizzato i dati di 65 cliniche in Sudafrica riguardo le persone che si sono sottoposte al test per l'HIV, che avevano iniziato la terapia antiretrovirale e che dovevano svolgere le visite di controllo prima e dopo il lockdown di marzo 2020. Si è potuta osservare una diminuzione del 47,6% dei test HIV nel primo mese di lockdown (aprile 2020); dopodiché il numero di test effettuati è ricominciato a crescere, raggiungendo l'82,7% entro luglio 2020. Per quanto riguarda l'inizio della terapia antiretrovirale, si è osservata una diminuzione del 46,2% degli inizi di ART nella prima settimana completa di lockdown. Successivamente, c'è stato un graduale recupero, con un trend del 15,6% al mese. Infine, per quanto riguarda le visite di controllo, l'analisi ha mostrato una debole diminuzione nella prima settimana di lockdown; successivamente, il numero di visite è rimasto costante. In generale, è stata osservata una diminuzione di quasi il 50% per quanto riguarda i test HIV e l'avvio dell'ART all'inizio del lockdown, con una ripresa graduale nei 3 mesi successivi. Le visite invece sono diminuite solo per un breve periodo. I servizi per l'HIV hanno generalmente funzionato per le persone che già ricevevano l'ART. Tuttavia, il lockdown ha impedito il coinvolgimento di nuove persone (attraverso il test e il successivo avvio del trattamento).

Un'altra indagine¹⁸⁹, condotta tra metà aprile e metà maggio 2020, coinvolgendo 140 paesi, con un numero significativo di risposte provenienti da Russia, Turchia, Francia, Brasile, Thailandia e Indonesia, ha mostrato che il 21% dei partecipanti ha lamentato problemi nell'accesso alla terapia antiretrovirale, con il 7% dei partecipanti che ha dichiarato di aver rischiato di rimanere senza farmaci. In termini di prevenzione, la probabilità di avere il test HIV di persona è diminuita del 10%, di avere i farmaci per la PrEP del 9%, preservativi del 6%, test fai-da-te del 2%. In generale è risultato che i giovani under 24 e le persone appartenenti alle fasce di reddito più basse sono stati quelli che hanno registrato maggiori difficoltà nell'accedere ai servizi di prevenzione.

Mentre tutti i Paesi si sono trovati alle prese con la pandemia, sono state mobilitate risorse per rispondere all'HIV. Direttori o coordinatori nazionali per l'AIDS in Paesi come Angola, Brasile, Cina, Etiopia, Malawi, Messico, Nigeria e Vietnam sono entrati a far parte come membri degli organi nazionali di pianificazione e di decisione per rispondere al Covid. Anche diverse partnership internazionali si sono mobilitate. Unitaid, un'organizzazione a livello globale che lavora per prevenire, diagnosticare e

¹⁸⁸ Dorwan J., Khubone T., Gate K., Ngobese H., et al., *The impact of the COVID-19 lockdown on HIV care in 65 South African primary care clinics: an interrupted time series analysis*, *The Lancet HIV*, febbraio 2021.

¹⁸⁹ Rao A., Rucinski K., Jarret B., Ackerman B., et al., *Perceived Interruptions to HIV Prevention and Treatment Services Associated With COVID-19 for Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex With Men in 20 Countries*, *JAIDS – Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, maggio 2021.

curare malattie nei Paesi a basso reddito, si è impegnata per garantire un pronto accesso ai vaccini, alla diagnosi e alle cure; il Fondo globale per la lotta all'AIDS, tubercolosi e malaria ha accumulato circa 1 miliardo di dollari per aiutare i Paesi a combattere COVID-19¹⁹⁰.

In generale però, è l'impegno a livello comunitario e locale quello che ha giocato e sta giocando un ruolo centrale nel combattere l'HIV. Potenziando e collaborando con le comunità, è possibile raggiungere dei risultati di una portata, un impatto ed un'equità impossibile da realizzare per le strutture governative. A New York, l'organizzazione Housing Works, che sostiene le persone sieropositive e le persone senza fissa dimora, ha aperto dei rifugi specifici per senzatetto positivi a COVID-19¹⁹¹; In Burkina Faso, le organizzazioni HIV si sono impegnate nella risposta a COVID-19, utilizzando diversi approcci per mobilità la comunità, tenere sotto controllo le persone positive a COVID-19 e coinvolgere nuovamente le persone non aderenti alla terapia HIV¹⁹².

Tra i vari approcci per rispondere all'impatto della pandemia, sono stati adottati sempre di più servizi che si concentrano sulle persone, modelli che enfatizzano l'autonomia del paziente e ne minimizzano il contatto con le strutture ospedaliere, fondamentali in un momento in cui le strutture sanitarie hanno dovuto gestire l'afflusso di pazienti Covid. L'auto-test per l'HIV è uno strumento che ha il vantaggio di decongestionare gli ospedali e aumentare l'accesso ai test. Burundi, Eswatini, Guatemala e Myanmar sono tra i Paesi che hanno riferito di essere ricorsi a un'espansione nell'utilizzo dell'autotest per l'HIV durante il periodo pandemico¹⁹³. In Polonia, nei mesi di aprile 2020, i servizi di prevenzione sono stati chiusi, così Foundation of Social Education ha offerto una consulenza telefonica e una consegna di un kit per l'autotest. Durante le settimane di lockdown, la Fondazione ha distribuito 600 test.

In Nigeria invece, è stato realizzato un modello di farmacia comunitaria e circa 15.000 persone sieropositive hanno potuto ritirare i farmaci presso le 320 farmacie che hanno aderito al progetto. Quando necessario, i pazienti venivano indirizzati anche a centri Hub per svolgere accertamenti clinici o i test sulla carica virale¹⁹⁴.

¹⁹⁰ UNAIDS, *Seizing The Moment - Tackling entrenched inequalities to end epidemics*, luglio 2020.

¹⁹¹ Vincent L., *Housing Works CEO opens Coronavirus homeless shelters in NYC.*, 11 aprile 2020. <https://nypost.com/2020/04/11/housing-works-ceo-charles-king-opens-coronavirus-homeless-shelters/>

¹⁹² Internal UNAIDS data, 2020.

¹⁹³ UNAIDS, 2020, op.cit.

¹⁹⁴ UNAIDS, 2020, op.cit.

3.5.3 L'ambito nazionale

Nell'ultimo rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità¹⁹⁵, nonostante venga sottolineato che l'impatto del Covid potrà essere correttamente valutato solo osservando i dati dei prossimi anni, è emerso che nel 2020 sono state segnalate 1.303 nuove diagnosi di infezione da HIV, registrandosi quindi, durante il primo anno di pandemia, una diminuzione delle diagnosi HIV di circa il 56% rispetto ai tre anni precedenti, soprattutto nel Nord Italia (-61%). La diminuzione maggiore di nuove diagnosi di HIV è stata registrata durante il primo lockdown, tra marzo e maggio 2020, con un calo del 71,99%, ma anche durante la seconda ondata, ottobre-dicembre 2020, è stato osservato un calo del 60,97%. I decrementi più importanti si sono potuti osservare nei mesi del primo lockdown nel Nord (-76,63%) e nel Sud (75,33%).

Anche per quanto riguarda il numero dei nuovi casi di AIDS, che nel 2020 sono stati 352, nonostante il calo sia costante negli ultimi anni, nel 2020 risultano essere quasi dimezzati rispetto ai tre anni precedenti, in particolare durante il primo mese del primo lockdown.

È già stato dimostrato che a causa della pandemia, in particolare nei primi mesi di lockdown, si è assistito ad una diminuzione nell'accesso ai servizi, soprattutto per quanto riguarda test e prevenzione. A tal proposito secondo le associazioni di pazienti è esistito un vero e proprio allarme tanto che, a fine maggio 2020, hanno scritto e inviato una lettera collettiva al Ministro della Salute, Roberto Speranza, per manifestare la loro preoccupazione¹⁹⁶: “[...] *gran parte dei centri italiani, ha quasi totalmente sospeso le visite di controllo, i prelievi, gli esami diagnostici e di approfondimento; in molti casi risulta complicata anche la consegna dei farmaci antiretrovirali. [...] La forte pressione provocata sul sistema di diagnosi, cura e prevenzione dell'HIV dalla pandemia di SARS-CoV-2 sta limitando fortemente gli spazi di cura. Le nostre organizzazioni sono subissate da messaggi di preoccupazione e richieste d'aiuto da parte di persone con HIV cui sono state posticipate visite, controlli e analisi anche di tre o quattro mesi e che ci chiedono quando questa situazione potrà finire.*” Le associazioni hanno così dato voce alle richieste d'aiuto provenienti dalle persone sieropositive che si sono spesso viste posticipare visite, controlli e analisi, così come le attività di diagnosi e prevenzione.

Il Dipartimento di malattie infettive dell'Università di Brescia ha condotto uno

¹⁹⁵ Istituto Superiore di Sanità/COA, *Notiziario: aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2020*, novembre 2021.

¹⁹⁶ Anlaids Onlus, *Le Associazioni di lotta all'Hiv/Aids scrivono al Ministro della Salute*, maggio 2020. <https://www.anlaidsonlus.it/news/le-associazioni-di-lotta-allhivaid-scrivono-al-ministro-della-salute>

studio osservazionale¹⁹⁷ sull'impatto del Covid nella cura dei pazienti affetti da HIV, coinvolgendo oltre 3.800 pazienti sieropositivi e mettendo a confronto due periodi (ottobre-novembre 2019 e marzo-aprile 2020); indicatori dello studio sono stati il numero di visite effettuate, la quantità di farmaci antiretrovirali forniti, le nuove diagnosi e i ricoveri. I risultati hanno evidenziato:

- incremento del numero delle visite (da 4,9% nel 2019 a 8,1% nel 2020), soprattutto fra donne e stranieri;
- diminuzione dei farmaci antiretrovirali distribuiti (-23,1%);
- diminuzione del numero di nuove diagnosi effettuate (una media di 6,4 al mese nel 2019 e 2,5 nel 2020);
- possibile aumento dei ricoveri (92 pazienti HIV in tutto il 2019, 25 ricoveri solo tra marzo e aprile 2020 25);
- grazie al ricorso alla telemedicina però, oltre il 67% dei pazienti ha potuto effettuare un controllo a distanza attraverso un'intervista telefonica.

Tra marzo e aprile 2021 è stata svolta una ricerca¹⁹⁸ dall'associazione Plus con l'obiettivo di indagare l'impatto dell'emergenza COVID-19 sull'assistenza sanitaria in ambito HIV.

Prima di tutto si è voluto analizzare se tra le varie conseguenze della pandemia ci fosse stato un aumento della carica virale nelle persone sieropositive; è emerso invece che nella maggior parte dei casi non ci sono stati cambiamenti (88,2%): l'82,9% era già non rilevabile e così è rimasto e lo stesso è valso per coloro che erano viremici (sempre il 5,3%). In alcuni casi sono stati addirittura registrati dei miglioramenti (il 10,1% non più viremico); solo una piccola percentuale (1,7%) ha riportato peggioramenti.

Per il 50,1% del campione la qualità dell'assistenza ricevuta nel periodo pandemico è rimasta sostanzialmente invariata, mentre per il 45,8% è peggiorata. In media, il giudizio è risultato essere generalmente negativo.

Per quanto riguarda la qualità del rapporto con il personale sanitario specialistico per l'HIV, la valutazione dei rispondenti è risultata leggermente meno negativa, seppur comunque critica. La maggioranza inoltre (53,3%) ritiene che la pandemia non abbia impattato sulla facilità di contattare un professionista sanitario, tuttavia una buona percentuale (41,9%) crede sia diminuita.

¹⁹⁷ Quiros-Roldan E., Magro P., Carriero C., Chiesa A., El Hamad I., Tratta E., Fazio R., Formenti B., Castelli F., *Consequences of the COVID-19 pandemic on the continuum of care in a cohort of people living with HIV followed in a single center of Northern Italy*, BMC Springer nature, 2020.

¹⁹⁸ Plus, *Tra HIV e COVID-19, settembre 2021*.

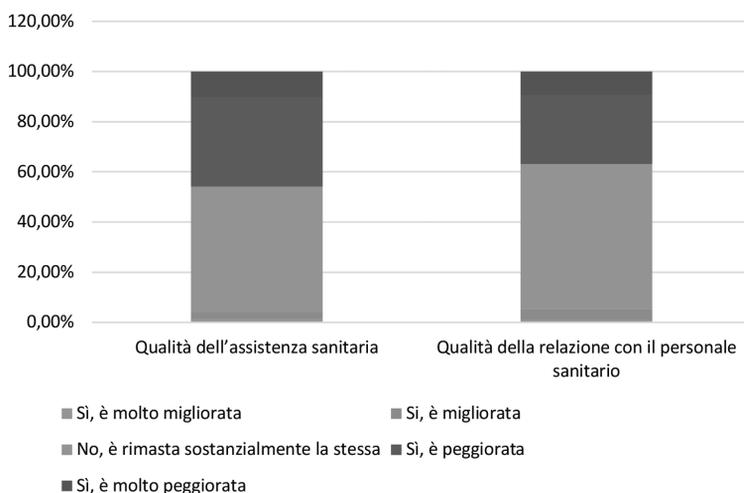


Figura 16. Impatto dell'emergenza Covid sulla qualità dell'assistenza sanitaria e della relazione con il personale medico. Fonte: Plus, Tra *HIV e COVID-19*, settembre 2021

Non è emersa un'opinione condivisa riguardo l'impatto del Covid sulla frequenza delle visite presso l'infettivologo, dividendosi a metà tra coloro che hanno testimoniato un allungamento dei tempi (46,5%) e tra coloro che hanno affermato che non c'è stato nessun impatto rilevante (43,5%). Una piccola percentuale ha riportato addirittura una riduzione dei tempi delle visite (10%).

Il tempo che trascorre tra il prelievo e il momento in cui si conoscono gli esiti riguardanti l'HIV non ha subito variazioni per più della metà dei rispondenti (69,7%), è aumentato per il 26,7% ed è diminuito per il 3,6%. Seppur di poco, l'orientamento generale è stato per l'aumento, e questo vale soprattutto per coloro che abitano nel Centro Italia e sono più giovani sia d'età sia di durata di conoscenza dello stato di sieropositività.

In riferimento invece ai tempi per accertamenti per patologie correlate all'HIV, tra coloro che hanno almeno una volta fatto un accertamento di questo tipo, è maggiore la percentuale di coloro che riferiscono un aumento del tempo rispetto a coloro che hanno riferito una non variazione (48,0% vs. 44,7%).

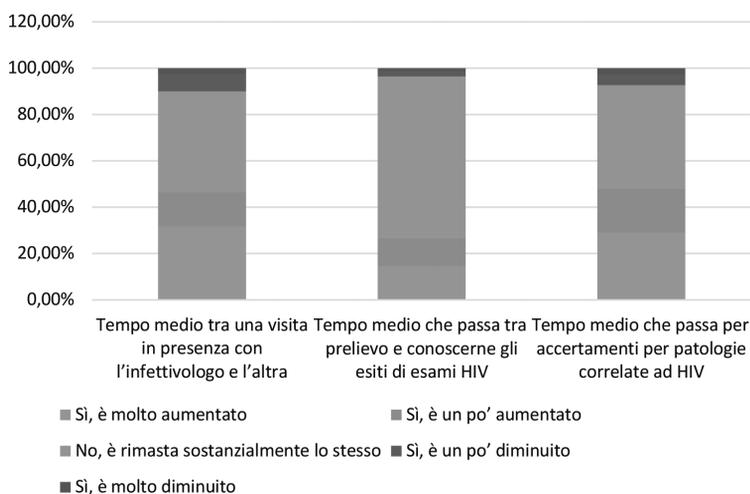


Figura 17. Impatto della pandemia sulle visite con l'infettivologo, su esami HIV e accertamenti patologie correlate ad HIV. Fonte: Plus, *Tra HIV e COVID-19*, settembre 2021

Il timore di contrarre l'infezione da COVID-19 non ha rappresentato un freno all'accesso alle strutture di riferimento dell'HIV per larga parte dei rispondenti (71,3%). Per alcuni ciò è stato un problema ad inizio pandemia (16,6%) e per altri tuttora (12,1%). Tra coloro che si sentono ancora frenati, sono state registrate percentuali maggiori al Sud, nella fascia d'età di 40 anni e tra coloro che sono a conoscenza della propria sieropositività da più tempo.

Per quanto riguarda infine le modalità di rifornimento dei farmaci antiretrovirali, la maggioranza (71,4%) ha riferito che non ci sono stati cambiamenti a causa della pandemia; anzi il 17,6% ha riportato che ci sono stati anche dei miglioramenti.

In definitiva, si è divisa a metà l'opinione di coloro che ritengono che la situazione connessa all'emergenza COVID-19 abbia influito negativamente sull'assistenza sanitaria ricevuta per l'HIV (48,7%) e coloro che credono non ci sia stata una specifica influenza (47,4%). L'idea che la pandemia abbia avuto un'influenza negativa sull'assistenza all'HIV è stata più accentuata tra coloro che abitano nelle Regioni del Centro, tra le persone di età più giovane e tra coloro che sanno da più tempo di essere HIV+.

Non esiste ancora un'opinione condivisa riguardo l'impatto del Covid sui servizi che si occupano di HIV, nonostante in linea generale sia emerso che la pandemia abbia avuto ripercussioni negative sui servizi di prevenzione e test, mentre invece per quanto riguarda le persone già in cura non si siano registrate particolari difficoltà. Per questo motivo sarà importante monitorare nei prossimi anni le conseguenze della pandemia sui servizi e su alcune attività.

I farmaci

Nei primi mesi di pandemia, in considerazione della non esistenza di terapie efficaci per COVID-19, in molti Paesi era stato raccomandato l'utilizzo off-label della combinazione di due inibitori delle proteasi utilizzati per la terapia dell'HIV, per il trattamento di COVID-19. La comunità scientifica riponeva la speranza nella loro efficacia per la capacità dei due farmaci di inibire alcuni enzimi che sono essenziali per la replicazione del Coronavirus, oltre al fatto che essi erano stati efficaci nel trattamento di alcuni sintomi di Sars e Mers, virus simili al SARS-CoV-2. I dati oggi disponibili non suggeriscono che i farmaci antiretrovirali possano servire da copertura contro il contagio da SARS-CoV-2; infatti il 29 giugno 2020, attraverso un comunicato stampa, i ricercatori dello studio RECOVERY, svolto in Gran Bretagna, hanno annunciato la sospensione del trattamento. Lo studio, pubblicato poi su *The Lancet*¹⁹⁹, ha coinvolto 1.600 pazienti a cui sono stati somministrati i due farmaci antiretrovirali e altri 3.400 a cui sono state somministrate le terapie standard, ed è risultato che i due antiretrovirali non hanno avuto effetti positivi: il 23% dei pazienti trattati con i due inibitori della proteasi è deceduto, rispetto al 22% di quelli curati tradizionalmente, stessa cosa per la durata del ricovero (il 69% trattati con i primi hanno lasciato l'ospedale entro 28 giorni, rispetto al 70% del gruppo di controllo) e bisogno di ricorrere alla ventilazione meccanica (10% contro 9%). Un secondo studio²⁰⁰ conferma che nessuno di questi farmaci ha implicazioni sulla mortalità, sulla necessità di ricorrere a una ventilazione meccanica e la durata della degenza di pazienti ricoverati per COVID-19.

A causa dell'utilizzo di questi farmaci per curare il Covid, clinici e associazioni di pazienti hanno riferito una minore distribuzione di farmaci ART. nello studio svolto dall'Università di Brescia²⁰¹, è stato messo in evidenza un calo del 23,1% nei mesi di marzo-aprile 2020, nonostante le associazioni abbiano contribuito con la consegna a domicilio. Si è potuta osservare una diminuzione maggiore proprio per quanto riguarda i pazienti in terapia con inibitori della proteasi (16,6%), ipoteticamente per il ruolo che questi farmaci hanno avuto nel trattamento dell'infezione da COVID-19, poi successivamente non confermato.

Secondo il Rapporto OsMed 2021²⁰², nel 2020 la spesa pro capite per quanto riguarda i farmaci antiretrovirali è ammontata a 11,09 euro, risultando pressappoco

¹⁹⁹ Recovery Collaborative Group, *Lopinavir-ritonavir in patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): a randomised, controlled, open-label, platform trial*, *The Lancet*, ottobre 2020.

²⁰⁰ WHO Solidarity Trial Consortium, *Repurposed Antiviral Drugs for COVID-19 — Interim WHO Solidarity Trial Results*, dicembre 2020.

²⁰¹ Quiros-Roldan E., Magro P., Carriero C., et al., 2020, op.cit.

²⁰² AIFA e Osservatorio Nazionale sull'Impiego Dei Medicinali, luglio 2021, op.cit.

stabile rispetto all'anno precedente (+0,3%). In quanto al consumo invece, la dose media è stata di 2,9 per 1000 abitanti, con una crescita dell'1,5% rispetto all'anno precedente.

Nel 2020 è stata registrata un'ampia variabilità per quanto riguarda la spesa pro capite, con un valore minimo di 3,29 euro del Molise (-19% rispetto al 2019), e un massimo di 17,69 euro della Lombardia (-7,0% rispetto al 2019) la quale, insieme a Lazio e Toscana, è la Regione con un numero di dosi e un costo superiori alla media nazionale.

Impatto psicologico

La pandemia da COVID-19 e l'HIV condividono l'ansia e la paura di contagiarsi, cosa che influisce sulla stigmatizzazione dei pazienti affetti da COVID-19. Per quanto riguarda lo stigma correlato all'HIV, esso è un aspetto ormai assodato da tempo che può avere ripercussioni negative in termini di aderenza alla terapia.

Come noto, l'epidemia di COVID-19 ha avuto forti ripercussioni psicologiche, creando un forte impatto soprattutto su tutte le persone affette da patologie croniche, quali l'HIV. Nelle persone sieropositive, infatti, si può creare un maggiore stato di stress e ansia per la paura di poter contrarre COVID-19, trovandosi già in una situazione di compromissione del sistema immunitario.

Il distanziamento fisico e l'isolamento sociale imposti durante la pandemia possono essere la causa di ulteriore malessere per le persone sieropositive. Esse, infatti, sperimentano già di per sé spesso tassi elevati di isolamento e solitudine, cosa che compromette il loro benessere sociale ed emotivo. In uno studio²⁰³ è stato evidenziato che nelle persone sieropositive affette da depressione è presente un decorso più grave della patologia e una maggiore mortalità, cosa che si può imputare a una scarsa aderenza alla terapia. È quindi necessario considerare che, una volta che la pandemia sarà terminata, le ripercussioni maggiori saranno a livello psicologico, con un conseguente bisogno di interventi mirati ed efficaci.

²⁰³ Shiau S., Krause K.D., Valera P., Swaminatan S., Halkitis P.N., *The Burden of COVID-19 in People Living with HIV: A Syndemic Perspective*, aprile 2020.

Tavola sinottica: impatto della pandemia sull'HIV Sintesi della letteratura

	Fonte	Dati
Impatto clinico	Geretti A.M., Stockdale A.J., Kelly S.H., Cevik M., Collins S., Waters L., Villa G., et al., Outcomes of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Related Hospitalization Among People With Human Immunodeficiency Virus (HIV) in the ISARIC World Health Organization (WHO) Clinical Characterization Protocol (UK): A Prospective Observational Study, Clinical, ottobre 2020	Tra 47.592 pazienti, 122 (0,26%) avevano l'infezione da HIV e, di questi, il 91,8% seguivano una terapia antiretrovirale. Sebbene la mortalità cumulativa fosse simile nei gruppi HIV positivi rispetto a quelli HIV negativi, nei pazienti sotto i 60 anni di età lo stato di sieropositività era associato ad un aumento del rischio di mortalità.
	Park LS, Rentsch CT, Sigel K, et al., COVID-19 in the largest US HIV cohort, AIDS 2020: 23rd International AIDS Conference Virtual, luglio 2020	Tra due gruppi di individui, 30.891 veterani HIV-positivi e 76.745 negativi, sottoposti al test per il Covid, è risultato che il tasso cumulativo di positività era circa lo stesso, 9,7% tra gli HIV-positivi e 10,1% tra gli HIV-negativi. Anche per quanto riguarda gli effetti, sono stati simili nei due gruppi: il 34% dei sieropositivi e il 35% degli HIV-negativi hanno necessitato di ricovero ospedaliero, sono stati ricoverati in terapia intensiva rispettivamente il 14% e il 15%, sono deceduti il 10% e l'11%.
	Bertagnolio S., Thwin S.S., Silva R., Ford N., Baggaley R., et al., Clinical characteristics and prognostic factors in people living with HIV hospitalized with COVID-19: findings from the WHO Global Clinical Platform, IAS 2021	Analizzando i dati di 268.412 pazienti ricoverati a causa del Covid, l'infezione da HIV è stata associata ad un rischio maggiore di presentare forme gravi di infezione da COVID-19, analizzando e normalizzando i dati sulla base di età, sesso e carico delle comorbidità. È emerso inoltre che più di 1/3 delle persone sieropositive è stato ricoverato in ospedale in condizioni critiche e il 23,1% è deceduto in ospedale.
Terapia e presa in carico	Jewell B., Mudimu E., Stover J., Brink D., et al., Potential effects of disruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-19: results from multiple models, maggio 2020	L'interruzione per sei mesi della terapia antiretrovirale può avere generato un incremento di 500.000 decessi per malattie legate all'AIDS nell'Africa sub-sahariana nel periodo 2020-2021.
	The Global Fund, The impact of COVID-19 on HIV, tb and malaria services and systems for health: a snapshot from 502 health facilities across Africa and Asia, aprile 2021	I dati raccolti da aprile a settembre 2020 attraverso 502 strutture sanitarie in 32 Paesi, 24 dell'Africa e 7 in Asia, hanno mostrato che la presa in carico è diminuita del 37% tra il secondo/terzo trimestre del 2020 rispetto al secondo/terzo trimestre del 2019.

Prevenzione	Dorwan J., Khubone T., Gate K., Ngobese H., et al., The impact of the COVID-19 lockdown on HIV care in 65 South African primary care clinics: an interrupted time series analysis, The Lancet HIV, febbraio 2021	Si è potuta osservare una diminuzione del 47,6% dei test HIV nel primo mese di lockdown (aprile 2020); dopodiché il numero di test effettuati è ricominciato a crescere, raggiungendo l'82,7% entro luglio 2020. Per quanto riguarda l'inizio della terapia antiretrovirale, si è osservata una diminuzione del 46,2% degli inizi di ART nella prima settimana completa di lockdown. Successivamente, c'è stato un graduale recupero, con una tendenza del 15,6% al mese.
	Rao A., Rucinski K., Jarret B., Ackerman B., et al., Perceived Interruptions to HIV Prevention and Treatment Services Associated With COVID-19 for Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex With Men in 20 Countries, JAIDS – Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 1 maggio 2021	La probabilità di avere il test HIV di persona è diminuita del 10%, di avere i farmaci per la PrEP del 9%, preservativi del 6%, test fai-da-te del 2%.
Diagnosi	Istituto Superiore di Sanità/COA, <i>Notiziario: aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2020</i> , novembre 2021	Una diminuzione delle diagnosi HIV di circa il 56% rispetto ai tre anni precedenti, soprattutto nel Nord Italia (-61%). La diminuzione maggiore durante il primo lockdown (-71,99%), ma anche durante la seconda ondata (-60,97%).
Farmaci	RECOVERY Collaborative Group, Lopinavir–ritonavir in patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): a randomised, controlled, open-label, platform trial, The Lancet, ottobre 2020	Il 23% dei pazienti trattati con i due inibitori della proteasi è deceduto, rispetto al 22% di quelli curati tradizionalmente, stessa cosa per la durata del ricovero (il 69% trattati con i primi hanno lasciato l'ospedale entro 28 giorni, rispetto al 70% del gruppo di controllo) e bisogno di ricorrere alla ventilazione meccanica (10% contro 9%).
	AIFA e Osservatorio Nazionale sull'Impiego Dei Medicinali, L'uso dei Farmaci in Italia-Rapporto Nazionale Anno 2020, luglio 2021	Nel 2020 la spesa pro capite per quanto riguarda i farmaci antivirali è ammontata a 11,09 euro, risultando pressappoco stabile rispetto all'anno precedente (+0,3%). In quanto al consumo invece, è stato di 2,9 DDD (dose media) per 1000 abitanti, con una crescita dell'1,5% rispetto all'anno precedente.

3.5.4. L'indagine

L'indagine ha l'obiettivo di esplorare il punto di vista di associazioni di pazienti e clinici di tutta Italia riguardo l'impatto che la pandemia da COVID-19 sta causando nella presa in carico, nell'accesso ai servizi sanitari e rispetto alla qualità della vita e allo stato di salute dei pazienti HIV positivi in un lasso temporale di riferimento che va da marzo 2020 a maggio 2021. Per fare ciò, sono stati somministrati due questionari, a risposte chiuse, utilizzando una metodologia CAWI²⁰⁴.

Survey associazioni di pazienti

Il campione

Il target dell'indagine è stato selezionato in quanto le associazioni di pazienti rappresentano un punto di riferimento fondamentale nel supporto alla comunità di pazienti e ai loro caregiver, contribuendo a colmare specifici bisogni informativi. Esse offrono una prospettiva e un patrimonio di conoscenze ed esperienze diverso ma complementare a quello dei clinici.

Hanno partecipato all'indagine 32 associazioni, 30 che operano a livello regionale e 2 che operano a livello nazionale, la maggior parte con una sola sede.

Le associazioni rispondenti afferiscono a 14 Regioni, dando una buona rappresentazione delle tre aree Nord (50%), Centro (21%) e Sud (29%), sebbene con misure diverse, infatti è stata riportata una forte prevalenza di risposte provenienti dalla Lombardia (22%) e dal Piemonte (16%).

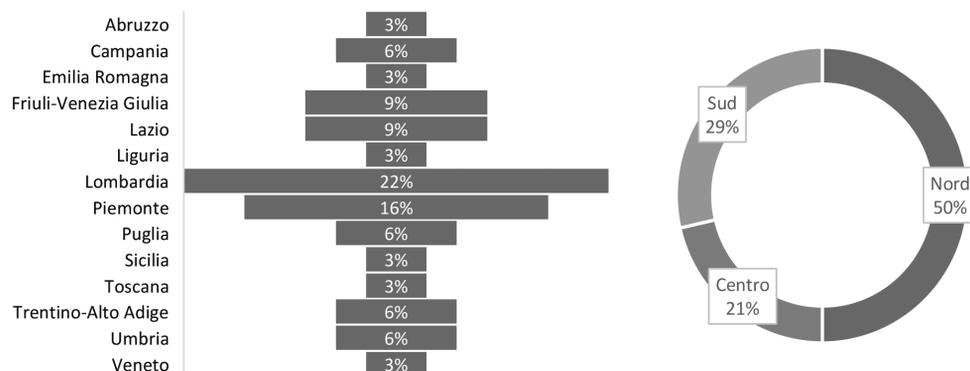


Figura 18. Rappresentatività geografica del campione

²⁰⁴ I questionari sono stati sviluppati in collaborazione con il Dipartimento di Malattie Infettive ASST Fatebenefratelli Sacco Polo Universitario (Milano) e ANLAIDS Onlus - Associazione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS.

L'analisi

Impatto della pandemia sui pazienti

La pandemia da COVID-19 ha generato numerose ripercussioni sull'area psicologica e sociale delle persone, influenzando notevolmente sulla qualità della vita dei pazienti. Secondo le associazioni, l'emergenza pandemica ha causato, oltre a una generale incertezza sul futuro (15%), un importante impatto psicologico sui pazienti in termini di ansia, sintomi depressivi, stress e insonnia (16%). Le principali paure, in termini di valori di risposte più alte, hanno quindi riguardato aspetti che hanno a che fare più con la sfera emotiva; preoccupazioni comuni sono state inoltre l'isolamento e possibili barriere alle relazioni sociali (15%), sentimenti che le persone che convivono con l'HIV spesso sperimentano già di per sé a causa dello stigma e che la pandemia può aver amplificato.

Per quanto riguarda i fattori più prettamente clinici, aspetti come il timore di contrarre il virus (15%) e la paura di recarsi in ospedale o in un centro di infettivologia (13%) possono aver avuto degli effetti negativi in termini di accesso alle cure.

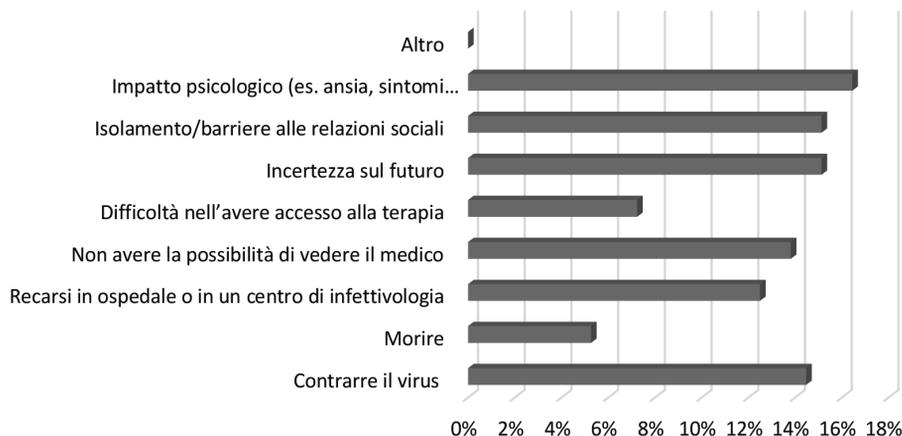


Figura 19. Le maggiori preoccupazioni per i pazienti nel periodo pandemico

Impatto della pandemia sull'accesso ai servizi sanitari

Un ridotto accesso alle cure e la rinuncia alle visite e i controlli sono due fenomeni che hanno caratterizzato il periodo pandemico e che si possono attribuire sia al timore dei pazienti di recarsi in ospedale sia all'impossibilità da parte dei centri di prendere in carico i pazienti. Dall'analisi dei dati emerge fortemente il fenomeno dell'annullamento di appuntamenti per visite e controlli (84%); dal punto di vista della Community, sembra che l'origine delle cancellazioni sia dipeso principalmente dai centri clinici, seppur emerge che anche i pazienti non avessero piacere a recarsi presso i reparti di infettivologia, considerati luogo di cura del Covid e, dunque, luoghi pericolosi. Secondo le associazioni, infatti, le cancellazioni sono dipese sia dai centri che dai pazienti nella maggior parte dei casi (44%), mentre viene imputata ai centri la sola responsabilità nel 34% dei casi; in questo quadro sembra che i timori dei pazienti abbiano influito ben poco (6%).

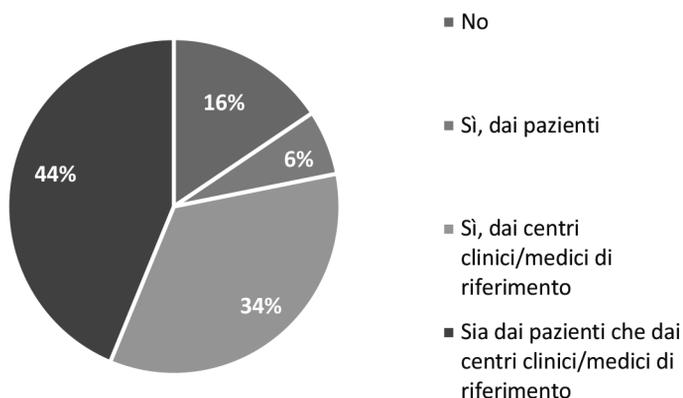


Figura 20. Annullamento appuntamenti per visite e controlli

Questo fenomeno può aver contribuito, in parte, a modificare il rapporto medico-paziente, situazione evidenziata dalle associazioni, il 62% delle quali ha infatti confermato il fatto che la pandemia ha condizionato la relazione dei pazienti con la struttura clinica di riferimento.

Guardando alle difficoltà e ai ritardi nell'accesso ai servizi sanitari, è emerso che nell'arco temporale tra marzo 2020 a maggio 2020, periodo che corrisponde alla prima ondata del virus, le maggiori difficoltà percepite dai rispondenti hanno riguardato l'accesso alle visite ambulatoriali specialistiche legate alle comorbidità (90%), l'accesso ai centri di infettivologia (70%) e il monitoraggio dei pazienti presso gli ambulatori

di infettivologia (60%), probabilmente a causa del fatto che la rete ospedaliera era impegnata a riorganizzare le proprie attività per accogliere i pazienti positivi al Covid, infatti il 73% degli intervistati ha riportato difficoltà dovute alla necessità da parte dei centri di riconvertire i reparti.

Tra maggio e ottobre 2020, periodo in cui i contagi erano diminuiti e sembrava che il virus stesse perdendo potenza, la situazione è apparsa leggermente migliorata, anche se sono state ancora registrate, in misura minore, difficoltà per quanto riguarda le visite ambulatoriali specialistiche non di infettivologia (66%), l'accesso ai centri (53%), il monitoraggio dei pazienti (56%) e problematiche relative alla riconversione dei reparti (50%).

Infine, relativamente al lasso di tempo da ottobre 2020 a maggio 2021, in coerenza con i periodi precedenti, le maggiori difficoltà sono state registrate per quanto riguarda le visite ambulatoriali specialistiche non di infettivologia (63% dei casi), l'accesso ai centri (50% dei casi), e la riconversione dei reparti (53%), mentre il monitoraggio dei pazienti ha visto un miglioramento, con il 63% che ha riferito di non aver riscontrato particolari difficoltà.

Nel secondo e terzo intervallo di tempo sono state riportate anche difficoltà dovute alle aperture e chiusure a singhiozzo dovute al rapido modificarsi delle ordinanze regionali, mentre in tutti e tre i periodi la prescrizione e la consegna dei farmaci e l'inizio della terapia non hanno rappresentato delle voci che hanno subito particolari ritardi o problematiche.

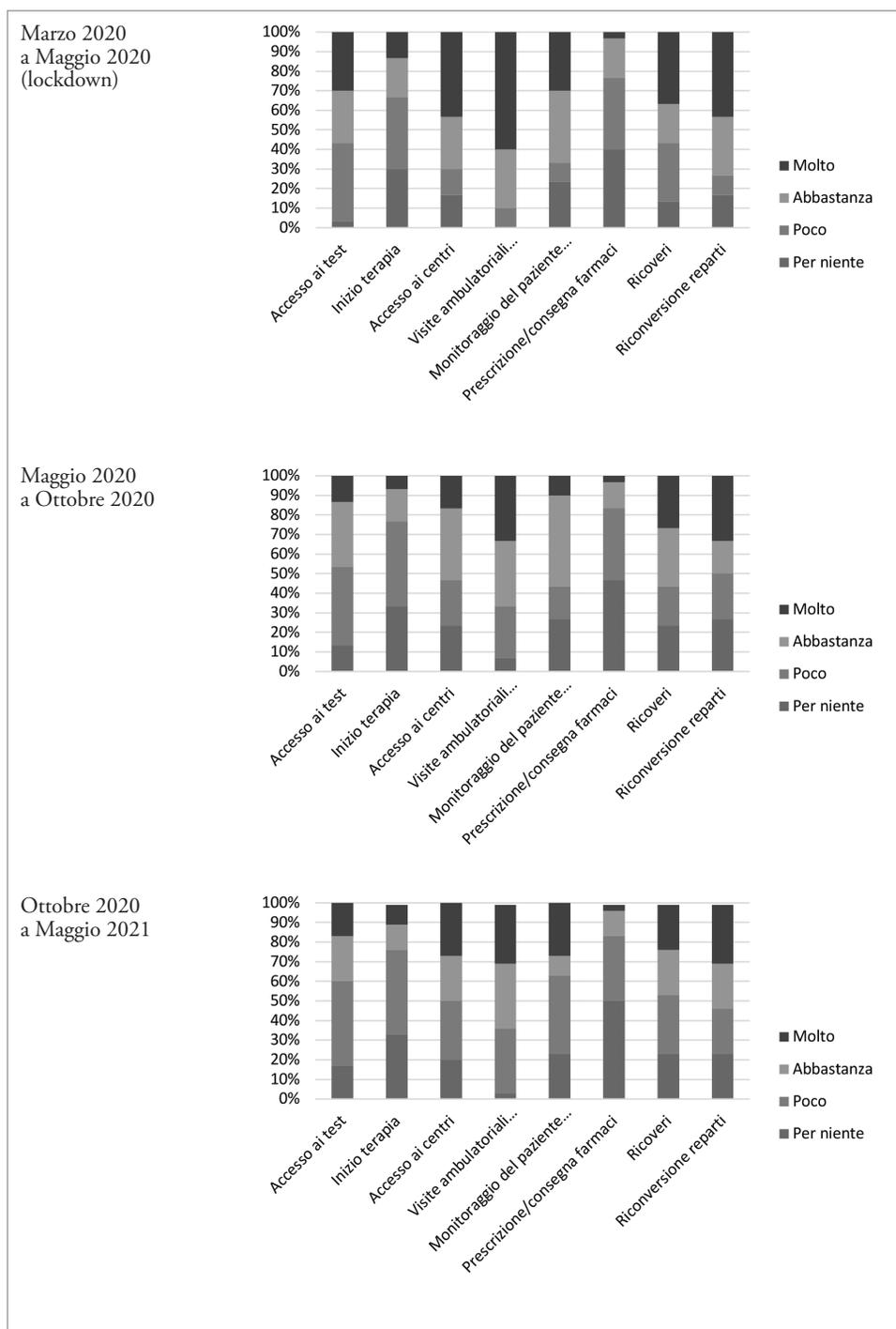


Figura 21. Difficoltà/ritardi nell'accesso ai servizi sanitari a livello locale in diversi periodi pandemici

	marzo 2020 a maggio 2020 (lockdown)	maggio 2020 a ottobre 2020	ottobre 2020 a maggio 2021
Accesso ai test	56%	47%	40%
Inizio terapia	34%	24%	24%
Accesso ai centri	70%	53%	50%
Visite ambulatoriali specialistiche (no infettivologi)	90%	66%	63%
Monitoraggio del paziente presso ambulatorio di infettivologia	60%	56%	37%
Prescrizione/consegna farmaci	24%	17%	17%
Ricoveri	56%	56%	47%
Riconversione reparti	73%	50%	53%

Legenda: ■ Per niente ■ Poco ■ Abbastanza ■ Molto

Tabella 8. Difficoltà/ritardi nell'accesso ai servizi sanitari a livello locale in diversi periodi pandemici

Come noto, i tempi di attesa delle prestazioni sanitarie in Italia rappresentano in generale un'importante criticità da alcuni anni; secondo il 75% delle associazioni ci sarebbe stato un ulteriore aumento delle liste d'attesa a causa delle mancate o diminuite prestazioni legate all'emergenza pandemica, in particolare per quanto riguarda le visite presso specialisti non infettivologi (33%) e visite di controllo (30%).

Secondo il percepito delle associazioni, le difficoltà sarebbero state particolarmente sentite anche per il fatto che i centri non sarebbero stati abbastanza efficienti nell'adottare strategie e strumenti per garantire la continuità assistenziale dei pazienti, soprattutto per quanto attiene alla scarsa capacità di implementare strumenti di medicina digitale quali tele-visite, app di telemedicina o consulenza telefonica, insufficienti per quasi il 70% dei rispondenti. Ugualmente bocciati i centri per non aver spostato alcuni servizi (76%) e non abbastanza efficaci nel ricorrere a cambiamenti nelle modalità di dispensazione dei farmaci (68%).

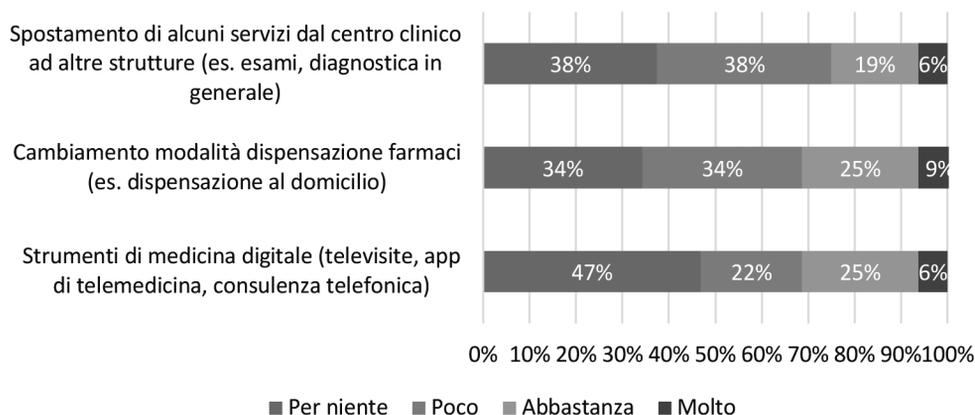


Figura 22. Strategie e strumenti per garantire la continuità dei servizi ai pazienti adottate da strutture e/o centri

Impatto della pandemia sui servizi offerti dalle associazioni

Per quanto riguarda i servizi che vengono offerti dalle associazioni, l'attenzione si è focalizzata sulla necessità di sospenderne o modificarne alcuni se non, addirittura, di idearne di nuovi.

Sebbene dai risultati sia emerso che il 73% dei servizi siano rimasti immutati, su alcuni di essi - prevalentemente quelli in presenza - la pandemia ha causato un forte impatto, per cui le associazioni sono state costrette a sospenderne o modificarne l'attività. I servizi che hanno subito maggiori danni sono sicuramente quelli in presenza, come il servizio di test per l'HIV (offerto dal 47% delle associazioni) spesso modificato (dal 26%) o sospeso (dal 13%); in modo simile, gli sportelli in presenza (modificati dal 27% o sospesi dal 16%), gli spazi per il tempo libero e di aggregazione (sospesi nel 37% dei casi) e naturalmente la presenza di volontari nei reparti di malattie infettive (sospesa nel 57% dei casi).

Tra i servizi maggiormente offerti, hanno continuato a funzionare bene gli sportelli telefonici (rimasti immutati nell'89% dei casi) i servizi di informazione (immutati nel 91%) e di accompagnamento dei pazienti (94%).

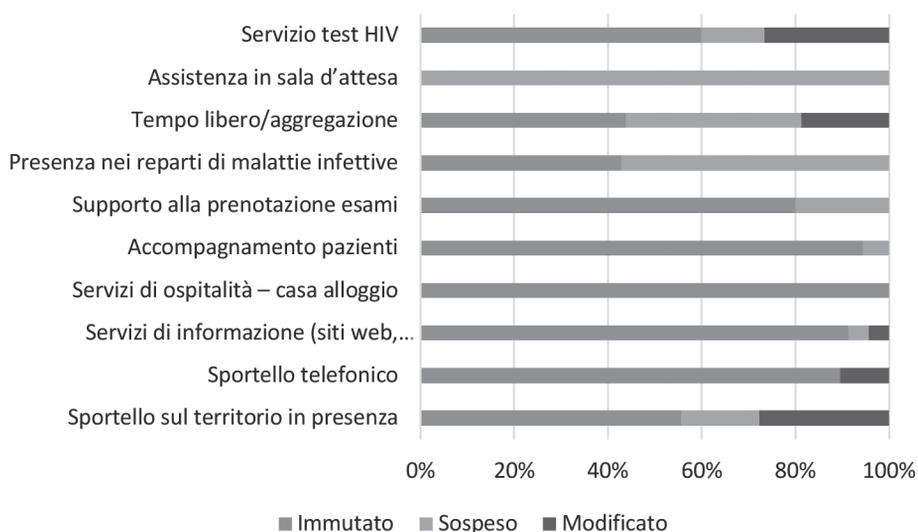


Figura 23. Servizi offerti dall'associazione durante il periodo pandemico

Per far fronte alla situazione emergenziale e all'impossibilità di utilizzare i normali strumenti, il 44% delle associazioni ha ideato nuovi servizi, quali servizi di sostegno a distanza come lo psicologo o il confronto tra pari (20%), consegna di mascherine e DPI (16%) e servizi a domicilio del paziente come la consegna di farmaci o di altri beni (14%).



Figura 24. Nuovi servizi delle associazioni per far fronte alla situazione emergenziale

Secondo il parere delle associazioni, tra i nuovi servizi offerti, alcuni potrebbe essere utile mantenerli anche una volta finita la fase pandemica, in particolare, i servizi di sostegno a distanza (es. psicologo, peer to peer) (28%), quelli a domicilio del paziente (20%), lo sportello telefonico (16%) e i servizi di socializzazione/mutuo aiuto a distanza per gli utenti (16%).

Tra le iniziative sorte del periodo pandemico, sono state anche segnalate l'ideazione di protocolli e percorsi di accesso ai servizi con prenotazione e distanziamento - così da permettere di evitare assembramenti e contatti a rischio tra i soggetti - e l'invio a domicilio dell'autotest HIV previo relativo counselling; entrambe le attività potrebbero essere efficaci anche in futuro.

Survey Centri Clinici

Il campione

Hanno partecipato alla survey 63 centri clinici; seppur tutte le Regioni, escluso il Molise, siano state rappresentate, è stata riportata una forte prevalenza di risposte provenienti dalla Lombardia (27%). La maggior parte dei centri (il 67%) afferiscono a città di medie dimensioni.

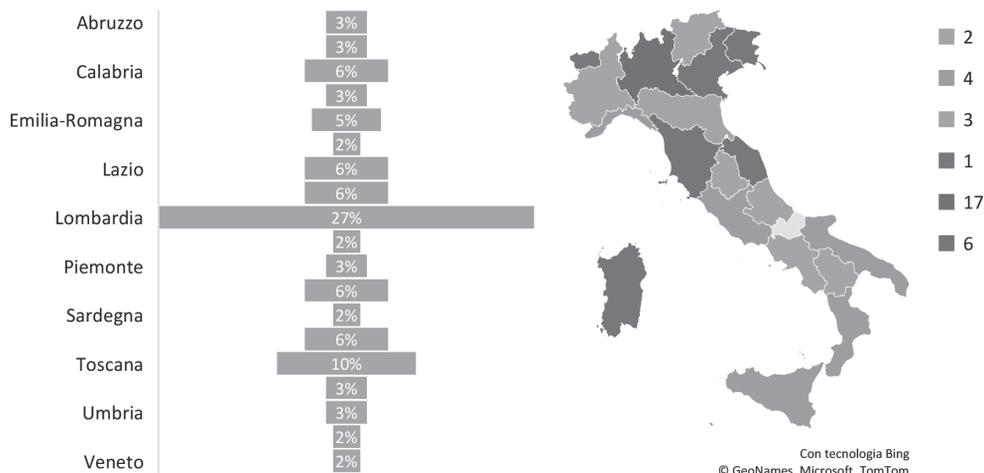


Figura 25. Rappresentatività geografica del campione

L'analisi

Impatto della pandemia sul percorso terapeutico dei pazienti

Si è voluto indagare innanzitutto se la pandemia avesse avuto conseguenze sul percorso terapeutico dei pazienti, interrogandosi anche su possibili differenze tra pazienti naïve, ovvero coloro che non hanno avuto precedenti esposizioni alla terapia antiretrovirale, e pazienti già in terapia antiretrovirale e con carica virale soppressa. Per quanto riguarda i pazienti naïve, la pandemia non ha impattato per niente in termini di accesso alla terapia (71%) e aderenza alla terapia (65%), abbastanza nel monitoraggio del percorso terapeutico (59%) e nella comunicazione medico-paziente (56%), mentre l'ambito su cui ha avuto un impatto più forte sono ricoveri dei pazienti con un'infezione o un decorso della patologia avanzata (40%); per quanto riguarda invece i pazienti già in terapia, gli ambiti su cui il Covid ha impattato meno risultano anche in questo caso l'accesso (79%) e l'aderenza alla terapia (59%), così come sono state registrate abbastanza difficoltà nel monitoraggio del percorso terapeutico (60%) e nella comunicazione medico e paziente (56%) e in misura maggiore sui ricoveri (37%).

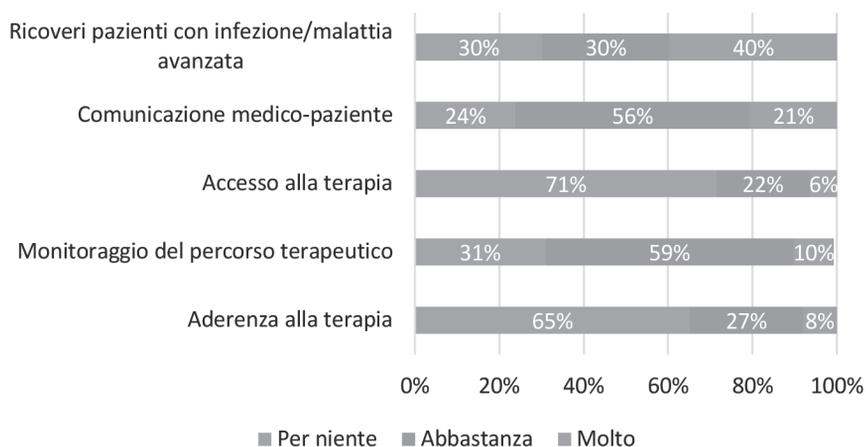


Figura 26. Impatto della pandemia sul percorso terapeutico del paziente naïve

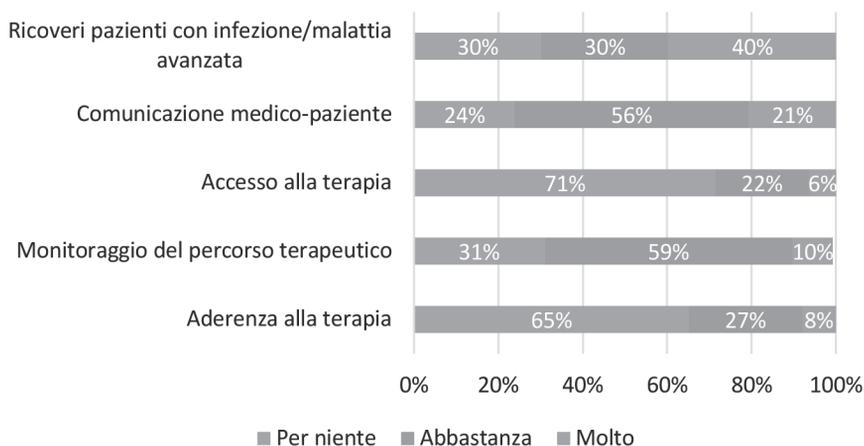


Figura 27. Impatto della pandemia sul percorso terapeutico del paziente in terapia antiretrovirale e con carica virale soppressa

In generale, secondo la maggior parte dei rispondenti (41%) la pandemia sta condizionando poco la *retention in care* dei pazienti, ovvero il loro il mantenimento del programma di cura, così come la qualità assistenziale (41%). Solo il 7% ha infatti riferito un impatto forte della pandemia sulla retention in care, mentre è più alta la percentuale di coloro che riferiscono conseguenze importanti sulla qualità della cura dei pazienti (19%).

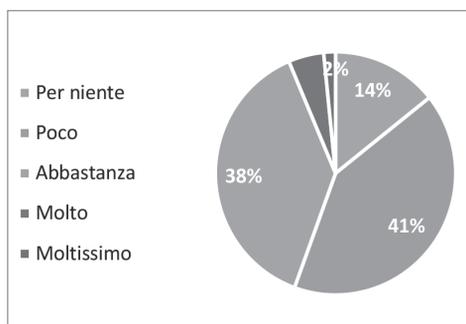


Figura 28. Impatto della pandemia sulla retention in care dei pazienti

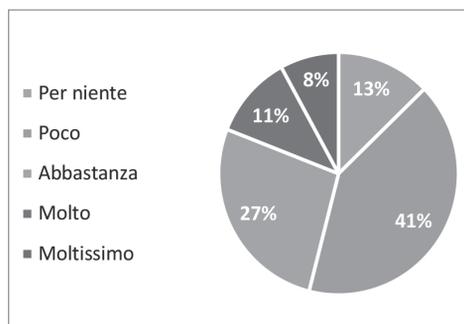


Figura 29. Impatto della pandemia sulla qualità di cura dei pazienti

Impatto della pandemia sull'accesso ai servizi sanitari

Dall'analisi dei dati, anche in questo caso, emerge fortemente il fenomeno dell'annullamento di appuntamenti per visite e controlli (94%); è interessante notare però la differente percezione dei clinici rispetto alla community, i quali ritengono infatti che il fenomeno sia dipeso nella maggior parte dei casi dai pazienti, ed è bassissima la percentuale invece che attribuisce la sola responsabilità dei centri clinici nell'annullamento delle visite (6%). Secondo i clinici, infatti, le cancellazioni sono dipese sia dai centri che dai pazienti nella maggior parte dei casi (59%), mentre viene imputato ai pazienti la sola responsabilità nel 29% dei casi. La percezione riguardo questo fenomeno risulta quindi speculare a quella della community, che riteneva che la cancellazione dipendesse nella maggior parte dei casi dai centri o dai medici. Tra le associazioni di pazienti è però maggiore la quota di coloro che hanno riferito non esserci stato questo problema (16% contro 6%).

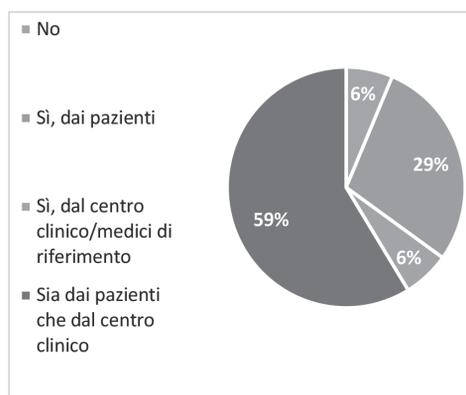


Figura 30. Annullamento appuntamenti per visite e controlli dal punto di vista dei centri clinici

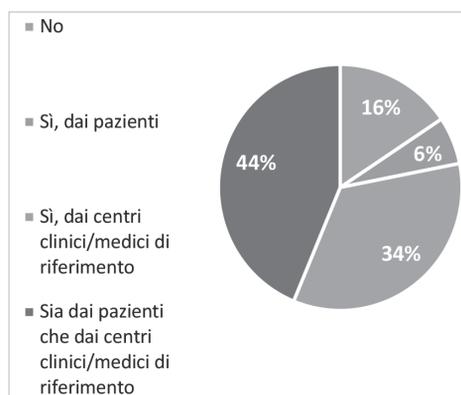


Figura 31. Annullamento appuntamenti per visite e controlli dal punto di vista della community

Per quanto riguarda le difficoltà nel garantire regolarmente i servizi sanitari, le maggiori problematiche registrate dai centri clinici hanno riguardato, nell'arco temporale tra marzo 2020 e maggio 2020, una riduzione (62%) o una sospensione (25%) delle visite ambulatoriali, un minor accesso ai centri (63%) e ai test (46%), oltre che una riduzione (57%) o sospensione (25%) della presa in carico delle comorbidità dei pazienti (57%); i ricoveri dei pazienti HIV sono tra i servizi che hanno risentito maggiormente di una sospensione (29%).

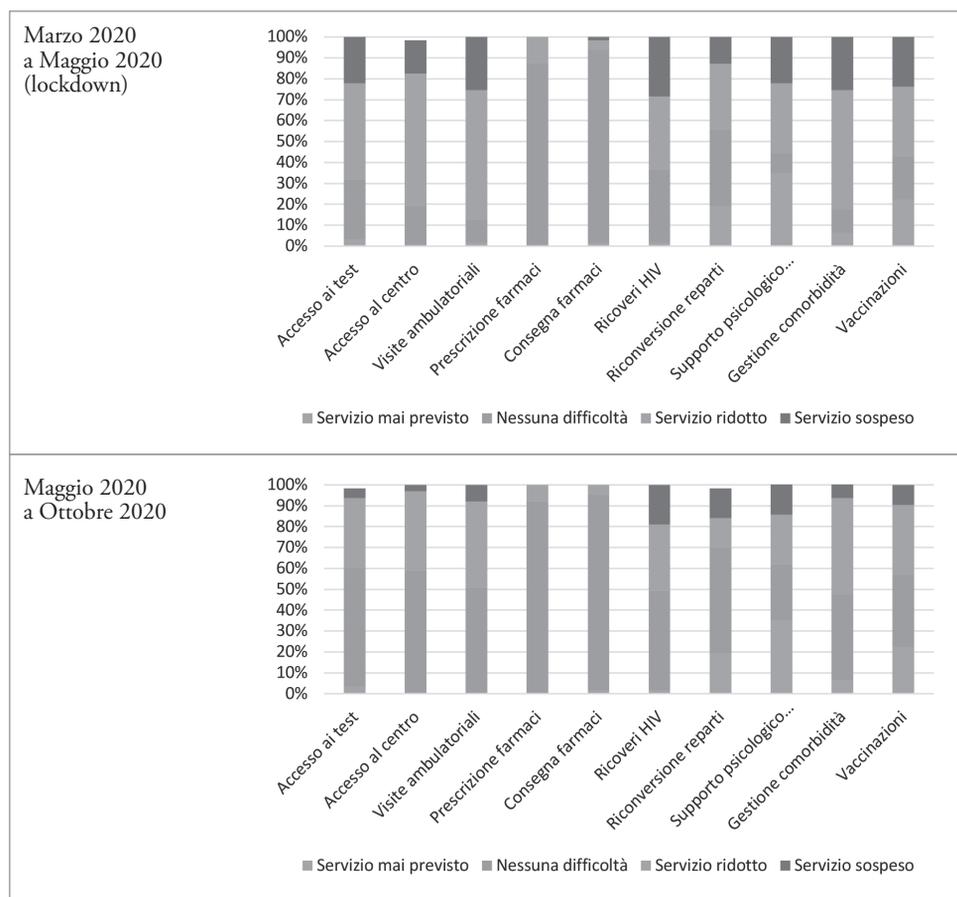
Tra maggio 2020 e ottobre 2020, la situazione è apparsa in generale notevolmente migliorata, anche se sono state ancora riscontrate una riduzione nella presa in carico

delle comorbilità (46%) e un ridotto accesso alle visite ambulatoriali (41%) e ai centri (38%). I servizi che sono stati maggiormente sospesi sono stati anche in questo arco temporale i ricoveri (19%) e il supporto psicologico (16%).

Infine, tra ottobre 2020 e maggio 2021 è stato confermato che le maggiori difficoltà hanno riguardato sempre una minore gestione delle comorbilità (63%), un ridotto accesso alle visite (41%) e ai test (38%) e la sospensione dei ricoveri (24%).

In tutti e tre i periodi è stato riferito dalla maggioranza dei partecipanti che la prescrizione e la consegna dei farmaci non hanno rappresentato un problema.

Il quadro mostrato dai centri clinici risulta coerente con quanto riportato dalla community, la quale evidenziava maggiori difficoltà nelle visite ambulatoriali, nell'accesso ai centri e nel monitoraggio del paziente, riferendo invece che non ci fossero stati particolari problemi per quanto riguarda la prescrizione e la consegna dei farmaci. A differenza della community però, per la quale rappresentava una delle maggiori difficoltà riscontrate, per i clinici la riconversione dei reparti ha rappresentato un problema meno impattante.



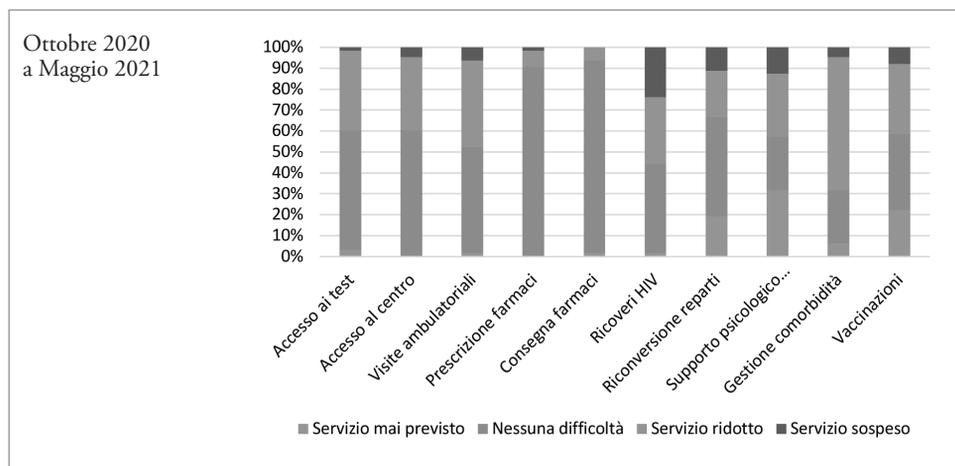


Figura 32. Difficoltà da parte dei centri clinici nel garantire regolarmente i servizi sanitari in diversi periodi pandemici

La maggior parte dei clinici (75%) ha affermato che all'interno dei centri sono state introdotte strategie e strumenti particolari per far fronte alla situazione emergenziale; quelli maggiormente messi in campo sono risultati essere strumenti di medicina digitale (87%), la separazione dei pazienti positivi al Covid tramite la creazione di spazi Covid-free (74%) e una redistribuzione dei posti letto (62%). Si è ricorso invece in misura minore a un coinvolgimento degli ambulatori territoriali (4%), a un cambiamento nella somministrazione della terapia (13%) e alla creazione di spazi fisici di confronto con altri specialisti (17%).

Tra questi, gli strumenti che secondo i clinici sarebbe più opportuno mantenere o implementare in modo strutturato ci sono gli strumenti di medicina digitale (79%), la creazione di spazi fisici di confronto con altri specialisti (49%) e la redistribuzione dei posti letto (38%).

Anche in questo caso quanto viene riferito dai clinici è opposto a ciò che veniva percepito dalle associazioni di pazienti, le quali ritenevano che i centri non fossero stati abbastanza efficienti nell'introdurre nuove strategie per rispondere all'emergenza, in particolare per quanto riguarda gli strumenti di medicina digitale, ritenuti insufficienti dalla community, mentre dal punto di vista dei clinici sono stati quelli maggiormente implementati.

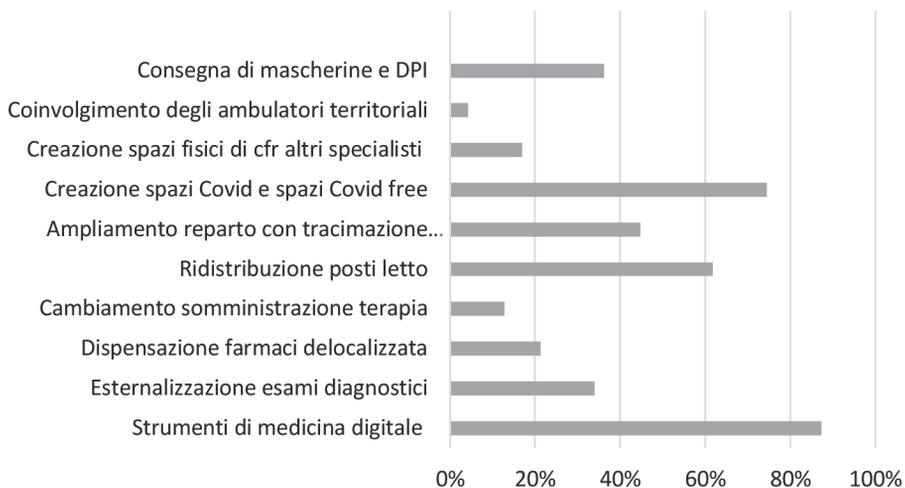


Figura 33. Strategie e strumenti adottate dai centri per fare fronte alla situazione emergenziale

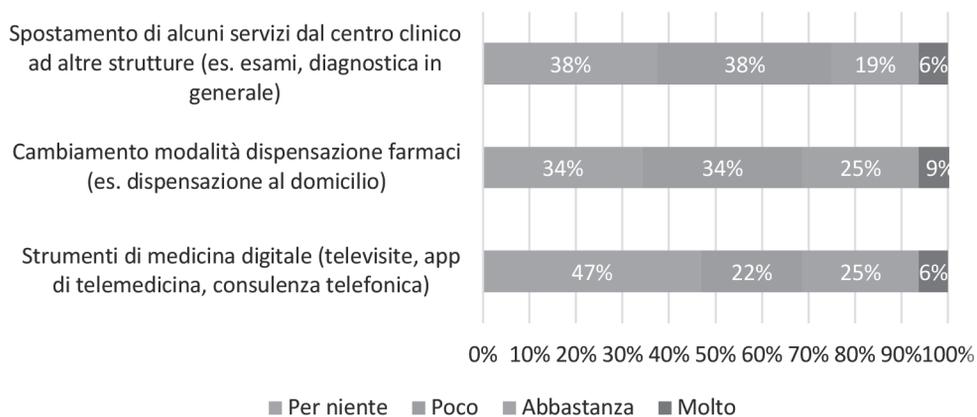


Figura 34. Implementazione di strategie e strumenti adottate dai centri per fare fronte alla situazione emergenziale dal punto di vista delle associazioni di pazienti

4. L'Impatto di COVID-19 sul consumo dei farmaci

A cura di Intexo

Non essendoci ad oggi disponibilità di dati univoci sull'impatto economico del COVID sui pazienti non-COVID, si è deciso di integrare i dati di letteratura con i *trend* dei consumi e delle prescrizioni di farmaci osservate attraverso il 21° Rapporto Nazionale da parte dell'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali (OsMed). Il seguente paragrafo descrive e definisce l'impatto a breve termine della pandemia sulla gestione di alcune patologie selezionate, di particolare interesse. Di seguito si riporta quanto indicato nel report.

Farmaci oncologici

L'emergenza COVID-19 che ha avuto un impatto significativo sull'accesso alle strutture ospedaliere dei pazienti oncologici sia in termini di visite che di trattamenti chirurgici. A giudicare dall'andamento dei dati, che sostanzialmente confermano tutti i trend già rilevati nei precedenti anni, sembra possibile dire che non vi sia stato un impatto particolarmente significativo della pandemia sulle terapie farmacologiche del cancro, contrariamente a quanto invece è stato registrato per i trattamenti chirurgici e per gli interventi di screening. I consumi mostrano infatti un leggero incremento medio annuo del 2,7% rispetto al 2019.

Vaccini

Tra le categorie a maggior spesa si rileva una contrazione dei vaccini per il papilloma virus (-10,8%), del vaccino esavalente (-5,1%), del vaccino MPRV (-10%), del meningococco tetravalente (-18,3%), del vaccino per il rotavirus (-3,7%) e del vaccino tetravalente (-16,3%). Le motivazioni di tale andamento potrebbero essere attribuite all'impatto della pandemia da COVID-19 che ha determinato un rallentamento dell'attività dei centri vaccinali.

Antivirali anti-HCV

Nel 2020 il ricorso ai farmaci antivirali anti-HCV si è notevolmente ridotto, con una flessione della spesa pro capite di quasi il 70% rispetto al 2019, dovuto sia a una riduzione del costo medio per DDD sia alla riduzione dei trattamenti avviati. La flessione dei trattamenti potrebbe essere spiegata sia dall'esaurimento del bacino dei pazienti con epatite cronica nota che necessitano di trattamento, che dalla situazione emergenziale. Non è infatti da trascurare l'impatto della pandemia da

COVID-19 che ha determinato, in molte realtà cliniche, una riconversione dei reparti ospedalieri che si occupavano di epatopatie in reparti adibiti ai soli pazienti COVID e una maggiore difficoltà di individuare i pazienti con HCV asintomatici o inconsapevoli di essere contagiati.

Farmaci antidepressivi

Dalla valutazione emerge una riduzione nella diagnosi incidente di depressione rispetto al 2019 (-21,8%), riduzione che si osserva anche stratificando l'analisi in funzione dell'area geografica, del genere e dell'età dei pazienti. La diminuzione nelle diagnosi è probabilmente dovuta all'impatto del COVID-19 nonché alle relative misure legate al lockdown che hanno ridotto la possibilità di accesso agli ospedali per check-up routinari.

Tuttavia, nel 2020 il consumo degli antidepressivi rappresenta il 3,7% del consumo totale di farmaci in Italia, con un aumento, rispetto al 2019, dell'1,7%. Analogamente la spesa pro-capite evidenzia un incremento del 2,3% attestandosi nel 2020 a 6,7 euro pro capite. Anche in questo caso una possibile motivazione può essere la pandemia che ha inciso negativamente sulla salute mentale di molte persone soprattutto fragili. È indicativo come il 6,5% della popolazione italiana abbia fatto ricorso a farmaci antidepressivi nel corso del 2020.

Antipsicotici

I dati documentano un incremento nell'uso di antipsicotici nel 2020 rispetto al 2019, più marcato per i tipici che per gli atipici. La spesa pro-capite evidenzia un incremento del 2,1% attestandosi nel 2020 a 4,87 euro pro capite. Ciò è probabilmente legato all'effetto delle politiche di lockdown, per il controllo della pandemia da COVID-19, sulla categoria estremamente fragile di pazienti che include non solo quelli psichiatrici ma anche quelli affetti da demenza per i quali un uso off label di questi farmaci è ampiamente descritto.

Farmaci anti-demenza

I centri per la diagnosi e il trattamento della demenza (CDCD) hanno limitato, nella maggior parte delle Regioni italiane, nel corso della pandemia da COVID-19, l'accesso dei pazienti. Inoltre, i pazienti con demenza rappresentano una categoria fortemente colpita dal COVID-19 con un numero di contagiati e deceduti di rilevante entità. Questi due fenomeni hanno avuto un probabile effetto sulla riduzione complessiva del consumo dei farmaci. Nel 2020 infatti i farmaci utilizzati

nella demenza registrano una lieve riduzione dei consumi rispetto al 2019 (-3%), con una variazione del -11,6% della spesa pro capite, che si attesta nel 2020 a 0,44 euro pro capite.

Mezzi di contrasto

Il valore di spesa pro capite dei mezzi di contrasto è rimasto sostanzialmente stabile negli ultimi 7 anni (variazione media annua nel periodo 2014-2020: +0,2%) registrando nel 2020 un valore pari a 1,54 euro, in diminuzione del 6,6% rispetto all'anno precedente. Questo dato è stato probabilmente determinato dal minor numero di esami diagnostici effettuati nel corso del 2020 a causa della pandemia da COVID-19. Il costo medio per giornata di terapia, al contrario, ha registrato un aumento del 13,5%, passando da un valore di 44,4 euro nel 2014 a uno di 50,3 euro nel 2020, in aumento del 5,7% rispetto al 2019.

Prescrizioni in pazienti pediatrici

Nel corso del 2020, oltre 3,4 milioni di bambini e adolescenti assistibili (35,7% della popolazione pediatrica generale) hanno ricevuto almeno una prescrizione farmaceutica raggiungendo il 46,4% nella fascia di età prescolare (1-5 anni), sebbene il numero di prescrizioni e confezioni prescritte sia fortemente ridotto rispetto all'anno precedente (-32,7% e -32,9% rispettivamente).

Come atteso, gli antimicrobici per uso sistemico sono i farmaci a maggior consumo (37,2% del totale dei farmaci prescritti nella popolazione pediatrica italiana), seguiti dai farmaci dell'apparato respiratorio (24,9%); entrambe le categorie fanno rilevare una riduzione delle prescrizioni rispetto all'anno precedente (rispettivamente -46,4% e -31,0%), verosimilmente per effetto dell'emergenza conseguente la pandemia da COVID-19, così come osservato per la popolazione adulta.

Dall'analisi della prescrizione dei farmaci per l'apparato respiratorio emerge che l'11,4% della popolazione pediatrica italiana ha ricevuto nel corso del 2020 almeno una confezione di farmaco. Nel complesso sono stati erogati circa 2,4 milioni di prescrizioni, pari al 18,7% del consumo totale di farmaci in età pediatrica, valore che si è fortemente ridotto (-36,8%) rispetto al 2019, verosimilmente a causa dell'emergenza sanitaria da COVID-19.

I dati sui consumi farmaceutici nel loro insieme, presentati nel report OsMed, non mostrano una flessione particolarmente rilevante rispetto agli anni precedenti. Tuttavia, alcune categorie specifiche, quali patologie croniche e popolazione speciali

(pediatrici), evidenziano riduzioni anche significative sulle prescrizioni/consumi annui.

Analizzando nello specifico due *trend* divergenti, quali i farmaci antipsicotici rispetto ai farmaci per demenza, si sottolinea come nel primo caso ci sia stato un aumento delle prescrizioni a dimostrazione di una situazione di malessere che ha avuto ripercussioni sulla salute e qualità di vita nella popolazione generale (pazienti Covid e no-Covid). Nel secondo caso invece si è osservato un decremento importante nei consumi in quanto è stata limitata la possibilità di accesso ai Centri specialistici durante la pandemia.

In conclusione, anche i dati del report OsMed rafforzano quanto osservato nelle analisi di letteratura sull'accesso alle cure e alla presa in carico dei pazienti.

È verosimile pensare che nel prossimo futuro la pandemia ci presenterà un conto salato in termini di salute e di spesa sanitaria.

Conclusioni

Il documento, nato con l'intento di rappresentare una fotografia dell'impatto indiretto della pandemia sul Sistema Sanitario Nazionale, vuole evidenziare come l'emergenza Covid abbia pervaso la vita non solo delle persone colpite direttamente dal virus, ma di tutti i pazienti, in particolare quelli affetti da patologie croniche, e della popolazione generale, con ricadute negative specialmente in termini di qualità della vita.

Cosa è emerso da questa foto? Cosa bisognerà continuare a osservare? Quali indicazioni per il futuro?

In questo momento appare evidente, sia per quanto concerne l'impatto di COVID-19 sui decessi e sulle prestazioni non erogate sia per quanto riguarda gli effetti della pandemia da un punto di vista economico rispetto alle spese sanitarie, che **non sia ancora possibile valutare compiutamente la portata del fenomeno nella sua interezza, dal momento che i dati pubblicati sono relativi a un periodo limitato nel tempo e, soprattutto perché si prevede che COVID-19 continuerà ad avere influenza per un periodo prolungato nel tempo, per cui gli esiti saranno osservabili nel medio-lungo periodo.**

Nonostante la possibilità, ad oggi, di tracciare un quadro dettagliato dei soli primi due mesi della pandemia, **i dati disponibili riguardanti i decessi forniscono già un suggerimento del ruolo indiretto, ma significativo, di COVID-19 sulla mortalità.** Nel 2020 in Italia, complessivamente, si è potuto osservare un incremento di 122mila decessi rispetto all'anno precedente, con un importante crescita dei tassi di mortalità per cause diverse ma correlate al Covid, in particolare per patologie quali demenze e malattia di Alzheimer, malattie cardiache ipertensive e diabete, così come un incremento di decessi per sintomi e cause mal definite o sconosciute (+43%) [paragrafo 2.3].

Lo stress a cui è stato sottoposto il Sistema Sanitario e la trasformazione dei reparti ospedalieri in reparti dedicati esclusivamente a pazienti Covid hanno provocato, nella fase più critica della pandemia, un mancato accesso alle cure e un'inefficace presa in carico dei pazienti; **si sono potuti osservare esiti differenti come la cancellazione o la posticipazione di visite di controllo e di interventi chirurgici considerati non urgenti, una diminuzione dei ricoveri ospedalieri e una crescita del fenomeno dell'affollamento all'interno del Pronto Soccorso.**

Un'ampia quota della popolazione è stata costretta a rinviare prestazioni sanitarie di vario tipo, in quanto la struttura si occupava solo di COVID-19, per paura del contagio o perché non riusciva a trovare disponibilità assistenziale. È stata osservata

una diminuzione del numero di prestazioni di assistenza erogate non solo nel settore pubblico ma anche in quello privato.

Diverse indagini hanno inoltre documentato come, specialmente nei primi mesi del 2020, si sia assistito a una sospensione o posticipazione di interventi chirurgici non programmati o considerati non urgenti, mentre hanno presentato una dinamica in controtendenza le prestazioni urgenti, aumentando rispetto all'andamento complessivo dell'erogazione delle prestazioni di specialistica: questo fenomeno ha penalizzato in modo particolare i pazienti con patologie croniche che necessitano di una presa in carico e di cure continuative.

Il mancato accesso ai servizi è dipeso sostanzialmente da due motivi fondamentali: da una parte per una causa strutturale, ovvero gli stessi ospedali erano impossibilitati ad accogliere nuovi pazienti a causa di una mancanza di posti letto e di personale sufficiente a prendere in carico il crescente numero di persone bisognose di cure; **dall'altra, a causa di una vera e propria rinuncia da parte dei pazienti**, per la paura di accedere alle strutture sanitarie e di entrare in contatto con pazienti positivi al Coronavirus. È dunque difficile comprendere quanto il minore accesso sia dipeso dall'uno o l'altro motivo, come riportato da clinici e associazioni di pazienti che hanno mostrato spesso un punto di vista opposto rispetto a questo tema.

Un altro avvenimento che ha riguardato il periodo pandemico è il drastico aumento del fenomeno dell'affollamento del Pronto Soccorso, nonostante la diminuzione del numero complessivo di pazienti che vi hanno avuto accesso. Si è registrato, infatti, un aumento percentuale dei casi di pazienti che presentavano condizioni di più elevata gravità, cosa che, unita al cambiamento nella gestione e nella presa in carico dei pazienti, ha determinato una crescita dei tempi di degenza e dei tassi di blocco all'accesso. Il fenomeno del sovraffollamento è causa non solo di un prolungamento del tempo di permanenza dei pazienti presso il Pronto Soccorso, ma può anche comportare un numero maggiore di eventi avversi, come una crescita della morbilità e della mortalità, così come una riduzione della qualità dell'assistenza sanitaria.

Anche per quanto riguarda l'impatto della pandemia sulle prestazioni, riteniamo che le criticità più importanti saranno osservabili nel medio-lungo periodo, in quanto è emerso che le maggiori difficoltà non hanno riguardato soltanto il settore dell'emergenza-urgenza ma anche tutto l'ambito della prevenzione, con una conseguente crescita di diagnosi mancate: per esempio, in ambito oncologico sono state stimate 1 milione le diagnosi non eseguite nel 2020 e si prevede un incremento di nuovi casi del 21% entro il 2040 [paragrafo 3.3], e anche in ambito HIV, specialmente nei primi mesi di pandemia, si è assistito ad

un calo nell'accesso ai servizi, in particolare per quanto riguarda test e prevenzione, registrandosi di conseguenza una diminuzione delle diagnosi di circa il 56% rispetto ai tre anni precedenti, sono state riportate meno difficoltà invece, in ambito HIV rispetto ad altre patologie, per quanto riguarda la continuità terapeutica dei pazienti, nonostante gli stessi centri di infettivologia fossero quelli maggiormente sovraffollati e con maggior carico di lavoro correlato alla pandemia [paragrafo 3.5].

Un aspetto sui cui invece sono già osservabili le ripercussioni della pandemia è il benessere e la qualità della vita delle persone, toccando in maniera trasversale tutte le patologie e la classe dei nuovi pazienti long-Covid, così come tutta la popolazione in generale. La pandemia e le relative misure messe in atto per contenere il diffondersi del virus hanno generato una crescita di sintomi quali stress, ansia e depressione. Il distanziamento fisico ha modificato la routine quotidiana, impattando fortemente sulla salute e sul benessere psico-fisico sia nel breve che nel lungo periodo. Una durata prolungata della quarantena, il timore del contagio, un'assistenza e un'informazione inadeguate e lo stigma sono i fattori principali che hanno generato conseguenze negative sulla qualità della vita delle persone. La maggior parte dei pazienti con patologie croniche ha riportato un generale deterioramento della propria qualità della vita, con un aggravamento del proprio stato di salute e una crescita dei tassi di mortalità, cosa che ha comportato un maggior e non sempre adeguato impatto sulla spesa sia sanitaria che in termini di produttività.

I dati sui consumi farmaceutici relativi al 2020 nel loro insieme non mostrano una flessione particolarmente rilevante rispetto agli anni precedenti. Tuttavia, per alcune categorie (patologie croniche, popolazione pediatrica, farmaci legati alla diagnosi) è stata osservata una riduzione significativa sia per quanto riguarda la prescrizione sia i consumi annui. Un significativo aumento nei consumi e nelle prescrizioni è invece stato registrato rispetto ai farmaci antipsicotici (antidepressivi), a dimostrazione delle ripercussioni della pandemia sulla salute mentale e sulla qualità di vita della popolazione.

È sempre più chiaro l'impatto economico che la pandemia da COVID-19 ha avuto - e sta avendo - sulle strutture ospedaliere, specialmente nei periodi più critici, caratterizzati da un maggiore sovraffollamento. A causa della difficoltà nell'accedere alle strutture, i pazienti si sono trovati spesso in condizioni più critiche e hanno necessitato di un maggior impiego di risorse sanitarie (es. utilizzo di ambulanze medicalizzate, operazioni in urgenza, etc.) con conseguente aumento della spesa.

Posta la possibilità di disporre, ad oggi, di dati relativi ad un periodo limitato nel tempo e dal momento che si ritiene che la pandemia continuerà ad avere esiti importanti per un tempo non ancora definibile, sarà possibile dare una

misurazione puntuale del fenomeno solo nel medio-lungo periodo e sarà quindi ancora necessaria un'osservazione e un monitoraggio costante degli esiti generati dalla pandemia, anche da un punto di vista economico, e a livello di spesa nella sanità, e da un punto di vista della qualità della vita, e a livello di spesa in termini di salute.

Tra tutte queste criticità evidenziate, si è potuto però rilevare come l'emergenza pandemica sia servita da acceleratore di cambiamento, si pensi, per esempio, alle cure domiciliari e alla medicina digitale. Grazie all'implementazione di programmi di delivery e somministrazione domiciliare dei farmaci non si è registrato un impatto particolarmente significativo sulle terapie farmacologiche del cancro, mentre l'utilizzo di modalità di comunicazione digitale, come la telemedicina, hanno permesso di dare continuità al percorso terapeutico e di monitorare i pazienti anche a distanza, che in generale sembra abbiano accolto positivamente la tecnologia applicata alla salute.

In secondo luogo, COVID-19, sottoponendo il Sistema Sanitario a dure pressioni, ha causato uno shock che ha evidenziato le criticità latenti nei percorsi di gestione e presa in carico, riportando al centro dell'opinione pubblica alcune questioni che precedentemente erano state messe in ombra per lungo tempo.

Un primo aspetto che l'emergenza sanitaria ha evidenziato è la **presenza di un modello organizzativo ospedalocentrico**, dove la gestione della pandemia e la presa in carico dei pazienti cronici coincidono negli stessi centri. Questa impostazione non risulta però più funzionale ed ha impoverito la medicina territoriale, indebolendo il ruolo dei Medici di Medicina Generale, i quali rappresentano il primo contatto per tutti i cittadini. Un modello ospedalocentrico non è solo inefficiente, ma può causare ingenti danni, come è stato dimostrato, perché genera un accumulo di prestazioni a carico dell'ospedale, con una conseguente crescita della spesa sanitaria e ingenti disagi per i pazienti.

I primi ambiti su cui bisogna necessariamente intervenire in un futuro non troppo prossimo sono quindi la costruzione di un sistema di presa in carico e la riorganizzazione di un sistema efficiente; è importante migliorare l'accesso alle cure sul territorio, con un passaggio a un modello d'assistenza territoriale e domiciliare, alleggerendo il carico delle strutture ospedaliere.

Una seconda questione fondamentale è quella relativa al **definanziamento del Sistema Sanitario e ai tagli imposti in ambito sanitario**. Come noto, in seguito alla crisi economica del 2007 infatti, in Europa si è assistito a un'azione normativa volta a limitare l'indebitamento degli Stati in maniera non tanto strutturale, ma tramite la riduzione dei capitoli di spesa. L'adozione di una grande varietà di strumenti per

fronteggiare la crisi non ha impedito il diffondersi di un generale clima di sfiducia popolare nei confronti dell'Unione, incapace di offrire prontamente soluzioni efficaci. Ciononostante, è innegabile che le istituzioni europee, quelle esecutive in particolare, abbiano rafforzato il loro potere rispetto all'elaborazione di politiche nazionali da parte dei governi degli Stati membri in materia economica e finanziaria²⁰⁵. La Commissione europea è stata chiamata a bilanciare l'attuazione delle misure europee con le esigenze di politica interna degli Stati membri; tuttavia, tale bilanciamento ha causato una limitazione della libertà e indipendenza degli esecutivi nazionali nell'elaborazione e attuazione delle proprie agende politiche, già ridotte dalla crisi economica stessa. A completare il quadro è prevista la giustiziabilità del pareggio di bilancio dinanzi alla Corte di Giustizia, organo giurisdizionale dell'Unione Europea²⁰⁶.

In questo contesto si è avviata la grande stagione di riforme negli Stati membri che hanno dovuto modificare le loro Costituzioni in tal senso, ovvero hanno emanato leggi di rango costituzionale per introdurre negli ordinamenti domestici queste previsioni di bilancio. In tal modo, il Patto di bilancio europeo ha obbligato gli Stati ad operare tagli lineari alla spesa pubblica per rientrare nei parametri fissati e ciò ha generato problematiche serie nell'erogazione del Welfare State²⁰⁷. In Stati come l'Italia, in cui i tagli sono stati diluiti nel tempo, c'è stata una sorta di azione carsica: riducendo in maniera costante e subdola la spesa sanitaria, ci si è trovati in piena emergenza Covid a fare i conti con tutto ciò che non era stato fatto ed è apparso più evidente quanto è stato tolto alla sanità.

Con l'obiettivo di riparare i danni sociali ed economici causati dall'emergenza

²⁰⁵ Le misure di "six-pack" e "two-pack", oltre al Meccanismo Europeo di Stabilità e il Patto di bilancio europeo, prevedono un rafforzamento di poteri della Commissione, oltre a un suo ruolo di controllo sull'economia dell'Unione Europea.

²⁰⁶ L'art 8 del Patto di bilancio europeo non chiarisce se uno Stato contraente possa adire la Corte con lo scopo di lamentare la mancata recezione formale del vincolo da parte di un altro Stato contraente o invece se quest'ultimo non si conformi sul piano sostanziale al vincolo, oltretutto un budget in deficit nel caso di regole costituzionali come quelle adottate nel mezzo della crisi finanziaria in Europa comporta procedimenti aggravati per approdare all'approvazione del bilancio: se la natura di tali vincoli è di tipo sostanziale e non semplicemente procedurale un forte indebitamento sarebbe considerato incostituzionale. Quel che però è certo sono le restrizioni sugli spazi di manovra economica di alcuni Stati: uno Stato contraente in caso di inottemperanza alla sentenza della Corte di Giustizia ha il diritto di chiedere le sanzioni economiche (commisurate al PIL) nei confronti dell'altro Stato. Tale aspetto non fa che aumentare gli squilibri e le asimmetrie intra-europee poiché viene stabilito per regola, tra l'altro esterna al diritto dell'Unione Europea, che gli Stati creditori si pongono come guardiani ultimi nei confronti dei bilanci degli Stati debitori. Non viene specificato, inoltre, se il bilancio da vincolare sia quello proposto dalla Commissione, da ultimo rafforzata nel suo ruolo, oppure se i vincoli hanno effetto sul bilancio approvato dal Parlamento o sul bilancio ratificato previa autorizzazione delle Camere. La Commissione Europea ha guadagnato terreno rispetto alle altre istituzioni, grazie all'introduzione del principio della maggioranza qualificata inversa. Tale principio è stato ripreso anche dal Fiscal Compact che prevede l'obbligo per gli Stati membri dell'Eurozona di sostenere tutte le raccomandazioni della Commissione (art.7 TSCG).

²⁰⁷ Si è assistito ai casi limite di Grecia e Portogallo in cui le Corti costituzionali sono dovute intervenire per fissare i parametri del c.d. minimo vitale garantito dalla sanità pubblica.

sanitaria, l'Italia ha dovuto presentare il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), un programma di riforme per accedere agli aiuti economici stanziati dall'Europa. Alcune delle criticità gestionali presenti nel Sistema Sanitario sono state inserite all'interno del Piano; le principali criticità evidenziate hanno riguardato le significative disparità territoriali presenti nell'erogazione dei servizi, in particolare per quanto riguarda la prevenzione e l'assistenza primaria, l'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, territoriali e sociali, gli elevati tempi di attesa per l'erogazione di alcune prestazioni e la poca sinergia nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, sanitari e climatici. È stato stanziato pertanto un investimento di circa 20 miliardi di euro con l'obiettivo di rafforzare il sistema di prevenzione e i servizi sanitari presenti sul territorio, e di modernizzare e digitalizzare il Sistema Sanitario, così da garantire un accesso equo a cure efficaci.

Allegati

Fragilità mentali: questionario associazioni di pazienti

DENOMINAZIONE ENTE:

AREA IN CUI OPERA:

- cittadina
 regionale
 nazionale

SEDE PRINCIPALE: CITTÀ

PROV:

TIPOLOGIA:

- organizzazione di volontariato (ODV)
 associazione di promozione sociale (APS)
 ente filantropico
 rete associativa
 impresa sociale
 cooperativa sociale di tipo A
 cooperativa sociale di tipo B
 cooperativa mista di tipo A e B
 altro (specificare)

1. Nella seguente tabella sono elencati una serie di servizi. Per favore, indichi quali offre la sua associazione, specificando poi se, a causa della pandemia, avete dovuto sospendere (colonna 2) e/o modificare (colonna 3) il servizio.

Tipologia di servizio	Offerto	Sospeso	Modificato	Se modificato, come?
sportello sul territorio in presenza				
sportello telefonico				
supporto psicologico agli utenti				
servizi a supporto dei caregiver				

gruppi di auto-mutuo-aiuto				
corsi di formazione per caregiver				
consulenza giuridica e previdenziale				
attività di informazione e orientamento ai servizi				
rappresentanza istituzionale e coordinamento con altri enti erogatori di servizi sul territorio				
tempo libero/aggregazione				
servizi di ospitalità - casa alloggio				
interventi di socializzazione e inclusione sociale				
trasporto				
sostegno a domicilio dell'utente				
attività operatori di strada				
altro (specificare)				

2. Per gli utenti in carico ai servizi di ospitalità/case alloggio sono state disposte restrizioni quali il divieto di uscire all'esterno della struttura e ricevere visite dai propri familiari e/o caregiver?

- per niente
 poco
 abbastanza
 molto

3. Sono stati ideati nuovi servizi per far fronte alla situazione emergenziale?

- sì
 no

4. Se sì, quali? [ammesse più risposte]

- digitalizzazione sportelli precedentemente in presenza

- sportello telefonico
- potenziamento servizi di informazione online
(implementazione siti web, newsletter, chatbox, etc.)
- servizi di sostegno a distanza (es. psicologo)
- servizi di socializzazione/mutuo aiuto a distanza verso utenti
- servizi di socializzazione a distanza verso volontari
- servizi a domicilio dell'utente
(es. farmaci, spesa, aiuto nel disbrigo delle commissioni)
- consegna di mascherine e DPI
- altro (specificare)

5. Quali dei nuovi servizi ideati, a suo parere, sarebbe utile mantenere anche una volta finita la pandemia?

- digitalizzazione sportelli precedentemente in presenza
- sportello telefonico
- potenziamento servizi di informazione online
(implementazione siti web, newsletter, chatbox, etc.)
- servizi di sostegno a distanza (es. psicologo)
- servizi di socializzazione/mutuo aiuto a distanza verso utenti
- servizi di socializzazione a distanza verso volontari
- servizi a domicilio dell'utente
(es. farmaci, spesa, aiuto nel disbrigo delle commissioni)
- consegna di mascherine e DPI
- altro (specificare)

6. Secondo la vostra esperienza, sono state riscontrate difficoltà/ritardi nell'accesso agli erogatori di servizi nel periodo che va da marzo 2020 a maggio 2020 (lockdown)?

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
centri di salute mentale (CSM)				
centri diurni (CD)				
strutture residenziali (SR)				
servizi ospedalieri				

pronto soccorso				
servizi riabilitativi del terzo settore				
altro (specificare)				

7. Secondo la vostra esperienza, sono state riscontrate difficoltà/ritardi nell'accesso agli erogatori di servizi nel periodo che va da metà maggio 2020 a ottobre 2020?

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
centri di salute mentale (CSM)				
centri diurni (CD)				
strutture residenziali (SR)				
servizi ospedalieri				
pronto soccorso				
servizi riabilitativi del terzo settore				
altro (specificare)				

8. Secondo la vostra esperienza, sono state riscontrate difficoltà/ritardi nell'accesso agli erogatori di servizi nel periodo che va da novembre 2020 ad aprile 2021?

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
centri di salute mentale (CSM)				
centri diurni (CD)				
strutture residenziali (SR)				
servizi ospedalieri				
pronto soccorso				
servizi riabilitativi del terzo settore				
altro (specificare)				

9. Secondo la vostra esperienza, sono state riscontrate difficoltà/ritardi nel garantire regolarmente i seguenti servizi sanitari nel periodo che va da marzo 2020 a maggio 2020 (lockdown)?

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
primo contatto con il servizio territoriale				
prima visita psichiatrica				
inizio della presa in carico				
trattamenti psichiatrici e psicoterapie in corso				
attività diagnostiche				
colloqui psicologici				
ricoveri ospedalieri				
accesso ad ambulatori ospedalieri				
day hospital (DH)				
interventi psicosociali sul territorio				
prescrizione/consegna farmaci				
programmi terapeutico-riabilitativi e socioriabilitativi/inserimento lavorativo				
proseguimento attività riabilitative in centri diurni				
proseguimento attività riabilitative in strutture residenziali				
accesso diretto al medico di medicina generale				
altro (specificare)				

10. Secondo la vostra esperienza, sono state riscontrate difficoltà/ritardi nel garantire regolarmente i seguenti servizi sanitari nel periodo che va da metà maggio 2020 a ottobre 2020?

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
primo contatto con il servizio territoriale				
inizio della presa in carico				
trattamenti psichiatrici e psicoterapie in corso				
attività diagnostiche				
colloqui psicologici				
ricoveri ospedalieri				
accesso ad ambulatori ospedalieri				
day hospital (DH)				
interventi psicosociali sul territorio				
prescrizione/consegna farmaci				
programmi terapeutico-riabilitativi e socioriabilitativi/inserimento lavorativo				
prosecuzione attività riabilitative in centri diurni				
prosecuzione attività riabilitative in strutture residenziali				
accesso diretto al medico di medicina generale				
altro (specificare)				

11. Secondo la vostra esperienza, sono state riscontrate difficoltà/ritardi nel garantire regolarmente i seguenti servizi sanitari nel periodo che va da novembre 2020 ad aprile 2021?

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
primo contatto con il servizio territoriale				
inizio della presa in carico				
trattamenti psichiatrici e psicoterapie in corso				
attività diagnostiche				
colloqui psicologici				
ricoveri ospedalieri				
accesso ad ambulatori ospedalieri				
day hospital (DH)				
interventi psicosociali sul territorio				
prescrizione/consegna farmaci				
programmi terapeutico-riabilitativi e socioriabilitativi/inserimento lavorativo				
prosecuzione attività riabilitative in centri diurni				
prosecuzione attività riabilitative in strutture residenziali				
accesso diretto al medico di medicina generale				
altro (specificare)				

12. A suo parere, il mancato accesso ai servizi può aver causato un ritardo nella presa in carico degli utenti?

- sì
 no
 non lo so

13. Secondo la vostra esperienza, in questo periodo è capitato che appuntamenti per visite e controlli venissero annullati?

- no
- sì, dagli utenti /caregiver
- sì, dagli erogatori di servizi /medici di riferimento
- sia dagli utenti/caregiver che dagli erogatori di servizi /medici di riferimento

14. Secondo la vostra esperienza, sono state adottate strategie e strumenti per garantire la continuità della presa in carico degli utenti all'interno dei servizi dei DSM?

- sì, in tutto il territorio nazionale
- sì, ma solo in alcune Regioni
- no
- non lo so

15. Se sì, tra i seguenti servizi elencati, quali ritenete siano stati maggiormente implementati?

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
strumenti di medicina digitale (televisite, app di telemedicina, consulenza telefonica)				
cambiamento modalità dispensazione farmaci (es. dispensazione al domicilio, per conto)				
somministrazione farmaci antipsicotici LAI (Long Acting Injectable)				
spostamento di alcuni servizi della salute mentale in altre strutture (es. esami, diagnostica in generale)				
ampliamento degli orari di apertura dei servizi per dilazionare gli appuntamenti				
riorganizzazione nella gestione degli spazi comuni				
realizzazione di aree dedicate all'isolamento per gli utenti positivi al COVID-19				
altro (specificare)				

16. Secondo la vostra esperienza, sono state adottate strategie e strumenti per garantire la continuità della cura degli utenti all'interno dei servizi riabilitativi offerti dal terzo settore?

- sì, in tutto il territorio nazionale
- sì, ma solo in alcune Regioni
- no
- non lo so

17. Se sì, tra i seguenti servizi elencati, quali ritenete siano stati maggiormente implementati?

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
strumenti di medicina digitale (televisite, app di telemedicina, consulenza telefonica)				
ampliamento degli orari di apertura dei servizi per dilazionare gli appuntamenti				
riorganizzazione nella gestione degli spazi comuni				
realizzazione di aree dedicate all'isolamento per gli utenti positivi al COVID-19				
altro (specificare)				

18. Per favore, tra le seguenti strategie elencate, ordina per importanza quelle che a suo parere sarebbe opportuno implementare in futuro per un miglioramento della presa in carico degli utenti.

- strumenti di medicina digitale
- cambiamento modalità dispensazione farmaci
- migliore organizzazione di alcuni servizi in altre strutture
- equipe multidisciplinare
- tavoli di lavoro multiprofessionali integrati
- interventi socioriabilitativi integrati basati sulla persona (es. budget salute)
- coinvolgimento attivo dei caregiver
- altro (specificare)

19. Secondo la vostra esperienza, ritenete che i servizi implementati per garantire la psicoterapia anche da remoto siano efficaci per assicurare la continuità terapeutica dell'utente?

- per niente
 poco
 abbastanza
 molto

20. A suo parere, quali sono le maggiori preoccupazioni per gli utenti e caregiver nel periodo pandemico? [ammesse più risposte]

- contrarre il virus
 morire
 recarsi in ospedale
 accedere ai servizi
 non vedere il medico dal vivo
 essere in quarantena
 isolamento
 barriere alle relazioni sociali
 incertezza sul futuro

21. A suo parere, quale impatto sta causando l'emergenza pandemica sulla popolazione generale dal punto di vista psicologico?

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
incremento del rischio di sviluppare sintomi ansiosi, depressivi e stress correlati				
incremento del rischio di dipendenze patologiche				
incremento del consumo di farmaci (es. ansiolitici e psicotropi) senza prescrizione				
incremento del rischio suicidario				
altro (specificare)				

22. A suo parere, quale impatto sta causando l'emergenza pandemica sugli utenti già in carico ai servizi?

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
peggioramento delle condizioni di vita e di salute delle persone				
diminuzione dell'aderenza al trattamento				
incremento del rischio suicidario				
incremento della mortalità				
altro (specificare)				

23. A suo parere, in che modo ha impattato il lockdown sulla qualità di vita degli utenti già in carico ai servizi?

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
in termini di privacy nella gestione del proprio percorso terapeutico				
in termini di stigma (timore di dover manifestare la propria condizione di salute)				
in termini di relazioni sociali (distanziamento/convivenza "forzata")				
in termini di gestione dei rapporti lavorativi				
in termini di ritardo nell'inserimento lavorativo a causa di un percorso riabilitativo				
altro (specificare)				

HIV: questionario associazioni di pazienti**NOME ASSOCIAZIONE:****AREA IN CUI OPERA:**

- cittadina
- regionale
- nazionale

SEDE PRINCIPALE: città**PROV:****1. Quante sedi ha l'associazione?**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5+

2. Quali tra i seguenti servizi offre la sua associazione?

- Sportello sul territorio in presenza
- Sportello telefonico
- Servizi di informazione (siti web, brochure, newsletter etc.)
- Servizi di ospitalità – casa alloggio
- Accompagnamento pazienti
- Supporto alla prenotazione esami
- Presenza nei reparti di malattie infettive
- Tempo libero/agggregazione
- Assistenza in sala d'attesa
- Servizio test HIV
- Servizio PrEP
- Servizio consegna farmaci a domicilio
- Trasporto
- Corsi di formazione
- Supporto psicologico
- altro (specificare)

3. Di quelli offerti, quali sono rimasti immutati, quali sospesi, quali modificati?

Tipologia di servizio	Immutato	Sospeso	Modificato
Sportello sul territorio in presenza			
Sportello telefonico			
Servizi di informazione (siti web, brochure, newsletter etc.)			
Servizi di ospitalità - casa alloggio			
Accompagnamento pazienti			
Supporto alla prenotazione esami			
Presenza nei reparti di malattie infettive			
Tempo libero/aggregazione			
Assistenza in sala d'attesa			
Servizio test HIV			
Servizio PrEP			
Servizio consegna farmaci a domicilio			
Trasporto			
Corsi di formazione			
Supporto psicologico			
Altro (specificare)			

4. Sono stati ideati nuovi servizi per far fronte alla situazione emergenziale?

- Sì
 No

5. Se sì, quali? *[ammesse più risposte]*

- Digitalizzazione sportelli precedentemente in presenza

- Sportello telefonico
- Potenziamento servizi di informazione online (implementazione siti web, newsletter, chatbox, etc.)
- Servizi di sostegno a distanza (es. psicologo, peer to peer)
- Servizi di socializzazione/mutuo aiuto a distanza verso utenti
- Servizi di socializzazione a distanza verso volontari
- Servizi a domicilio del paziente (es. farmaci, spesa, aiuto nel disbrigo delle commissioni)
- Consegna di mascherine e DPI
- Altro (specificare)

6. Quali dei nuovi servizi ideati, a suo parere, sarebbe utile mantenere anche una volta finita la pandemia?

- Digitalizzazione sportelli precedentemente in presenza
- Sportello telefonico
- Potenziamento servizi di informazione online (implementazione siti web, newsletter, chatbox, etc.)
- Servizi di sostegno a distanza (es. psicologo, peer to peer)
- Servizi di socializzazione/mutuo aiuto a distanza verso utenti
- Servizi di socializzazione a distanza verso volontari
- Servizi a domicilio del paziente (es. farmaci, spesa, aiuto nel disbrigo delle commissioni)
- Consegna di mascherine e DPI
- Altro (specificare)

7. In generale, quali sono a suo parere le maggiori preoccupazioni per i pazienti nel periodo pandemico? *[ammesse più risposte]*

- Contrarre il virus
- Morire
- Recarsi in ospedale o in un centro di infettivologia
- Non avere la possibilità di vedere il medico
- Difficoltà nell'aver accesso alla terapia
- Incertezza sul futuro
- Isolamento/barriere alle relazioni sociali
- Impatto psicologico (es. ansia, sintomi depressivi, stress, insonnia)
- Altro (specificare)

8. Ritieni che l'attuale pandemia da COVID-19 stia condizionando la relazione dei pazienti con la struttura clinica di riferimento?

- Sì
 No
 Non lo so

9. Dalla sua esperienza, in questo periodo è capitato che appuntamenti per visite e controlli venissero annullati?

- No
 Sì, dai pazienti
 Sì, dai centri clinici/medici di riferimento
 Sia dai pazienti che dai centri clinici/medici di riferimento

10. Secondo la sua esperienza, le strutture e/o i centri di riferimento hanno adottato strategie e strumenti per garantire la continuità dei servizi ai pazienti?

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Strumenti di medicina digitale (televisite, app di telemedicina, consulenza telefonica)				
Cambiamento modalità dispensazione farmaci (es. dispensazione al domicilio)				
Spostamento di alcuni servizi dal centro clinico ad altre strutture (es. esami, diagnostica in generale)				
Altro (specificare)				

11. A suo parere a causa delle mancate/diminuite prestazioni legate all'emergenza pandemica c'è stato un aumento delle liste d'attesa?

- Sì
 No
 Non lo so

12. Se sì, rispetto a quale ambito? [ammesse più risposte]

- Prima vista

- Visite di controllo
- Visite presso specialisti non infettivologi
- Richieste esami
- Altro (specificare)

13. Avete riscontrato difficoltà/ritardi nell'accesso ai servizi sanitari a livello locale nel periodo che va da marzo 2020 a maggio 2020 (lockdown)?

[1 = per niente; 2 = poco; 3 = abbastanza; 4 = molto]

	1	2	3	4
Accesso ai test				
Inizio terapia				
Accesso ai centri				
Visite ambulatoriali specialistiche (no infettivologi)				
Monitoraggio del paziente presso ambulatorio di infettivologia				
Prescrizione/consegna farmaci				
Ricoveri				
Riconversione reparti				
Altro (specificare)				

14. Avete riscontrato difficoltà/ritardi nell'accesso ai servizi sanitari a livello locale nel periodo che va maggio 2020 ad ottobre 2020?

[1 = per niente; 2 = poco; 3 = abbastanza; 4 = molto]

	1	2	3	4
Accesso ai test				
Inizio terapia				
Accesso ai centri				

Visite ambulatoriali specialistiche (no infettivologi)				
Monitoraggio del paziente presso ambulatorio di infettivologia				
Prescrizione/consegna farmaci				
Ricoveri				
Riconversione reparti				
Altro (specificare)				

15. Avete riscontrato difficoltà/ritardi nell'accesso ai servizi sanitari a livello locale nel periodo che va da ottobre 2020 a maggio 2021?

[1 = per niente; 2 = poco; 3 = abbastanza; 4 = molto]

	1	2	3	4
Accesso ai test				
Inizio terapia				
Accesso ai centri				
Visite ambulatoriali specialistiche (no infettivologi)				
Monitoraggio del paziente presso ambulatorio di infettivologia				
Prescrizione/consegna farmaci				
Ricoveri				
Riconversione reparti				
Altro (specificare)				

HIV: questionario centri clinici**NOME CENTRO CLINICO:****SEDE: Regione: Provincia: Comune:**

- 1. Il vostro centro ha avuto difficoltà a garantire regolarmente i seguenti servizi sanitari in ambito HIV nel periodo che va da marzo 2020 ad aprile 2020? (lockdown)? [1 = Servizio mai previsto; 2 = Nessuna difficoltà; 3 = Servizio ridotto; 4 = Servizio sospeso]**

	1	2	3	4
Accesso ai test				
Accesso al centro				
Visite ambulatoriali				
Prescrizione farmaci				
Consegna farmaci				
Ricoveri HIV				
Riconversione reparti				
Supporto psicologico dedicato				
Gestione comorbidità				
Vaccinazioni				
Altro (specificare)				

- 2. Il vostro centro ha avuto difficoltà a garantire regolarmente i seguenti servizi sanitari in ambito HIV nel periodo che va da maggio 2020 ad ottobre 2020?**
[1 = Servizio mai previsto; 2 = Nessuna difficoltà; 3 = Servizio ridotto;
4 = Servizio sospeso]

	1	2	3	4
Accesso ai test				
Accesso al centro				
Visite ambulatoriali				
Prescrizione farmaci				
Consegna farmaci				
Ricoveri HIV				
Riconversione reparti				
Supporto psicologico dedicato				
Gestione comorbidità				
Vaccinazioni				
Altro (specificare)				

- 3. Il vostro centro ha avuto difficoltà a garantire regolarmente i seguenti servizi sanitari in ambito HIV nel periodo che va da novembre 2020 ad aprile 2021?**
[1 = Servizio mai previsto; 2 = Nessuna difficoltà; 3 = Servizio ridotto;
4 = Servizio sospeso]

	1	2	3	4
Accesso ai test				
Accesso al centro				
Visite ambulatoriali				

Prescrizione farmaci				
Consegna farmaci				
Ricoveri HIV				
Riconversione reparti				
Supporto psicologico dedicato				
Gestione comorbidità				
Vaccinazioni				
Altro (specificare)				

4. Sono state ideate strategie particolari per far fronte alla situazione emergenziale?

- Sì
 No

5. Se sì, quali?

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Strumenti di medicina digitale (televisite, app di telemedicina, consulenza telefonica)				
Esternalizzazione esami diagnostici				
Dispensazione farmaci delocalizzata				
Cambiamento somministrazione terapia (es. terapia a casa)				
Ridistribuzione posti letto				
Ampliamento del reparto con traccimazione in Medicina Interna e altre unità specialistiche				
Creazione spazi Covid e spazi Covid free				

Creazione spazi fisici di confronto con altri specialisti (es. pneumologi)				
Coinvolgimento degli ambulatori territoriali				
Consegna di mascherine e DPI				
Altro (specificare)				

6. A suo parere, quali delle strategie adottate sarebbe opportuno mantenere/ implementare in modo strutturato? (ammesse più risposte)

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Strumenti di medicina digitale (televisite, app di telemedicina, consulenza telefonica)				
Esternalizzazione esami diagnostici				
Dispensazione farmaci delocalizzata				
Cambiamento somministrazione terapia (es. terapia a casa)				
Ridistribuzione posti letto				
Ampliamento del reparto con traccimazione in Medicina Interna e altre unità specialistiche				
Creazione spazi Covid e spazi Covid free				
Creazione spazi fisici di confronto con altri specialisti (es. pneumologi)				
Coinvolgimento degli ambulatori territoriali				
Consegna di mascherine e DPI				
Altro (specificare)				

- 7. Rispetto ai pazienti naive, indichi su quali ambiti inerenti il percorso terapeutico la pandemia sta avendo maggior impatto (1 = per niente, 3 = molto)**

	1	2	3
Aderenza alla terapia			
Monitoraggio del percorso terapeutico			
Accesso alla terapia			
Comunicazione medico-paziente			
Ricoveri pazienti con infezione/malattia avanzata			
Altro (specificare)			

- 8. Rispetto ai pazienti già soppressi in ART, indichi su quali ambiti inerenti il percorso terapeutico la pandemia sta avendo maggior impatto (1 = per niente, 3 = molto)**

	1	2	3
Aderenza alla terapia			
Monitoraggio del percorso terapeutico			
Accesso alla terapia			
Comunicazione medico-paziente			
Ricoveri pazienti con infezione/malattia avanzata			
Altro (specificare)			

- 9. La pandemia da COVID-19 sta condizionando la retention in cure dei pazienti afferenti al centro in cui lavora? (1 = per niente, 5 = molto)**

1

2

3 4 5

10. La pandemia da COVID-19 sta condizionando la qualità di cura da parte del centro in cui lavora verso i pazienti HIV?

 1 2 3 4 5

11. Nel centro in cui opera, è capitato che appuntamenti per visite e controlli venissero annullati a causa della pandemia?

 No Sì, dai pazienti Sì, dai centri clinici/medici di riferimento Sia dai pazienti che dai centri clinici/medici di riferimento



Via R. Lambruschini 36 - 20156 Milano
Tel. 02 36565535 - Fax 02 36565502
www.fondazionethebridge.it