

Report Osservatorio GIMBE 1/2021
**Impatto della pandemia COVID-19
sull'erogazione di prestazioni sanitarie**



Luglio 2021

AUTORI

Nino Cartabellotta, Elena Cottafava, Renata Gili, Roberto Luceri, Marco Mosti

CITAZIONE

Report Osservatorio GIMBE n. 1/2021. Impatto della pandemia COVID-19 sull'erogazione di prestazioni sanitarie. Fondazione GIMBE: Bologna, luglio 2020. Disponibile a:

www.gimbe.org/COVID-19-riduzione-prestazioni. Ultimo accesso: giorno mese anno.

FONTI DI FINANZIAMENTO

Il "Report Osservatorio GIMBE n. 1/2021. Impatto della pandemia COVID-19 sull'erogazione di prestazioni sanitarie." è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE grazie a un contributo non condizionante di Havas PR.

DISCLOSURE

La Fondazione GIMBE è una organizzazione non-profit che svolge attività di formazione e ricerca sugli argomenti trattati nel report.

DISCLAIMER

La Fondazione GIMBE declina ogni responsabilità per danni nei confronti di terzi derivanti da un utilizzo autonomo e/o improprio dei dati e delle informazioni contenuti nel presente rapporto.

© Fondazione GIMBE, luglio 2021.

Questo è un documento open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Sommario

1.	Introduzione	2
1.1.	Lo “stato di salute” del Servizio Sanitario Nazionale prima della pandemia	3
1.2.	I danni indiretti della pandemia COVID-19 in Europa e nel mondo	5
1.3.	Accesso alle prestazioni sanitarie durante l'epidemia COVID-19 in Italia	7
1.4.	La mortalità diretta e indiretta da COVID-19 in Italia	8
1.5.	DI n. 104/2020, art. 29: disposizioni urgenti in materia di liste di attesa	9
2.	Metodi	11
3.	Risultati	12
3.1.	Riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie	12
3.2.	Focus per aree cliniche	13
3.2.1.	Tumore alla mammella	13
3.2.2.	Tumore del colon – retto	17
3.2.3.	Patologie tempo – dipendenti (infarto miocardico acuto e ictus ischemico)	21
3.2.4.	Obesità e chirurgia bariatrica	24
3.2.5.	Ortopedia e protesica	24
4.	Limiti	27
5.	Conclusioni	28

1. Introduzione

L'improvvisa comparsa del SARS-CoV-2, causa di una pandemia che ha portato finora a oltre 180 milioni di contagi e oltre 4 milioni di decessi a livello globale, ha messo a dura prova i Paesi di tutto il mondo che, in assenza di terapie farmacologiche e vaccini efficaci, si sono trovati a mettere in campo importanti misure restrittive come principali strategie di contrasto. L'Italia, grazie all'introduzione di un *lockdown* precoce, rigoroso, tempestivo e duraturo, seguito da riaperture graduali di attività e mobilità, è riuscita a controllare la prima ondata, abbattendo la curva dei contagi sino ad un minimo di 1.333 nuovi casi settimanali nel periodo 16-23 giugno 2020 e 38 letti occupati in terapia intensiva il 29 luglio 2020. Tuttavia, nonostante all'inizio dell'estate 2020 le condizioni epidemiologiche permettessero la ripresa del *testing & tracing*, di fatto impossibile nei mesi precedenti per le scarse capacità di processamento dei tamponi molecolari, all'epoca i soli test diagnostici disponibili, e per l'elevato numero di casi, il sistema di tracciamento non è stato potenziato e non è stata, di conseguenza, intrapresa una strategia volta all'eliminazione del virus, mirata a interromperne la catena di trasmissione. Di conseguenza, dopo una sostanziale stabilità epidemiologica ai valori minimi del contagio durante i mesi estivi grazie anche alla possibilità di stare all'aperto che abbattè le probabilità di trasmissione, complice la narrativa distorta della riduzione della gravità dell'infezione che ha incoraggiato comportamenti dei cittadini non adeguati alla situazione pandemica, l'Italia è stata travolta da una seconda ondata: nel mese di ottobre 2020 le curve dei ricoverati in area medica e in terapia intensiva hanno ripreso a salire esponenzialmente raggiungendo, alla fine di novembre, il picco di 3.848 ricoverati in terapia intensiva e circa 35.000 ricoverati in area medica. A differenza della prima ondata, contrastata con un *lockdown* tempestivo e duraturo, nell'autunno 2020 è iniziata una rincorsa al virus che ha visto susseguirsi 4 DPCM in 21 giorni, fino all'istituzione del sistema delle Regioni "a colori" (DPCM 3 novembre 2020), quando però i casi positivi avevano già raggiunto quota 800 mila, un numero troppo elevato per poter rendere efficace il nuovo sistema di contenimento dell'epidemia. Su questa ondata, di fatto non terminata, si è innestata la terza: seppure finalmente in presenza di vaccini sicuri ed efficaci, le percentuali di coperture vaccinali erano purtroppo ancora troppo limitate per vederne l'effetto sulla popolazione. Anche in questo caso, quindi, sono stati raggiunti, il 6 aprile 2021, picchi di ricoverati in area medica e in terapia intensiva rispettivamente di 29.337 e 3.743, che hanno portato l'occupazione dei posti letto da parte dei pazienti COVID-19 ben oltre le soglie di allarme definite dal DM 30 aprile 2020 del 30% per le terapie intensive e del 40% per l'area medica.

Nella seconda e nella terza ondata, in Italia è stata dunque adottata una strategia di mitigazione che prevede misure progressivamente più stringenti all'aumentare dei casi, finalizzate esclusivamente a flettere la curva epidemica per limitare il sovraccarico dei servizi sanitari. La saturazione ospedaliera, però, ha di fatto accompagnato tutte e tre le ondate epidemiche nel 2020 e 2021, costringendo a cancellare e rimandare prestazioni sanitarie non urgenti, sia per la saturazione delle terapie intensive che non consentiva la regolare esecuzione di interventi chirurgici in elezione, che per il trasferimento di parte del personale sanitario presso i reparti dedicati al COVID-19, che, infine, per il timore o le difficoltà delle persone nel recarsi presso le strutture ospedaliere per visite specialistiche, screening oncologici, visite di follow-up e interventi chirurgici non urgenti. In un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) impreparato alla gestione di una pandemia e già in affanno nel periodo precedente a causa di decennali tagli e definanziamenti, ai danni direttamente correlati alla malattia COVID-19 si sono inevitabilmente sommati anche danni indiretti, collegati a ritardi di accesso ai servizi sanitari e all'annullamento di prestazioni urgenti o differibili, pur sempre fondamentali per salvaguardare lo stato di salute complessivo dei cittadini, in particolar modo di quelli più fragili e affetti da malattie croniche.

1.1. Lo “stato di salute” del Servizio Sanitario Nazionale prima della pandemia

Il 23 dicembre 1978 il Parlamento approvava a larghissima maggioranza la legge 833 che istituiva il SSN in attuazione dell'art. 32 della Costituzione. Un radicale cambio di rotta nella tutela della salute delle persone, un modello di sanità pubblica ispirato da principi di equità e universalismo, finanziato dalla fiscalità generale, che ha permesso di ottenere eccellenti risultati di salute.

Purtroppo le mutate condizioni epidemiologiche, economiche e sociali contribuiscono oggi a minare la sostenibilità di tutti i sistemi sanitari: dal progressivo invecchiamento delle popolazioni al costo crescente delle innovazioni, in particolare di quelle farmacologiche; dall'aumento della domanda di servizi e prestazioni da parte di cittadini e pazienti alla riduzione degli investimenti pubblici in sanità. Tuttavia, è bene ribadire che la sostenibilità dei sistemi sanitari non è un problema di natura esclusivamente finanziaria, perché un'aumentata disponibilità di risorse non permette comunque di risolvere diverse criticità ampiamente documentate nei paesi industrializzati: l'estrema variabilità nell'utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie; gli effetti avversi dell'eccesso di medicalizzazione; le diseguaglianze conseguenti al sotto-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie dall'elevato *value*; l'incapacità di attuare efficaci strategie di prevenzione; gli sprechi che si annidano a tutti i livelli.

Se guardiamo al SSN come ad un paziente, il suo stato di salute è gravemente compromesso da quattro patologie: definanziamento pubblico, ampliamento del “paniere” dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), sprechi e inefficienze, espansione incontrollata del secondo pilastro. Peraltro il paziente SSN vive in un habitat fortemente influenzato da due fattori ambientali che peggiorano ulteriormente le sue condizioni di salute: la non sempre leale collaborazione tra Governo e Regioni a cui è affidata la tutela della salute e le aspettative irrealistiche di cittadini e pazienti per una medicina mitica e una sanità infallibile, alimentate da analfabetismo scientifico ed eccessi di medicalizzazione.

Patologie e fattori ambientali hanno dunque contribuito all'involuzione dell'intero sistema di welfare, in particolare in alcune aree del Paese, testimoniando il progressivo e silenzioso sgretolamento del SSN:

- a fronte di una spesa sanitaria già estremamente sobria, l'entità del definanziamento ormai fa scricchiolare anche le performance delle Regioni più virtuose;
- il prezzo del definanziamento è stato pagato soprattutto dal personale sanitario, determinando carenze negli organici, elevando l'età media, bloccando i rinnovi contrattuali e, complessivamente, demotivando la principale risorsa su cui si regge il sistema di tutela della salute;
- i nuovi LEA hanno concretizzato una paradossale dissociazione tra gestione della finanza pubblica e programmazione sanitaria: a fronte di un definanziamento pubblico senza precedenti sono aumentate a dismisura (solo sulla carta) le prestazioni a carico del SSN;
- tra le fasce più deboli della popolazione e nelle Regioni in maggiore difficoltà peggiora l'accessibilità ai servizi sanitari, aumentano le diseguaglianze sociali e territoriali e si accendono allarmanti “spie rosse”, come la riduzione dell'aspettativa di vita in alcune province italiane;
- le misure di “efficientamento” finalizzate a mettere i conti in ordine da un lato sono riuscite solo in parte a ridurre sprechi e inefficienze, dall'altro, in particolare nelle Regioni in piano di rientro, hanno peggiorato l'erogazione dei servizi sanitari, avendo inciso solo in misura residuale nella loro riorganizzazione;
- la limitata *governance* dell'intermediazione assicurativo-finanziaria ha creato veri e propri cortocircuiti del SSN, che contribuiscono a minare le basi del suo universalismo;

- l'aspettativa di vita in buona salute e libera da disabilità continua drammaticamente a ridursi nel confronto con altri paesi europei, lasciando emergere l'inderogabile necessità di un sistema socio-sanitario nazionale;
- la prevenzione continua a rimanere la "sorella povera" dei LEA, sia perché numerosi interventi preventivi rimangono fortemente sottoutilizzati, sia per il limitato sviluppo di politiche per la prevenzione e la riduzione dei fattori di rischio ambientali, sia per la scarsa attitudine dei cittadini italiani a modificare gli stili di vita.

Purtroppo, il dibattito pubblico sulla sostenibilità del SSN, oltre a mantenere un orizzonte a breve termine inevitabilmente legato alla scadenza dei mandati politici, continua ad essere affrontato da prospettive di categoria non scevre da interessi in conflitto, oppure mettendo al centro della scena singoli fattori. Da quelli politici (rapporti Governo-Regioni, regionalismo differenziato) a quelli economici (criteri di riparto del fabbisogno sanitario nazionale, gestione dei piani di rientro, costi standard, ticket, sanità integrativa), da quelli organizzativi (fusione di aziende sanitarie, sviluppo di reti e PDTA per patologia, modelli per la gestione delle cronicità) a quelli sociali (fondo per la non autosufficienza, rinuncia alle cure, impatto della malattia su familiari e *caregiver*). O ancora concentrandosi sulla lettura semplicistica di numeri che se da un lato documentano inequivocabili certezze (riduzione del finanziamento pubblico, aumento della spesa out-of-pocket, ipotrofia della spesa intermediata), dall'altro forniscono uno straordinario assist per chi punta a tracciare una sola strada per salvare il SSN: compensare il definanziamento pubblico potenziando la sanità integrativa e l'intermediazione assicurativa.

Tutti questi approcci parcellari per valutare la sostenibilità del SSN, spesso finalizzati a portare avanti istanze opportunistiche, fanno perdere di vista il rischio reale per i cittadini italiani: quello di perdere, lentamente ma inesorabilmente, il modello di un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico, conquista sociale irrinunciabile per l'eguaglianza di tutte le persone.

L'avvento di COVID-19 ha trovato dunque un SSN totalmente impreparato alla gestione di una pandemia, fortemente condizionato da 21 differenti sistemi sanitari e da una non sempre leale collaborazione Stato-Regioni e indebolito dall'imponente definanziamento già ampiamente denunciato dalla Fondazione GIMBE¹. Dal 2010 al 2019, infatti, alla sanità pubblica sono stati sottratti quasi 37 miliardi di euro che hanno determinato un grave indebolimento del capitale umano, carenza di posti letto, un parco tecnologico obsoleto, etc. La pandemia ha inoltre amplificato il cortocircuito di competenze tra Stato e Regioni, per i quali la sanità rappresenta dal 2001 materia di legislazione concorrente: per evitare scontri istituzionali, il Governo da un lato non ha avocato a sé l'esercizio del potere sostitutivo a garanzia dell'interesse nazionale nel caso di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica (art. 120 della Costituzione) né ha tenuto conto che la carta costituzionale affida allo Stato la legislazione esclusiva in materia di profilassi internazionale (art. 117 lett. q), come nel caso di una pandemia. Dall'altro, con il DL 16 maggio 2020 n. 33 (art. 1, comma 16) ha demandato interamente alle Regioni la responsabilità del monitoraggio epidemiologico e l'introduzione in deroga di misure ampliative o restrittive, rispetto a quelle nazionali (quest'ultimo punto solo successivamente corretto, con il DL 7 ottobre 2020, limitando la facoltà delle Regioni alla sola introduzione di misure più restrittive rispetto a quelle nazionali).

Tutte le fragilità del SSN emerse con la pandemia, per essere adeguatamente affrontate e gestite, richiedono un approccio di sistema, che preveda il coinvolgimento di tutti gli stakeholder della sanità: dai decisori politici, ai manager, ai professionisti sanitari fino ai cittadini, veri azionisti di maggioranza

¹ Report Osservatorio GIMBE n. 7/2019. Il definanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, settembre 2019. Disponibile a: www.gimbe.org/definanziamento-SSN. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

del SSN, che grazie ad adeguate campagne di informazioni e sensibilizzazione possono fare moltissimo per la sostenibilità e il rilancio del SSN.

1.2. I danni indiretti della pandemia COVID-19 in Europa e nel mondo

Nonostante i pazienti affetti da malattie croniche necessitino di un accesso continuo e routinario ai servizi sanitari per poter effettuare visite (dal proprio medico di famiglia o specialistiche) ed esami ematochimici e/o strumentali di controllo, la pandemia COVID-19 ha fatto emergere tutte le fragilità del SSN impedendo, di fatto, a molti di sottoporsi a un corretto follow-up. Di conseguenza, le persone fragili e affette da malattie croniche, peraltro più a rischio di sviluppare una forma severa di COVID-19 o di andare incontro a decesso, sono anche maggiormente esposte ai maggiori danni indirettamente causati dalla pandemia, indipendentemente dal fatto che essi siano legati al sovraccarico ospedaliero e, più in generale, dei servizi sanitari o alle politiche restrittive necessarie al contenimento e alla mitigazione del contagio². L'impatto indiretto della pandemia sulla salute non interessa, tuttavia, esclusivamente le malattie croniche, quanto anche aree cliniche nelle quali la tempestività di intervento è fondamentale, dal campo oncologico^{3,4} alle patologie tempo-dipendenti come ictus^{5,6} o infarto miocardico⁷, ampiamente interessate a causa di diagnosi ritardate e prestazioni sanitarie cancellate o rimandate.

Nel report pubblicato dall'OECD nel mese di febbraio 2021⁸ vengono elencate alcune delle motivazioni riportate durante una survey da parte di pazienti cronici rispetto alla difficoltà di accesso alle cure, tra cui fattori organizzativi legati al sovraccarico ospedaliero come l'impossibilità di accesso ai servizi sanitari e il ritardo nell'erogazione dei trattamenti necessari, ma anche fattori personali quali la riluttanza nel recarsi di persona in setting ospedalieri o ambulatoriali o la minor sicurezza economica.

Dallo stesso report si evince che sono molti i Paesi in cui le prestazioni sanitarie non correlate a COVID-19 sono state ridotte al fine di aumentare la capacità ospedaliera e, più in generale, del sistema sanitario per la presa in carico dei pazienti COVID-19. Ad esempio, in Australia fino al mese di aprile 2020 tutte le prestazioni chirurgiche non urgenti sono state cancellate⁹. Politiche simili sono state introdotte anche negli Stati Uniti, in Portogallo e in Cile¹⁰. In Francia, inoltre, le visite chirurgiche ambulatoriali sono calate dell'80% durante il periodo del *lockdown* fra il 15 marzo e l'11 maggio 2020,

² Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OECD). Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID-19 pandemic. Disponibile a: www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/strengthening-the-frontline-how-primary-health-care-helps-health-systems-adapt-during-the-covid-19-pandemic-9a5ae6da/. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

³ Sud A, Jones ME, Broggio J, Loveday C, Torr B, Garrett A, et al. Collateral damage: the impact on outcomes from cancer surgery of the COVID-19 pandemic. *Ann Oncol.* 2020;31(8):1065-1074.

⁴ 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.* 2020;21(8):1023-1034.

⁵ Kansagra AP, Goyal MS, Hamilton S, Albers GW. Collateral Effect of Covid-19 on Stroke Evaluation in the United States. *N Engl J Med.* 2020;383(4):400-401.

⁶ Zhao J, Li H, Kung D, Fisher M, Shen Y, Liu R. Impact of the COVID-19 Epidemic on Stroke Care and Potential Solutions. *Stroke.* 2020;51(7):1996-2001.

⁷ De Rosa S, Spaccarotella C, Basso C, Calabrò MP, Curcio A, Filardi PP, Mancone M, Mercurio G, Muscoli S, Nodari S, Pedrinelli R, Sinagra G, Indolfi C; 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.* 2020 Jun 7;41(22):2083-2088.

⁸ Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OECD). Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID-19 pandemic. Disponibile a: www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/strengthening-the-frontline-how-primary-health-care-helps-health-systems-adapt-during-the-covid-19-pandemic-9a5ae6da/. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

⁹ Australian Government. Department of Health. Government eases elective surgery restrictions. Disponibile a: www.health.gov.au/news/government-eases-elective-surgery-restrictions. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

¹⁰ OECD (2020). Country Policy Tracker. Disponibile a: www.oecd.org/coronavirus/country-policy-tracker/. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

se confrontate con lo stesso periodo del 2019¹¹. Infine, nonostante dall'inizio di maggio 2020 gli ospedali tedeschi fossero incoraggiati ad un graduale ritorno alla normale attività (interrompendo, ad esempio, la posticipazione di interventi chirurgici non urgenti) si è continuato a riservare il 25-30% della capacità dei posti letto in terapia intensiva ai pazienti affetti da COVID-19¹². Durante la prima metà del 2020 in molti Paesi il danno indiretto ha coinvolto anche i servizi sanitari extra-ospedalieri, come per esempio le visite ambulatoriali, le vaccinazioni o gli screening oncologici. A tal proposito, una revisione sistematica¹³ che ha analizzato i dati provenienti da 20 Paesi in tutto il mondo ha mostrato che l'utilizzo dei servizi sanitari si è ridotto in media del 37%, e più precisamente: riduzione del 42% delle visite, del 31% della diagnostica, del 30% delle terapie e del 28% dei ricoveri.

Per quanto riguarda il campo oncologico, dati preliminari inglesi¹⁴ hanno rilevato, rispetto al periodo pre-pandemia, una riduzione del 76% nelle richieste urgenti di consulto specialistico da parte del medico di famiglia per persone con sospetto di tumore e una riduzione del 60% negli appuntamenti per effettuare la chemioterapia. In Scozia, invece, tre programmi di screening oncologici (tumore alla mammella, alla cervice uterina e all'intestino) sono stati interrotti durante la prima ondata pandemica, con conseguenti potenziali ritardi diagnostici¹⁵. Analogamente negli Stati Uniti gli screening per il tumore della mammella, del colon e della cervice uterina si sono ridotti fra l'86% e il 94% rispetto alla media delle prestazioni nel triennio 2017-2019¹⁶.

Secondo il report OECD¹⁷, stanno emergendo le prime evidenze che dimostrano che le persone affette da comorbidità croniche non si sono rivolte ai servizi sanitari sia per la paura di essere esposti al SARS-CoV-2 sia per la preoccupazione di cercare assistenza sanitaria in un momento in cui i servizi sanitari stavano affrontando dei limiti. Uno studio francese¹⁸, ad esempio, ha mostrato come il 51% delle persone affette da malattie croniche abbiano rinunciato a prenotare una visita ambulatoriale o ospedaliera nel mese di aprile 2020. Oppure in Inghilterra è stato rilevato che il numero di accessi in Pronto Soccorso nel mese di marzo 2020 si è ridotto del 29%¹⁹, dato che in California ha raggiunto il 50% nella settimana successiva alla messa in atto delle misure restrittive con il divieto di uscire dalla propria casa²⁰.

¹¹ Fédération Hospitalière de France (FHF). Estimation de l'impact à M7 de l'épidémie de COVID-19 sur l'activité Hors Coviden France. Disponibile a: 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. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

¹² Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OECD). Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID-19 pandemic. Disponibile a: www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/strengthening-the-frontline-how-primary-health-care-helps-health-systems-adapt-during-the-covid-19-pandemic-9a5ae6da/. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

¹³ Moynihan R, Sanders S, Michaleff ZA, Scott A, Clark J, To EJ, et al. Pandemic impacts on healthcare utilisation: a systematic review. medRxiv 2020.10.26.20219352.

¹⁴ Lai A, Pasea L, Banerje A, Denaxas S, Katsoulis M, Chang WH, et al. Estimating excess mortality in people with cancer and multimorbidity in the COVID-19 emergency. 10.13140/RG.2.2.34254.82242.

¹⁵ Scottish Government (2020), Health screening programmes paused. Disponibile a: www.gov.scot/news/health-screening-programmes-paused/. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

¹⁶ Epic Health Research Network. Delayed Cancer Screenings. Disponibile a: <https://ehrn.org/articles/delays-in-preventive-cancer-screenings-during-covid-19-pandemic/>. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

¹⁷ Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OECD). Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID-19 pandemic. Disponibile a: www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/strengthening-the-frontline-how-primary-health-care-helps-health-systems-adapt-during-the-covid-19-pandemic-9a5ae6da/. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

¹⁸ IPSOS. Maladies chroniques et confinement: à quel point les patients ont-ils renoncé à se soigner? Disponibile a: www.ipsos.com/fr/fr/maladies-chroniques-et-confinement-quel-point-les-patients-ont-ils-renonce-se-soigner. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

¹⁹ Appleby J. What is happening to non-covid deaths? BMJ. 2020;369:m1607.

²⁰ Wong LE, Hawkins JE, Langness S, Murrell KL, Iris P, Sammann A. Where Are All the Patients? Addressing Covid-19 Fear to Encourage Sick Patients to Seek Emergency Care. Disponibile a: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0193>. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

1.3. Accesso alle prestazioni sanitarie durante l'epidemia COVID-19 in Italia

In Italia, il 16 marzo 2020, la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute ha emanato la circolare n. 7422 avente ad oggetto "Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19"²¹. Al fine di rendere omogenee le eventuali iniziative di riorganizzazione delle attività ospedaliere e ambulatoriali che si rendessero necessarie per soddisfare il potenziale incremento delle necessità di ricovero e per limitare i flussi di pazienti nelle strutture di assistenza, sono state emanate alcune indicazioni generali per la riprogrammazione delle attività da considerare clinicamente differibili in base alla valutazione del rapporto rischio-beneficio. In dettaglio:

Per l'attività ambulatoriale per prestazioni garantite dal SSN:

- **Non procrastinabile:** prestazioni specialistiche con priorità urgente (da eseguire nel più breve tempo possibile e comunque entro 72 ore: classe U) e breve (da eseguire entro 10 giorni: classe B);
- **Procrastinabile:** prestazioni specialistiche con priorità differibile (da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici: classe D) e programmata (da eseguire entro 90/120 giorni: classe P).

Per l'attività di ricovero per prestazioni garantite dal SSN:

- **Non procrastinabile:** ricoveri in regime di urgenza, elettivi oncologici e elettivi non oncologici di classe A;
- **Procrastinabile:** ricoveri elettivi non oncologici di classe B e C (con l'indicazione a una valutazione specifica caso per caso da parte del Direttore Sanitario e dai Direttori delle Unità Operative di afferenza della lista d'attesa in base alle caratteristiche cliniche) e ricoveri elettivi di classe D.

Con la circolare di chiarimento n. 8076 del 30 marzo 2020²², oltre a ribadire di includere nelle attività non procrastinabili sia ambulatoriali che di ricovero tutte le attività programmate di ambito oncologico (incluse le prestazioni di II livello previste dalle campagne di screening oncologico), è stato definito un elenco di attività programmate volte alla tutela della salute materno-infantile da non procrastinare.

In data 1 giugno 2020, la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute ha emanato la circolare n. 11408 avente ad oggetto "Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19"²³, finalizzate alla riattivazione in sicurezza dei servizi socio-sanitari ridotti o sospesi a causa dell'emergenza COVID-19 ed al progressivo ripristino della totalità dei Livelli Essenziali di Assistenza. In linea generale, il documento raccomandava di programmare la riapertura delle attività elettive sulla base delle caratteristiche e delle dotazioni delle singole strutture sanitarie, tenendo conto dell'incidenza dei casi nella popolazione locale, allo scopo di regolare la ripresa delle attività in riferimento al rischio epidemico e alla capacità delle strutture di affrontare un'eventuale successiva

²¹ Ministero della Salute. Circolare n. 7422. Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19. Disponibile a: www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73675&parte=1%20&serie=null. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

²² Ministero della Salute. Circolare n. 8076. Chiarimenti Rif. Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19. Disponibile a: www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73775&parte=1%20&serie=null. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

²³ Ministero della Salute. Circolare n. 11408. Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19. Disponibile a: www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=74374&parte=1%20&serie=null. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

ondata. Più nel dettaglio, individuando tutte le misure di prevenzione necessarie, le linee di indirizzo prevedevano la riattivazione delle attività specialistiche, con una riprogrammazione scaglionata delle prestazioni in base alla classe di priorità D e P e di tutte le attività ambulatoriali eventualmente differite a causa dell'emergenza COVID-19, con particolare riferimento al ripristino degli screening oncologici. Infine, era prevista la riattivazione dei ricoveri elettivi con un approccio progressivo e la riprogrammazione scaglionata in base alla classe di priorità dei ricoveri afferenti alle classi B, C e D.

Il 3 novembre 2020, infine, il Ministero della Salute ha emanato la circolare avente ad oggetto "Linee di indirizzo organizzative per la gestione dell'emergenza COVID-19 nell'attuale fase epidemica"²⁴ contenente nuove indicazioni considerato il peggioramento della situazione epidemiologica, il progressivo e rapido incremento dei ricoveri ospedalieri in area critica e in area medica a minore impegno assistenziale e il rilevante sovraccarico dei servizi di emergenza. Nella circolare si dava indicazione a procedere alla valutazione della graduale rimodulazione dell'attività programmata differibile come da circolare del 16 marzo 2020²⁵, oltre che a valutare l'individuazione di strutture ospedaliere post-acuzie per garantire le attività di presa in carico dei pazienti e il collegamento tra ospedale e territorio per la dimissione protetta.

1.4. La mortalità diretta e indiretta da COVID-19 in Italia

Anche in Italia l'epidemia COVID-19 è stata accompagnata, nel corso delle tre ondate epidemiche, dalla presenza di danni diretti, dovuti alla malattia COVID-19 stessa, e indiretti, conseguenti in particolar modo al sovraccarico ospedaliero che ha portato alla cancellazione di prestazioni sanitarie non urgenti e al timore da parte dei cittadini di recarsi presso le strutture ospedaliere. Tali fattori hanno contribuito ad un sostanziale incremento della mortalità, anche in questo caso correlato alla pandemia sia direttamente per lo sviluppo di una forma severa di COVID-19 che indirettamente a causa di trattamenti ritardati o mancati per la presenza di un sistema sanitario sovraccarico incapace di rispondere alla totalità dei bisogni di salute.

Il metodo più efficace per misurare l'impatto, in termini di mortalità, della pandemia di COVID-19 è quello di confrontare la mortalità dovuta a tutte le cause con la media della mortalità per tutte le cause degli anni precedenti, calcolando la cosiddetta mortalità in eccesso. Il quinto report congiunto dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e dell'Istituto Superiore di Sanità "Impatto dell'epidemia covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente anno 2020"²⁶ del 5 marzo 2021 ha analizzato la mortalità dell'anno 2020 nel suo complesso, calcolando la mortalità in eccesso rispetto alla media dei cinque anni precedenti (2015-2019).

In Italia, durante il 2020, sono decedute 746.146 persone, con un +15,6% rispetto alla media dei cinque anni precedenti. In termini assoluti, considerando solo il periodo marzo-dicembre 2020 (da quando hanno iniziato, cioè, a registrarsi decessi attribuibili al COVID-19), l'eccesso di mortalità è stato di 108.178 decessi, di cui 75.891 (70%) positivi al COVID-19. Nei mesi pre-pandemia (gennaio e febbraio 2020), invece, la mortalità è stata inferiore rispetto alla media dei cinque anni precedenti.

²⁴ Ministero della Salute. Linee di indirizzo organizzative per la gestione dell'emergenza COVID-19 nell'attuale fase epidemica. Disponibile a: www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=77493&parte=1%20&serie=null. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

²⁵ Ministero della Salute. Circolare n. 7422. Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19. Disponibile a: www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73675&parte=1%20&serie=null. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

²⁶ Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e Istituto Superiore di Sanità (ISS). Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente. Disponibile a: www.istat.it/it/archivio/254507. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

La distribuzione sul territorio nazionale dell'eccesso di mortalità è diversa a seconda del periodo preso in considerazione. In particolare, durante la prima ondata (marzo – maggio 2020) si sono registrati 211.750 decessi per tutte le cause (di cui 34.079 positivi al COVID-19 registrati dal Sistema di Sorveglianza Integrata, pari al 67% dell'eccesso totale), 50.957 in più rispetto alla media dei decessi dello stesso periodo negli anni 2015-2019 (+31,7%). L'eccesso di mortalità in questa prima fase della pandemia non ha avuto una distribuzione uniforme sul territorio italiano: è stata, infatti, decisamente più accentuata al Nord (+61,1% rispetto alla media 2015-2019), rispetto al Centro (+8,1%) e al Sud (+5,1%). Tra le Regioni settentrionali, la più colpita è stata la Lombardia con una variazione percentuale rispetto ai cinque anni precedenti di +111%. Durante la seconda ondata, invece, l'eccesso di mortalità a livello nazionale (213.226 decessi totali nei mesi di ottobre – dicembre 2020, pari a +32,3% rispetto alla media 2015-2019) si è rivelato in linea con quello dei primi mesi del 2020, ma con una distribuzione sul territorio decisamente diversa: se le Regioni del Nord si sono confermate come le più colpite (+40%), anche le altre hanno contribuito all'eccesso di mortalità in maniera importante (+24,2% al Centro e +26,1% al Sud). In questi ultimi tre mesi dell'anno i decessi COVID-19 sono stati 39.927, ovvero il 77% dell'eccesso totale.

La distribuzione dell'eccesso di mortalità è varia anche in relazione alla fascia d'età. Se nella popolazione di età 0-49 anni si è registrata una mortalità per tutte le cause inferiore rispetto alla media dei cinque anni precedenti, sia per la bassa letalità del COVID-19 in questo segmento anagrafico che per la riduzione dei decessi per altre cause, per esempio accidentali, in conseguenza delle misure restrittive e del *lockdown*, l'eccesso di mortalità a livello nazionale aumenta al crescere dell'età ed è molto più rilevante nei soggetti di sesso maschile. Per esempio, tra gli over 80 anni si passa da una flessione della mortalità nei primi due mesi 2020 del 5,2% ad un aumento del 36,2% in corrispondenza di entrambe le ondate epidemiche, particolarmente accentuata per il sesso maschile (+39,8% e +41,2%, rispettivamente, durante la prima e la seconda ondata rispetto al +33,7% e +32,8% del sesso femminile).

Peraltro, per quanto riguarda l'eccesso di mortalità in Europa, il report Istat – ISS analizza anche i dati Eurostat²⁷, che confrontano la mortalità 2020 con quella del quadriennio 2016-2019. A partire dal mese di marzo 2020 l'eccesso di mortalità in Italia si è attestato al 20,4%, valore inferiore a quello della Spagna (23,6%), del Belgio (20,8%) e della Polonia (23,2%) ma superiore a quello della Francia (13,2%), della Germania (7%), dell'Olanda (14,7%) e del Portogallo (13,9%) e, in generale, della media UE (15%).

In generale, quindi, in Italia l'eccesso di mortalità verificatosi nel 2020 è stato in gran parte attribuibile direttamente alla malattia COVID-19 (70% circa). Il restante 30% è legato in parte a patologie non COVID-19, riportando l'attenzione sul peso dei danni indiretti dell'epidemia nel nostro Paese.

1.5. Dl n. 104/2020, art. 29: disposizioni urgenti in materia di liste di attesa

Con il Decreto-Legge n. 104 del 2020²⁸ è stato incrementato il Fabbisogno Sanitario Nazionale di 478,2 milioni di euro vincolati al riassorbimento delle prestazioni ambulatoriali e di screening e il recupero dei ricoveri ospedalieri non effettuati a causa della pandemia COVID-19 e finalizzati, contestualmente, alla riduzione delle liste d'attesa. Al finanziamento hanno avuto accesso tutte le Regioni e Province

²⁷ Eurostat. Excess Mortality – Statistics. Disponibile a: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Excess_mortality_statistics. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

²⁸ Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Decreto Legge n. 104 del 14 agosto 2020. Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia. Disponibile a: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/08/14/20G00122/sg. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

Autonome per sostenere gli oneri relativi al ricorso a strumenti straordinari attinenti a prestazioni aggiuntive in ambito sanitario dalla data di entrata in vigore del decreto e sino al 31 dicembre 2020.

In dettaglio, sono state autorizzate le seguenti spese:

- 112,4 milioni di euro per incentivi al personale per ricoveri ospedalieri;
- 355,8 milioni di euro per le prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- 10 milioni di euro per l'aumento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata.

2. Metodi

L'analisi si è sviluppata su due livelli:

- Generale, focalizzato sulla differenza fra il 2020 e il 2019 di volumi erogati in termini di ricoveri per DRG medici e chirurgici e di prestazioni di specialistica ambulatoriale, con un approfondimento sulle visite di controllo per neoplasia (esenzione 048).
- Specialistico, focalizzato sulle seguenti aree, selezionate secondo criteri di prevalenza, impatto clinico, sui servizi sanitari e sulla qualità di vita dei pazienti:
 - Tumore della mammella
 - Tumore del colon-retto
 - Patologie tempo dipendenti (infarto miocardico acuto e ictus ischemico)
 - Obesità e chirurgia bariatrica
 - Ortopedia (protesica)

Per sviluppare le diverse aree sono stati integrati i dati provenienti da:

- Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2021 della Corte dei Conti²⁹;
- Sistema di valutazione della capacità di resilienza del sistema sanitario nazionale dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AgeNaS)³⁰;
- Osservatorio Nazionale Screening (ONS): Rapporto sui ritardi accumulati dai programmi di screening Italiani in seguito alla pandemia da Covid 19. Terzo Rapporto aggiornato al 31 Dicembre 2020³¹.

Per il focus sulle diverse aree cliniche prese in considerazione, sono stati utilizzati dati riferiti al periodo marzo-giugno 2020 vs marzo-giugno 2019, in quanto non disponibili quelli sull'intero anno.

Per le aree specialistiche "Obesità e chirurgia bariatrica" e "Ortopedia (protesica)", in assenza di dati ufficiali basati sul flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e di quello delle prestazioni di specialistica ambulatoriale del Sistema Tessera Sanitaria, sono stati utilizzati, rispettivamente:

- i dati di una survey condotta relativa all'attività espletata nell'anno 2020 nei centri accreditati dalla Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (SICOB)³²;
- i dati dell'analisi dell'Istituto Superiore di Sanità³³ disponibili per 7 Regioni e Province Autonome, per quanto non siano disponibili i dati disaggregati per condurre analisi di confronto fra il 2020 e gli anni precedenti;
- i dati della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia (SIOT)³⁴.

²⁹ Corte dei Conti. Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica. Disponibile a: www.corteconti.it/HOME/Documenti/DettaglioDocumenti?Id=61abdab8-0d9c-4f62-9214-90f89454295b. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

³⁰ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Portale COVID-19. Sistema di valutazione della capacità di resilienza del sistema sanitario nazionale. Disponibile a: www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fresilienza. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

³¹ Osservatorio Nazionale Screening. Rapporto sui ritardi accumulati dai programmi di screening Italiani in seguito alla pandemia da Covid 19. Terzo Rapporto aggiornato al 31 Dicembre 2020. Disponibile a: www.osservatorionazionale screening.it/content/rapporto-sulla-ripartenza-degli-screening-dicembre-2020. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

³² Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche. COVID-19 e chirurgia bariatrica. Disponibile a: www.sicob.org/09_covid/chirurgia.html. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

³³ Istituto Superiore di Sanità (ISS). Impatto dell'emergenza COVID-19 sui volumi di attività della chirurgia protesica ortopedica in sette Regioni italiane. Disponibile a: www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+7_2021+Rev.pdf/d1f25e22-c9f7-7e5b-a088-42796f4de76a?t=1618819016173. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

³⁴ Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia. Interventi protesici: fondamentale e urgente ridurre le liste di attesa. Disponibile a: www.siot.it/interventi-protesici-fondamentale-e-urgente-ridurre-le-liste-attesa/. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

3. Risultati

3.1. Riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie

Il Ministero della Salute ha condotto un'analisi, i cui dati sono pubblicati sul Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2021 della Corte dei Conti³⁵, che ha quantificato la riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie (relative sia ai ricoveri che alla specialistica ambulatoriale) dell'anno 2020 rispetto al 2019. I dati si riferiscono all'attività erogata dalle strutture pubbliche e da quelle private accreditate e si basa sul flusso informativo delle SDO e di quello delle prestazioni di specialistica ambulatoriale del Sistema Tessera Sanitaria.

In generale, nel 2020 sono stati 1,3 milioni i ricoveri in meno (-17%) rispetto all'anno precedente: di questi il 52,4% (681.852) sono ricoveri medici e il 47,6% (619.282) sono chirurgici. In quest'ultimo ambito rientrano anche i ricoveri di chirurgia oncologica, ridotti del 13% rispetto al 2019. Inoltre, il 42,6% del totale dei ricoveri in meno si riferisce a prestazioni urgenti mentre il 57,4% a ricoveri programmati. La maggior parte della differenza fra i ricoveri urgenti del 2020 vs 2019 è costituita da DRG medici (83,1%) (Tabella 1).

Ricoveri	Variazione volumi 2020 vs 2019		
	DRG medici	DRG chirurgici	Totale
Urgenti	-460.599	-93.524	-554.123
Programmati	-221.253	-525.758	-747.011
Totale	-681.852	-619.282	-1.301.134

Tabella 1. Differenza fra i volumi erogati nel 2020 rispetto al 2019 per DRG medici e chirurgici

Sul versante specialistica ambulatoriale, invece, la riduzione complessiva delle prestazioni si attesta su un valore di -144,5 milioni, di cui la maggior parte (90,2%) in strutture pubbliche. La quota più rilevante riguarda gli esami di laboratorio (62,6% del totale delle prestazioni in meno rispetto al 2019), seguita dalla diagnostica (13,9%), dalle visite (12,9%) e infine, più distaccate, dall'area della riabilitazione (5,8%) e da quella terapeutica (4,9%) (Tabella 2).

Tipologia prestazione	Variazione volumi 2020 vs 2019*		
	Strutture private	Strutture pubbliche	Totale
Diagnostica	-3.834	-16.238	-20.073
Laboratorio	-2.896	-87.556	-90.452
Riabilitazione	-3.794	-4.519	-8.313
Terapeutica	-1.960	-5.068	-7.028
Visite	-1.749	-16.948	-18.696
Totale	-14.233	-130.330	-144.563

*Numeri in migliaia

Tabella 2. Differenza fra i volumi di specialistica ambulatoriale erogati nel 2020 rispetto al 2019

³⁵ Corte dei Conti. Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica. Disponibile a: www.corteconti.it/HOME/Documenti/DettaglioDocumenti?Id=61abdab8-0d9c-4f62-9214-90f89454295b. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

Per quanto riguarda le visite specialistiche, sotto questa classificazione rientrano anche quelle di controllo in ambito oncologico (identificabili attraverso il codice di esenzione per neoplasia 048), per le quali secondo i dati AgeNaS³⁶ si è verificata una netta riduzione. In particolare, il calo nell'erogazione di queste prestazioni è avvenuto in tutte le Regioni italiane, ma in modo non omogeneo sul territorio nazionale e con rilevanti differenze regionali: da -3% delle P.A. di Trento a -60,3% della Basilicata (Figura 1).

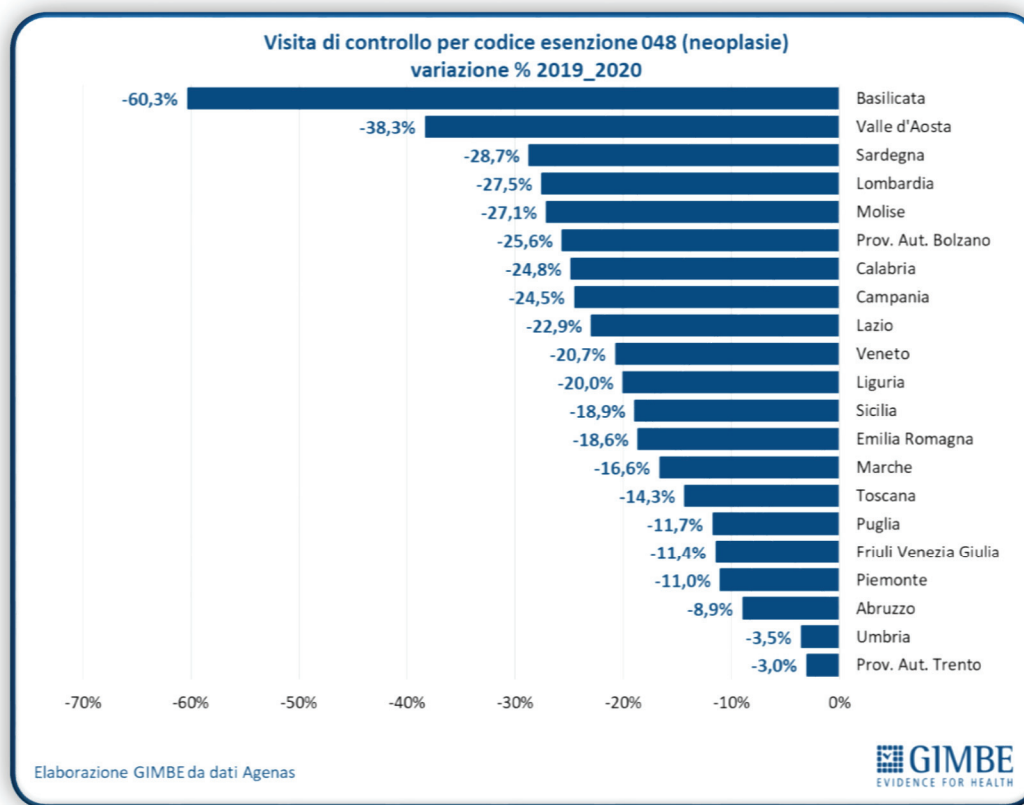


Figura 1. Variazione percentuale dei volumi di visite di controllo per neoplasia (esenzione 048) erogate nel 2020 vs 2019

3.2. Focus per aree cliniche

3.2.1. Tumore alla mammella

Secondo i dati AgeNaS³⁷, nel periodo marzo-giugno 2020 la quasi totalità delle Regioni italiane ha registrato una variazione percentuale in negativo del volume di interventi chirurgici relativi a questa patologia rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Solo il Lazio e la Sardegna, caratterizzati da una situazione epidemiologica migliore rispetto alla mediana nazionale, nei mesi marzo – giugno del 2020 hanno registrato, rispettivamente, il 5,1% e 5,9% di interventi in più rispetto al 2019.

Ad una analisi più dettagliata le differenze regionali risultano notevoli, e in alcuni casi non giustificabili alla luce della situazione epidemiologica che ha caratterizzato la prima ondata pandemica. Se, infatti, Regioni con un contesto epidemiologico relativamente favorevole hanno registrato una riduzione

³⁶ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Portale COVID-19. Sistema di valutazione della capacità di resilienza del sistema sanitario nazionale. Disponibile a: www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fresilienza. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

³⁷ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Portale COVID-19. Sistema di valutazione della capacità di resilienza del sistema sanitario nazionale. Disponibile a: www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fresilienza. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

minore rispetto alla mediana nazionale (Abruzzo, Campania, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia), in altri casi la costrizione dei volumi erogati è stata più cospicua nonostante l'incidenza dei casi positivi al SARS-CoV-2 fosse inferiore (Basilicata, Calabria, Molise, Puglia, Umbria). Viceversa, nel caso di una situazione epidemiologica peggiore rispetto alla mediana nazionale, se alcune delle Regioni più colpite (Liguria, Lombardia, Marche, P.A. Trento, Piemonte) si sono trovate a cancellare o rimandare numerosi interventi chirurgici con un'accentuata riduzione percentuale rispetto ai volumi erogati nel 2019, in alcuni casi (Emilia-Romagna, P.A. Bolzano, Toscana, Veneto) la riduzione degli interventi chirurgici per tumore alla mammella è stata più contenuta rispetto alla mediana nazionale nonostante l'elevato tasso grezzo dei positivi per 100.000 abitanti (Tabella 3).

Interventi chirurgici per tumore alla mammella				
Regione	Tasso grezzo positivi COVID-19 per 100.000 residenti	Variazione % dei volumi erogati	Volumi	
Periodo di riferimento	Mar-Giu 2020	Mar-Giu 2019 vs Mar-Giu 2020	Mar-Giu 2019	Mar-Giu 2020
Abruzzo	251	-19,8%	323	259
Basilicata	71	-37,4%	131	82
Calabria	61	-48,4%	217	112
Campania	81	-22,8%	835	645
Emilia-Romagna	634	-14,1%	1.550	1.331
Friuli-Venezia Giulia	272	-7,4%	570	528
Lazio	138	5,1%	1.518	1.595
Liguria	641	-33,9%	460	304
Lombardia	927	-35,2%	4.074	2.639
Marche	444	-30,3%	466	325
Molise	146	-62,7%	51	19
P.A. Bolzano	496	-14,0%	129	111
P.A. Trento	827	-52,3%	130	62
Piemonte	719	-24,4%	1.295	979
Puglia	112	-30,6%	893	620
Sardegna	84	5,9%	270	286
Sicilia	69	-17,1%	855	709
Toscana	275	-19,2%	1.233	996
Umbria	163	-29,2%	318	225
Veneto	389	-15,7%	1.759	1.483
Mediana	272	-24,4%		

I colori rosso e verde rappresentano, rispettivamente, un valore peggiore o migliore rispetto alla mediana nazionale. Sono rappresentate solo le Regioni che nel 2019 hanno registrato almeno 40 casi della prestazione in esame.

Tabella 3. Variazione del volume di interventi chirurgici per tumore alla mammella per classe di priorità A

Anche sul versante della prevenzione secondaria, i dati dell'ONS³⁸ dimostrano una netta contrazione delle prestazioni di screening mammografico erogate nel 2020 rispetto ai volumi registrati nel 2019, in parte dovuta alla riduzione del numero di donne contattate per l'invito all'effettuazione dell'esame e in parte ad una inferiore adesione delle donne, meno propense a presentarsi per eseguire il test. Complessivamente, si stima che i dati degli esami di screening mammografico non eseguiti corrispondano a 3.324 carcinomi diagnosticati in meno. Il calo degli inviti e dell'esecuzione dello screening mammografico presenta, anche in questo caso, rilevanti differenze regionali e la sua entità è differente a seconda del periodo dell'anno preso in considerazione, con una riduzione di minore entità man mano che si va avanti con i mesi.

Screening mammografico					
Regione	Gen-Mag	Giu-Set	Ott-Dic	Gen-Dic	
	N.	N.	N.	N.	Var. %
Abruzzo ^o	-624	-6.801	2.576	-4.849	-11,8%
Basilicata [^]	-	-	-	-17.726	-44,6%
P.A. Bolzano	-10.924	-955	-104	-11.983	-35,5%
Campania	-75.635	-35.071	-10.403	-121.109	-44,3%
Calabria*	-7.882	-2.903	-855	-11.640	-55,4%
Emilia-Romagna	-70.445	12.842	9.503	-48.100	-15,7%
Friuli-Venezia Giulia	-25.756	21.698	-9.415	-13.473	-15,2%
Lazio	-77.572	-22.125	49.502	-50.195	-12,2%
Liguria	-25.570	-14.735	2.546	-37.759	-33,0%
Lombardia	-159.111	-59.783	-33.892	-252.786	-39,2%
Marche	-22.900	776	21.624	-500	-0,5%
Molise	-150	-1.051	-464	-1.665	-21,8%
Piemonte	-68.732	-36.218	-32.609	-137.559	-42,8%
Puglia	-13.224	-48.492	-29.410	-91.126	-51,0%
Sardegna	5.191	-19.263	-12.001	-26.073	-37,6%
Sicilia	-32.526	7.310	-5.332	-30.548	-9,4%
P.A. Trento	-7.577	-7.913	-6.116	-21.606	-60,0%
Toscana	-25.128	-24.671	19.944	-29.855	-11,0%
Umbria [§]	-12.515	-435	8.650	-4.300	-6,4%
Valle d'Aosta	-3.155	559	-1.907	-4.503	-56,1%
Veneto	-50.160	-16.792	3.313	-63.639	-19,2%
ITALIA	-684.395	-254.023	-24.850	-980.994	-26,6%
	-41,7%	-23,3%	-2,7%		

^oDati riferiti a 3 Aziende Sanitarie Locali su 4
[^]Dati disponibili solo in numero complessivo per il periodo gennaio-dicembre
* Dati riferiti a 3 Aziende Sanitarie Locali su 5
[§]Dati riferiti alla fascia 50-74 anni

Tabella 4. Variazione del numero di donne (50-69 anni) invitate per lo screening mammografico nel 2020 rispetto allo stesso periodo del 2019

³⁸ Osservatorio Nazionale Screening. Rapporto sui ritardi accumulati dai programmi di screening Italiani in seguito alla pandemia da Covid 19. Terzo Rapporto aggiornato al 31 Dicembre 2020. Disponibile a: www.osservatorionazionale screening.it/content/rapporto-sulla-ripartenza-degli-screening-dicembre-2020. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

Per quanto riguarda gli inviti a eseguire lo screening mammografico (Tabella 4), in particolare, se nel periodo gennaio-maggio 2020 tutte le Regioni a eccezione della Sardegna hanno contattato un numero inferiore di donne rispetto all'analogo periodo del 2019, nel periodo giugno-settembre 5 Regioni (Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Marche, Sicilia, Valle d'Aosta) hanno superato il numero di inviti dello stesso periodo dell'anno precedente, mentre nel periodo ottobre-dicembre le Regioni che hanno tentato un recupero dell'attività perduta nonostante la seconda ondata pandemica sono state 8 (Abruzzo, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Marche, Toscana, Umbria, Veneto). Nel complesso, però, rispetto all'intero anno, nessuna Regione è riuscita a invitare un numero superiore di donne rispetto al 2019.

Screening mammografico								
Regione	Gen-Mag		Giu-Set		Ott-Dic		Gen-Dic	
	N.	Var. %	N.	Var. %	N.	Var. %	N.	Var. %
Abruzzo	-6.030	-52,9%	-7.066	-57,2%	-6.451	-48,6%	-19.547	-52,8%
Basilicata ^o	-	-	-	-	-	-	-12.520	-43,2%
P.A. Bolzano	-4.832	-53,6%	1.417	35,7%	-4.074	-46,6%	-7.489	-34,5%
Campania	-23.311	-60,8%	2.681	21,2%	-20.133	-93,1%	-40.763	-56,1%
Calabria [^]	-3.670	-71,2%	-597	-42,5%	-1.191	-57,7%	-5.458	-63,3%
Emilia Romagna	-49.527	-49,1%	6.364	12,1%	7.311	12,0%	-35.852	-16,7%
Friuli Venezia Giulia	-15.144	-53,6%	7.103	51,4%	-1.987	-11,9%	-10.028	-17,1%
Lazio	-48.910	-65,8%	-8.103	-20,9%	-21.986	-37,1%	-78.999	-45,9%
Liguria	-16.531	-58,9%	-8.419	-54,9%	-13.462	-53,9%	-38.412	-56,2%
Lombardia	-93.399	-61,5%	-59.195	-47,0%	-23.926	-24,9%	-176.520	-47,2%
Marche	-10.900	-51,9%	-7.192	-40,4%	-2.334	-13,6%	-20.426	-36,5%
Molise	-1.420	-50,1%	-375	-21,5%	-1.077	-44,7%	-2.872	-41,1%
Piemonte	-40.160	-52,9%	-21.774	-41,0%	-17.963	-36,9%	-79.897	-45,0%
Puglia	-18.906	-50,6%	-16.829	-59,4%	-9.098	-34,6%	-44.833	-48,7%
Sardegna	-5.754	-45,3%	-7.508	-69,5%	-5.211	-53,5%	-18.473	-55,6%
Sicilia	-22.921	-55,7%	-10.681	-35,9%	-13.186	-39,7%	-46.788	-44,9%
P.A. Trento	-5.979	-50,8%	-6.071	-72,1%	-4.051	-60,7%	-16.101	-59,9%
Toscana	-31.996	-40,3%	-5.951	-12,0%	2.804	6,0%	-35.143	-20,0%
Umbria [*]	-12.053	-53,4%	-1.277	-10,0%	8.830	61,4%	-4.500	-9,1%
Valle d'Aosta	-2.001	-48,9%	147	229,7%	-1.265	-67,5%	-3.119	-51,8%
Veneto	-41.181	-44,7%	-6.212	-9,8%	-6.746	-11,3%	-54.139	-25,1%
ITALIA	-454.625	-53,6%	-149.538	-27,1%	-135.196	-23,7%	-751.879	-37,6%

^oDati disponibili solo in numero complessivo per il periodo gennaio-dicembre
[^]Dati riferiti a 3 Aziende Sanitarie Locali su 5
^{*}Dati riferiti alla fascia 50-74 anni

Tabella 5. Variazione del numero di screening mammografici effettuati nel 2020 rispetto allo stesso periodo del 2019

Per quanto riguarda, invece, gli esami effettuati (Tabella 5), anche in questo caso nel periodo gennaio-maggio 2020 tutte le Regioni hanno "perso" in numero di prestazioni erogate (anche se in misura differente da Regione a Regione), mentre il numero di test effettuati ha superato quello dell'analogo periodo del 2019 in 5 Regioni (P.A. Bolzano, Campania, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Valle d'Aosta) nei mesi giugno-settembre e in 3 Regioni (Emilia-Romagna, Toscana, Umbria) nei mesi ottobre-dicembre. Nel complesso, però, rispetto all'intero anno, nessuna Regione è riuscita a effettuare un numero superiore di screening rispetto al 2019.

3.2.2. Tumore del colon – retto

Secondo i dati AgeNaS³⁹, nel periodo marzo-giugno del 2020 la totalità delle Regioni italiane ha registrato una variazione percentuale in negativo del volume di interventi chirurgici per il tumore del colon rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Ad una analisi più dettagliata le differenze regionali risultano notevoli, e in alcuni casi non giustificabili alla luce della situazione epidemiologica che ha caratterizzato la prima ondata pandemica. Se, infatti, Regioni con un contesto epidemiologico relativamente favorevole hanno registrato una riduzione minore rispetto alla mediana nazionale (Calabria, Campania, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Sicilia), in altri casi la costrizione dei volumi erogati è stata più cospicua nonostante l'incidenza dei casi positivi al SARS-CoV-2 fosse inferiore (Abruzzo, Puglia, Sardegna, Umbria). Viceversa, nel caso di una situazione epidemiologica peggiore rispetto alla mediana nazionale, se alcune delle Regioni più colpite dalla pandemia (Liguria, Lombardia, Marche) si sono trovate a cancellare o rimandare numerosi interventi chirurgici con un'accentuata riduzione percentuale rispetto ai volumi erogati nel 2019, in alcuni casi (Emilia-Romagna, Piemonte, Toscana, Veneto) la riduzione degli interventi chirurgici per tumore del colon è stata più contenuta rispetto alla mediana nazionale nonostante l'elevato tasso grezzo dei positivi per 100.000 abitanti (Tabella 6).

Interventi chirurgici per tumore al colon				
Regione	Tasso grezzo positivi COVID-19 per 100.000 residenti	Variazione % dei volumi erogati	Volumi	
Periodo di riferimento	Mar-Giu 2020	Mar-Giu 2019 vs Mar-Giu 2020	Mar-Giu 2019	Mar-Giu 2020
Abruzzo	251	-45,7%	129	70
Calabria	61	-34,9%	83	54
Campania	81	-28,2%	425	305
Emilia Romagna	634	-26,1%	559	413
Friuli Venezia Giulia	272	-24,1%	174	132
Lazio	138	-19,2%	522	422
Liguria	641	-47,2%	159	84
Lombardia	927	-42,3%	1.028	593
Marche	444	-54,2%	192	88
Piemonte	719	-19,7%	468	376
Puglia	112	-37,5%	347	217
Sardegna	84	-35,7%	115	74
Sicilia	69	-29,0%	369	262
Toscana	275	-34,9%	496	323
Umbria	163	-54,5%	112	51
Veneto	389	-27,1%	539	393
Mediana	272	-34,9%		

I colori rosso e verde rappresentano, rispettivamente, un valore peggiore o migliore rispetto alla mediana nazionale. Sono rappresentate solo le Regioni che nel 2019 hanno registrato almeno 40 casi della prestazione in esame.

Tabella 6. Variazione del volume di interventi chirurgici per tumore del colon per classe di priorità A

³⁹ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Portale COVID-19. Sistema di valutazione della capacità di resilienza del sistema sanitario nazionale. Disponibile a: www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fresilienza. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

Anche per quanto riguarda il tumore del retto, i dati AgeNaS⁴⁰ rilevano che nel periodo marzo-giugno del 2020 la quasi totalità delle Regioni italiane ha registrato una variazione percentuale in negativo del volume di questa tipologia di intervento chirurgico rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Solo il Lazio e la Sardegna, a fronte di una situazione epidemiologica migliore rispetto alla mediana nazionale, nei mesi marzo-giugno 2020 hanno registrato, rispettivamente, il 13,8% e 5,1% di interventi in più rispetto al 2019.

Ad una analisi più dettagliata le differenze regionali risultano notevoli, e in alcuni casi non giustificabili alla luce della situazione epidemiologica che ha caratterizzato la prima ondata pandemica. Se, infatti, Regioni con un contesto epidemiologico relativamente favorevole hanno registrato una riduzione minore rispetto alla mediana nazionale (Friuli-Venezia Giulia, Sicilia), in altri casi la costrizione dei volumi erogati è stata più cospicua nonostante l'incidenza dei casi positivi al SARS-CoV-2 fosse inferiore (Abruzzo, Calabria, Campania, Puglia). Viceversa, nel caso di una situazione epidemiologica peggiore rispetto alla mediana nazionale, se alcune delle Regioni più colpite (Emilia-Romagna, Liguria, Marche, Toscana) si sono trovate a cancellare o rimandare numerosi interventi chirurgici con un'accentuata riduzione percentuale rispetto ai volumi erogati nel 2019, in alcuni casi (Lombardia, Piemonte, Veneto) la riduzione degli interventi chirurgici per tumore del retto è stata più contenuta rispetto alla mediana nazionale nonostante l'elevato tasso grezzo dei positivi per 100.000 abitanti (Tabella 7).

Interventi chirurgici per tumore del retto				
Regione	Tasso grezzo positivi COVID-19 per 100.000 residenti	Variazione % dei volumi erogati	Volumi	
Periodo di riferimento	Mar-Giu 2020	Mar-Giu 2019 vs Mar-Giu 2020	Mar-Giu 2019	Mar-Giu 2020
Abruzzo	251	-27,3%	44	32
Calabria	61	-39,5%	43	26
Campania	81	-18,9%	159	129
Emilia Romagna	634	-18,6%	177	144
Friuli Venezia Giulia	272	-1,5%	66	65
Lazio	138	13,8%	225	256
Liguria	641	-20,6%	63	50
Lombardia	927	-13,2%	378	328
Marche	444	-36,0%	75	48
Piemonte	719	-3,9%	206	198
Puglia	112	-39,5%	172	104
Sardegna	84	5,1%	59	62
Sicilia	69	-3,9%	153	147
Toscana	275	-21,4%	196	154
Veneto	389	-9,1%	198	180
Mediana	272	-18,6%		

I colori rosso e verde rappresentano, rispettivamente, un valore peggiore o migliore rispetto alla mediana nazionale. Sono rappresentate solo le Regioni che nel 2019 hanno registrato almeno 40 casi della prestazione in esame.

Tabella 7. Variazione del volume di interventi chirurgici per tumore del retto per classe di priorità A

⁴⁰ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Portale COVID-19. Sistema di valutazione della capacità di resilienza del sistema sanitario nazionale. Disponibile a: www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fresilienza. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

Sul versante della prevenzione secondaria, anche in questo caso i dati dell'ONS⁴¹ dimostrano una netta contrazione delle prestazioni di screening coloretale erogate nel 2020 rispetto ai volumi registrati nel 2019, in parte dovuta alla riduzione del numero di persone contattate per l'invito all'effettuazione dell'esame e in parte ad una minore adesione degli utenti stessi, meno propensi a presentarsi per eseguire il test. Complessivamente, si stima che tali dati corrispondano a 1.299 carcinomi e 7.474 adenomi avanzati diagnosticati in meno. Il calo degli inviti e dell'esecuzione dello screening coloretale presenta, anche in questo caso, rilevanti differenze regionali e la sua entità è differente a seconda del periodo dell'anno preso in considerazione, con una riduzione di minore entità man mano che si va avanti con i mesi.

Screening coloretale					
Regione	Gen-Mag	Giu-Set	Ott-Dic	Gen-Dic	
	N.	N.	N.	N.	Var. %
Abruzzo	-11.630	-6.241	24.221	6.350	4,0%
Basilicata ^o	-	-	-	-51.993	-70,5%
P.A. Bolzano	-5.462	15.769	13.151	23.458	54,9%
Campania	-71.619	-69.431	-35.209	-176.259	-65,5%
Calabria [^]	-9.252	-358	-1.738	-11.348	-64,8%
Emilia Romagna	-119.548	51.981	36.669	-30.898	-5,2%
Friuli Venezia Giulia	-33.553	-8.315	1.643	-40.225	-24,0%
Lazio	-161.500	-100.638	113.382	-148.756	-19,4%
Liguria	-52.582	-54.098	8.594	-98.086	-43,2%
Lombardia	-378.491	-364.673	-95.015	-838.179	-64,5%
Marche	-45.500	23.350	6.913	-15.237	-7,6%
Molise	-4.151	-14.618	0	-18.769	-60,6%
Piemonte FIT [*]	-24.377	-3.839	7.664	-20.552	-20,3%
Piemonte FS [*]	-23.608	-17.648	883	-40.373	-59,0%
Puglia [§]	50.132	-3.610	-29.156	17.366	21,2%
Sardegna	-17.608	-23.412	-23.966	-64.986	-57,2%
Sicilia	-137.787	10.732	-74.222	-201.277	-38,1%
P.A. Trento	-12.201	-346	3.649	-8.898	-13,3%
Toscana	-94.404	-24.182	20.834	-97.752	-19,4%
Umbria ¹	-16.867	6.757	19.110	9.000	6,8%
Valle d'Aosta	-3.698	-2.174	-3.674	-9.546	-56,8%
Veneto	-89.851	-28.449	5.730	-112.570	-18,5%
ITALIA	-1.263.557	-613.443	-537	-1.929.530	-31,8%
	-47,0%	-32,9%	0,0%		

^oDati disponibili solo in numero complessivo per il periodo gennaio-dicembre

[^]Dati riferiti a 3 Aziende Sanitarie Locali su 5

^{*}Il Piemonte ha adottato un protocollo che prevede l'invito alla popolazione a effettuare una sigmoidoscopia (FS) all'età di 58 anni. Coloro che rifiutano possono optare per l'esecuzione di un test per la ricerca del sangue occulto fecale (FIT) ogni due anni fino all'età di 69 anni⁴²

[§]La Regione Puglia ha avviato lo screening coloretale nel secondo semestre 2019

¹Dati riferiti alla fascia 50-74 anni

Tabella 8. Variazione del numero di persone (50-70 anni) invitate per lo screening coloretale nel 2020 rispetto allo stesso periodo del 2019

⁴¹ Osservatorio Nazionale Screening. Rapporto sui ritardi accumulati dai programmi di screening Italiani in seguito alla pandemia da Covid 19. Terzo Rapporto aggiornato al 31 Dicembre 2020. Disponibile a: www.osservatorionazionale screening.it/content/rapporto-sulla-ripartenza-degli-screening-dicembre-2020. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

⁴² Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO). Screening coloretale: un programma innovativo per il Piemonte. Disponibile a: www.cpo.it/it/articles/show/screening-coloretale-un-programma-innovativo-per-il-piemonte/. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

Per quanto riguarda gli inviti ad eseguire lo screening coloretale (Tabella 8), in particolare, se nel periodo gennaio-maggio 2020 tutte le Regioni hanno contattato un numero inferiore di persone rispetto all'analogo periodo del 2019 (la Puglia ha un valore positivo in quanto ha avviato lo screening coloretale solo nel secondo semestre 2019), nel periodo giugno-settembre 5 Regioni (P.A. Bolzano, Emilia-Romagna, Marche, Sicilia, Umbria) hanno superato il numero di inviti dello stesso periodo dell'anno precedente; nel periodo ottobre-dicembre le Regioni che hanno tentato un recupero dell'attività perduta nonostante la seconda ondata pandemica sono state 12 (Abruzzo, P.A. Bolzano, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Piemonte, P.A. Trento, Toscana, Umbria, Veneto), mentre il Molise ha effettuato lo stesso numero rispetto al 2019. Nel complesso, rispetto all'intero anno, solo 3 Regioni – ad esclusione della Puglia per la ragione sopra riportata – sono riuscite ad invitare un numero superiore di persone rispetto al 2019 (Abruzzo, P.A. Bolzano, Umbria).

Screening coloretale								
Regione	Gen-Mag		Giu-Set		Ott-Dic		Gen-Dic	
	N.	Var. %	N.	Var. %	N.	Var. %	N.	Var. %
Abruzzo	-5.264	-39,6%	-251	-1,5%	-2.313	-21,2%	-7.828	-19,3%
Basilicata ^o	-	-	-	-	-	-	-16.017	-67,9%
P.A. Bolzano	-2.761	-53,5%	-2.954	-23,3%	629	14,2%	-5.086	-22,8%
Campania	-15.622	-54,1%	-22.202	-90,6%	-22.571	-96,3%	-60.395	-78,6%
Calabria [^]	-1.224	-88,8%	-1.156	-99,9%	-1.477	-78,0%	-3.857	-87,1%
Emilia Romagna	-71.363	-53,1%	12.308	16,7%	21.514	31,1%	-37.541	-13,5%
Friuli Venezia Giulia	-15.584	-38,6%	-7.282	-24,0%	-998	-3,7%	-23.864	-24,5%
Lazio	-64.367	-72,0%	-46.914	-62,4%	-17.387	-39,7%	-128.668	-61,7%
Liguria	-18.995	-61,1%	-20.157	-84,2%	-11.108	-64,0%	-50.260	-69,4%
Lombardia	-181.441	-68,6%	-190.358	-91,3%	-64.210	-54,8%	-436.009	-73,9%
Marche	-16.200	-55,5%	4.285	22,7%	-2.215	-11,2%	-14.130	-20,8%
Molise	1.381	-66,1%	-6.517	-100,0%	0	0,0%	-5.136	-59,7%
Piemonte FIT*	-15.954	-53,7%	-13.566	-57,4%	-4.367	-24,0%	-33.887	-47,4%
Piemonte FS*	-4.624	-60,8%	-4.646	-77,9%	-2.488	-75,7%	-11.758	-69,8%
Puglia [§]	7.700	-	-188	-19,1%	-7.344	-49,0%	168	1,1%
Sardegna	-7.308	-56,0%	-9.177	-80,1%	-6.647	-71,0%	-23.132	-67,6%
Sicilia	-6.982	-43,3%	-20.342	-52,1%	-26.452	-80,1%	-53.776	-61,0%
P.A. Trento	-6.716	-45,7%	1.277	24,9%	-1.743	-12,1%	-7.182	-21,0%
Toscana	-66.393	-57,6%	-16.921	-27,5%	-993	-1,8%	-84.307	-36,2%
Umbria ¹	-6.689	-32,6%	-3.581	-16,4%	10.170	69,6%	-100	-0,2%
Valle d'Aosta	-2.240	-43,4%	-3.617	-100,0%	-2.839	-100,0%	-8.696	-74,8%
Veneto	-100.018	-55,1%	-836	-0,7%	1.901	2,1%	-98.953	-25,6%
ITALIA	-600.664	-57,6%	-352.795	-45,3%	-140.938	-23,8%	-1.110.414	-45,5%

^oDati disponibili solo in numero complessivo per il periodo gennaio-dicembre

[^]Dati riferiti a 3 Aziende Sanitarie Locali su 5

* Il Piemonte ha adottato un protocollo che prevede l'invito alla popolazione a effettuare una sigmoidoscopia (FS) all'età di 58 anni. Coloro che rifiutano possono optare per l'esecuzione di un test per la ricerca del sangue occulto fecale (FIT) ogni due anni fino all'età di 69 anni⁴³

[§]La Regione Puglia ha avviato lo screening coloretale nel secondo semestre 2019

¹Dati riferiti alla fascia 50-74 anni

Tabella 9. Variazione del numero di screening coloretali effettuati nel 2020 rispetto allo stesso periodo del 2019

⁴³ Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO). Screening coloretale: un programma innovativo per il Piemonte. Disponibile a: www.cpo.it/it/articles/show/screening-coloretale-un-programma-innovativo-per-il-piemonte/. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

Per quanto riguarda, invece, gli esami effettuati (Tabella 9), anche in questo caso nel periodo gennaio-maggio 2020 tutte le Regioni hanno “perso” in numero di prestazioni erogate (anche se in misura differente da Regione a Regione), mentre il numero di test effettuati ha superato quello dell'analogo periodo del 2019 in 3 Regioni (Emilia-Romagna, Marche, P.A. Trento) nei mesi giugno-settembre e in 4 Regioni (P.A. Bolzano, Emilia-Romagna, Umbria, Veneto) nei mesi ottobre-dicembre, con il Molise che in quest'ultimo periodo ha effettuato lo stesso numero di prestazioni rispetto al 2019. Nel complesso, tuttavia, rispetto all'intero anno, nessuna Regione è riuscita a effettuare un numero di screening superiore rispetto al 2019.

3.2.3. Patologie tempo – dipendenti (infarto miocardico acuto e ictus ischemico)

Secondo i dati AgeNaS⁴⁴, nel periodo marzo-giugno del 2020 la totalità delle Regioni italiane ha registrato una variazione percentuale in negativo del volume dei ricoveri per infarto miocardico acuto rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

Ad una analisi più dettagliata le differenze regionali risultano notevoli, e in alcuni casi non giustificabili alla luce della situazione epidemiologica che ha caratterizzato la prima ondata pandemica. Se, infatti, Regioni con un contesto epidemiologico relativamente favorevole hanno registrato una riduzione minore rispetto alla mediana nazionale (Abruzzo, Calabria, Friuli-Venezia Giulia, Sardegna, Sicilia), in altri casi la costrizione dei volumi erogati è stata più cospicua nonostante l'incidenza dei casi positivi al SARS-CoV-2 fosse inferiore (Basilicata, Campania, Lazio, Molise, Puglia, Umbria). Viceversa, nel caso di una situazione epidemiologica peggiore rispetto alla mediana nazionale, se alcune delle Regioni più colpite (Lombardia, Marche, P.A. Trento, Toscana) hanno registrato un'accentuata riduzione percentuale rispetto ai volumi erogati nel 2019, in alcuni casi (Emilia-Romagna, Liguria, P.A. Bolzano, Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto) la riduzione dei ricoveri per infarto miocardico acuto è stata più contenuta rispetto alla mediana nazionale nonostante l'elevato tasso grezzo dei positivi per 100.000 abitanti (Tabella 10).

⁴⁴ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Portale COVID-19. Sistema di valutazione della capacità di resilienza del sistema sanitario nazionale. Disponibile a: www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fresilienza. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

Ricoveri per infarto miocardico acuto				
Regione	Tasso grezzo positivi COVID-19 per 100.000 residenti	Variazione % dei volumi erogati	Volumi	
Periodo di riferimento	Mar-Giu 2020	Mar-Giu 2019 vs Mar-Giu 2020	Mar-Giu 2019	Mar-Giu 2020
Abruzzo	251	-14,9%	369	314
Basilicata	71	-32,1%	162	110
Calabria	61	-15,4%	494	418
Campania	81	-28,8%	1.662	1.183
Emilia Romagna	634	-21,3%	1.307	1.029
Friuli Venezia Giulia	272	-11,8%	439	387
Lazio	138	-23,6%	1.251	956
Liguria	641	-22,2%	528	411
Lombardia	927	-24,0%	3.246	2.468
Marche	444	-41,9%	458	266
Molise	146	-43,5%	85	48
P.A. Bolzano	496	-10,3%	156	140
P.A. Trento	827	-31,9%	163	111
Piemonte	719	-22,1%	1.363	1.062
Puglia	112	-34,9%	1.020	664
Sardegna	84	-10,0%	418	376
Sicilia	69	-20,3%	1.342	1.070
Toscana	275	-25,2%	1.195	894
Umbria	163	-30,9%	349	241
Valle d'Aosta	951	-9,3%	43	39
Veneto	389	-16,1%	1.265	1.061
Mediana	272	-22,2%		

I colori rosso e verde rappresentano, rispettivamente, un valore peggiore o migliore rispetto alla mediana nazionale. Sono rappresentate solo le Regioni che nel 2019 hanno registrato almeno 40 casi della prestazione in esame.

Tabella 10. Variazione del volume di ricoveri per infarto miocardico acuto

Anche per quanto riguarda i ricoveri per ictus ischemico, dai dati AgeNaS si evince che nel periodo marzo-giugno 2020 la totalità delle Regioni italiane ha registrato una variazione percentuale in negativo del volume dei ricoveri rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

Ad una analisi più dettagliata le differenze regionali risultano notevoli, e in alcuni casi non giustificabili alla luce della situazione epidemiologica che ha caratterizzato la prima ondata pandemica. Se, infatti, Regioni con un contesto epidemiologico relativamente favorevole, hanno registrato una riduzione minore rispetto alla mediana nazionale (Calabria, Friuli-Venezia Giulia, Sardegna, Sicilia, Umbria), in altri casi la costrizione dei volumi erogati è stata più cospicua nonostante l'incidenza dei casi positivi al SARS-CoV-2 fosse inferiore (Abruzzo, Basilicata, Campania, Lazio, Molise, Puglia). Viceversa, nel caso di una situazione epidemiologica peggiore rispetto alla mediana nazionale, se alcune delle Regioni più

colpite (Liguria, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Valle d'Aosta) hanno registrato un'accentuata riduzione percentuale rispetto ai volumi erogati nel 2019, in alcuni casi (Emilia-Romagna, Lombardia, Piemonte, Toscana, Veneto) la riduzione dei ricoveri per ictus ischemico è stata più contenuta rispetto alla mediana nazionale nonostante l'elevato tasso grezzo dei positivi per 100.000 abitanti (Tabella 11).

Ricoveri per ictus ischemico				
Regione	Tasso grezzo positivi COVID-19 per 100.000 residenti	Variazione % dei volumi erogati	Volumi	
Periodo di riferimento	Mar-Giu 2020	Mar-Giu 2019 vs Mar-Giu 2020	Mar-Giu 2019	Mar-Giu 2020
Abruzzo	251	-25,5%	729	543
Basilicata	71	-23,2%	263	202
Calabria	61	-22,4%	795	617
Campania	81	-27,5%	1.992	1.444
Emilia Romagna	634	-20,3%	2.790	2.224
Friuli Venezia Giulia	272	-11,9%	716	631
Lazio	138	-25,0%	2.211	1.659
Liguria	641	-32,9%	1.088	730
Lombardia	927	-20,8%	4.332	3.429
Marche	444	-42,5%	838	482
Molise	146	-49,7%	183	92
P.A. Bolzano	496	-30,8%	325	225
P.A. Trento	827	-25,7%	261	194
Piemonte	719	-21,5%	2.428	1.905
Puglia	112	-35,1%	1.494	969
Sardegna	84	-20,3%	696	555
Sicilia	69	-22,1%	2.163	1.686
Toscana	275	-18,5%	2.085	1.699
Umbria	163	-10,4%	481	431
Valle d'Aosta	951	-54,2%	83	38
Veneto	389	-14,4%	2.408	2.061
Mediana	272	-23,2%		

I colori rosso e verde rappresentano, rispettivamente, un valore peggiore o migliore rispetto alla mediana nazionale. Sono rappresentate solo le Regioni che nel 2019 hanno registrato almeno 40 casi della prestazione in esame.

Tabella 11. Variazione del volume di ricoveri per ictus ischemico

3.2.4. Obesità e chirurgia bariatrica

Gli unici dati disponibili sugli interventi di chirurgia bariatrica effettuati durante il 2020 derivano da una survey condotta dalla Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche⁴⁵, che ha effettuato un confronto con il corrispondente periodo del 2019 (Tabella 12).

Mese	2019	2020	Variazione assoluta	Variazione %
Gennaio	814	793	-21	-2,6%
Febbraio	790	744	-46	-5,8%
Marzo	793	165	-628	-79,2%
Aprile	799	33	-766	-95,9%
Maggio	860	220	-640	-74,4%
Giugno	748	674	-74	-9,9%
Luglio	770	795	25	3,2%
Agosto	282	420	138	48,9%
Settembre	801	920	119	14,9%
Ottobre	855	829	-26	-3,0%
Novembre	754	350	-404	-53,6%
Dicembre	549	40	-509	-92,7%
Totale	8.815	5.983	-2.832	-32,1%

Tabella 12. Variazione del numero di interventi di chirurgia bariatrica eseguiti nel 2019 e 2020

3.2.5. Ortopedia e protesica

L'ISS ha condotto un'analisi⁴⁶ per valutare l'impatto dell'emergenza COVID-19 sui volumi di attività della chirurgia protesica ortopedica in sette Regioni e Province Autonome italiane (Piemonte, Lombardia, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Puglia, Sicilia). Il periodo preso in considerazione è quello compreso fra gennaio e settembre 2020, ma non sono disponibili i dati disaggregati relativi ai volumi di attività corrispondenti agli stessi mesi degli anni precedenti, pertanto non è possibile operare un'analisi dettagliata. Si riportano, dunque, i grafici elaborati dall'ISS dai quali è possibile notare un netto calo dell'attività nei mesi corrispondenti alla prima ondata pandemica (Figura 2).

⁴⁵ Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche. COVID-19 e chirurgia bariatrica. Disponibile a: www.sicob.org/09_covid/chirurgia.html. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

⁴⁶ Istituto Superiore di Sanità (ISS). Impatto dell'emergenza COVID-19 sui volumi di attività della chirurgia protesica ortopedica in sette Regioni italiane. Disponibile a: www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+7_2021+Rev.pdf/d1f25e22-c9f7-7e5b-a088-42796f4de76a?t=1618819016173. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

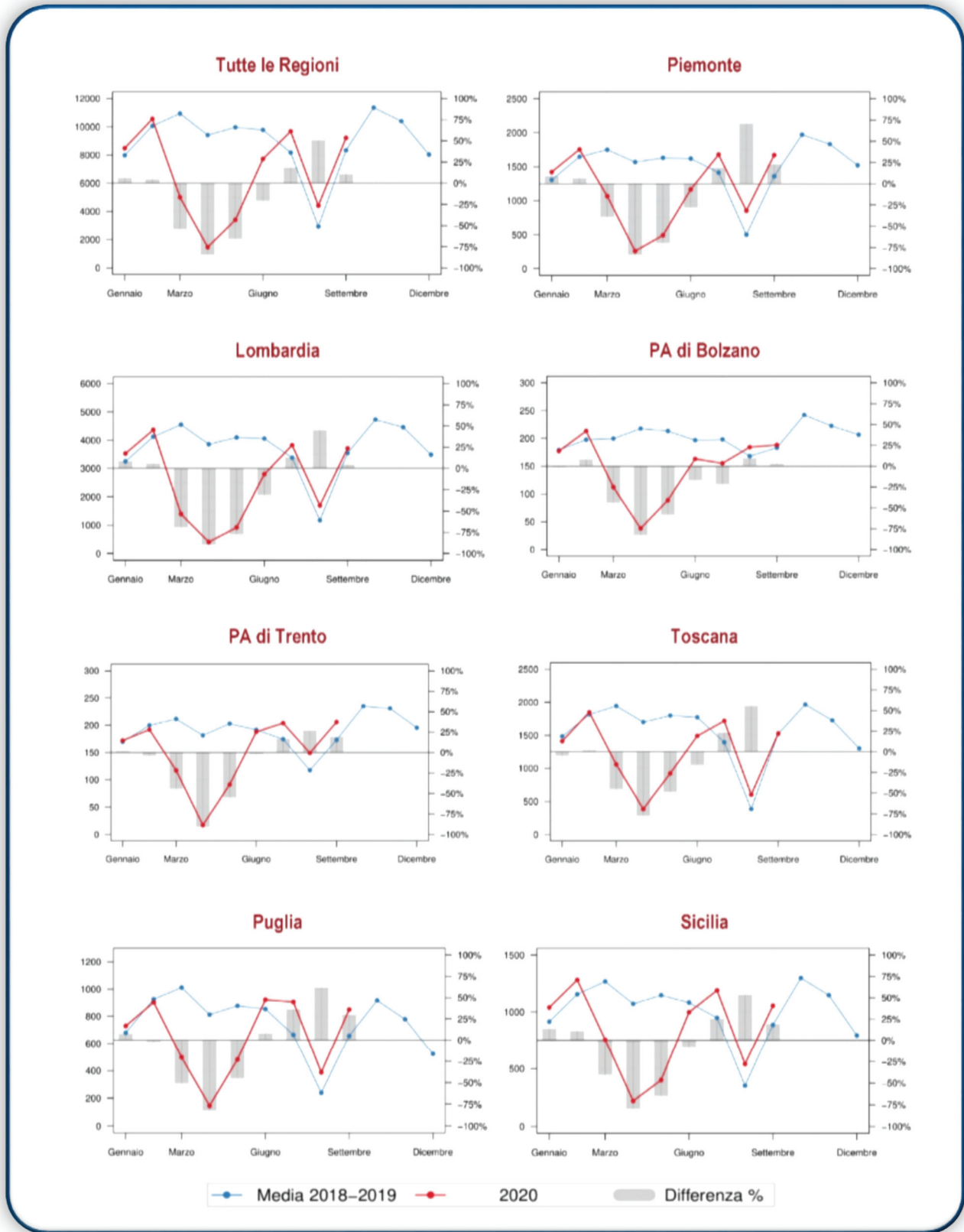


Figura 2. Confronto, per mese di dimissione e per Regione, tra la media 2018-2019 e il 2020 delle dimissioni avvenute per intervento di chirurgia protesica ortopedica⁴⁷.

⁴⁷ Istituto Superiore di Sanità (ISS). Impatto dell'emergenza COVID-19 sui volumi di attività della chirurgia protesica ortopedica in sette Regioni italiane. Disponibile a: www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+7_2021+Rev.pdf/d1f25e22-c9f7-7e5b-a088-42796f4de76a?t=1618819016173. Ultimo accesso: 12 luglio 2021.

Nei 9 mesi del 2020 presi in considerazione dall'ISS gli interventi totali effettuati nelle 7 Regioni e Province Autonome incluse nell'analisi, da gennaio a settembre 2020 sono stati 59.904, di cui 33.712 sull'anca, 23.039 sul ginocchio, 2.926 sulla spalla e 227 sulla caviglia. Seppur riferito solo a 9 mesi di attività, il dato, se confrontato con i 109.247 interventi condotti nell'intero 2019, dimostra una netta riduzione dell'attività più che proporzionale al differente arco temporale analizzato.

La Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia (SIOT)⁴⁸, a fronte dei circa 220mila interventi di protesi articolari del 2019 in Italia, stima una riduzione di oltre 130mila interventi in elezione nel corso del 2020.

⁴⁸ Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia. Interventi protesici: fondamentale e urgente ridurre le liste di attesa. Disponibile a: www.siot.it/interventi-protetici-fondamentale-e-urgente-ridurre-le-liste-attesa/ Ultimo accesso: 12 luglio 2021

4. Limiti

Il presente report presenta alcuni limiti. Innanzitutto, considerato che l'analisi sulle aree specialistiche è stata condotta su un numero limitato di interventi, selezionati secondo criteri di prevalenza e impatto clinico sui servizi sanitari e sulla qualità di vita dei pazienti, i risultati non sono generalizzabili a tutte le aree cliniche. In secondo luogo, alcuni dati non sono ancora completi e per quelli che derivano da survey condotte da Società Scientifiche si attende un consolidamento nei prossimi mesi. Infine, in nessuna delle fonti utilizzate i dati erano disponibili in formato open e disaggregato, influenzando la capacità di analisi.

5. Conclusioni

Il presente report fornisce un confronto del numero di prestazioni erogate in Italia nel 2020 rispetto al 2019, con un totale di 1,3 milioni di ricoveri e 144,5 milioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale in meno, a sottolineare l'entità del pesante impatto indiretto della pandemia COVID-19. La riduzione delle attività varia notevolmente da Regione a Regione e in molti casi non è possibile giustificarne l'entità con riferimento alla situazione epidemiologica: alcune Regioni del Sud, per esempio, meno coinvolte dall'epidemia COVID-19 durante la prima ondata, hanno registrato un taglio delle attività confrontabile, in variazione percentuale, alle Regioni del Nord maggiormente colpite.

Inevitabilmente tale impatto potrebbe tradursi nei prossimi anni in un peggioramento degli *outcome* di salute per la popolazione generale, a causa della rinuncia ad effettuare interventi chirurgici, visite di controllo o esami diagnostici o dell'incapacità del sistema sanitario di provvedere agli stessi. Chiaramente l'impatto sulla salute delle prestazioni non erogate dipende dalla loro efficacia e appropriatezza: in altri termini, la rinuncia o la mancata erogazione di prestazioni inefficaci e/o inappropriate non avrà alcuna conseguenza in termini di salute, diversamente dalla rinuncia o mancata erogazione di quelle efficaci e appropriate. Purtroppo i dati confermano che sono molte le prestazioni di ambito oncologico cancellate o rimandate, seppure classificate come interventi non procrastinabili dalle indicazioni ministeriali.

Dal presente report si rileva, inoltre, una certa difficoltà nell'utilizzo dei fondi stanziati dal Dl n. 104/2020 per il recupero delle attività non erogate, nonostante l'indicazione a riprendere le attività successivamente alla prima ondata pandemica. Secondo il rapporto della Corte dei Conti 2021, infatti, le somme di cui non è stato fatto alcun uso rappresentano poco meno del 67%, con quote che sfiorano il 96% nelle Regioni del Sud e nelle isole.



#salviamoSSN

Fondazione GIMBE
Diffondere le conoscenze
Migliorare la salute

Via Amendola, 2
40121 Bologna
Tel. 051 5883920
info@gimbe.org
www.gimbe.org