

STATO DELLA GESTIONE DELLE PATOLOGIE ONCOEMATOLOGICHE E CARDIOLOGICHE DURANTE LA PANDEMIA DA COVID IN ITALIA

PREMESSA

Questo documento intende fare il punto sulla situazione in essere, a seguito della pandemia Covid-19, a carico di 11 milioni di italiani che sono affetti dalle patologie di nostro interesse e cioè i pazienti oncologici, ematologici e cardiologici. Oltre a questi, altri 5-6 milioni che annualmente si sottopongono agli screening oncologici sono anche loro sfavorevolmente interessati dalle vicende che riguardano l'attuale emergenza pandemica.

Già nel novembre 2020, in occasione dell'incontro che FOCE ebbe con l'allora Presidente del Consiglio Prof. Giuseppe Conte e il Ministro della Salute Onorevole Speranza, avevamo elencato i numerosi danni che questi cittadini avevano subito durante la prima ondata della pandemia ed anche nel corso della seconda.

Tali danni sono consistiti in:

- Ritardi o cancellazioni di interventi chirurgici per tumore dovuti ad un affollamento fino all'intasamento delle terapie intensive ⁽¹⁾;
- Diminuzione dell'afflusso ai Pronto Soccorso e alle unità di terapie intensive cardiologiche di pazienti con infarto del miocardio in fase acuta e riduzione degli interventi di impianto percutaneo di valvole aortiche, di riparazione della valvola mitrale e di angioplastiche coronariche e ciò ha portato, secondo i dati presentati dalla Società Italiana di Cardiologia, ad un raddoppiamento della mortalità per questa patologia ⁽²⁾;
- Circa il 20-30 % dei trattamenti oncologici sono stati perlomeno ritardati, se non cancellati ⁽³⁾;
- Arresto o forte rallentamento degli screening oncologici per la prevenzione di importanti tumori ⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾;
- Quasi azzeramento dei controlli dei pazienti in follow up per patologie oncologiche, oncoematologiche o cardiologiche ⁽³⁾.

Alcune di queste avversità sono tuttora riscontrabili a causa dell'attuale nuova crisi ospedaliera sui reparti di degenze e le terapie intensive. E' doveroso constatare che su questi aspetti dopo un anno di emergenza non è stato operato nessun intervento né strutturale, né organizzativo atto a ridurre queste criticità. Infatti, moltissimi interventi chirurgici per tumore (come recentemente sottolineato dal Presidente dei chirurghi ospedalieri) e diverse Regioni proprio in questi giorni stanno destinando a Covid numerosi posti letto di medicina o chirurgia con conseguente sospensione delle attività chirurgiche in elezione fra i quali moltissimi interventi per patologie neoplastiche). Vengono quindi diffusi dati allarmanti sulla tardività delle diagnosi e quindi l'osservazione di tumori sempre più avanzati. Inoltre, permane la segnalazione dell'eliminazione di

oltre 2 milioni di esami di screening e soprattutto l'assenza di dati recenti sullo stato di recupero di questi esami, che sembra assolutamente carente su quasi tutto il territorio nazionale. Ed inoltre la significativa contrazione dell'accesso alle nuove diagnosi ed ai nuovi trattamenti, come anche confermato dalla sensibile diminuzione della richiesta da parte degli specialisti di farmaci che vengono utilizzati nelle grandi patologie non trasmissibili ⁽⁶⁾.

MORTALITA' DA COVID E DA PATOLOGIE NON COVID

Per quel che riguarda la mortalità complessiva osservata dal marzo al dicembre 2020, i dati ISTAT, se confrontati con la media della mortalità dello stesso periodo dei 5 anni precedenti, mostrano come si sia verificata una mortalità in eccesso del 21% e cioè valutabile in 108.178 decessi in più, dei quali circa il 69% sono dovuti principalmente al COVID e di questi una buona parte hanno colpito pazienti affetti da patologie cardiologiche od oncoematologiche, che sono a maggior rischio di letalità in caso di contagio. Il restante 31% è rappresentato da morti di nuovo legate a patologie non COVID, soprattutto tempo-dipendenti, vedi patologie cardiologiche, di ammalati che non hanno trovato un'assistenza adeguata e tempestiva in occasione di eventi acuti. Infatti in Lombardia nel febbraio-marzo 2020 si è osservato un incremento del 58% dei casi di arresto cardiaco extra ospedaliero come pubblicato sul New England Journal of Medicine. Temiamo che tale situazione si stia riproducendo anche in queste settimane, addirittura in forma più grave, vista la crescente lista di attesa ai ricoveri ospedalieri ordinari e la percentuale di occupazione elevatissima sia delle degenze mediche ordinarie che delle terapie intensive che si sta evidenziando nella maggior parte delle Regioni. È da notare che nei prossimi anni assisteremo anche ad 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 malattie molto più avanzate.

Sempre per quel che attiene alle varie cause di mortalità in eccesso, in buona sostanza dai dati INPS calcolati sulla mortalità in eccesso dovuta a COVID verso altre patologie no COVID, si desume che l'Italia ha avuto un eccesso di mortalità dovuto a cause non COVID pari al 40% di tutta la mortalità in eccesso con circa 19 mila morti in più nel solo periodo Marzo-Aprile 2020; il Regno Unito del 27% pari a + 12.400 morti, la Francia del solo 5,6% pari a + 1429 morti, la Svezia addirittura dell'1,8% pari a soli 54 morti e la Germania non ha registrato nessun eccesso di mortalità non imputabile al COVID. I dati di questi Paesi sono tutti certificati da agenzie nazionali accreditate (dati da Istituti Nazionali di statistica dei vari Paesi) e dimostrano quindi che in Italia, oltre all'elevata mortalità da COVID, è stata riscontrata una notevole quota di morti imputabili ad altre cause e ad altre patologie, ciò a differenza degli altri Paesi europei di riferimento, nei quali queste morti si sono verificate in misura nettamente minore o addirittura non si sono verificate. Tutte queste evidenze sono molto preoccupanti perché dimostrano che nel nostro Paese la pur necessaria lotta al COVID ha posto in secondo piano la cura delle altre malattie. A determinare questa elevata mortalità un ruolo determinante hanno assunto i ritardi nella prevenzione, nella diagnosi e nella presa in carico e nell'attuazione di trattamenti salvavita.

Di fatto, anche la mortalità direttamente causata da COVID nel nostro Paese si colloca ormai stabilmente come la più alta in Europa con il 3,03% tra i contagiati e 177 morti ogni 100 mila abitanti. In questa classifica ⁽⁷⁾ è ancora secondo il Regno Unito con il 2,9% ma vista la brusca decrescita fino a quasi all'azzeramento della mortalità in questi giorni dovuta alla massiccia campagna vaccinale è da prevedere che questo Paese perda a brevissimo termine molte posizioni in questa classifica. Seguono poi attualmente la Germania al 2,63%, e con 35mila morti in meno dell'Italia rispetto ad una differenza di popolazione di 23 milioni di cittadini in più, la Francia con 1,98% e con 15mila morti in meno ed una popolazione di 9 milioni di abitanti in più. E Spagna con il 2,28% con 37mila morti in

meno. Nel mondo l'Italia in questa classifica della letalità tra i contagiati occupa la quinta posizione dopo Messico, Sud Africa, Iran e Perù⁽⁸⁾. Inoltre, si assiste al fenomeno della persistenza di un'elevatissima mortalità da COVID nel nostro Paese. E' da rilevare come di nuovo l'Italia sia il primo Paese per mortalità giornaliera media nel corso dell'ultima settimana (450 decessi) seguita da Polonia (401), Francia (350), Germania (165), Spagna (97), Grecia (66), Regno Unito (46), Austria (27), Paesi Bassi (23), Svizzera (13)⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾. Tutti questi Paesi, tranne il Regno Unito, hanno usufruito negli ultimi tre mesi di volumi vaccinali simili ai nostri e ne hanno ottenuto, a differenza dell'Italia, risultati tangibili in termini di abbattimento della mortalità da Covid. Questo è vero anche per i Paesi (per es. Francia, Ungheria) che hanno registrato negli ultimi 30 giorni un numero di nuovi contagi superiori a quelli dell'Italia.

CAUSE DELL'ELEVATA MORTALITA'

Evidentemente questi dati, insieme a quelli dei livelli del contagio sempre più in costante crescita, anche se ancora inferiori complessivamente rispetto ad altri paesi europei, rendono conto di una scarsa reazione e tenuta dell'intero Sistema Sanitario Italiano rispetto allo stress pandemico.

A nostro modo di vedere questa persistente elevata letalità riscontrata in Italia è dovuta a una serie di motivi assolutamente facilmente individuabili.

Certamente il Servizio Sanitario Nazionale ha registrato una tenuta complessiva molto scarsa rispetto a questa terribile catastrofe che lo ha colpito. Il comparto ospedaliero già al momento dell'inizio della pandemia aveva **un numero complessivo di posti letto ordinari** per centomila abitanti molto più basso rispetto alla media europea (**314 vs 500**) collocandoci al ventiduesimo posto nella classifica tra i Paesi Europei⁽¹¹⁾. E la situazione oggi non è cambiata perché non ci risulta che le Regioni abbiano provveduto in questi mesi ad aumentare la dotazione complessiva dei posti letto ordinari soprattutto quelli di Medicina. Anzi, la creazione di posti letto per pazienti COVID si sta realizzando ovunque a scapito dei posti letto normalmente riservati agli altri pazienti con le altre patologie. Per quel che riguarda i letti di **terapia intensiva** attualmente e con l'ampliamento già effettuato nel corso degli ultimi mesi (dopo l'inizio della pandemia) l'Italia è passata da **8.6** per 100.000 abitanti a **14** e questo rappresenta già un importante miglioramento, ammesso che le Regioni abbiano effettivamente realizzato l'attivazione dei posti letto aggiuntivi di terapia intensiva, **3.307** in aggiunta ai **5.149** già esistenti, cosa di cui si è discusso molto anche da parte degli organi di informazione. Saremmo comunque ancora sempre dietro a Germania (**34** posti letto di terapia intensiva per 100.000 abitanti), Austria (**29**), Belgio (**17**) e Francia (**17**)^{(12),(13)}.

Anche per quel riguarda il **Personale Sanitario** operante negli ospedali in Italia, nel **2016** i medici ospedalieri erano **circa 130 mila** e successivamente sono anche diminuiti, in Germania **60 mila in più** e **quindi 190 mila**, ed in Francia **43 mila in più**, complessivamente **172 mila**⁽¹⁴⁾ Ed ora siamo alla disperata ricerca di medici ed infermieri, quando diversi anni fa con un provvedimento di legge che ha avuto conseguenze catastrofiche fu deciso di istituire addirittura il numero chiuso nelle Facoltà di Medicina.

Purtroppo, i Governi che si sono succeduti alla guida del Paese negli ultimi anni, tutti quanti indistintamente e indipendentemente dal colore politico hanno sempre operato tagli orizzontali indiscriminati e ingiustificati alle Strutture Sanitarie per quel che riguarda il personale medico e infermieristico, il numero di letti e di prestazioni e l'adeguatezza delle strutture ospedaliere. Gli stessi tagli hanno colpito anche alcune strutture di eccellenza tra cui IRCSS oncologici pubblici praticamente smantellati dai loro Direttori Generali e questi sono i risultati.

Si è venuto a creare inoltre nel corso degli anni, insieme con il progressivo aumento della popolazione anziana (il nostro Paese è il secondo al mondo dopo il Giappone) una rilevante inadeguatezza dei servizi di assistenza a sostegno della non autosufficienza (posti disponibili nelle RSA, servizi a domicilio ecc).

D'altra parte la **spesa complessiva del nostro Paese per il Servizio Sanitario Nazionale** classificavano l'Italia per il 2017 al quindicesimo posto in ambito europeo per percentuale sul PIL (**media europea 9,9% vs 8,8 % per l'Italia**), è anche da osservare che all'interno di questa percentuale ci sono almeno tre punti che si riferiscono alla quota parte a carico dei pazienti, quindi in realtà la spesa pubblica per la sanità risulta essere del **6%** circa nel nostro Paese, e quindi dietro a quindici Paesi tra cui: Svizzera (**12,4 %**), Francia e Germania (**11,3 %**), Svezia (**11%**), Belgio (**10,3%**), Olanda e Danimarca (**10,1%**), Regno Unito (**9,6 %**), Spagna (**8,9 %**), Grecia (8,5%) e quindi l'Italia davanti solo ai Paesi dell'Europa dell'Est ⁽¹⁵⁾

E per quel che riguarda le spese correnti finali per la Sanità nel 2017 **in Italia** sono stati **153 miliardi di euro verso i 369 della Germania e 260 per la Francia** ⁽¹⁵⁾. Inoltre, la spesa sanitaria corrente per ciascun abitante è di circa **2.500 euro in Italia, 3.800 nel Regno Unito ed in Francia, ben 4.100 in Germania e 5.100 in Svizzera** ⁽¹⁵⁾. E' di tutta evidenza che i finanziamenti per la Sanità debbono crescere e di tanto, per solo avvicinarsi a quelli degli altri Paesi europei del nostro stesso livello.

Un'altra causa della persistente elevata mortalità confermata nel nostro Paese anche di recente è da individuare nell'abnorme sequenza delle priorità temporali all'accesso al vaccino in questi ultimi tre mesi, che ha portato categorie di cittadini certamente non a rischio di letalità in caso di contagio a precedere i soggetti realmente a rischio e cioè gli anziani, soprattutto gli ultrasessantenni, ed i pazienti fragili affetti dalle grandi patologie. I dati attuali infatti dimostrano che finora **ben il 35% dei cittadini già vaccinati non appartenevano alla categoria a maggior rischio** di letalità e soprattutto dei circa 16 milioni di cittadini a maggior rischio solo il 38% ha finora ricevuto la vaccinazione. Per quel che riguarda i cittadini a rischio per età, i dati attuali dimostrano che solo il 68% degli over 80 hanno ricevuto la prima dose e soltanto il 38% entrambe le dosi, così come solo il 19% dei cittadini di età compresa fra i 70-79 anni ⁽¹⁶⁾. A contribuire al determinarsi di questa gravissima evenienza certamente è stata anche l'inopinata ed ingiustificata decisione di AIFA sul confinamento dell'uso del vaccino Astrazeneca a determinate categorie e non ad altre anche avverso le determinazioni di EMA, che ha creato così due binari paralleli di vaccinazione e non una sequenza unica determinata sulla base dei fattori di rischio a determinate categorie di età.

AIFA che, dobbiamo sottolinearlo, ha avuto una gestione estremamente confusa nell'intera strategia comunicativa relativa al vaccino Astrazeneca. Una strategia frammentaria ed emozionale del tutto contraddittoria e che ha generato il caos su limiti di età di somministrazione, su raccomandazioni, consigli, indicazioni per nulla chiare che hanno determinato e stanno ancora purtroppo determinando sconcerto e paura tra i cittadini con inevitabili ripercussioni negative sul successo della campagna vaccinale e che rischiano di protrarsi nel futuro.

A questo riguardo ci preme sottolineare che FOCE (ConFederazione di oncologi, ematologi e cardiologi) già in data 16.2.2021 con una nota rivolta all'allora Commissario Straordinario dell'emergenza COVID-19 ed al Presidente del Consiglio Superiore di Sanità richiedeva l'anticipazione alla vaccinazione in concomitanza dei cittadini ultraottantenni di una categoria di pazienti ultra fragili, inclusi 150.000 pazienti oncologici, 160.000 cardiologici e 70.000 pazienti oncoematologici in corso di trattamento attivo o trattati negli ultimi 6 mesi, le cui caratteristiche cliniche e patologiche erano già state concordate e definite con il Ministero ed erano state oggetto di un precedente documento del Ministero della Salute. In data 8.3.2021 FOCE sollecitava formalmente al nuovo Commissario Straordinario per l'emergenza Covid-19, Gen. Paolo Figliuolo,

lo stesso provvedimento ed il Gen. Figliuolo il giorno dopo 9.3. us ci rispondeva assicurando che aveva già portato la tematica all'attenzione del Ministero della Salute "al fine di garantire un rapido ed univoco approccio alle diverse problematiche che vengono raccolte dagli enti territoriali". Infine in data 10.3.2021 venivano emesse da parte del Ministero della Salute e del Commissario Straordinario per l'emergenza le raccomandazioni ad interim sui "gruppi target delle vaccinazioni anti-SARS-CoV-2/COVID-19"; in questo documento veniva di fatto finalmente accolta l'istanza di FOCE per quel che riguarda l'anticipazione delle procedure vaccinali ai pazienti fragili oncologici, ematologici e cardiologici. In buona sostanza al 29.3.2021 soltanto 3 milioni circa di dosi vaccinali sono state somministrate ai 4 milioni e 400 mila cittadini ultraottantenni italiani (raggiunti quindi solo un terzo della popolazione target). Tale popolazione rappresenta circa il 62% dei morti per COVID nel nostro Paese ⁽¹⁶⁾ ed anche i cittadini tra 70 e 79 anni hanno una letalità del 23% per una letalità complessiva degli over 70 dell'85%. Di questi cittadini (età 70-79 anni), il cui numero si aggira attorno ai 6 milioni, addirittura soltanto il 3,9% è stato finora completamente vaccinato. È noto altresì dalla stessa fonte che il 96,9% dei morti da COVID erano affetti da 1-3 o più patologie croniche, mentre solo il 3,1% non erano affetti da nessuna patologia cronica. Una nostra recente survey su tutto il territorio nazionale ha evidenziato come solo il 7,3% dei pazienti oncologici che ne avevano diritto sono stati effettivamente vaccinati al 29.3.2021 nel nostro Paese ⁽¹⁷⁾. Tutto ciò per ribadire che le categorie a rischio di mortalità erano ben conosciute da molti mesi sulla base dei dati periodici ISS sulle caratteristiche deceduti positivi al COVID e non si comprende come l'Autorità Centrale abbia potuto consentire la realizzazione di queste aberrazioni nelle procedure e nelle sequenze vaccinali. È da concludere quindi che la modalità di svolgimento della campagna vaccinale ed in particolare la mancata vaccinazione prioritaria delle categorie a maggior rischio di letalità rappresenta al momento l'elemento più importante nel determinare la persistenza di elevatissimi livelli di mortalità nel nostro Paese. Inoltre, la curva della mortalità in Italia da Covid negli ultimi 3 mesi permane stabile nei suoi volumi davvero altissimi livelli, anzi è andata sensibilmente salendo nell'ultimo mese; cosa affatto diversa è avvenuta in quasi tutti gli altri Paesi Europei dal Regno Unito nel quale si è andata via via riducendo fino quasi ad azzerarsi alla Germania nella quale sta significativamente declinando ed anche alla Francia ove pur stabile rimane sostanzialmente dimezzata nei valori assoluti rispetto all'Italia e negli altri Paesi Europei dove è drasticamente scesa fino a livelli decisamente bassi ⁽¹⁰⁾. I bassi volumi vaccinali più volte richiamati come causa di questi risultati largamente insufficienti, rappresentano invece un falso alibi perché semmai questa circostanza avrebbe dovuto guidare una allocazione dei vaccini più ragionata piuttosto che lo spreco a cui abbiamo assistito. Infatti dati al 4 aprile mostrano come il nostro Paese occupi il 16° posto in Europa per vaccinati con una prima dose over 80 rispetto alla totalità degli aventi diritto (Italia 56%) ⁽¹⁸⁾ ed addirittura il 22° ed ultimo posto della stessa graduatoria per i cittadini tra i 70 e 79 anni (10%).

Va quindi stigmatizzato come la campagna vaccinale abbia favorito alcune ampie categorie con moltissime persone che non ne avevano i requisiti di urgenza, non tanto per iniziativa di alcuni "furbetti" quanto per alcune scelte errate o prive di chiarezza da parte delle Istituzioni preposte, che oltretutto non hanno esercitato alcun controllo durante il realizzarsi di queste gravi scelte. Solo recentemente addirittura il Presidente del Consiglio è dovuto intervenire energicamente per richiamare tutti all'ordine nel tentativo di riparare i danni intanto perpetrati alla salute pubblica.

Inoltre la mancata assistenza agli ammalati affetti da altri importanti patologie rappresenta l'elemento determinante l'elevata mortalità in eccesso non direttamente imputabili al COVID, che occorre nel nostro Paese in misura molto maggiore rispetto agli altri Paesi Europei. A questo riguardo occorre anche sottolineare come in tutte le comunicazioni ufficiali non esistono dati precisi sullo stato delle vaccinazioni ai pazienti fragili di cui al documento del Ministero della Salute e del Commissario straordinario dell'emergenza del 10 marzo. Come già sopra riportato, sono soltanto disponibili i dati di Foce sui pazienti oncologici che riferiscono che solo il 7,3 % dei 150mila malati di

cancro in tre regioni italiane sono stati finora vaccinati rispetto al numero complessivo dei pazienti corrispondenti ai gruppi target che si aggira intorno ai 2 milioni di cittadini.

La Società Italiana di Cardiologia ha pubblicato un Position Paper sulla priorità dei vaccini nei pazienti con patologie cardiovascolari. In particolare è stato sottolineato che molte altre patologie cardiovascolari, oltre lo scompenso cardiaco in classe III e IV, hanno un elevato rischio di mortalità e morbilità in caso di infezione da SARS-CoV-2 ⁽¹⁹⁾.

ANALISI GENERALE DELLA SITUAZIONE

Tutte le epidemie hanno lo stesso svolgimento e cioè un andamento multistep che attraversa almeno tre stadi. C'è una prima fase che è quella della crisi dovuta alla diffusione del virus nella quale sono prioritarie le misure del confinamento e della tracciatura dei contatti. Ma se questa fase fallisce **subentra la fase della grave crisi dell'intero Sistema Sanitario e della difficoltà della gestione clinico - assistenziale soprattutto da parte degli ospedali**. Poi **subentra la terza fase della crisi sociale ed economica** che può durare anche molti anni. Noi siamo attualmente nella seconda fase quella della crisi grave degli Ospedali che in alcune Regioni o grandi città sono al tracollo ed in assenza di specifici interventi, che nel corso di questo anno sono completamente mancati questa crisi non può che aggravarsi vieppiù e durare moltissimo tempo, anche anni ⁽²⁰⁾.

Questa fase quindi può durare anche a lungo ed è bene che ci si organizzi al meglio, avvalendosi dell'aiuto degli specialisti clinici che per esperienza diretta pluriennale conoscono molto bene queste tematiche e sono in grado di affrontarle ma bisogna fare presto, siamo già in forte ritardo. In conclusione tutti i dati qui rappresentati portano alla conclusione che in Italia non tutto è andato per il verso giusto nella gestione della emergenza COVID 19 sia per l'assenza di provvedimenti correttivi in tema di rafforzamento del Sistema Sanitario che per imperdonabili errori nella articolazione e svolgimento della strategia vaccinale iniziale. Di recente è stata impressa una accelerazione al numero di vaccini somministrati giornalmente che però nella media degli ultimi 10 giorni si è assestata a circa 230mila al giorno rispetto alla soglia auspicabile di 500.000 somministrazioni giornaliere. È da osservare che negli ultimi giorni la Spagna ha superato le 400.000 immunizzazioni quotidiane, la Francia viaggia intorno alle 500.000 e la Germania è già a quota 650.000. Bisognerà quindi immediatamente vaccinare esclusivamente i soggetti anziani over 70 ed i pazienti fragili per gravi patologie, fino ad esaurimento di queste categorie e solo dopo passare gradualmente con criterio decrescente di età agli altri cittadini. Questo è il sistema più veloce e sicuro per abbattere rapidamente l'elevatissima mortalità da COVID in Italia.

PROPOSTE DI INTERVENTO IMMEDIATO

Già in occasione dell'incontro menzionato venivano illustrate le seguenti 8 proposte che rappresentavano i punti irrinunciabili di FOCE che rappresentavano la possibilità di cure ai pazienti oncologici, ematologici e cardiologici.

1) Netta separazione fra ospedali, ambiti di cura e assistenza per pazienti Covid e quelli per pazienti non Covid. In alternativa, solo dove non fosse possibile, si richiede una netta separazione dei due diversi percorsi che preveda anche la separazione di tutto il personale dedicato e dei relativi servizi ospedalieri.

2) Ampio utilizzo degli alberghi Covid per i positivi asintomatici e paucisintomatici, ma con sorveglianza sanitaria diretta da parte dei medici di medicina generale e degli specialisti infettivologi.

3) Tutte le strutture di oncologia medica (degenze ordinarie e day hospital), di cardiologia (degenze cardiologiche e unità di terapie intensive cardiologiche) e di ematologia (degenze ordinarie, day hospital, degenze per trapianto di midollo) devono rimanere pienamente operative anche a livello ambulatoriale, al fine di svolgere tempestivamente ed efficacemente attività di diagnosi e cura ed anche di garantire la prevenzione terziaria oncologica e cardiovascolare. Va preservata la rete dell'emergenza cardiologica. Le attività di chirurgia oncologica devono essere garantite e devono avere priorità assoluta.

4) Gli ospedali devono essere notevolmente potenziati in personale medico, infermieristico e tecnico e nella dotazione strutturale di posti letto e servizi al fine di colmare le lacune esistenti fra Italia e altri Paesi. Deve essere intanto ripristinata almeno la dotazione originaria di posti letto nei reparti di medicina e chirurgia atta a far fronte all'assistenza dei pazienti affetti da patologie non Covid.

5) Gli screening oncologici devono ripartire immediatamente ed a pieno regime in tutte le Regioni.

6) E' da rifondare completamente la medicina territoriale attraverso la istituzione di strutture ad hoc, atte a svolgere funzioni attualmente svolte dagli ospedali, quali: le attività di follow up e riabilitazione dei pazienti oncologici, cardiologici ed ematologici, di assistenza domiciliare e cure palliative ecc... Tali attività dovranno essere condotte in forme di collaborazione strutturata tra i medici di medicina generale, che saranno dotati di strumenti e personale adeguati e gli specialisti ospedalieri e universitari, collaborazione preceduta dalla istituzione di tavoli per proposte operative con idee bottom-up. Deve essere promosso un intervento di sistema di ampio e lungo respiro che riguardi il sostegno alla non autosufficienza insieme con una riforma dell'assistenza agli anziani ed un crono programma degli interventi nei prossimi anni.

7) Attivazione e diffusione su tutto il territorio nazionale di programmi avanzati e strutturati di telemedicina con previsione dei costi di sviluppo e gestione ed emanazione di norme specifiche che li regolino, anche a tutela dei medici coinvolti in queste attività. Tali programmi sono da sviluppare sia in ambito ospedaliero che a livello della medicina del territorio ma non potranno prescindere dalla periodica osservazione in presenza dei pazienti da parte dei medici di medicina generale e degli specialisti.

8) Avviare procedure velocissime di acquisizione di nuovi ingenti fondi per la Sanità, immediatamente fruibili che compensino anche se parzialmente il gap attualmente esistente con gli altri Paesi Europei e mettano in grado il nostro Paese di affrontare l'emergenza in atto ed il nuovo sviluppo della Sanità Nazionale.

Questi punti sono stati oggetto di un documento congiunto di FOCE ed AGENAS pubblicato sul sito di AGENAS. Avevamo anche richiesto che potesse essere redatto un documento sotto forma di uno schema di "Memorandum of understanding" con cui FOCE e Governo si impegnavano a lavorare per lo sviluppo di questi punti secondo le rispettive competenze. FOCE rappresentandoli e giustificandoli nel merito, il Governo promuovendo quindi un atto di indirizzo e coordinamento eventualmente rivolto alle Regioni. Purtroppo non si è ritenuto di procedere in questa direzione. Direi che i punti rimangono assolutamente attuali non avendo ricevuto dopo tutto questo tempo alcuna applicazione a livello locale.

Si tratta a questo punto, come ha recentemente richiamato il Presidente Draghi nella sua prima Conferenza Stampa, di pensare seriamente ad una radicale riforma della Sanità Italiana, del resto numerosi operatori scientifici, giuristi, opinionisti (Prof Silvio Garattini sul Sole 24 ore, Prof. Sabino Cassese sul Corriere della Sera, Federico Furbini, Corriere della Sera), con editoriali vari e recentemente anche alcuni politici come il Presidente Renzi hanno reclamato la necessità di una “cura urgente e radicale per la Sanità Italiana”, che nell’immediato riduca la mortalità direttamente o indirettamente prodotta dalla pandemia e per il futuro ponga le basi di un sistema più forte e solido.

A questo riguardo ci fa piacere constatare come le posizioni ufficiali di FOCE man mano vengano riprese e fatte proprie dalle Istituzioni nazionali al massimo livello, anche della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

“PIANO MARSHALL” PER IL RITORNO ALLA NORMALITA’ E PER IL NUOVO PIANO SANITARIO IN ITALIA

Il Presidente Draghi durante una conferenza stampa una decina di giorni fa ha quindi testualmente affermato che “manca un nuovo Piano Sanitario adeguato alle esigenze del Paese e che le risorse eventualmente richieste ed ottenute in assenza di questo piano sarebbero risultate sprecate”. Pertanto dopo l’avvio della vaccinazione sistematica alla popolazione, si deve pensare ad un grande Piano; ciò ci consentirà di tornare nei prossimi mesi lentamente alla normalità anche per i pazienti onco-ematologici e cardiologici, le aree mediche che rappresentano le prime due cause di morte del nostro Paese. Un Piano quindi che veda protagonista queste aree mediche ma che serva più in generale anche per le altre patologie. Da un lato per ridurre incidenza e mortalità di malattie non Covid, dall’altro per garantire l’attuale e la futura sostenibilità del Sistema Sanitario italiano.

Un vero e proprio “**Piano Marshall**” della Sanità italiana che possa agire su diversi livelli e con diverse tempistiche.

Bisognerà quindi seriamente pensare a come configurare la Sanità di domani e di dopodomani; non più quindi su questo tema il piccolo cabotaggio del giorno per giorno. E per fare ciò sono necessarie risorse, molti finanziamenti, di cui non è importante la provenienza. L’importante è che questi finanziamenti vengano stanziati e subito utilizzati.

Nel breve:

- Una campagna rivolta ai cittadini di sensibilizzazione per il ritorno il prima possibile alla normalità, lanciando messaggi chiari, tranquillizzanti ma forti sulla necessità di riprendere le cure, non abbandonare i piani terapeutici, tornando in sicurezza negli ospedali, riprendendo esami e visite, sottolineando l’importanza favorendo l’aderenza alle terapie
- Una campagna rivolta alle Istituzioni nazionali, ma soprattutto regionali, perché si riprendano gli screening, si pianificano azioni destinate a recuperare il pregresso che sta diventando importante adottando un impegno straordinario focalizzato sulle patologie croniche, per recuperare i mesi perduti.

Nel medio:

- Stabilendo e iniziando a mettere in atto con i decisori nazionali e regionali strategie che possano colmare le terribili lacune strutturali in termini di investimenti in strutture, maggiori posti letto di degenza ordinaria e di terapie intensive, maggiore personale medico (e non), deciso potenziamento quindi di tutto il Sistema Ospedaliero messo così a dura prova dalla pandemia perché precedentemente molto indebolito
- Rifondazione, completa ristrutturazione della medicina territoriale, in accordo con le linee generali sopra illustrate. Tutto ciò naturalmente in forte collaborazione tra la componente tecnico-clinico-scientifica ed i Ministeri della Salute, delle Regioni, dello Sviluppo Economico, della Pubblica Istruzione, della Famiglia, le Regioni, i pazienti (e le loro associazioni), le società scientifiche.

Come FOCE siamo convinti che solo i clinici, quelli che ogni giorno vivono le corsie, hanno rapporti con i pazienti e i loro familiari, possono avere una visione di insieme e proporre soluzioni concrete, efficaci, misurabili nel tempo, coinvolgendo i diversi attori che intervengono nella filiera. Purtroppo nessun clinico attualmente è ricompreso negli organismi ufficiali consultivi che assumono le decisioni o che determinano le scelte anche a livello centrale.

Piano operativo

Tre sono le emergenze da affrontare immediatamente man mano che la vaccinazione anti Covid diventa sempre più diffusa:

- **prevenzione primaria:** un anno di lockdown ha compromesso l'attività fisica e quella sportiva, a tutte le età (soprattutto fra gli adolescenti), ha aumentato la percentuale di persone in sovrappeso e obese, sedentarie, spesso con disturbi alimentari (abbandono della dieta mediterranea);
- **prevenzione secondaria:** bisogna recuperare gli screening oncologici e le visite cardiologiche;
- si calcolano che si siano persi ad oggi oltre 2 milioni solo di screening oncologici (PAP-test, mammografia, ricerca del sangue occulto nelle feci), e le visite cardiologiche per disturbi come ipertensione, ipercolesterolemia, ecc.;
- **aderenza alle terapie** e ritorno negli ospedali per visite, follow-up, recupero degli interventi chirurgici rinviati o cancellati: si calcola che almeno un 40% di pazienti non seguono adeguatamente le terapie prescritte, abbiano saltato o rinviato le visite con gli specialisti, affidandosi al fai da te.

Per tornare ad una graduale normalità bisogna muoversi su due ambiti:

- Campagne di sensibilizzazione di massa che si rivolgono direttamente ai pazienti e caregiver.
- Collaborazione e definizione dei migliori percorsi con le Istituzioni, soprattutto regionali (Assessorati regionali alla sanità, Aziende Ospedaliere, ASL, centri medici, ecc.).

Informazione diretta alla popolazione

È già in corso da parte di FOCE un grosso progetto di informazione e sensibilizzazione rivolta direttamente ai cittadini e ai malati, per sconfiggere la paura a recarsi negli ospedali, ad affrontare

screening, ribadendo la necessità di seguire corretti stili di vita compromessi da un anno di lockdown. Una campagna già in corso ad opera di Foce che possa raggiungere tutte le fasce di età, anziani in primo luogo, genitori, adolescenti, per ribadire che contro malattie come i tumori e le patologie cardiovascolari non c'è lockdown. Una campagna di massa, inoltre, specifica perché i cittadini non seguano il "fai da te", ma tornino con fiducia negli ospedali, seguano i consigli del medico, siano aderenti alle terapie, soprattutto per le patologie croniche. Gli ospedali sono luoghi sicuri, il personale sanitario è stato vaccinato, il rischio di contrarre il virus è estremamente ridotto vicino allo zero, mentre le altre patologie onco-ematologiche, cardiologiche, ma più in generali le patologie, purtroppo possono aggravarsi e devono essere controllate. Oggi - è il messaggio da diffondere - grazie all'innovazione terapeutica, alla diagnosi precoce, e all'intervento tempestivo in caso di patologie tempo-dipendenti come quelle cardio-vascolari, le opportunità per combattere in modo efficace queste patologie e seguendo in modo ferreo le terapie prescritte dal medico.

Ovviamente per far ciò è indispensabile che gli ospedali, le ASL ed il territorio vengano messi nelle condizioni di svolgere al meglio tutte queste funzioni ancorché nel corso dell'attuale emergenza ripartano a richiamare i cittadini a sottoporsi agli screening, a sottoporsi ai regimi vaccinali, in una parola che riprenda una macchina da troppi mesi è ferma. Quindi anche con programmi eccezionali che possano consentire di recuperare il tempo perduto, attivando per esempio nei fine settimana i mammografi sviluppando una campagna anche con i farmacisti per il sangue occulto nelle feci, favorendo campagne di controllo della pressione arteriosa, ecc.

Questa campagna sarà promossa da **FOCE**, quindi dai clinici e con il **coinvolgimento di oltre 600 associazioni di pazienti** e sarà completamente autofinanziata ed auspicabilmente avrà un forte endorsement Istituzionale ai massimi livelli nazionali e regionali, per poter davvero incidere con un recupero dei ritardi negli screening, specifiche campagne di massa rivolte a corretti stili di vita a tutte le età, e un ritorno alla normalità per i pazienti. Va da sé, che una campagna di questo tipo rivolta in primo luogo ai pazienti onco-ematologici e cardiologici possa portare risultati anche a pazienti colpiti da altre patologie (da quelle reumatologiche a quelle neurologiche ecc.) poiché messaggi come quelli legati alla sicurezza garantita oggi negli ospedali, alla necessità di non abbandonare le cure, di non rinviare le visite, di essere aderenti alle terapie sono universali.

La campagna sarà operativa ad **aprile e proseguirà fino a dicembre 2021** (nella sua prima fase) e si avvarrà anche della collaborazione di testimonial che inviteranno i cittadini a un ritorno alla normalità, attraverso spot, campagne, pubblicazioni, un utilizzo importante dei social, degli spazi radio televisivi, dei quotidiani, con webinar per i pazienti e caregivers, con conferenze stampa, con attività di educazione ecc.

Roma 11 Aprile 2021

Prof. Francesco Cognetti

Presidente FOCE

Consiglio direttivo FOCE: *Presidente* Francesco Cognetti, *Vice presidenti* Giordano Beretta, Paolo Corradini, *Ciro Indolfi*, *Segretario* Francesco Romeo, *Tesoriere* Fabrizio Pane, *Direttore della comunicazione* Mauro Boldrini.

FONTI

1. ACOI, Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani
2. SIC Società Italiana Cardiologia - European Heart Journal
3. 3° Rapporto Salute: Qualità Cittadinanza Attiva
4. Report Osservatorio Nazionale Screening (ONS)
5. Audizione Sottosegretario Zampa. Commissione affari sociali Camera dei Deputati
6. dati IQVIA
7. ECDC (European Center for Disease Prevention and Control)
8. Ministero della Salute: Our World in Data
9. Istituto Superiore di Sanità e Statistiche Coronavirus
10. Dati da Center for Systems and Science and Engineering (CSSE)
11. OASI 2020 dati OCSE 2018
12. AGENAS
13. OECD (Organization for Economic Co-operation and Development)
14. Dati Eurostat
15. Dati Eurostat 2017
16. Ministero della Salute: Our world in Data (9.4.2021)
17. Dati FOCE
18. ECDC stime ISPI Min. Salute
19. Società Italiana di Cardiologia: Il Pensiero Scientifico Editore (27.3.2021)
20. E. Raymond et al: Targeted Oncology 15:249-259, 2020