

quasi un terzo della popolazione visse in aree rurali, il 40% avesse un diploma di scuola media e circa il 20% non avesse confidenza con internet.

Con l'analisi preliminare dei dati, effettuata a distanza di 3 mesi, nel gruppo di pazienti assegnati al monitoraggio digitale sono stati osservati benefici significativi rispetto al gruppo di controllo sotto il profilo del controllo dei sintomi (+16,1%), dello stato fisico generale (+13,8%) e della qualità di vita (+13,4%).

Inoltre, la stragrande maggioranza dei pazienti (oltre il 90%) ha ritenuto che l'esperienza sia stata importante per la propria salute, ha valutato il sistema facile da usare e ha giudicato positivamente il suo impiego su vasta scala. Le principali perplessità sono state rilevate nel personale infermieristico destinato alla ricezione e analisi dei dati clinici, per il quale la gestione del sistema è risultata in molti casi laboriosa e in parziale conflitto con lo svolgimento delle attività assistenziali quotidiane.

Valutazioni successive permetteranno di stabilire se il monitoraggio a distanza comporti anche benefici sulla sopravvivenza (l'endpoint primario del trial), ma i risultati preliminari indicano che abbiamo oggi a disposizione tecnologie in grado di migliorare la qualità di vita dei pazienti, anche se occorre lavorare per renderle più fruibili, aumentare la conoscenza sui pro e i contro del loro utilizzo e, in ultima analisi, fornire a tutti una telemedicina su misura, adeguata all'età e alla capacità di maneggiare gli strumenti informatici.

Giancarlo Bausano

La digitalizzazione nell'accesso ai servizi di screening

Antinyan A, Bellio S, Bertoni M et al

Digital access to healthcare services and healthcare utilization: a quasi-experiment

IZA Discussion paper n 14916, 2021

INTRODUZIONE

L'utilizzo crescente di tecnologie di informazione e comunicazione (ICT) consente di offrire una varietà di servizi digitali in grado di migliorare l'efficienza delle istituzioni pubbliche, facilitare la trasmissione di informazioni tra gli uffici amministrativi e i cittadini e generare sostanziali benefici economici sia per il settore pubblico che per i cittadini. La trasformazione digitale dei servizi ha interessato anche il settore sanitario, influenzando notevolmente l'offerta sanitaria e i servizi sanitari in generale. Obiettivo dello studio condotto da un gruppo di ricercatori afferenti al network dell'IZA Institute of Labor Economics (un istituto di ricerca indipendente tedesco) è stato quello di valutare gli effetti determinati dall'introduzione di un portale web di facile utilizzo, all'interno del programma nazionale di screening del cancro alla cervice, che consente alle donne partecipanti di modificare autonomamente (riprogrammando o annullandolo) l'appuntamento preassegnato dalla ASL.

Ricadute della pandemia sui malati non covid: come programmare la sanità del futuro

Gristina GR

Il prezzo pagato alla pandemia dai malati non covid: le scatole cinesi della crisi sanitaria

Recenti Prog Med 2022; 113: 90-96

INTRODUZIONE

Una delle conseguenze principali della pandemia da covid-19 sulla salute della popolazione è rappresentata dalle ripercussioni dell'emergenza sanitaria sulla gestione ordinaria delle altre malattie. Le drastiche misure adottate per contenere la pandemia e minimizzarne morbilità e mortalità hanno inciso negativamente sulla continuità e sulla qualità dell'assistenza, danneggiando tutte le persone affette da patologie croniche, attraverso significative riduzioni riguardanti sia la degenza ordinaria sia i posti in terapia intensiva, ma anche tutte le attività ambulatoriali e diagnostiche destinate ai pazienti esterni, con interruzione o rinvio *sine die* delle visite di controllo e degli screening con gravi ricadute sui tempi di attesa.

Da diversi report emerge inoltre che una rilevante quota di pazienti ha deciso di rinviare la richiesta di assistenza sanitaria, spesso per la paura di contrarre il coronavirus nei luoghi di cura, e che i medici stessi hanno segnalato una riduzione della propria attività assistenziale, in conseguenza sia del cambio di focus sulla pande-

mia sia del fatto che i pazienti li hanno consultati meno frequentemente per problemi non correlati al covid-19.

IMPATTO IN AMBITO CARDIOVASCOLARE, ONCOLOGICO E CHIRURGICO

Tornando all'impatto che la pressione sugli ospedali ha avuto sulla quantità e qualità delle cure erogate nelle patologie non covid, le ricadute sono state osservate in modo particolarmente preoccupante nell'ambito delle malattie cardiovascolari e neoplastiche, ma non hanno risparmiato le patologie di pertinenza chirurgica, essenzialmente a causa del rinvio forzato di molti interventi.

I dati già disponibili per il nostro paese, seppur ancora provvisori, sembrano eloquenti. Come riporta una recente revisione pubblicata su *Recenti Progressi in Medicina*, durante la pandemia i ricoveri per infarto acuto del miocardio (IMA) in Italia si sono significativamente ridotti, con un parallelo aumento dei tassi di mortalità e complicanze. Un'indagine multicentrica ha confrontato i dati sui ricoveri per IMA in 54 unità di terapia intensiva coronarica italiane nel corso di una settimana del 2020 con quelli della stessa settimana nel 2019, evidenziando una riduzione pari al 48%, con percentuali sovrapponibili nelle diverse aree geografiche esaminate. Analogamente, nell'ambito della patologia vascolare acuta cerebrale, uno studio multicentrico che ha coinvolto 93 stroke unit confrontando i ricoveri ospedalieri per eventi cerebrovascolari dall'1 al 31 marzo 2020 con quelli dello stesso periodo dell'anno precedente

METODO

Per valutare gli effetti dell'introduzione del portale web, lo studio ha preso in considerazione l'attività di quattro centri di screening operanti nell'area geografica di una ASL del nord-est italiano, tra novembre 2019 e gennaio 2020.

I quattro centri sono stati divisi in due gruppi che non presentavano differenze 'ex ante' nelle tendenze di assorbimento dello screening, durante i due anni precedenti l'intervento, e sono stati assegnati in modo casuale così da generare:

- un gruppo di controllo 'solo telefono': alle donne partecipanti viene inviata una lettera di invito allo screening con una data prestabilita e nessuna informazione sul portale web. In caso di necessità di modifica dell'appuntamento, viene loro indicato un numero di telefono;
- un gruppo di intervento 'web o telefono': alle donne partecipanti viene inviata una lettera di invito allo screening con una data prestabilita e informazioni dettagliate su come modificare l'appuntamento attraverso il portale web di nuova introduzione o il servizio telefonico.

I dati sono stati estratti dagli archivi amministrativi della ASL e sono stati opportunamente anonimizzati. Per ogni donna invitata a sottoporsi allo screening tra novembre 2019 e gennaio 2020, sono state raccolte informazioni demografiche, il centro di screening di riferimento, la data di invito allo screening all'interno dell'intervento, il tipo di test proposto (PAP o HPV) e l'esito dell'invito.

ha rilevato una riduzione dei ricoveri per ictus ischemico del 24%, di quelli per emorragia cerebrale del 20%, mentre i ricoveri per attacchi ischemici transitori (TIA) sono diminuiti del 39%.

In ambito oncologico, le regolari attività di diagnosi e cura sono state sospese per quasi un milione e duecentomila malati neoplastici (20% del totale), pur con differenze marcate fra Nord e Sud. Inoltre, nel periodo marzo-giugno 2020, il volume degli interventi chirurgici per cancro della mammella si è ridotto rispetto allo stesso periodo del 2019 (mediana -24%), mentre, secondo l'Osservatorio Nazionale Screening, c'è stato un netto calo degli screening mammografici rispetto al 2019, in parte per il minore numero di donne contattate e in parte per una minore adesione. Si stima che gli screening mammografici non eseguiti corrispondano a 3324 mancate diagnosi di cancro. Anche per i tumori del colon-retto, il calo globale del volume di interventi chirurgici rispetto allo stesso periodo del 2019 è risultato molto marcato (mediana -35%), seppur con evidenti differenze regionali (-19% Piemonte; -54% Marche e Umbria). Molto preoccupante, infine, la riduzione delle prestazioni di screening coloretale erogate nel 2020 rispetto al 2019 (-32%) che corrisponderebbero a 1299 mancate diagnosi di carcinoma e 7474 mancate diagnosi di adenoma avanzato.

Benché provvisori e tutti da verificare, i dati riguardanti le patologie di interesse chirurgico mostrano che nel 2020 i ricoveri urgenti ed elettivi si sono ridotti globalmente del 17%: -52% area medica, -55% chirurgie di base, -13% chirurgia oncologica, -55% cardiocirurgia. In chirurgia ortopedico-traumatologica, nel 2020, è stata

RISULTATI

Il campione è composto da 1638 donne di età compresa tra 25 e 65 anni, invitate per uno screening del cancro alla cervice tra novembre 2019 e gennaio 2020, residenti nei 20 comuni collegati ai quattro centri di screening della ASL. L'età media è 39 anni, il 53,9% delle osservazioni appartiene al gruppo di trattamento e il 46,1% al controllo. Il 39,7% di tutti gli appuntamenti è stato correttamente gestito (spostato o annullato) e nel 90% dei casi la modifica è avvenuta tramite telefono. Quasi il 44% delle donne si è correttamente presentato all'appuntamento, il 38% non si è presentato e il 18% ha cancellato l'appuntamento. Tre cancellazioni su quattro sono avvenute per un test effettuato di recente. L'ultima data di screening non è nota nell'85% delle cancellazioni per test recenti e oltre il 99% delle cancellazioni per le quali non è nota una data di test è stato gestito per telefono. Nell'85% dei casi la donna è stata invitata a eseguire un test HPV e nel 15% un PAP test.

Sebbene la probabilità di gestire (spostare o annullare) gli appuntamenti durante il periodo di intervento sia simile nei due gruppi, le donne nel gruppo 'web o telefono' hanno mostrato una maggiore propensione a gestire gli appuntamenti tramite piattaforma, forse perché il portale web facilita la trasmissione di alcune informazioni generali (ad esempio, motivi personali di un'eventuale disdetta dell'appuntamento) e mostra la data dell'ultimo screening (questa probabilità passa da 1,9% nel gruppo di controllo a 6,3% in quello in trattamento, un effetto molto ampio in termini relativi). L'accesso, tramite il portale, al programma di controllo alla

osservata una riduzione di oltre 90.000 interventi di protesi articolari rispetto all'anno precedente.

CONCLUSIONI

L'aumento della pressione esercitata dai casi di covid sulle strutture pubbliche causato dalla 'quarta ondata' rischia a questo punto di provocare un nuovo aumento di casi di patologia non covid non diagnosticata o trattata, trasformandosi in un pericoloso eccesso di morti evitabili. Per questo, secondo l'autore dell'articolo citato, è indispensabile l'elaborazione di politiche sanitarie urgenti destinate a promuovere l'accesso alle cure per la popolazione di pazienti non covid attraverso appropriati percorsi clinico-assistenziali di diagnosi e cura, adeguati a una domanda di salute diversificata in base ai differenti settori di assistenza (diagnostica; elezione versus urgenza; area medica versus area chirurgica). Vanno inoltre ridefinite le funzioni e l'attività degli ospedali inseriti nella rete nazionale di assistenza pubblica per mantenere un volume di prestazioni almeno prossimo alla normalità.

Tali obiettivi presuppongono: una raccolta sistematica di dati utili all'analisi stratificati per gruppi di pazienti e natura dei bisogni assistenziali; un'analisi epidemiologica, territoriale e ospedaliera, condotta per gruppi di malattie; un'elaborazione di processi decisionali mirati sulla base dei dati raccolti.

Giancarlo Bausano

cervice ha tuttavia ridotto (-16%) l'utilizzo dello screening, anche se tale flessione pare dovuta in larga parte alla mancata adesione e, in misura minore, alla disdetta degli appuntamenti. L'alto tasso di cancellazioni è da attribuire al fatto che le donne contattate avevano già avuto uno screening nei tre anni precedenti (e, in molti casi, viene anche riportata la data del test). Considerando che la conoscenza di questa data aiuta i responsabili dello screening a programmare gli appuntamenti futuri con la frequenza corretta, si può concludere che l'esito è stato positivo.

Le donne riconoscono i benefici dello screening del cancro alla cervice e, quando ricevono l'invito dalla ASL, desiderano sottoporsi allo screening. I dati relativi al periodo preintervento forniscono supporto empirico a favore di questa ipotesi, in quanto l'adesione al programma di screening è piuttosto elevata in entrambi i gruppi e vi è una differenza trascurabile nei tassi di screening tra i due gruppi.

Per quanto concerne la modalità di programmazione degli appuntamenti, l'avversione all'utilizzo del telefono gioca un ruolo fondamentale. Nel gruppo 'solo telefono', le donne che hanno una lieve avversione al telefono o nessuna avversione al telefono non hanno problemi a riprogrammare gli appuntamenti, ma poiché la riprogrammazione richiede tempo e impegno e non ci sono obblighi vincolanti per procedere alla riprogrammazione, parte di queste donne potrebbe iniziare a rimandare, perdendo così l'opportunità di modificare la data dell'appuntamento e saltare lo screening a causa di altri impegni quotidiani concorrenti. La situazione è leggermente diversa per le donne fortemente avverse al telefono, che preferiscono confermare la data prestabilita piuttosto che riprogrammare gli appuntamenti tramite telefono.

Nel gruppo 'web o telefono', tutte le donne – comprese quelle fortemente avverse al telefono – hanno la possibilità di riprogrammare gli appuntamenti, poiché il portale rimuove le barriere psicologiche e logistiche. Le donne senza avversione al telefono potrebbero comunque preferire la chiamata alla piattaforma mentre quelle con avversione al telefono potrebbero preferire il portale poiché non vi sono i 'costi psicologici' rispetto alla riprogrammazione tramite una chiamata.

CONCLUSIONE

Nonostante l'utilizzo crescente di tecnologie digitali nell'assistenza sanitaria, l'esito di questo esperimento è incerto: se dal punto di vista organizzativo l'utilizzo del portale ha evidenziato risultati positivi, dall'altro vi sono poche evidenze sull'effettivo miglioramento in termini di salute per i cittadini. Le risposte comportamentali degli utenti finali possono essere complesse, eterogenee e a volte imprevedibili. Di conseguenza, gli effetti delle tecnologie digitali sul comportamento umano e sull'efficacia in termini di salute dovrebbero essere rigorosamente valutati su piccola scala prima della loro introduzione diffusa, proprio al fine di evitare potenziali conseguenze negative.

Letizia Orzella

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi, Regione Lazio

La valutazione delle tecnologie sanitarie in 32 paesi e le implicazioni per la copertura finanziaria

Fontrier AM, Visintin E, Kanavos P

Similarities and differences in health technology assessment systems and implications for coverage decisions: evidence from 32 countries

PharmacoEconomics - Open 2021; <https://doi.org/10.1007/s41669-021-00311-5>

INTRODUZIONE

L'OMS ha definito l'HTA come "la valutazione sistematica delle proprietà, degli effetti e/o degli impatti di una tecnologia sanitaria". L'HTA comprende molteplici caratteristiche e pratiche operative, è un concetto con molte sfaccettature e può differire per *governance* e ruolo, ambito e mandato, metodo di valutazione impiegato e impatto sulle decisioni di copertura finanziaria da paese a paese. Queste stesse variabili rendono unici i processi HTA, determinando diversi livelli di utilizzo, implementazione e impatto sul processo decisionale di rimborso. Gli obiettivi della ricerca condotta da Fontrier, Visintin e Kanavos, ricercatori del Dipartimento di Politiche Sanitarie della London School of Economics and Political Science, sono:

1. comprendere la molteplicità degli approcci impiegati dagli organismi di HTA in diversi paesi;
2. analizzare il ruolo dell'HTA all'interno del sistema sanitario;
3. evidenziare il collegamento tra le raccomandazioni HTA e le decisioni di finanziamento.

METODI

In questo documento gli autori sviluppano un framework (*vedi figura*) che mostra i principali pilastri operativi dell'HTA tramite i quali vengono mappate le attività e i processi di *technology assessment* in 32 paesi, analizzando come le diverse applicazioni dell'HTA possono influire in termini di raccomandazioni e di copertura finanziaria. L'analisi ha incluso i 27 Stati membri dell'Unione Europea, il Regno Unito (Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord), Australia e Canada e l'EUNETHTA, intesa come organismo sovranazionale, per tenere conto delle valutazioni condotte da più di uno Stato membro dell'UE. Tali paesi dispongono, per la maggior parte, di sistemi HTA la cui esistenza è sancita da specifiche norme, che vengono utilizzati per definire le decisioni legate alla rimborsabilità sia a livello nazionale che regionale. Sono stati classificati i tipi di enti/istituzioni che svolgono attività di HTA in base alla loro natura e struttura, alla posizione in cui queste istituzioni si trovano all'interno del sistema sanitario e al modo in cui sono finanziate. Sono stati esclusi dal campione i processi HTA informali, le attività simili all'HTA (ad esempio, studi farmaco-economici) e le attività mini-HTA (valutazione di farmaci per cure ambulatoriali o tecnologie ospedaliere).