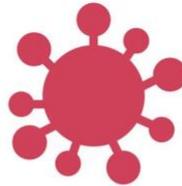


CANCROcontroCOVID



- Come ha impattato l'emergenza Covid-19 sulla cura del tumore al seno? ▪

Con il patrocinio di



Con il contributo incondizionato di



Indice Report Cancro contro covid

- 1. Executive Summary**
- 2. Introduzione**
- 3. Obiettivo**
- 4. Metodi**
- 5. Risultati Sezione Pazienti**
 - a. Descrizione del campione
 - b. Analisi della prima ondata
 - i. Stadio della patologia
 - ii. Posticipo delle prestazioni
 - iii. Riprogrammazione delle prestazioni
 - iv. Accesso alla struttura di cura e ricovero
 - v. Impatto covid sui trial clinici
 - vi. Utilizzo delle televisite/telemedicina pre-pandemia
 - vii. Cambiamenti equipe medica
 - viii. Accesso alla struttura da parte del caregiver
 - c. Analisi della seconda ondata
 - i. Stadio della patologia
 - ii. Posticipo delle prestazioni
 - iii. Riprogrammazione delle prestazioni
 - iv. Accesso alla struttura di cura e ricovero
 - v. Impatto covid sui trial clinici
 - vi. Utilizzo delle televisite/telemedicina pre-pandemia
 - vii. Cambiamenti equipe medica
 - viii. Accesso alla struttura da parte del caregiver
 - d. Riprogrammazione dei servizi post covid-19
 - i. Domiciliarizzazione delle terapie
 - ii. Differenziazione dei percorsi covid e non
 - iii. Prestazioni erogate con telemedicina
 - e. Impatto del covid sulla malattia – la percezione della paziente
 - f. Il ruolo dell'associazione pazienti durante il covid-19
- 6. Risultati Sezione Coordinatori BU**
 - a. Descrizione del campione
 - b. Analisi della modalità operativa delle BU durante la prima ondata
 - i. Il team multidisciplinare
 - ii. Posticipo delle prestazioni
 - iii. Riprogrammazione delle prestazioni
 - iv. Riorganizzazione della BU
 - v. Impatto covid sui trial clinici
 - c. Analisi della modalità operativa delle BU durante la seconda ondata
 - i. Il team multidisciplinare
 - ii. Posticipo delle prestazioni
 - iii. Riprogrammazione delle prestazioni
 - iv. Riorganizzazione della BU
 - v. Impatto covid sui trial clinici
 - d. Riprogrammazione dei servizi post covid-19

- i. Domiciliarizzazione delle terapie
- ii. Differenziazione dei percorsi covid e non
- iii. Prestazioni erogate con telemedicina
- e. Impatto del covid sulle prestazioni

7. Conclusioni

Questo documento deve essere citato come:

Di Brino E, Laurita R, Cicchetti A. Cancro contro covid. Come ha impatto l'emergenza Covid-19 sul tumore al seno? Working Paper ALTEMS n. 2, Dicembre 2021.

1. Executive Summary

Background: Con il documento ministeriale del 18 dicembre 2014 sono state approvate le “Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia” con l’obiettivo di definire i requisiti essenziali per i percorsi diagnostico-terapeutici in senologia. Le Breast Unit (BU), o centri di senologia multidisciplinari, rappresentano un’opportunità di cura e assistenza, regolata da specifiche Linee Guida nazionali, che permette alla paziente di affrontare il tumore al seno con la sicurezza di essere seguita da un team di specialisti dedicati, curata secondo i più alti standard europei, e accompagnata nell’intero percorso di malattia. Attraverso il presente studio Europa Donna Italia, in collaborazione con Senonetwork ed ALTEMS, ha voluto analizzare l’impatto dell’emergenza da Covid-19 sull’operatività delle BU nel contesto nazionale.

Obiettivi: lo studio ha l’obiettivo di valutare l’impatto del Covid-19, sia nella prima ondata (marzo-agosto 2020) sia nella seconda ondata (settembre-dicembre 2020), sui Centri di Senologia multidisciplinari. L’indagine ha l’obiettivo di valutare la continuità delle cure durante il periodo emergenziale, sia dalla prospettiva dei coordinatori delle BU sia dalla prospettiva delle pazienti con diagnosi di tumore al seno nel contesto nazionale.

Metodologia: sono state elaborate due survey, che hanno coinvolto rispettivamente i coordinatori delle BU e le pazienti nel contesto nazionale, con la somministrazione di questionari inviati tramite la piattaforma Google Moduli. Il periodo di rilevamento dei dati ha riguardato: la survey alle pazienti (da luglio a ottobre 2021), la survey ai coordinatori (da settembre a ottobre 2021). Entrambe le survey sono state precedute da una lettera di richiesta di collaborazione. L’analisi è stata condotta su un campione di 123 Breast Unit (BU) e 664 pazienti rispondenti. Il campione dei coordinatori delle BU risulta particolarmente significativo in quanto hanno aderito alla ricerca 123/189 BU (65%).

Risultati della survey sulle pazienti:

Le strutture presso cui sono in cura o in follow-up (quindi le BU) sono così distribuite sul territorio nazionale: Lombardia (24%) seguita poi dalla regione Lazio (14%) e dal Friuli-Venezia Giulia (10%), e le restanti nelle altre Regioni.

Le visite specialistiche programmate rimandate nella prima e seconda ondata hanno riguardato rispettivamente il 25% e il 14% del campione.

Gli esami diagnostici (TAC, PET, etc....) programmati rimandati nella prima e seconda ondata hanno riguardato rispettivamente il 18% e l’11% del campione. Gli esami di laboratorio (esami del sangue, etc....) programmati rimandati nella prima e seconda ondata hanno riguardato rispettivamente il 10% e il 6% del campione.

Le visite specialistiche programmate annullate nella prima e seconda ondata hanno riguardato rispettivamente il 38% e l’89% del campione. Gli esami diagnostici (TAC, PET, etc....) programmati annullati nella prima e seconda ondata hanno riguardato rispettivamente il 25% e l’88% del campione. Gli esami di laboratorio (esami del sangue, etc....) programmati annullati nella prima e seconda ondata hanno riguardato rispettivamente il 19% e l’87% del campione.

Le visite specialistiche programmate annullate nella prima e seconda ondata sono state riprogrammate rispettivamente per il 73% e il 52% del campione. Gli esami diagnostici (TAC, PET, etc....) programmati annullati nella prima e seconda ondata sono stati riprogrammati rispettivamente per il 71% e il 50% del campione. Gli esami di laboratorio (esami del sangue, etc....) programmati annullati nella prima e seconda ondata sono stati riprogrammati rispettivamente per il 70% e il 46% del campione.

Le terapie in corso rimandate nella prima e seconda ondata sono state rispettivamente il 3% e il 2% del campione.

Il 22% delle pazienti del campione ha dichiarato di aver riscontrato difficoltà di accesso alla struttura durante la pandemia nella prima ondata, dato che è diminuito al 19% nella seconda ondata. Il 26% delle pazienti del campione ha ricevuto supporto psico-oncologico durante la pandemia. Il 25% ha potuto ricevere supporto da parte di un'associazione di volontariato che collabora con la BU, di cui il 68% è stato effettuato "da remoto". Il 79% dei rispondenti ritiene che il covid-19 abbia influenzato il suo stato psicologico (stress, ansia, etc....).

Risultati della survey sui coordinatori delle BU:

La suddetta indagine ha voluto investigare alcune caratteristiche e modalità operative della BU attraverso la somministrazione di un questionario ai coordinatori presenti sul territorio nazionale. Dei 123 rispondenti, il 37% del campione è costituito da Direttori UOS; il 29% da Direttori di UOC; il 16% da Direttori di Dipartimento; il 15% da dirigenti medici; il 2% da case manager e, infine, l'1% da data manager. Le strutture presso cui operano i coordinatori delle BU che hanno risposto sono così distribuite sul territorio nazionale: un'alta presenza nelle BU della regione Lombardia (20%) seguita poi dalla regione Lazio e Friuli-Venezia Giulia, all'11% rispettivamente, a seguire le altre Regioni.

Il team multidisciplinare dei Centri senologici indagati si è riunito prevalentemente attraverso riunioni "da remoto" nell'80% dei casi nella prima ondata e nel 72% dei casi durante la seconda ondata. Le riunioni durante le due ondate venivano effettuata per più del 90% con cadenza settimanale. La composizione della BU è rimasta invariata nel 90% dei casi durante la prima ondata e nel 95% nella seconda ondata. Durante la prima ondata, il 37% delle BU oggetto di analisi ha trasferito le proprie attività in altra sede a differenza del 24% durante la seconda ondata; tuttavia, al momento dell'indagine, il 79% ha dichiarato che le attività sono rientrate presso la struttura principale.

Durante la prima ondata, il 42% del personale dei Centri senologici intervistati ha dichiarato di essersi dedicato alla gestione dei pazienti affetti da covid-19, rispetto al 27% registrato per la seconda ondata.

Durante le due ondate, il 50% delle BU analizzate aveva attivo trial clinici, dei quali la partecipazione è stata compromessa nel 40% dei casi durante la prima ondata e nel 15% dei casi durante la seconda ondata. Nel 19% delle BU analizzate, alcune delle terapie programmate (terapie orali, visite di follow up, terapie ormonali, medicazioni) sono state riconvertite e rese disponibili alle pazienti a domicilio.

Il 53% dei rispondenti ha dichiarato di aver utilizzato i servizi di telemedicina per garantire la continuità di cura durante la pandemia. Questi ultimi si sono dichiarati soddisfatti nell'utilizzo della telemedicina; considerando, tuttavia, questa modalità particolarmente efficace in contesti emergenziali, è ritenuta una valida alternativa alle visite e ai consulti solo nel 24% degli intervistati. Molti dei coordinatori intervistati, il 73%, hanno dichiarato che il covid-19 ha in qualche modo avuto un impatto significativo sul loro stato psicologico.

2. Introduzione

Il tumore al seno è da molti anni una tematica prioritaria per l'Unione Europea, il cui Parlamento ha emanato due risoluzioni la prima nel 2003 (P5 TA (2003)0270 Breast cancer: European Parliament resolution on breast cancer in the European Union (2002/2279(INI))), la seconda nel 2006 (P6_TA(2006)0449 Breast cancer. PE 379.690 European Parliament resolution on breast cancer in the enlarged European Union).

La prima risoluzione ha affermato la necessità di assicurare l'accesso agli screening, alle terapie ed ai controlli periodici di follow up in tutti gli Stati membri, al fine di ridurre la mortalità e le disparità tra le diverse nazioni.

La seconda risoluzione esortava gli Stati membri ad assicurare la presenza di Centri di Senologia multidisciplinari (nдр. "Breast Unit") su tutto il territorio nazionale entro il 2016.

A tal fine, in Italia il 18 dicembre 2014 è stata siglata l'intesa Stato-Regioni che ha stabilito l'istituzione dei Centri di Senologia. Il documento ministeriale approvato in quella occasione – "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia" – definisce i requisiti essenziali per i percorsi diagnostico-terapeutici in senologia. Secondo l'Intesa ogni Regione deve dotarsi di una rete di centri di senologia multidisciplinari: ogni centro deve trattare almeno 135 nuovi casi ogni anno ed avere un core team di 8 professionisti dedicati: chirurgo senologo, oncologo medico, radiologo, radioterapista, anatomopatologo, infermiere di senologia, data manager, tecnico di radiologia.

Le Breast Unit

Le Breast Unit (BU), o centri di senologia multidisciplinari, rappresentano un'opportunità di cura e assistenza, regolata da specifiche Linee Guida nazionali, che permette alla paziente di affrontare il tumore al seno con la sicurezza di essere seguita da un team di specialisti dedicati, curata secondo i più alti standard europei, e accompagnata nell'intero percorso di malattia. In ogni diversa tappa di tale percorso, dalla diagnosi al follow-up, il centro di senologia prevede la presa in carico di tutti i bisogni fisici e psicologici della donna affetta da una patologia complessa come il carcinoma mammario, nelle sue diverse rappresentazioni. I numeri rivelano che chi viene curato nei centri di senologia specializzati, in cui sono presenti équipes multidisciplinari, ha più possibilità di guarire: le donne trattate in questi centri hanno una percentuale di sopravvivenza più alta del 18% rispetto a chi si rivolge a strutture non specializzate, accompagnata da una migliore qualità di vita.

La letteratura sotto questo profilo è ricca di esempi ed evidenze circa l'impatto che forme strutturate di lavoro di gruppo sono in grado di fornire per il miglioramento della cura dei pazienti e la corretta gestione delle risorse nell'ambito dei percorsi di cura dei pazienti affetti da patologie tumorali. Queste forme organizzative, e la relativa letteratura che li ha analizzati, provengono primariamente dalla realtà statunitense e, più recentemente, sono stati sviluppati nell'ambito dell'NHS britannico.

Tra questi rientrano i cosiddetti "Tumor board - TB" (o cancer conference) che nascono come tentativo formale di coinvolgere più specialità, come radiologia, chirurgia, patologia generale, radioterapia oncologica e oncologia medica, nella cura del cancro per rivedere in modo completo casi complessi o pazienti di nuova diagnosi (Fennel et al., 2010). Inizialmente utilizzati per una revisione (una volta al mese) dei casi più complessi "ex post", i TB sono evoluti in forme per la gestione proattiva del percorso del paziente. La naturale evoluzione del TB (o del VTB) è il Multi Disciplinary Team (MDT), una forma di coordinamento clinico ed organizzativo che si caratterizza in quanto promuove la consultazione collaborativa ed ininterrotta lungo il percorso terapeutico. Questo approccio consente di prendere meglio in considerazione i bisogni psicosociali del paziente oncologico nello sviluppo di percorsi assistenziali dei protocolli nell'ambito di reti più ampie di riferimento sia per l'assistenza che per la ricerca. Secondo Fennel e colleghi, due elementi chiave distinguono

i MDT dai TB: "l'adozione di una struttura di team (o squadra)" e il "coinvolgimento del paziente". Il concetto di squadra è parte integrante del funzionamento efficace dell'assistenza multidisciplinare, data la necessità di comunicare e collaborare tra le discipline cliniche e le altre discipline. Il coinvolgimento del paziente con il MDT è essenziale per assicurare l'assistenza centrata sul paziente e la comprensione da parte del paziente e della famiglia delle opzioni di diagnosi e trattamento.

3. Obiettivo

Europa Donna Italia ha voluto analizzare l'impatto della pandemia da Covid-19 sui Centri di Senologia Multidisciplinari (o Breast Unit) a livello nazionale per valutarne la funzionalità, in particolare per quanto riguarda l'efficacia dell'attività del team multidisciplinare per una migliore qualità di cura delle pazienti. Lo studio ha anche rilevato, in ogni regione, la presenza delle associazioni di volontariato nelle Breast Unit ed ha esaminato la qualità della collaborazione delle associazioni con i Centri e l'attività di supporto svolta nei confronti delle pazienti e della stessa struttura ospedaliera. La situazione delle BU nelle varie Regioni d'Italia è molto variegata a seguito dell'emergenza pandemica così come l'uso della telemedicina.

4. Metodi

Con l'obiettivo di analizzare l'impatto del Covid-19, sia nella prima ondata (marzo-agosto 2020) sia nella seconda ondata (settembre-dicembre 2020), sui Centri di Senologia multidisciplinari, sono state elaborate delle indagini attraverso la somministrazione di questionari inviati tramite la piattaforma Google Moduli. L'indagine ha l'obiettivo di valutare la continuità delle cure durante il periodo emergenziale, sia dalla prospettiva dei coordinatori delle BU sia dalla prospettiva delle pazienti con diagnosi di tumore al seno nel contesto nazionale.

Survey per i coordinatori

Il questionario è stato articolato in 5 sezioni:

- Sezione 1: informazioni anagrafiche dei rispondenti (BU di appartenenza, professione, incarico attuale, frequenza riunioni team della BU).
- Sezione 2: modalità operativa della BU (marzo 2020 - agosto 2020) - ANALISI PRIMA ONDATA: il team multidisciplinare, posticipo delle prestazioni, riprogrammazione delle prestazioni, riorganizzazione della BU, impatto covid sui trial clinici.
- Sezione 3: modalità operativa della BU (settembre 2020 - dicembre 2020) - ANALISI SECONDA ONDATA: il team multidisciplinare, posticipo delle prestazioni, riprogrammazione delle prestazioni, riorganizzazione della BU, impatto covid sui trial clinici.
- Sezione 4: recupero dei servizi sospesi in seguito alla pandemia da Covid-19: domiciliarizzazione delle terapie, differenziazione dei percorsi covid e non, prestazioni erogate con telemedicina.
- Sezione 5: impatto del covid sulle prestazioni.

Survey per le pazienti

Il questionario è stato articolato in 6 sezioni:

- Sezione 1: informazioni anagrafiche dei rispondenti (anno di nascita, comune di residenza, struttura presso cui è in cura o in follow up (BU)).
- Sezione 2: accesso alle cure durante la PRIMA ONDATA del Covid-19 (da marzo 2020 a agosto 2020): stadio della patologia, posticipo delle prestazioni, riprogrammazione delle prestazioni, accesso alla struttura di cura e ricovero, impatto covid sui trial clinici, utilizzo delle televisite/telemedicina pre-pandemia, cambiamenti equipe medica, accesso alla struttura da parte del caregiver.
- Sezione 2: accesso alle cure durante la SECONDA ONDATA del Covid-19 (da settembre 2020 a dicembre 2020): stadio della patologia, posticipo delle prestazioni, riprogrammazione delle prestazioni, accesso alla struttura di cura e ricovero, impatto covid sui trial clinici, utilizzo delle televisite/telemedicina pre-pandemia, cambiamenti equipe medica, accesso alla struttura da parte del caregiver.
- Sezione 4: riprogrammazione dei servizi in seguito alla pandemia da covid-19: domiciliarizzazione delle terapie, differenziazione dei percorsi covid e non, prestazioni erogate con telemedicina.
- Sezione 5: impatto del covid sulla malattia: la percezione del paziente.
- Sezione 6: il supporto dell'associazione.

b. Analisi della prima ondata

i. Stadio della patologia

L'analisi ha investigato lo stadio patologico in cui si trovavano le pazienti durante la prima ondata da Covid-19 (marzo-agosto 2020). In tale fase della pandemia, la maggior parte delle rispondenti, circa il 53% del campione, si trovava in follow up. A seguire, il 20% delle rispondenti era in trattamento; il 12% aveva ricevuto una prima diagnosi; il 7% era in cura per tumore al seno metastatico; il 4% era in attesa di intervento chirurgico; il 3% in attesa di intervento di ricostruzione; infine, l'1% era in recidiva.

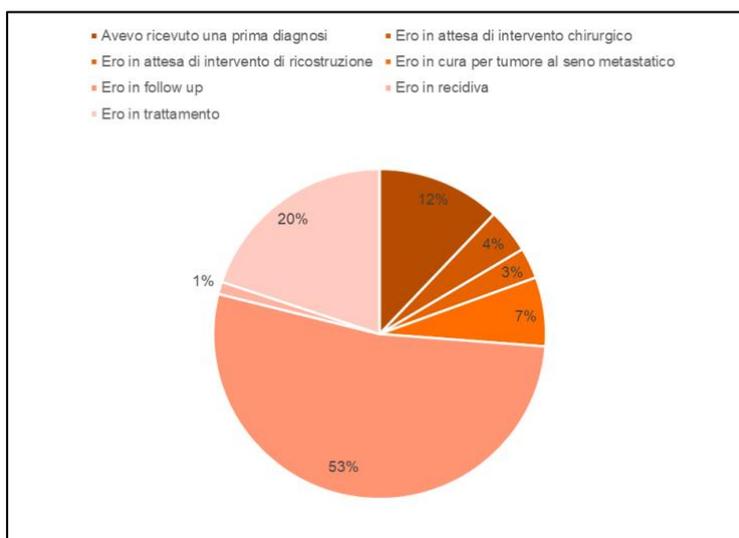


Figura 3 stadio della patologia

Tabella 1 – Effetto covid-19 sulle prestazioni sanitarie

Prestazioni sanitarie programmate presso la BU di riferimento	Posticipo	Annullamento	Riprogrammazione
Visite specialistiche	25%	38%	73%
Esami diagnostici (TAC, PET, etc...)	18%	25%	71%
Esami di laboratorio (esami del sangue, etc...)	10%	19%	70%

Nella tabella 1 sono riportate le percentuali per le singole prestazioni sanitarie rimandate, annullate o riprogrammate durante la prima ondata.

ii. Posticipo delle prestazioni

Questa sezione ha l'obiettivo di analizzare le prestazioni rimandate a causa del covid-19. In particolare, la riprogrammazione è stata analizzata sulla base dello stadio della patologia indicato dalla rispondente. Infatti, nelle sezioni a seguire verranno investigate: i) posticipo delle prestazioni per le pazienti che hanno ricevuto una prima diagnosi; ii) posticipo delle prestazioni per le pazienti in attesa di intervento chirurgico; iii) pazienti in attesa di intervento di ricostruzione; iv) in cura per tumore al seno metastatico; v) pazienti in follow up; vi) pazienti in recidiva; vii) pazienti in trattamento.

Posticipo delle prestazioni - pazienti che avevano ricevuto una prima diagnosi

Il posticipo delle prestazioni per questa tipologia di pazienti è avvenuto nell'1% del campione. Questo risultato rappresenta un segnale positivo in quanto le pazienti che prima del covid avevano ricevuto una prima diagnosi di tumore alla mammella hanno potuto effettuare ulteriori visite specialistiche. Gli esami diagnostici, invece, sono stati rimandati nel 5% dei casi; mentre gli esami di laboratorio nell'1%. Possiamo concludere, dunque che alla maggior parte di tali pazienti è stato assicurato l'accesso alle cure in fase di diagnosi durante la pandemia da covid-19.

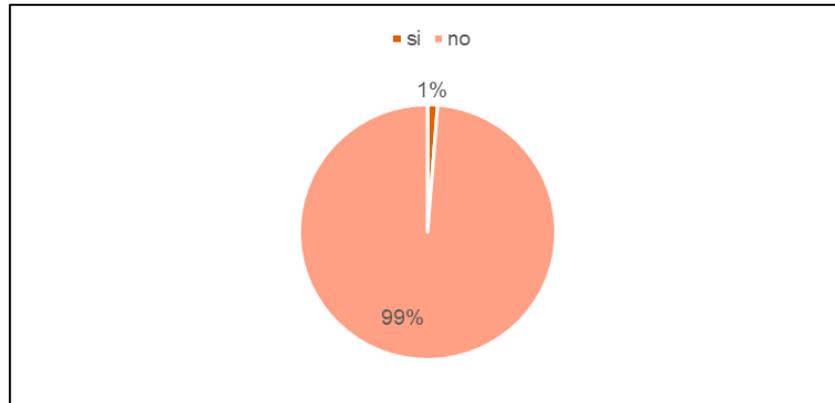


Figura 4 visite specialistiche rimandate

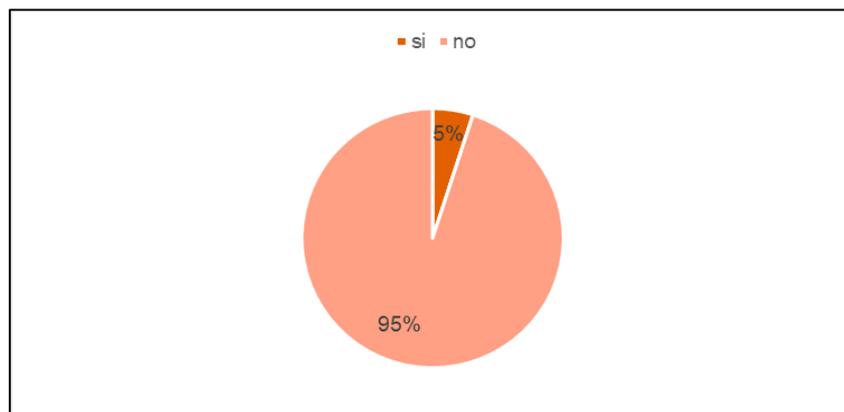


Figura 5 esami diagnostici rimandati

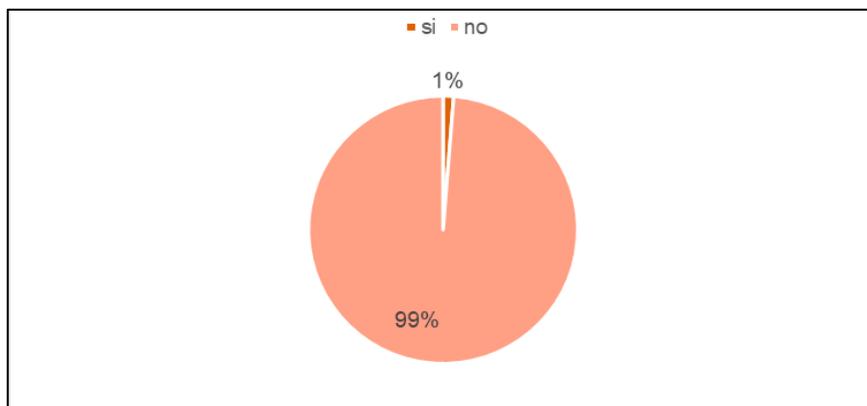


Figura 6 esami di laboratorio rimandati

Posticipo delle prestazioni - in attesa di intervento chirurgico

Le pazienti in attesa di intervento chirurgico hanno assistito all'annullamento, nel 21% dei casi, di visite specialistiche; nel 14% dei casi hanno dovuto rinunciare a esami di laboratorio programmati e nel 21% a esami diagnostici. Rispetto a coloro che si trovano in fase di prima diagnosi, queste pazienti si sono trovate a non poter accedere, in misura leggermente maggiore, a visite e esami programmati a causa della pandemia.

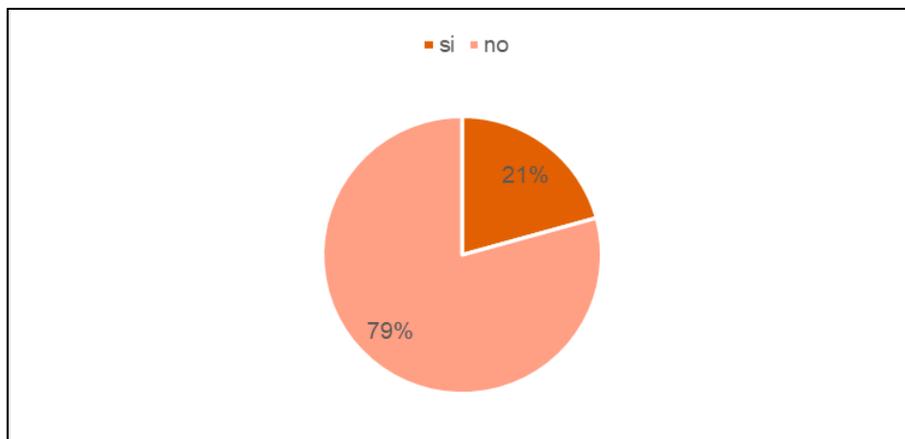


Figura 7 visite specialistiche rimandate

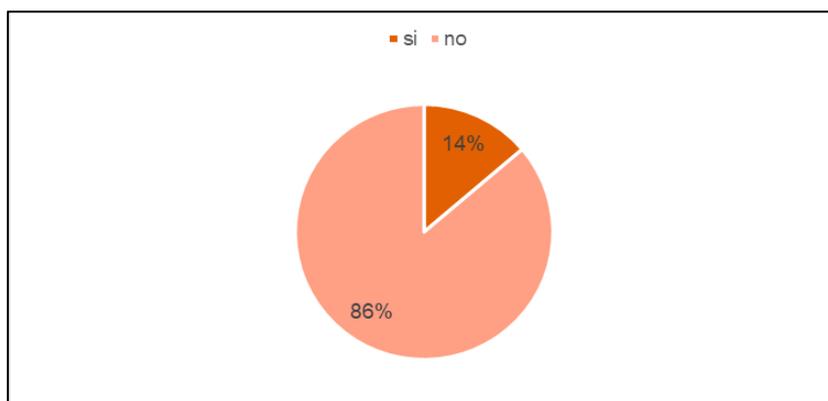


Figura 8 esami di laboratorio rimandati

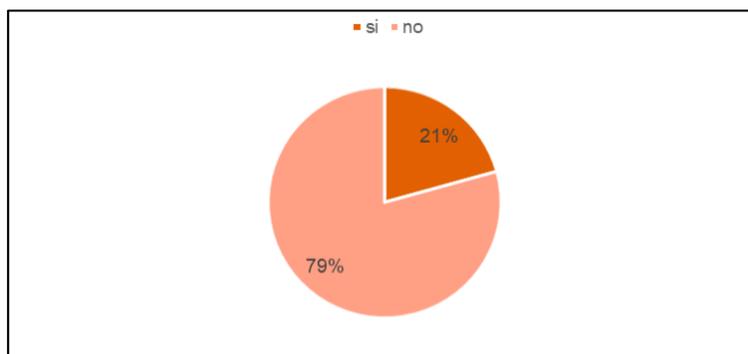


Figura 9 esami diagnostici rimandati

Posticipo delle prestazioni - in attesa di intervento di ricostruzione

Il posticipo delle prestazioni nelle pazienti in attesa di intervento di ricostruzione è avvenuto con più frequenza rispetto alle pazienti in altri stadi. Infatti, circa al 75% delle pazienti è stato rimandato l'intervento

di ricostruzione del seno. La pandemia ha inciso sul posticipo delle visite specialistiche nel 35% dei casi; al 25% delle pazienti sono stati rimandati esami diagnostici e, infine, al 10% dei casi sono stati rimandati esami di laboratorio.

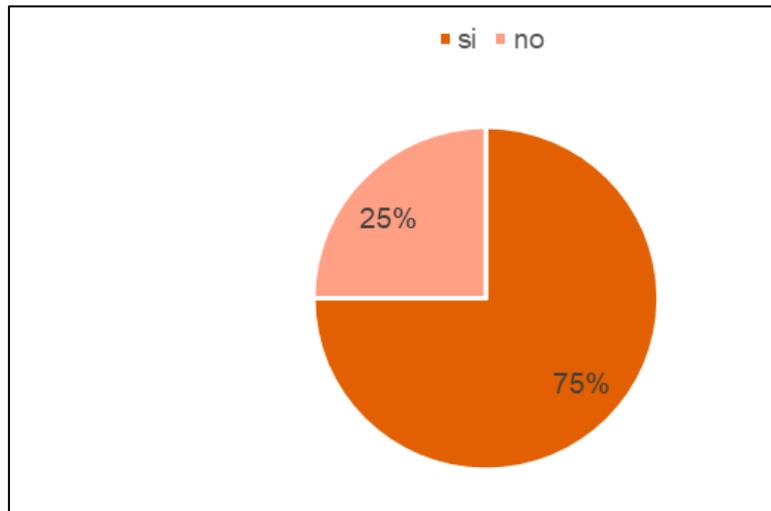


Figura 10 Posticipo intervento di ricostruzione

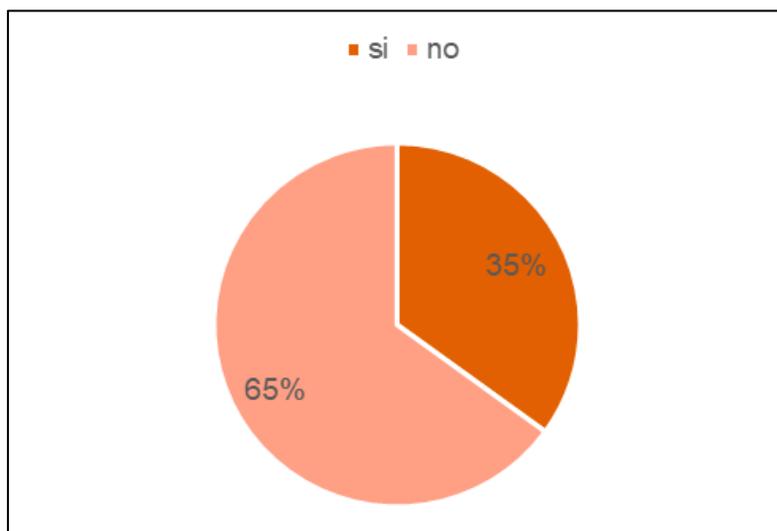


Figura 11 Posticipo delle visite specialistiche

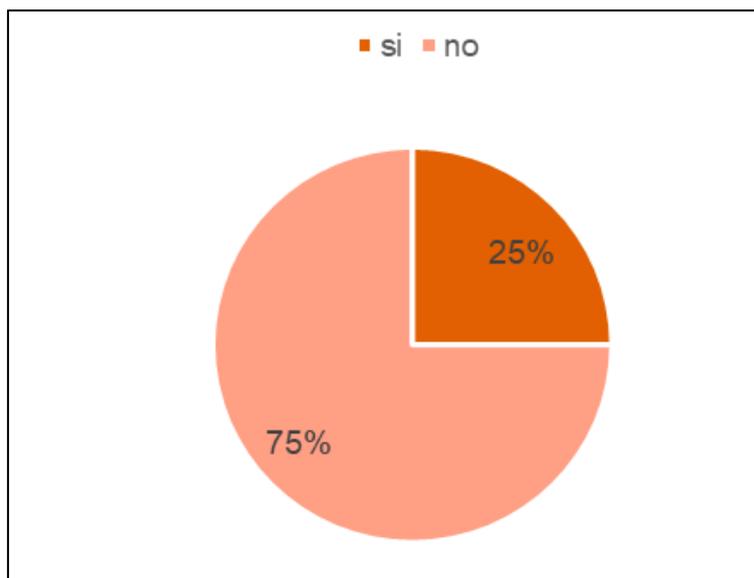


Figura 12 Posticipo esami diagnostici

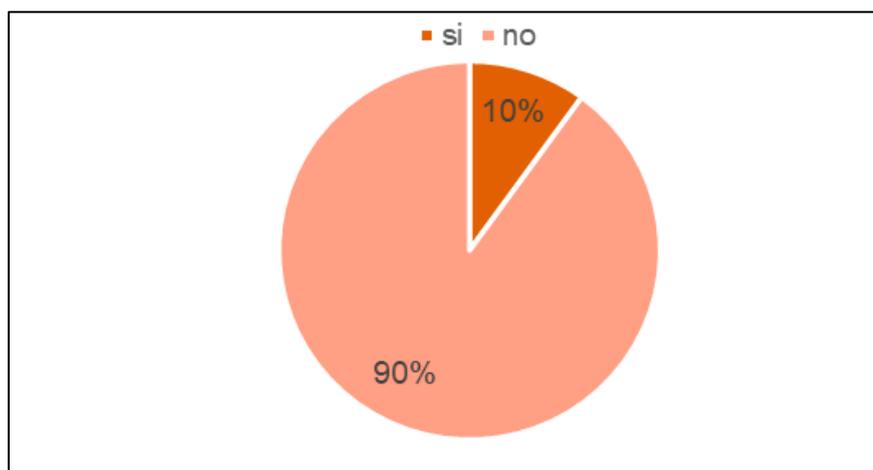


Figura 13 Posticipo esami di laboratorio

Posticipo delle prestazioni - ero in cura per tumore al seno metastatico

Nelle pazienti in cura per tumore metastatico le prestazioni sono state rimandate con meno frequenza rispetto ai precedenti casi. Infatti, nel 13% dei casi sono stati rimandate visite specialistiche, nel 16% esami diagnostici e solo nel 9% sono stati rimandati esami di laboratorio.

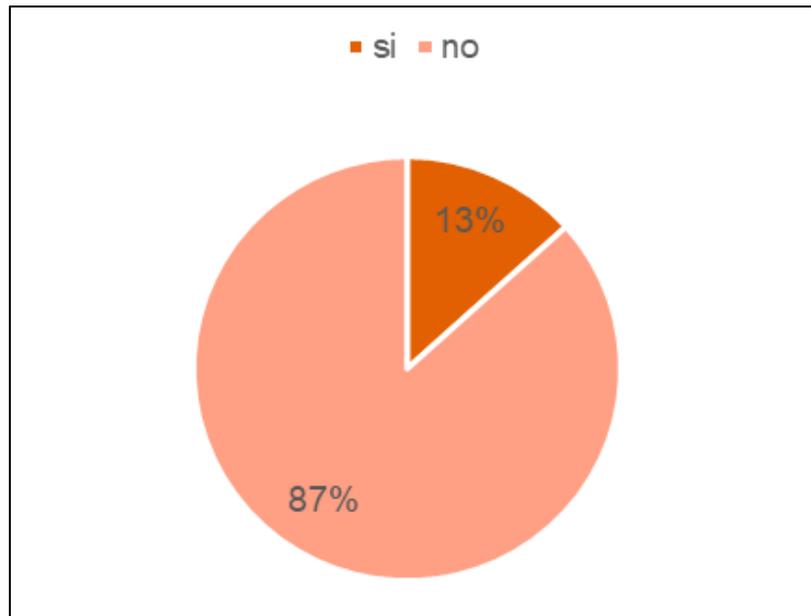


Figura 14 Posticipo visite specialistiche

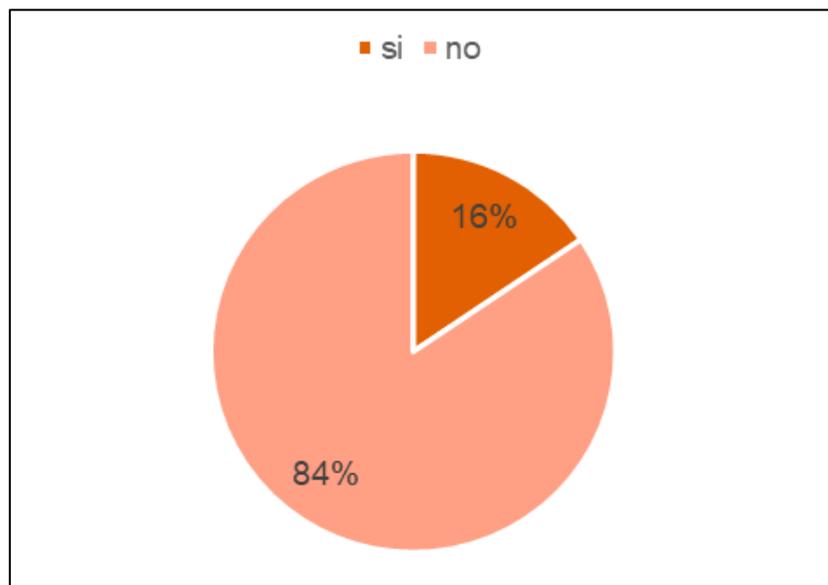


Figura 15 Posticipo esami diagnostici

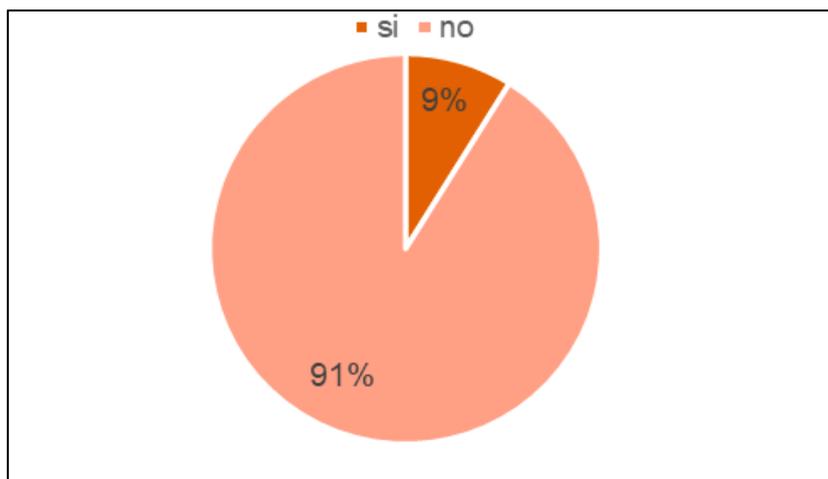


Figura 16 Posticipo esami di laboratorio

Posticipo delle prestazioni-ero in follow up

Nelle pazienti in follow up le visite specialistiche sono state rimandate nel 35% dei casi. Gli esami diagnostici, invece, hanno subito un posticipo nel 22% delle pazienti mentre gli esami di laboratorio sono stati rimandati nel 13% dei casi.

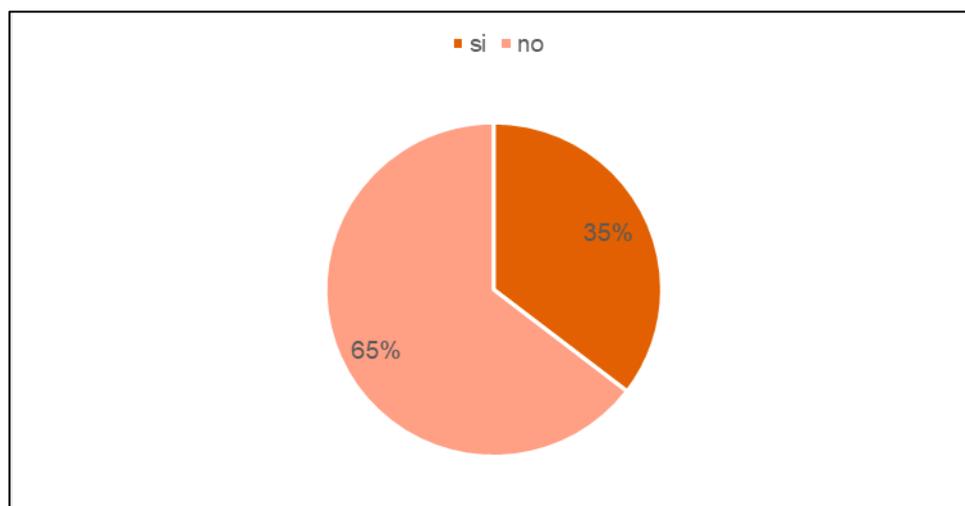


Figura 17 Posticipo visite specialistiche

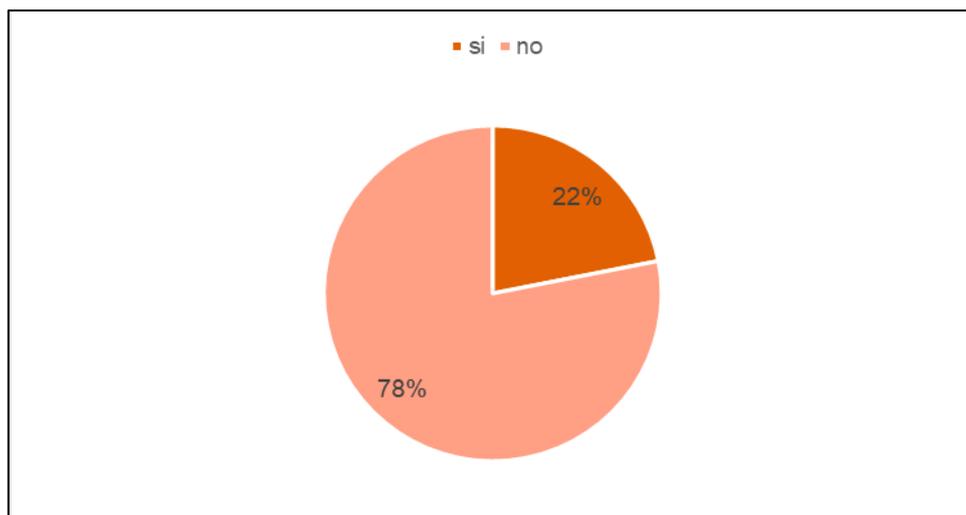


Figura 18 Posticipo esami diagnostici

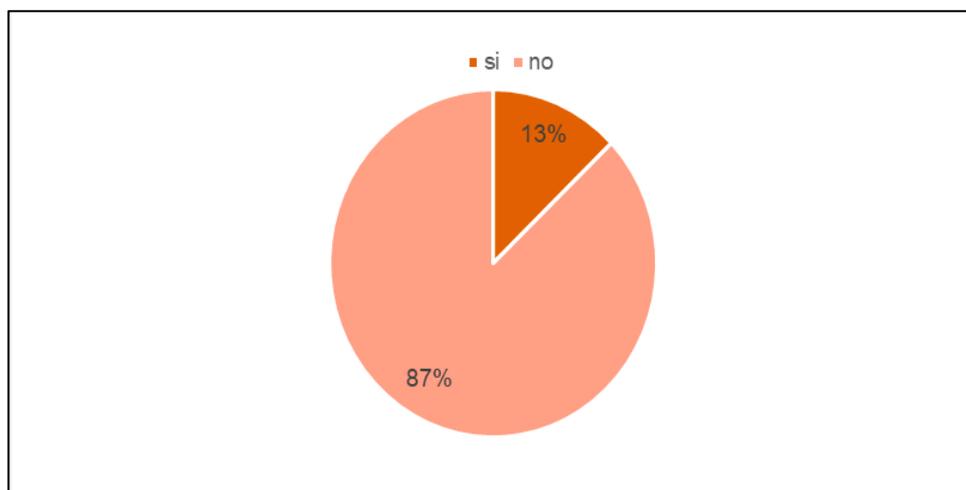


Figura 19 Posticipo esami di laboratorio

Posticipo cure - ero in recidiva

Le pazienti in recidiva hanno subito per 12% dei casi un posticipo nelle visite specialistiche e degli esami diagnostici. Mentre in nessun caso sono stati rimandati esami di laboratorio.

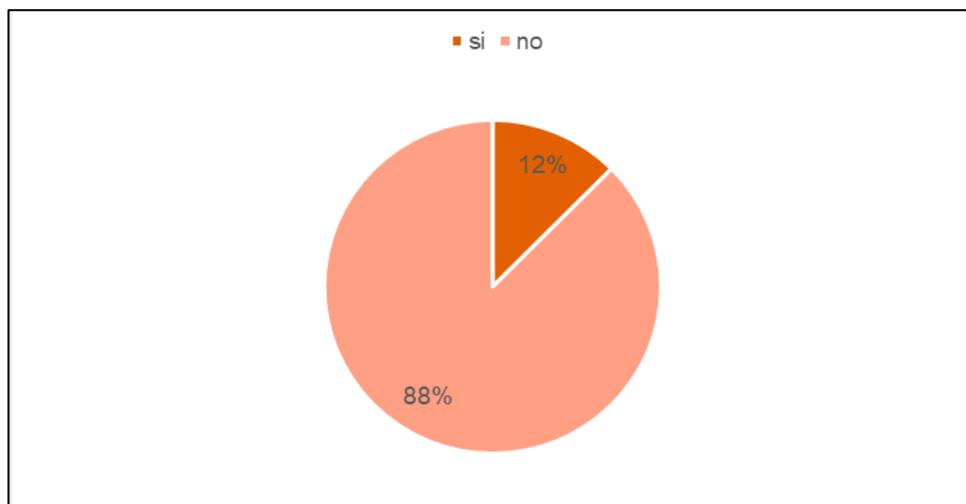


Figura 20 Posticipo visite specialistiche

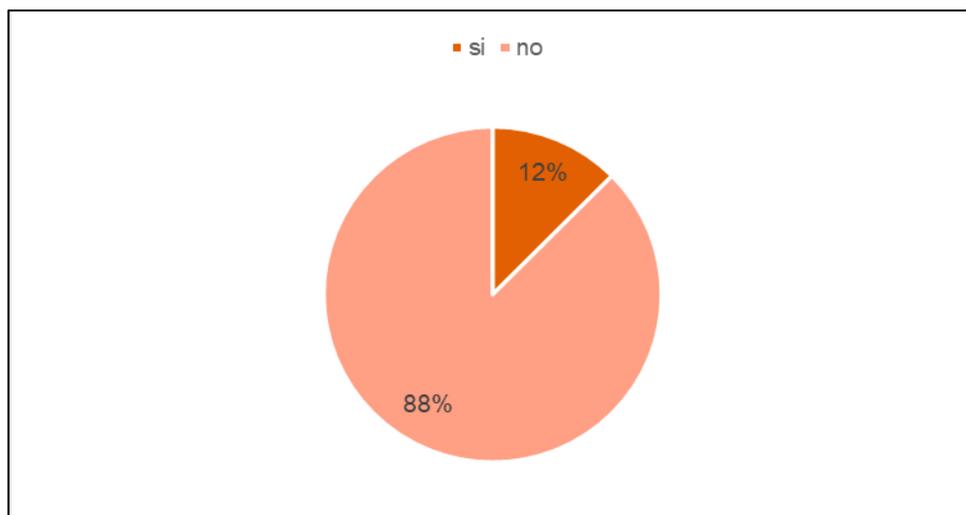


Figura 21 Posticipo esami diagnostici

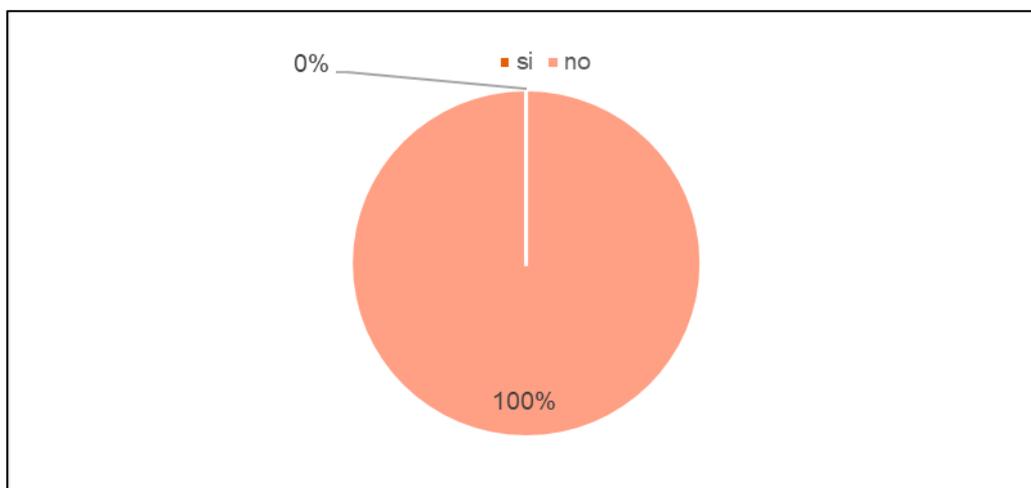


Figura 2 Posticipo esami di laboratorio

Posticipo delle prestazioni - ero in trattamento

Le pazienti in trattamento hanno subito un importante posticipo nelle visite specialistiche, pari circa al 17% dei casi. Gli esami diagnostici, invece, sono stati rimandati nel 14% delle pazienti mentre gli esami di laboratorio nell'11% dei casi. La maggior parte delle rispondenti era sottoposto a trattamenti di chemioterapia e radioterapia.

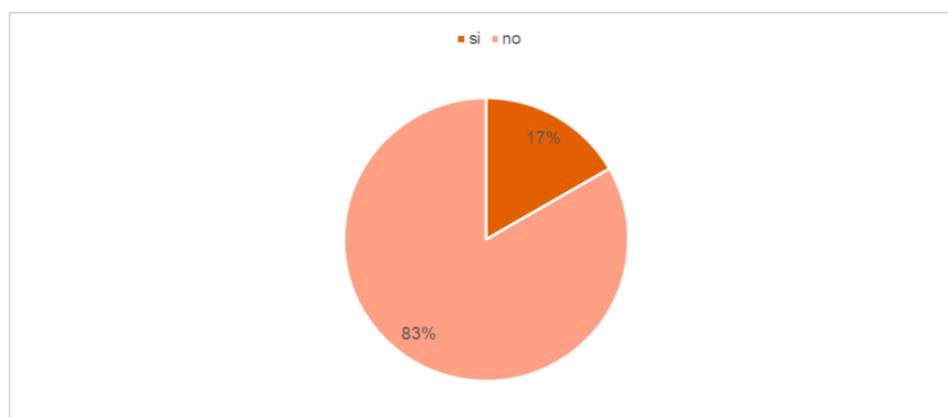


Figura 22 Posticipo Visite Specialistiche

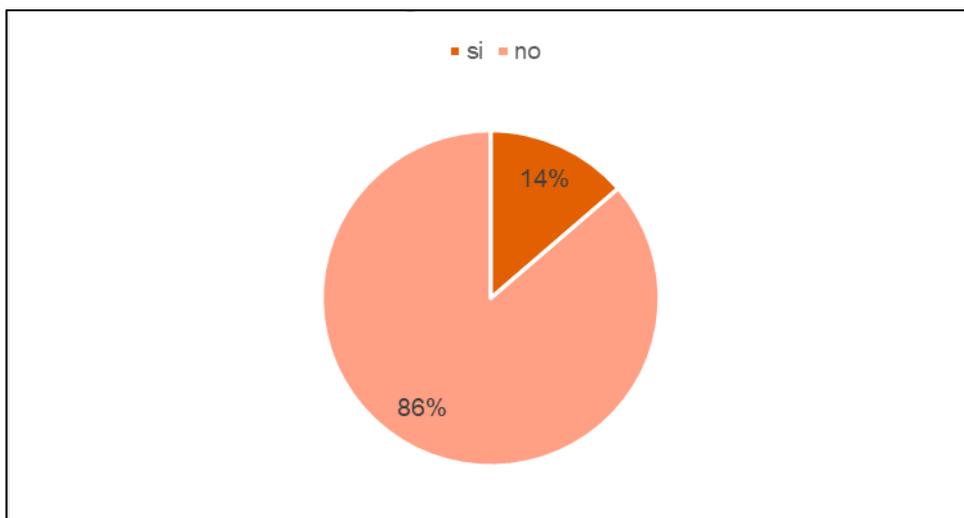


Figura 23 Posticipo esami diagnostici

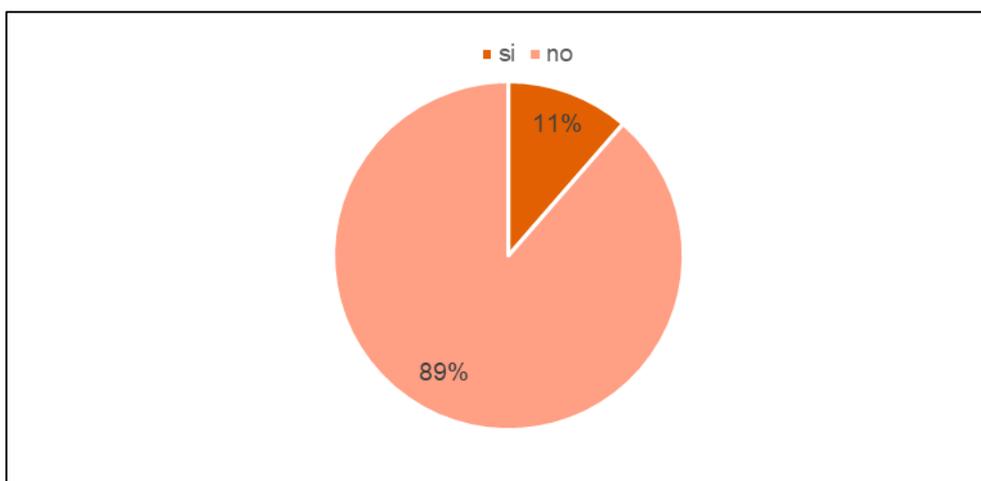


Figura 24 Posticipo esami di laboratorio

iii. Riprogrammazione delle prestazioni

La presente analisi ha l'obiettivo di analizzare le tempistiche legate alla riprogrammazione delle prestazioni precedentemente descritte. In particolare, come si evince dai grafici sotto riportati le visite specialistiche rimandate sono state riprogrammate nel 28% dei casi, il 10% delle pazienti, invece, non ha avuto accesso a tali prestazioni.



Figura 25 Riprogrammazione visite specialistiche 1/2

Per ciò che riguarda le tempistiche di riprogrammazione, nel 44% dei casi le pazienti hanno potuto riprogrammare le proprie visite dopo tre mesi circa. Nel 14% dei casi, invece, queste sono state riprogrammate dopo 15gg, nel 23% dei casi dopo un mese e nel 19% dei casi dopo 2 mesi.

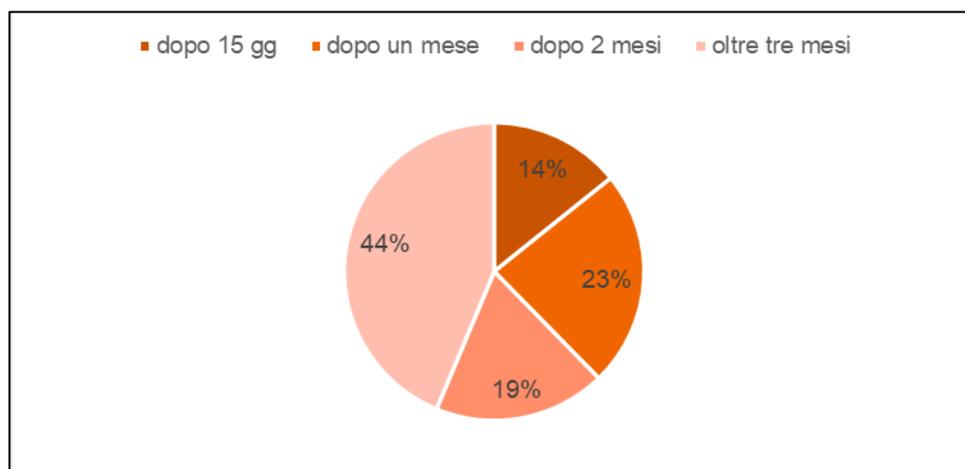


Figura 26 Riprogrammazione visite specialistiche 2/2

Nel campione oggetto di analisi, gli esami diagnostici sono stati riprogrammati nel 18% dei casi, il 7% delle pazienti non ha avuto accesso a tali prestazioni.

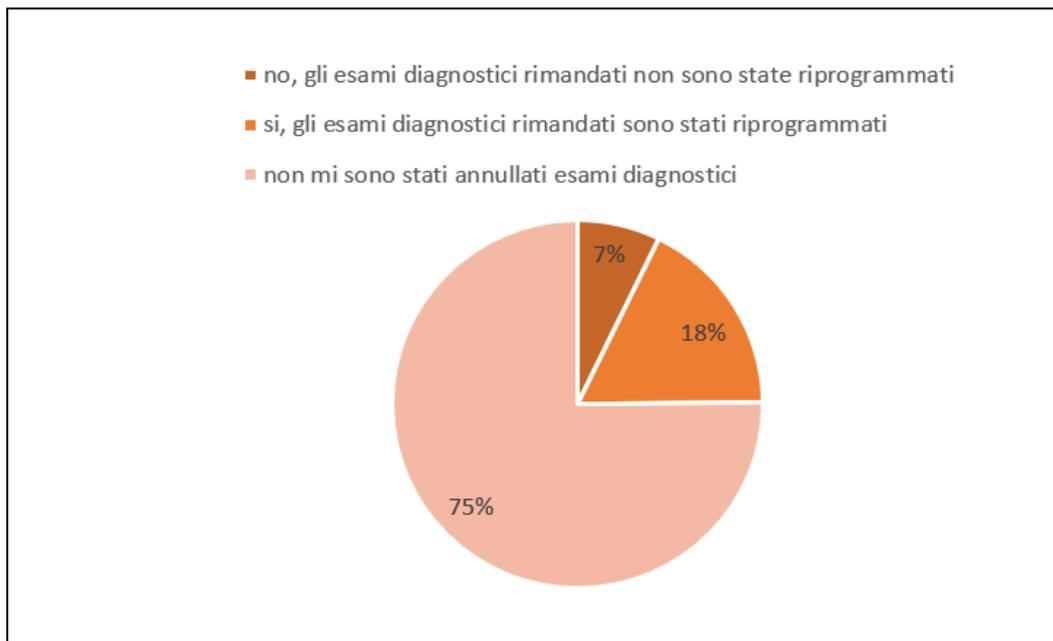


Figura 27 Riprogrammazione esami diagnostici

La riprogrammazione dei suddetti esami è avvenuta nel 41% dei casi dopo tre mesi dal posticipo. Solo nel 10% delle pazienti questi sono stati riprogrammati dopo 15 giorni mentre nel 29% dopo un mese e nel 20% dopo 2 mesi dal posticipo.

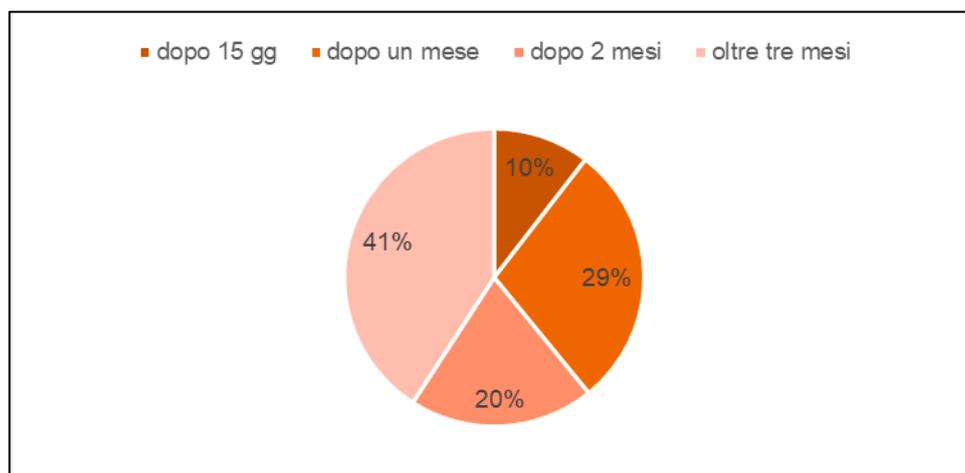


Figura 28 Riprogrammazione esami diagnostici

La riprogrammazione degli esami di laboratorio è avvenuta nel 13% dei casi, mentre il 6% delle pazienti non hanno avuto accesso a tali prestazioni precedentemente rimandate.

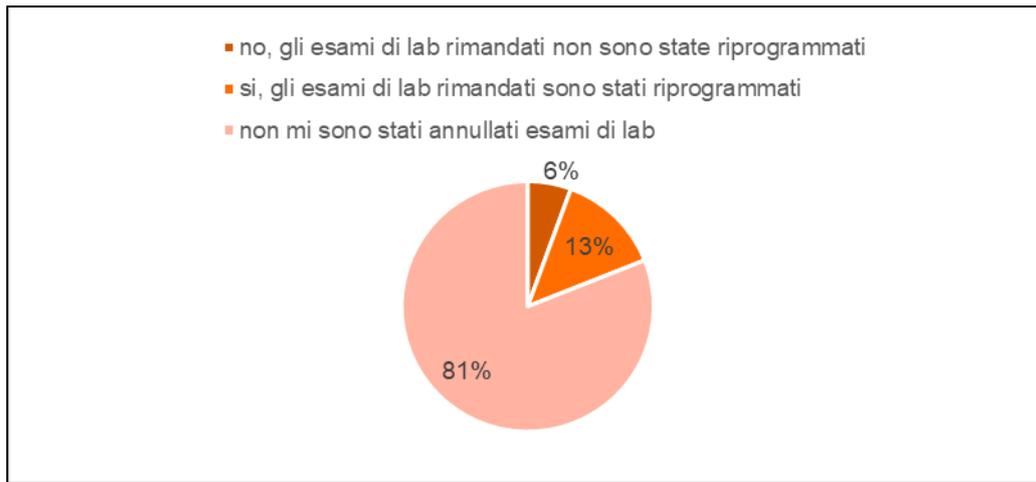


Figura 29 Riprogrammazione esami di laboratorio

In particolare, la riprogrammazione dei suddetti esami è avvenuta nel 29% dei casi dopo tre mesi dal posticipo, nel 21% dei casi dopo 15 giorni, nel 25% dopo un mese e in un ulteriore 25% dei casi dopo 2 mesi dal posticipo.

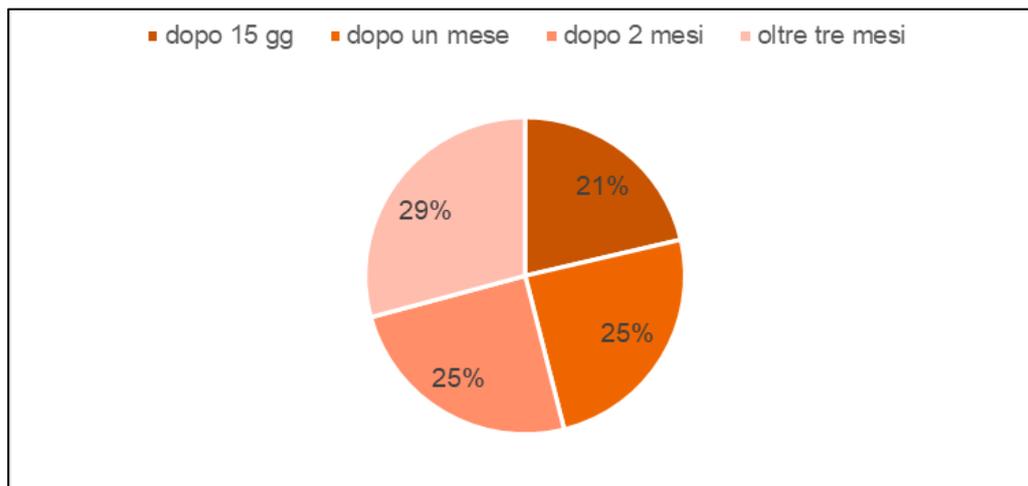


Figura 30 Riprogrammazione esami di laboratorio

Le terapie in corso sono state rimandate nel 3% dei casi. Gli interventi chirurgici, invece, hanno subito un posticipo nel 9% delle pazienti oggetti dello studio. In particolare, la riprogrammazione è avvenuta nel 72% dei casi dopo tre mesi dal posticipo, nel 13% dopo 15 giorni, nell'8% dopo un mese e nell'7% dopo 2 mesi.

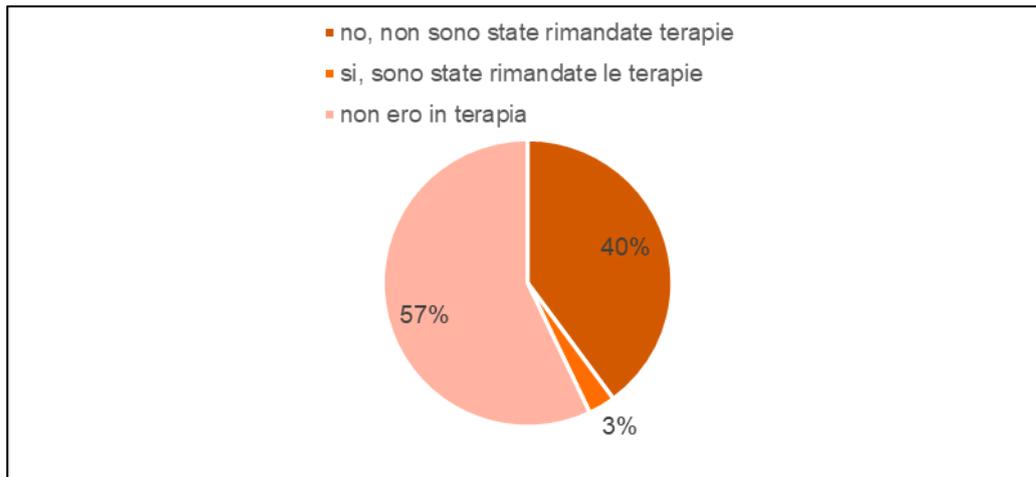


Figura 31 Riprogrammazione terapie ospedaliere in corso

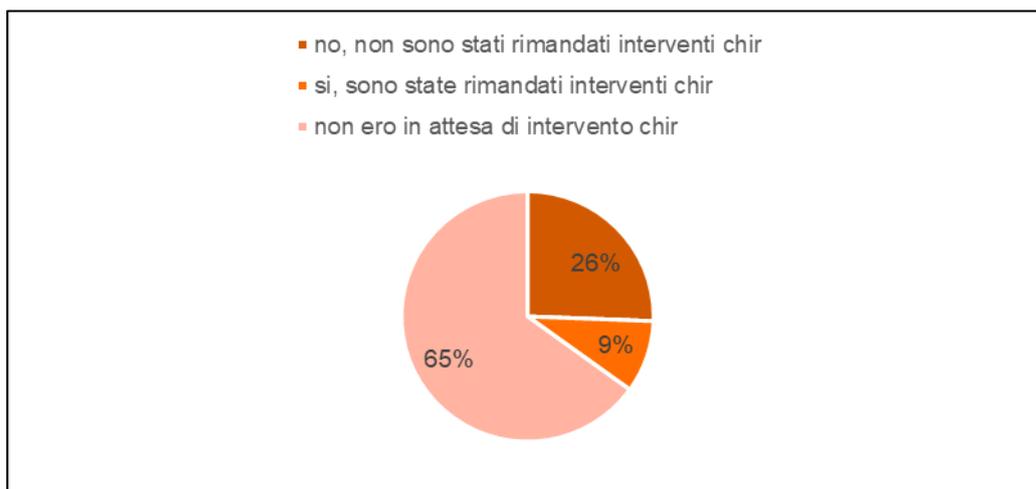


Figura 32 Riprogrammazione interventi chirurgici

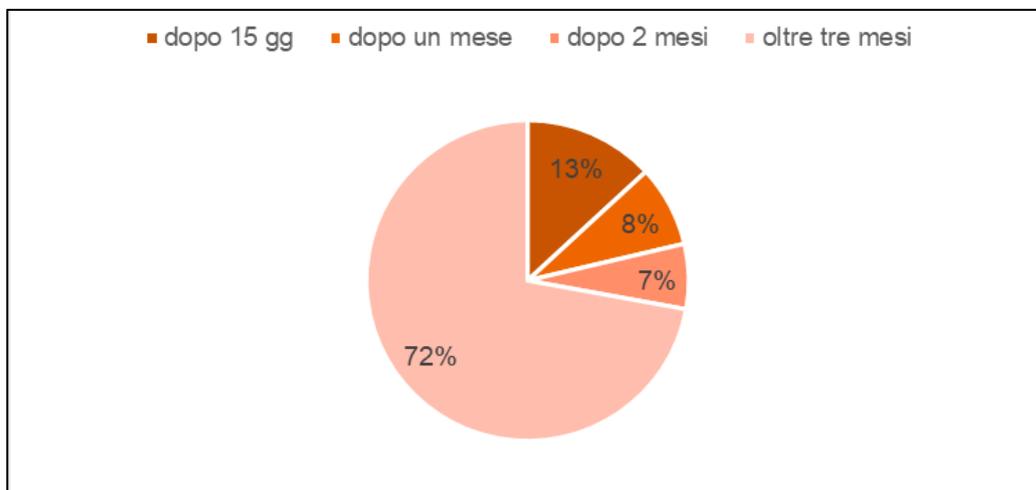


Figura 33 Riprogrammazione interventi chirurgici

iv. Accesso alla struttura di cura e ricovero

L'indagine ha, inoltre, investigato alcune ulteriori caratteristiche legate sia alla struttura che alle pazienti. In particolare, il 22% delle pazienti ha dichiarato di aver riscontrato difficoltà di accesso alla struttura durante il Covid-19.

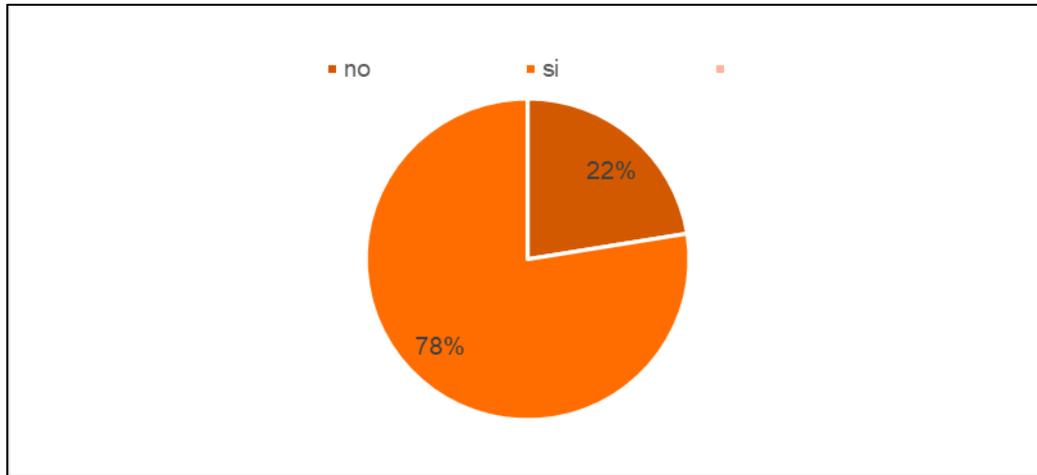


Figura 34 Difficoltà di accesso alla struttura

v. Impatto covid sui trial clinici

Il 18% delle pazienti, durante la pandemia, era coinvolta in un trial clinico. Il coinvolgimento all'interno di quest'ultimo è particolarmente rilevante in quanto indice di prestazioni e cure programmate. I trial clinici, infatti, richiedono che il programma prefissato venga seguito dettagliatamente e per tale ragione eventuali sospensioni o riprogrammazioni potrebbero avere impatti significativi sul risultato dello stesso.

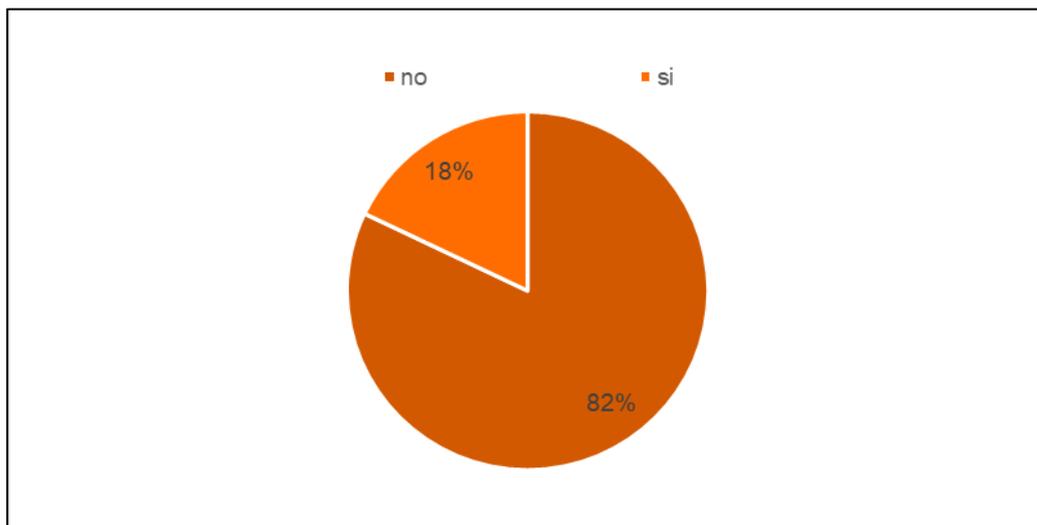


Figura 35 Coinvolgimento in un trial clinico

La pandemia ha compromesso la partecipazione a trial clinici e quindi l'esecuzione di terapie, esami e visite nel 15% dei casi rispetto alla totalità del campione.

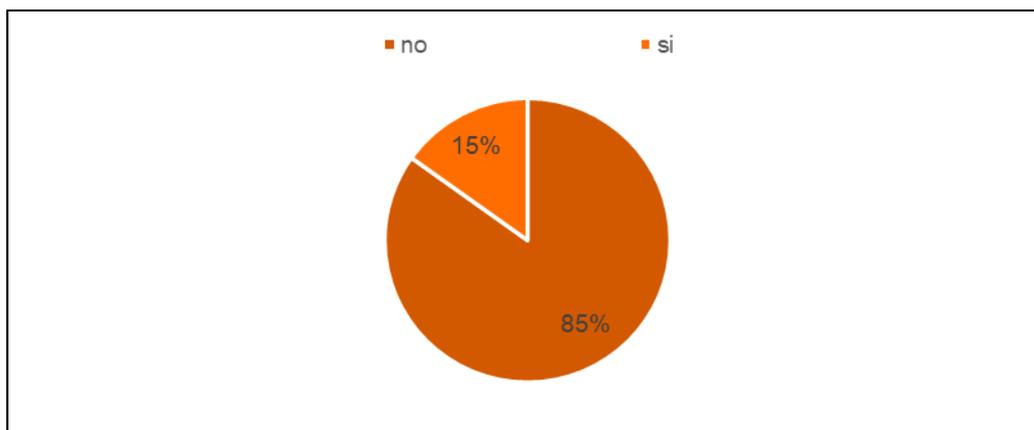


Figura 36 Partecipazione a trial clinici compromessa

vi. Utilizzo delle televisite/telemedicina pre-pandemia

L'indagine ha investigato l'utilizzo e la presenza dei servizi di telemedicina e televisita. In particolare, è emerso che prima della pandemia questi erano utilizzati nel 3% dei casi, il 62% dichiara che non erano in uso mentre il 35% non ne è a conoscenza. Tale risultato è in linea con i numerosi studi effettuati che attestavano il ritardo nell'utilizzo di tali strumenti.

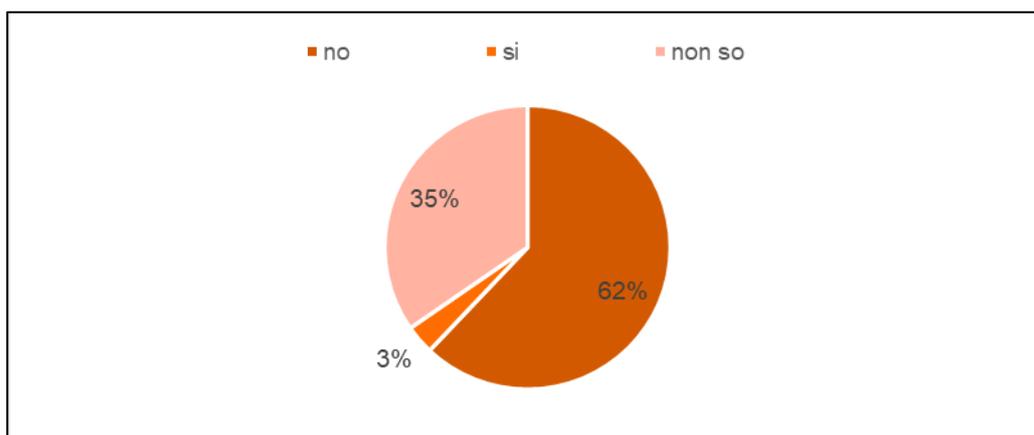


Figura 37 utilizzo della telemedicina e televisita prima della pandemia

vii. Cambiamenti equipe medica

La pandemia ha sicuramente richiesto maggiori risorse in termini di personale per trattamento dei pazienti covid-19 e sostituzioni nel caso di professionisti colpiti dal virus. Per tale motivo, la composizione dell'equipe medica con cui le pazienti si interfacciavano ne potrebbe aver risentito. In particolare, le rispondenti hanno dichiarato che nel 64% dei casi questa non ha subito alcuna variazione mentre nel 18% dei casi si sono registrati dei cambiamenti nella composizione di quest'ultima. La necessità di analizzare la presenza o meno di tali cambiamenti deriva dal fatto che questi potrebbero aver avuto un impatto sulla qualità delle cure e l'assistenza fornita.

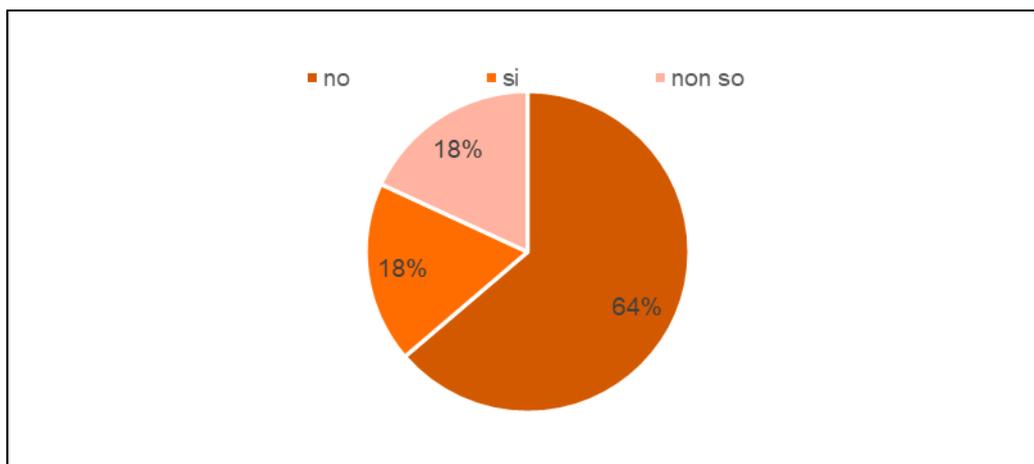


Figura 38 Cambiamenti nell'equipe medica

viii. Accesso alla struttura da parte del caregiver

Come noto, le rispondenti hanno confermato, nell'81% dei casi, che l'accesso alla struttura non è stato consentito ad alcun caregiver o familiare.

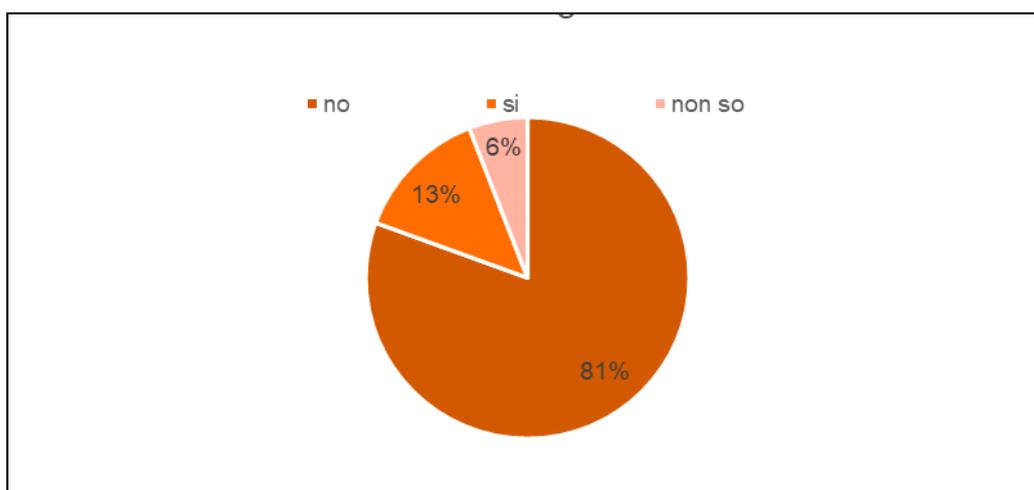


Figura 39 Accesso consentito al caregiver

In aggiunta, il 4% del campione ha dichiarato di esser stato contagiato dal Covid-19.

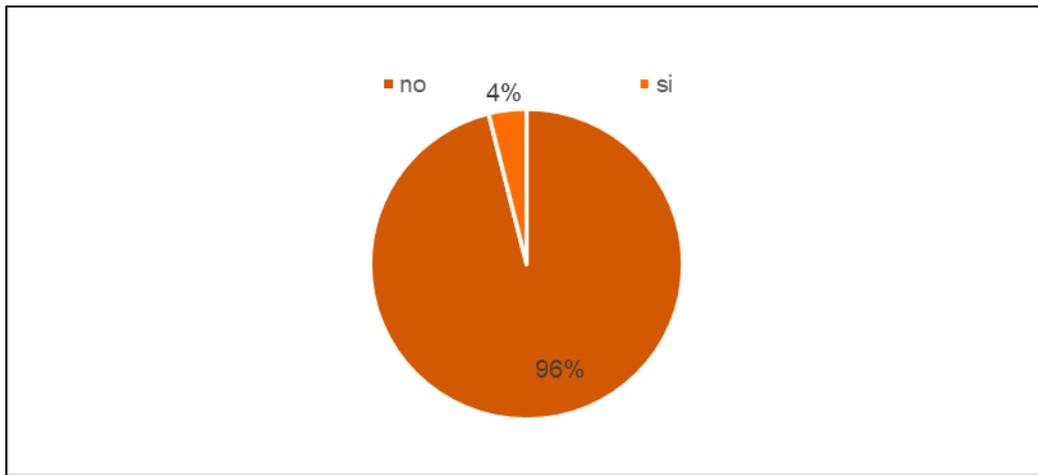


Figura 40 Contagio da covid-19

c. Analisi della seconda ondata

i. Stadio della patologia

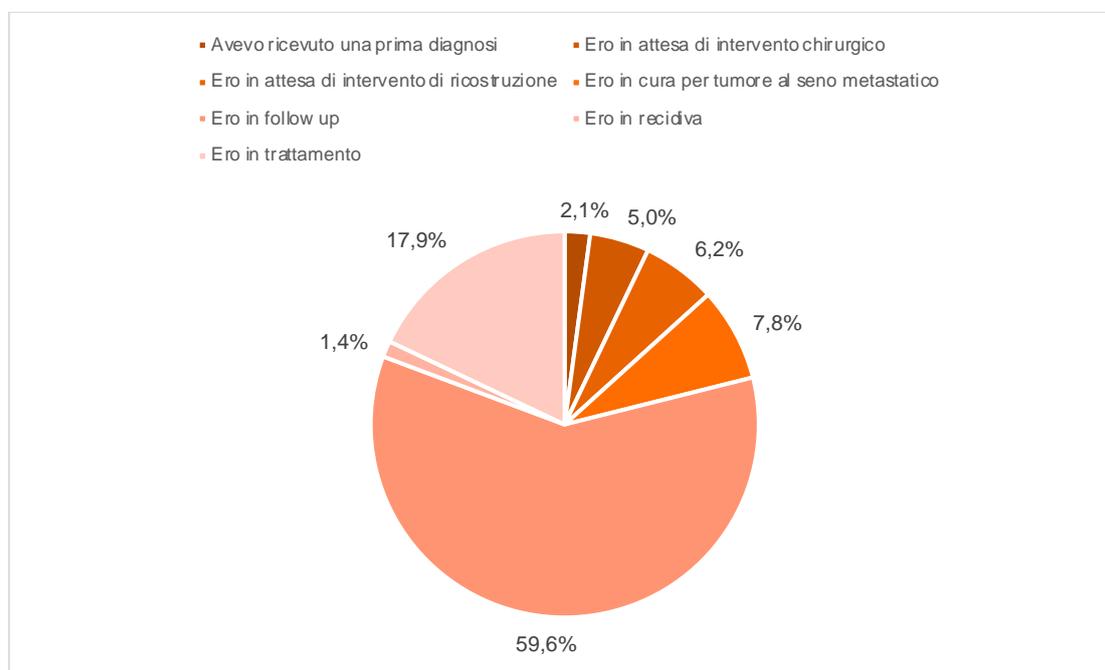


Figura 41 stadio della patologia

L'analisi ha investigato lo stadio patologico in cui si trovavano le pazienti durante la seconda ondata da Covid-19 (settembre-dicembre 2020). In tale fase della pandemia, la maggior parte delle rispondenti, circa il 60% del campione, si trovava in follow up. A seguire, il 18% delle rispondenti era in trattamento; l'8% era in cura per tumore al seno metastatico, il 6% era in attesa di intervento di ricostruzione, il 5% era in attesa di intervento chirurgico, il 2% aveva ricevuto una prima diagnosi mentre l'1% era in recidiva.

Tabella 2 – Effetto covid-19 sulle prestazioni sanitarie

Prestazioni sanitarie programmate presso la BU di riferimento	Posticipo	Annullamento	Riprogrammazione
Visite specialistiche	14%	89%	52%
Esami diagnostici (TAC, PET, etc...)	11%	88%	50%
Esami di laboratorio (esami del sangue, etc...)	6%	87%	46%

Nella tabella 2 sono riportate le percentuali per le singole prestazioni sanitarie rimandate, annullate o riprogrammate durante la seconda ondata.

ii. Posticipo delle prestazioni

Questa sezione ha l'obiettivo di analizzare le prestazioni rimandate a causa del covid-19. In particolare, la riprogrammazione è stata analizzata sulla base dello stadio della patologia indicato dalla rispondente. Infatti,

nelle sezioni a seguire verranno investigate: i) posticipo delle prestazioni per le pazienti che hanno ricevuto una prima diagnosi; ii) posticipo delle prestazioni per le pazienti in attesa di intervento chirurgico; iii) pazienti in attesa di intervento di ricostruzione; iv) in cura per tumore al seno metastatico; vi) pazienti in follow up; vii) pazienti in recidiva; viii) pazienti in trattamento.

Posticipo delle prestazioni - pazienti che avevano ricevuto una prima diagnosi

Il posticipo delle prestazioni per questa tipologia di pazienti non è avvenuto nel nostro campione. Questo risultato rappresenta un segnale positivo in quanto le pazienti che prima del covid avevano ricevuto una prima diagnosi di tumore alla mammella hanno potuto effettuare ulteriori visite specialistiche. Gli esami diagnostici, invece, sono stati rimandati nel 7% dei casi; mentre mai gli esami di laboratorio. Possiamo concludere, dunque che alla maggior parte di tali pazienti è stato assicurato l'accesso alle cure in fase di diagnosi durante la pandemia da covid-19.

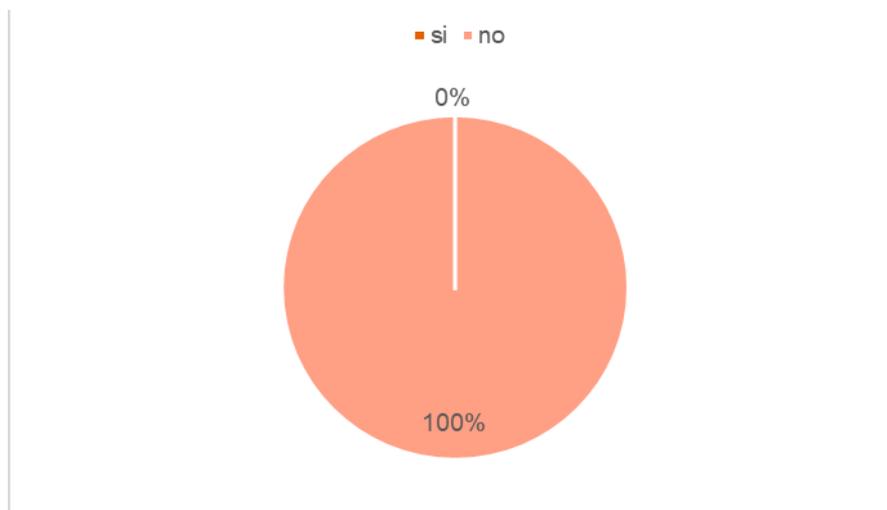


Figura 42 visite specialistiche rimandate

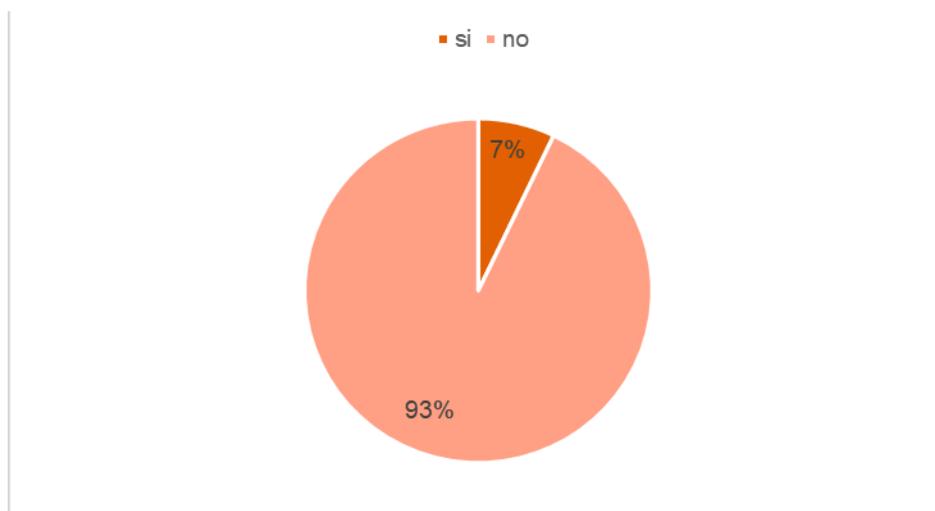


Figura 43 esami diagnostici rimandati

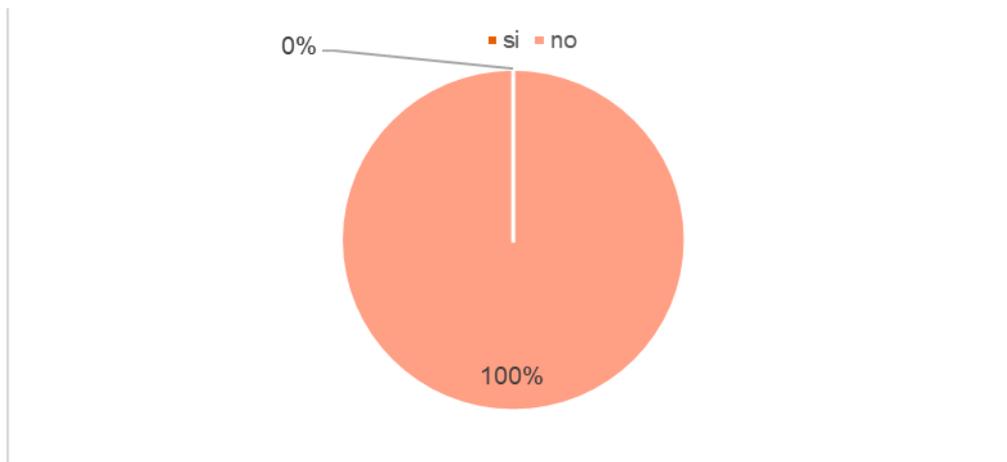


Figura 44 esami di laboratorio rimandati

Posticipo delle prestazioni - in attesa di intervento chirurgico

Le pazienti in attesa di intervento chirurgico hanno assistito all'annullamento, nel 6% dei casi, di visite specialistiche; nel 12% dei casi hanno dovuto rinunciare a esami di laboratorio programmati e nel 3% a esami diagnostici. Rispetto a coloro che si trovano in fase di prima diagnosi, queste pazienti si sono trovate a non poter accedere, in misura leggermente maggiore, a visite e esami programmati a causa della pandemia.

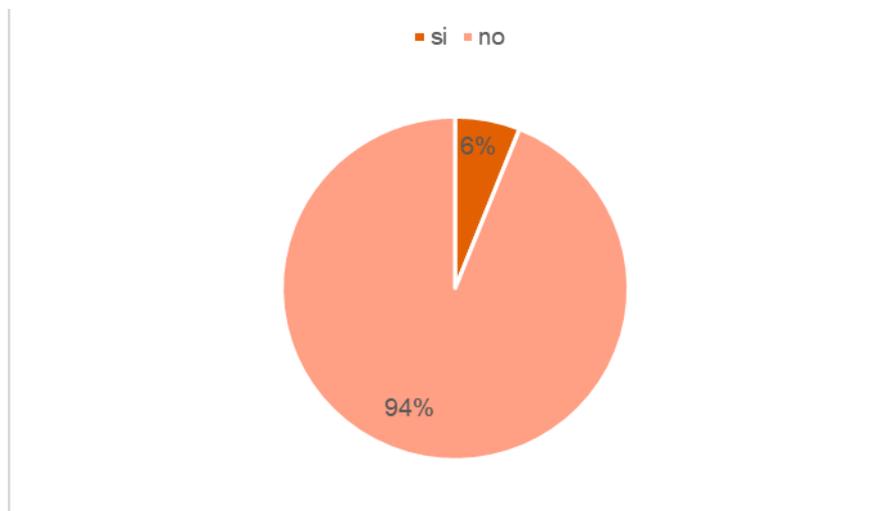


Figura 45 visite specialistiche rimandate

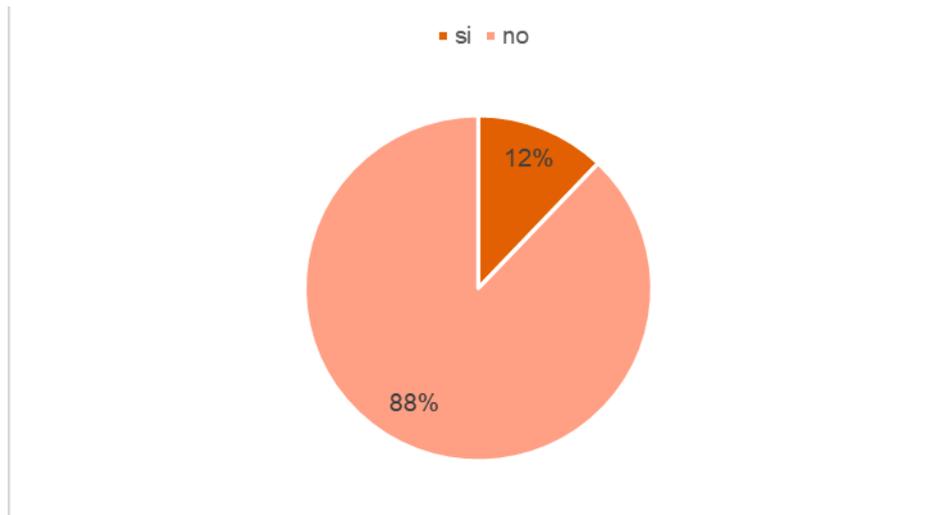


Figura 46 esami di laboratorio rimandati

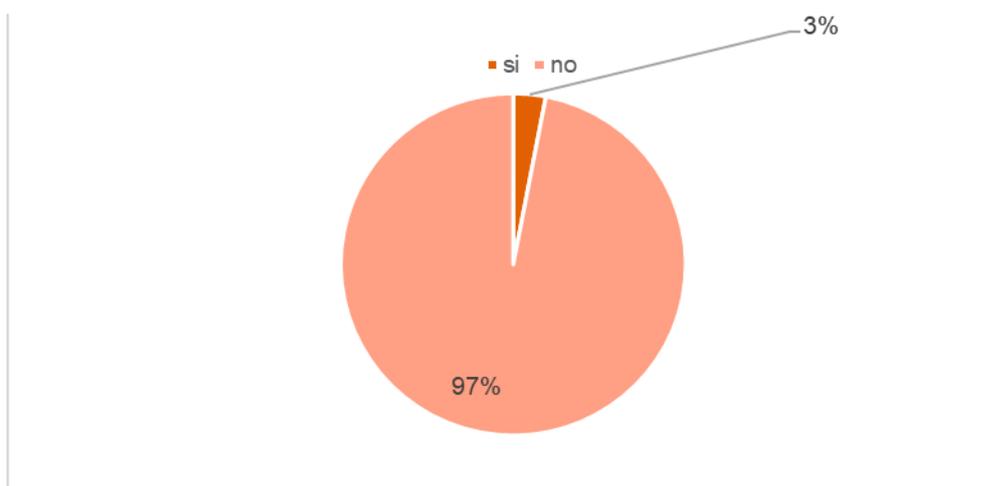


Figura 47 esami diagnostici rimandati

Posticipo delle prestazioni - in attesa di intervento di ricostruzione

Il posticipo delle prestazioni nelle pazienti in attesa di intervento di ricostruzione è avvenuto con più frequenza rispetto alle pazienti in altri stadi. Infatti, circa al 63% delle pazienti è stato rimandato l'intervento di ricostruzione del seno. La pandemia ha inciso sul posticipo delle visite specialistiche nel 7% dei casi; al 10% delle pazienti sono stati rimandati esami diagnostici e, infine, al 5% dei casi sono stati rimandati esami di laboratorio.

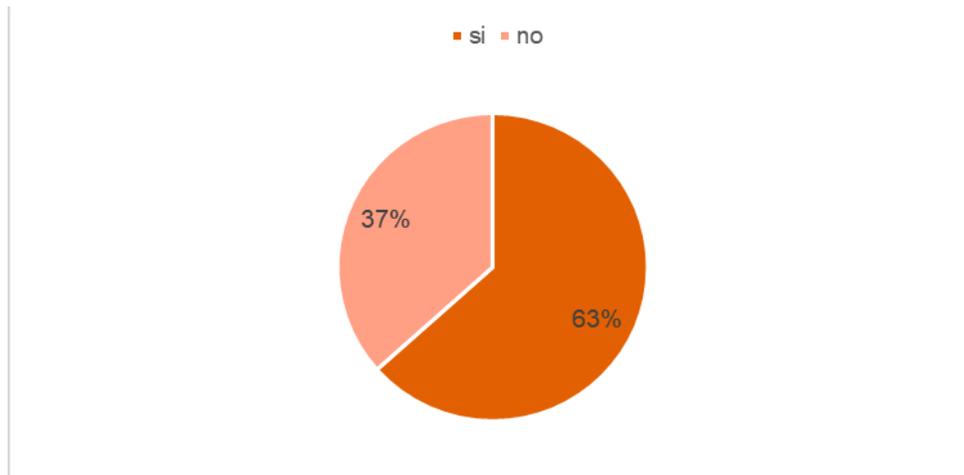


Figura 48 Posticipo intervento di ricostruzione

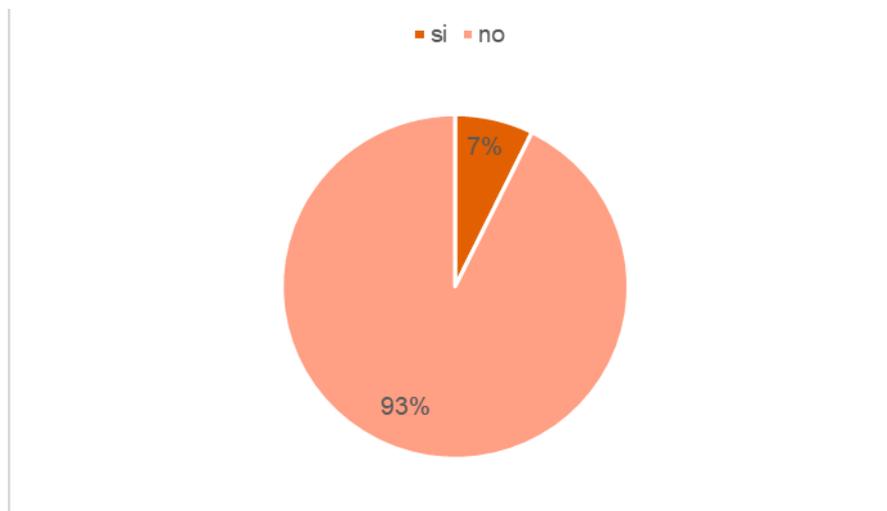


Figura 49 Posticipo delle visite specialistiche

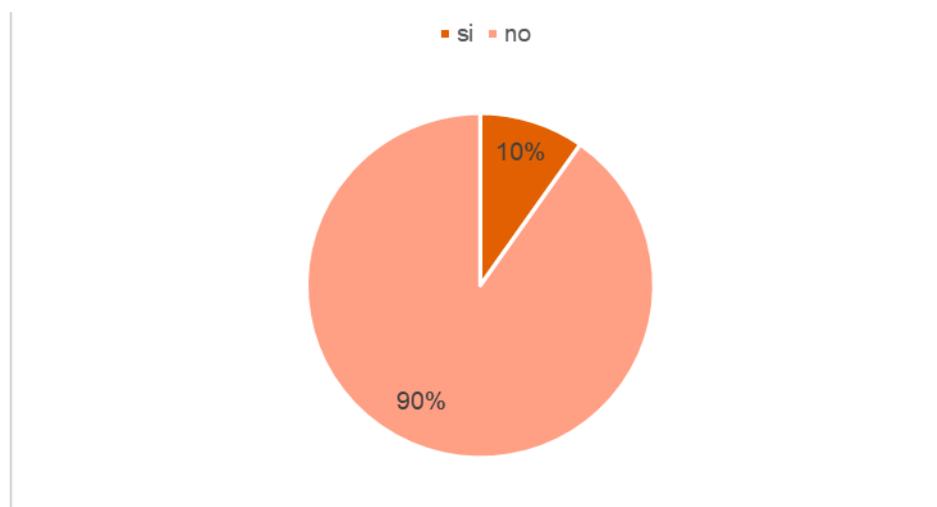


Figura 50 Posticipo esami diagnostici

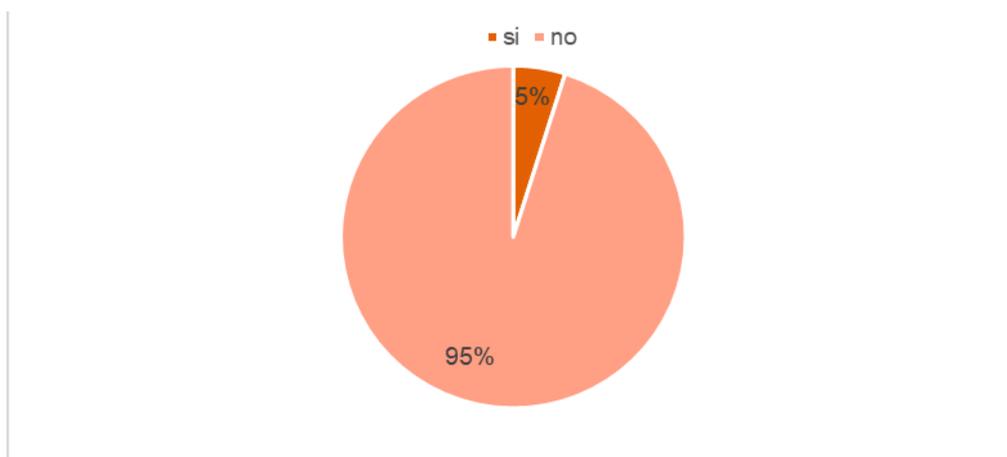


Figura 31 Posticipo esami di laboratorio

Posticipo delle prestazioni - ero in cura per tumore al seno metastatico

Nelle pazienti in cura per tumore metastatico le prestazioni sono state rimandate con meno frequenza rispetto ai precedenti casi. Infatti, nel 4% dei casi sono stati rimandate visite specialistiche, nel 8% esami diagnostici e solo nel 4% sono stati rimandati esami di laboratorio.

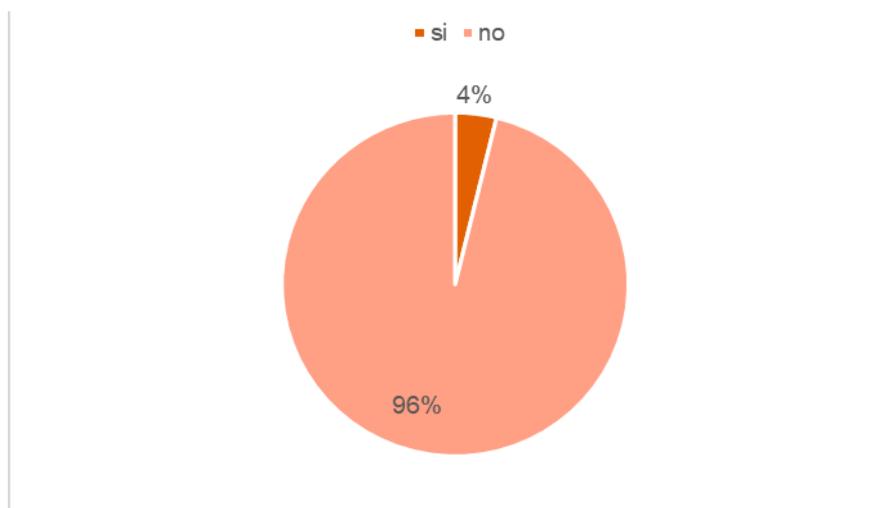


Figura 52 Posticipo visite specialistiche

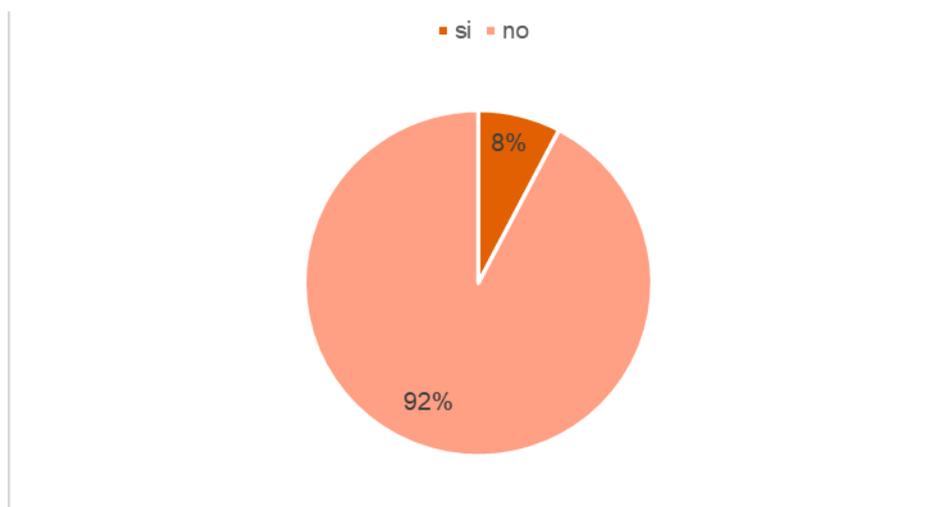


Figura 53 Posticipo esami diagnostici

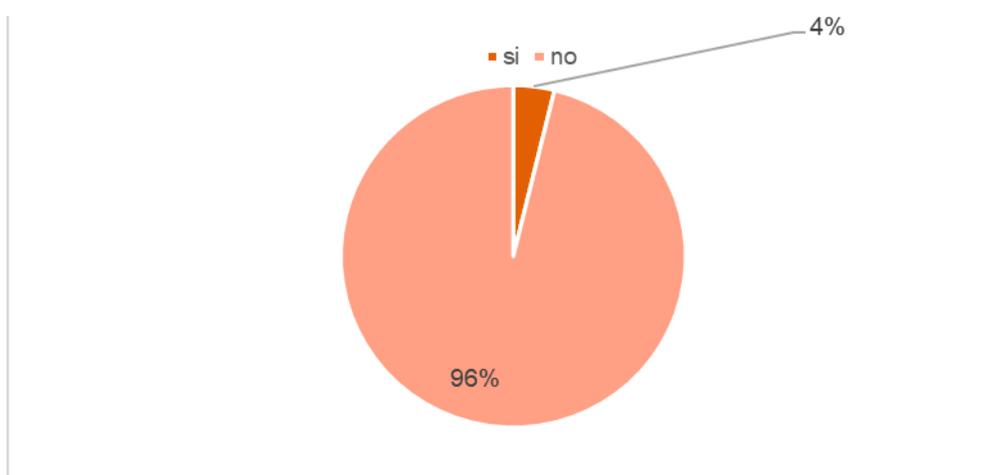


Figura 54 Posticipo esami di laboratorio

Posticipo delle prestazioni -ero in follow up

Nelle pazienti in follow up le visite specialistiche sono state rimandate nel 19% dei casi. Gli esami diagnostici, invece, hanno subito un posticipo nel 13% delle pazienti mentre gli esami di laboratorio sono stati rimandati nel 7% dei casi.

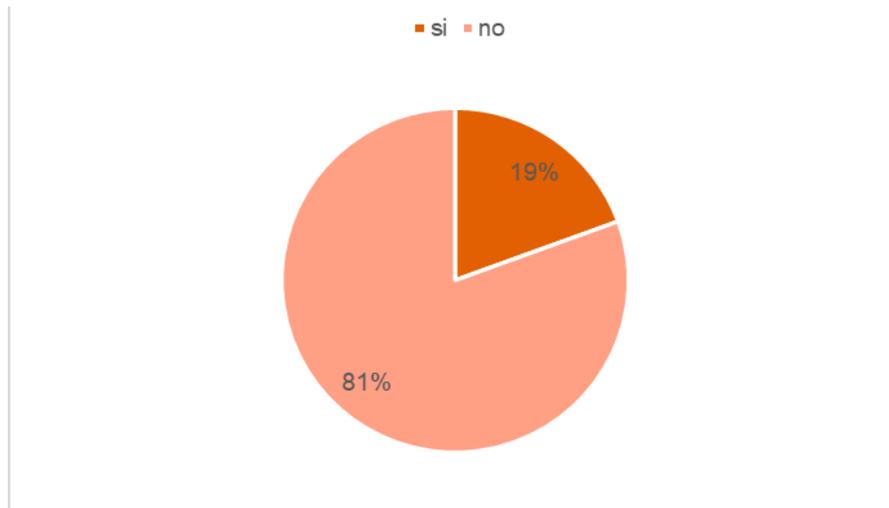


Figura 55 Posticipo visite specialistiche

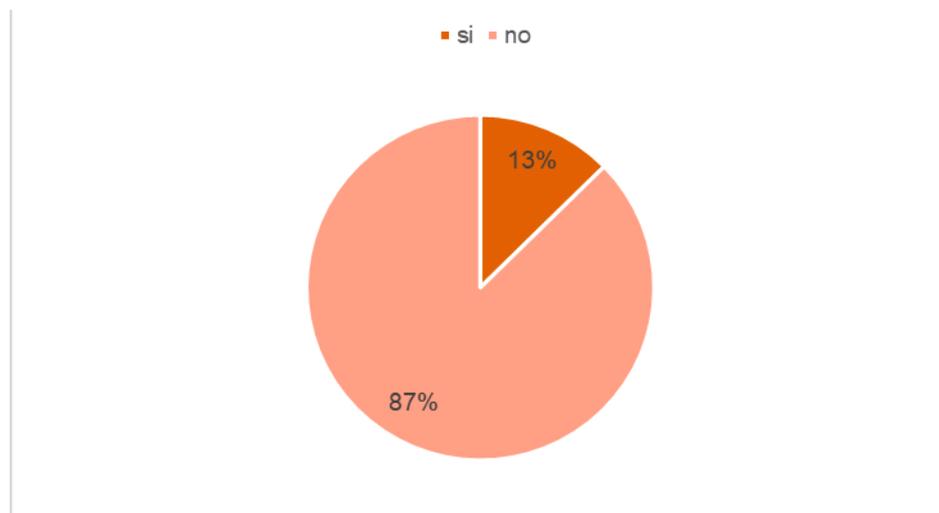


Figura 56 Posticipo esami diagnostici

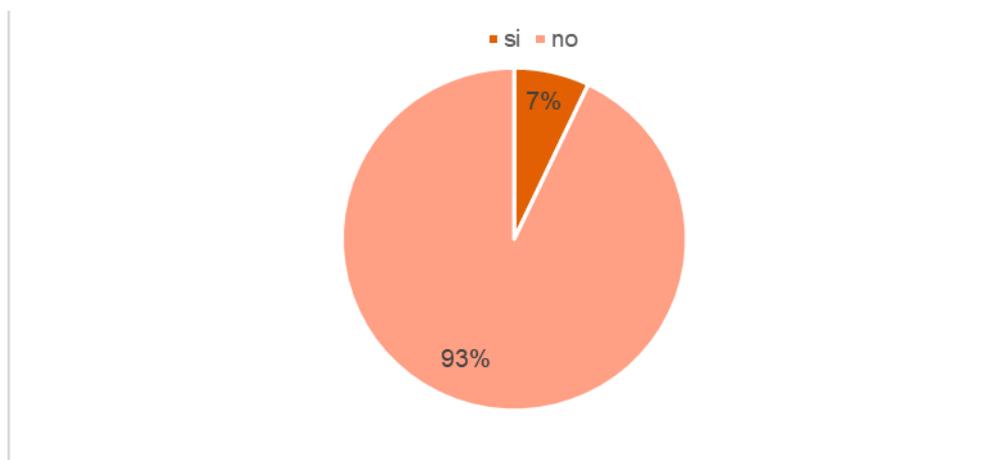


Figura 57 Posticipo esami di laboratorio

Posticipo cure - ero in recidiva

Le pazienti in recidiva non hanno subito posticipo nelle visite specialistiche e degli esami diagnostici, nè sono stati rimandati esami di laboratorio.

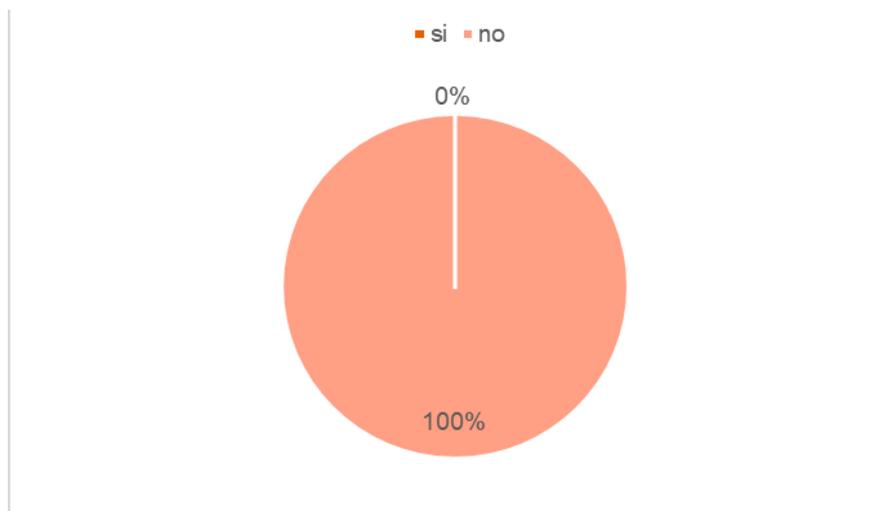


Figura 58 Posticipo visite specialistiche

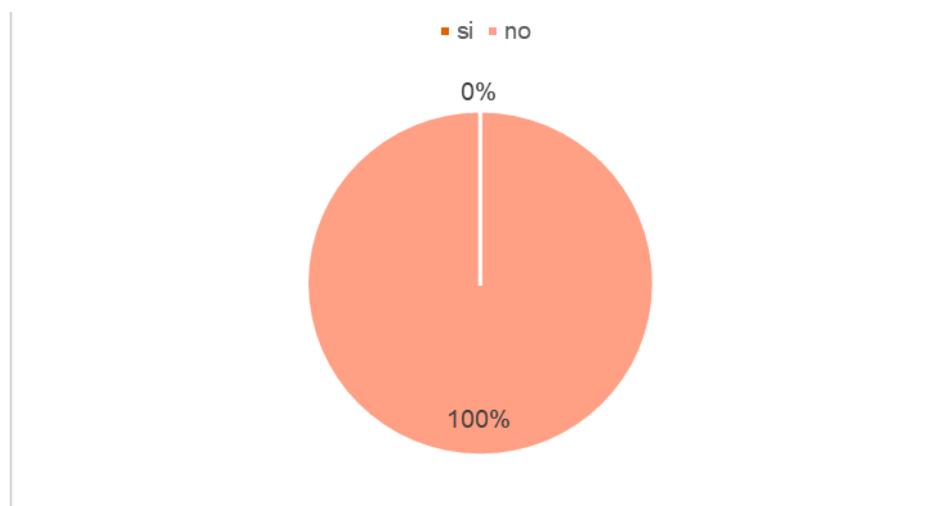


Figura 59 Posticipo esami diagnostici

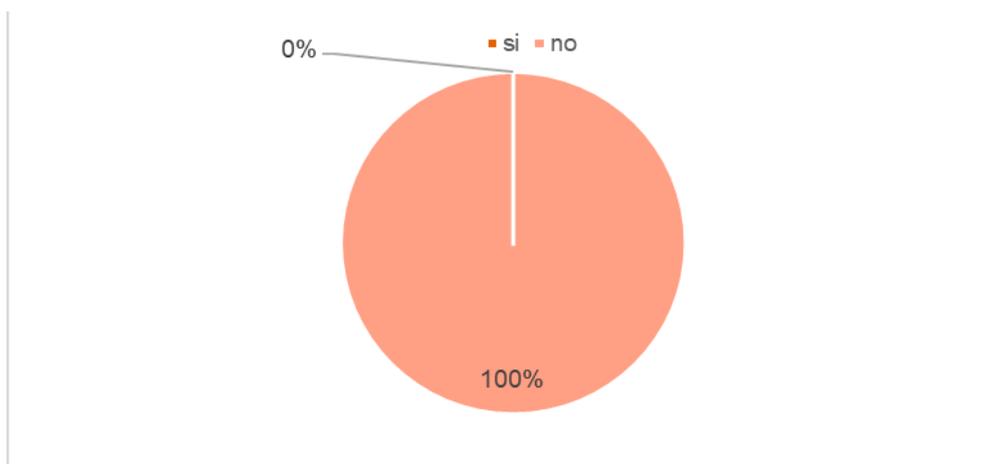


Figura 60 Posticipo esami di laboratorio

Posticipo delle prestazioni - ero in trattamento

Le pazienti in trattamento hanno subito un importante posticipo nelle visite specialistiche, pari circa all'8% dei casi. Gli esami diagnostici, invece, sono stati rimandati nel 8% delle pazienti mentre gli esami di laboratorio nell'4% dei casi. La maggior parte delle rispondenti era sottoposto a trattamenti di chemioterapia e radioterapia.

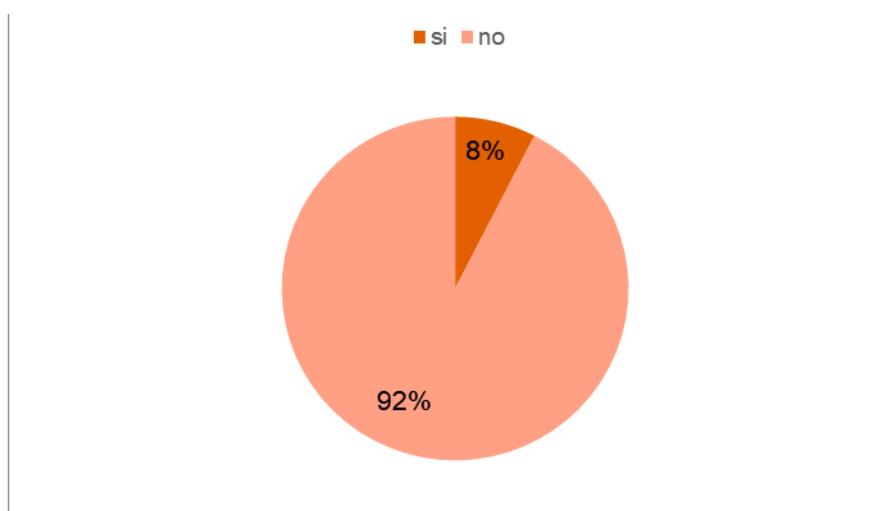


Figura 61 Posticipo Visite Specialistiche

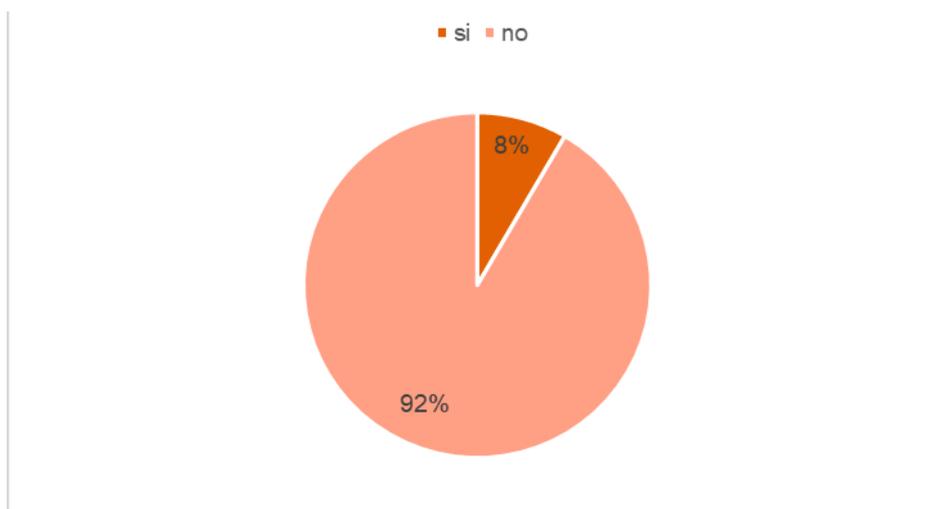


Figura 62 Posticipo esami diagnostici



Figura 63 Posticipo esami di laboratorio

iii. Riprogrammazione delle prestazioni

La presente analisi ha l'obiettivo di analizzare le tempistiche legate alla riprogrammazione delle prestazioni precedentemente descritte. In particolare, come si evince dai grafici sotto riportati le visite specialistiche rimandate sono state riprogrammate nel 46% dei casi, il 43% delle pazienti, invece, non ha avuto accesso a tali prestazioni.

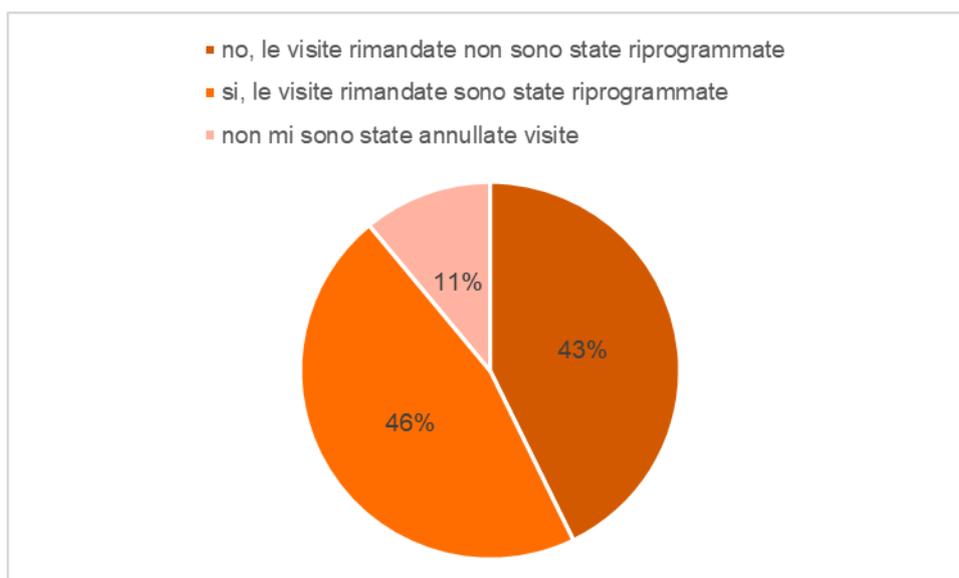


Figura 64 Riprogrammazione visite specialistiche 1/2

Per ciò che riguarda le tempistiche di riprogrammazione, nel 21% dei casi le pazienti hanno potuto riprogrammare le proprie visite dopo tre mesi circa. Nel 45% dei casi, invece, queste sono state riprogrammate dopo 15gg, nel 24% dei casi dopo un mese e nel 11% dei casi dopo 2 mesi.

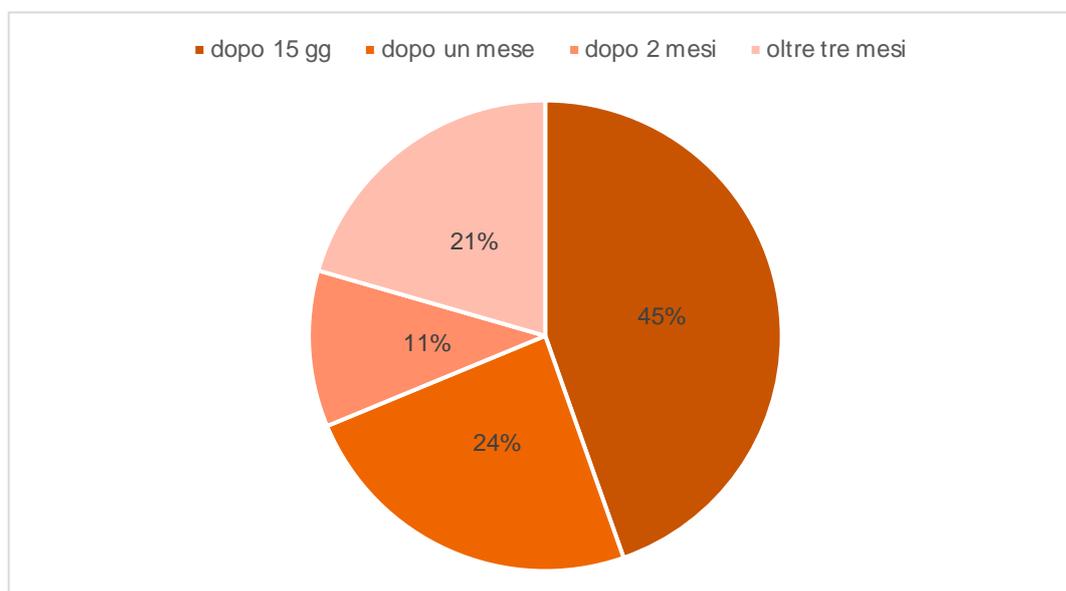


Figura 65 Riprogrammazione visite specialistiche 2/2

Nel campione oggetto di analisi, gli esami diagnostici sono stati riprogrammati nel 44% dei casi, il 44% delle pazienti non ha avuto accesso a tali prestazioni.

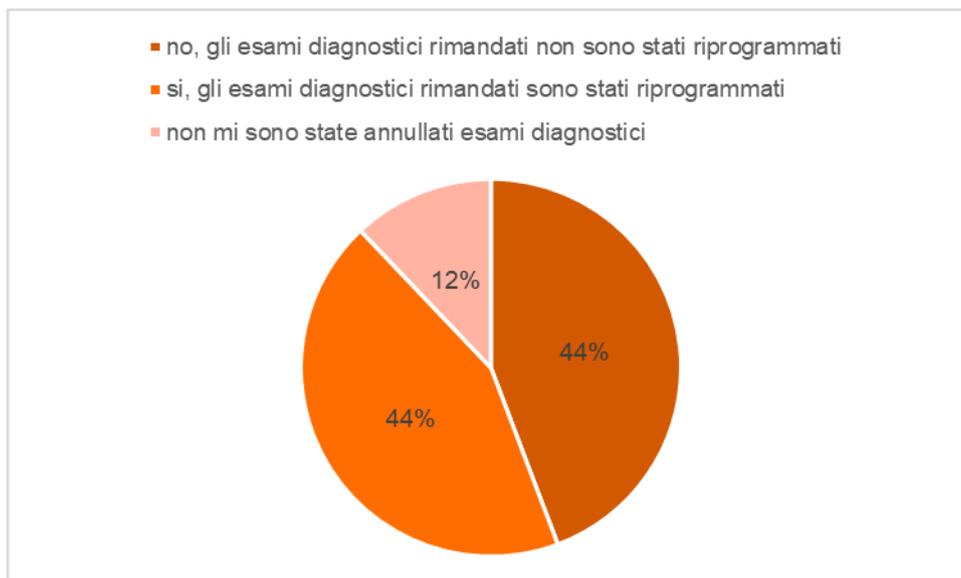


Figura 66 Riprogrammazione esami diagnostici

La riprogrammazione dei suddetti esami è avvenuta nel 17% dei casi dopo tre mesi dal posticipo. Solo nel 51% delle pazienti questi sono stati riprogrammati dopo 15 giorni mentre nel 22% dopo un mese e nel 10% dopo 2 mesi dal posticipo.

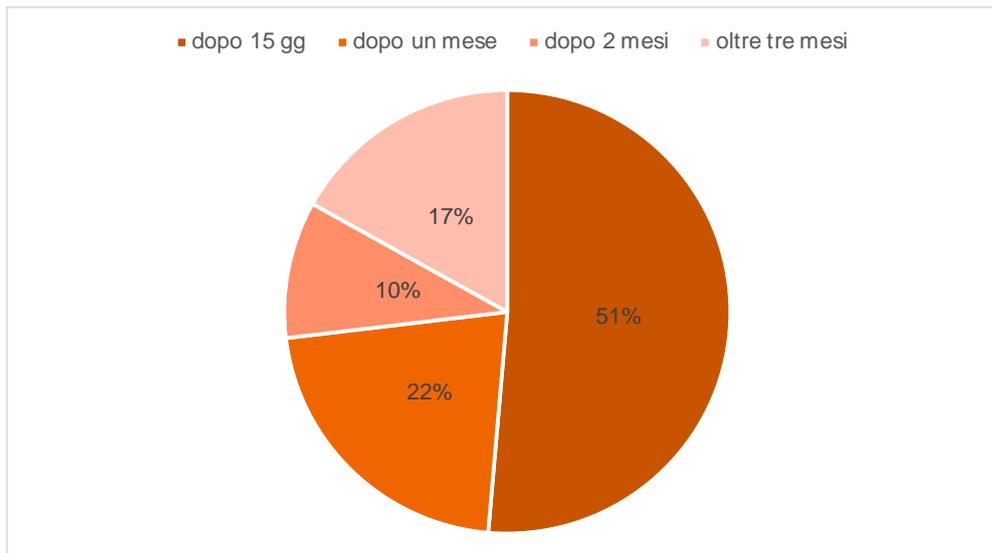


Figura 67 Riprogrammazione esami diagnostici

La riprogrammazione degli esami di laboratorio è avvenuta nel 13% dei casi, mentre il 47% delle pazienti non hanno avuto accesso a tali prestazioni precedentemente rimandate.

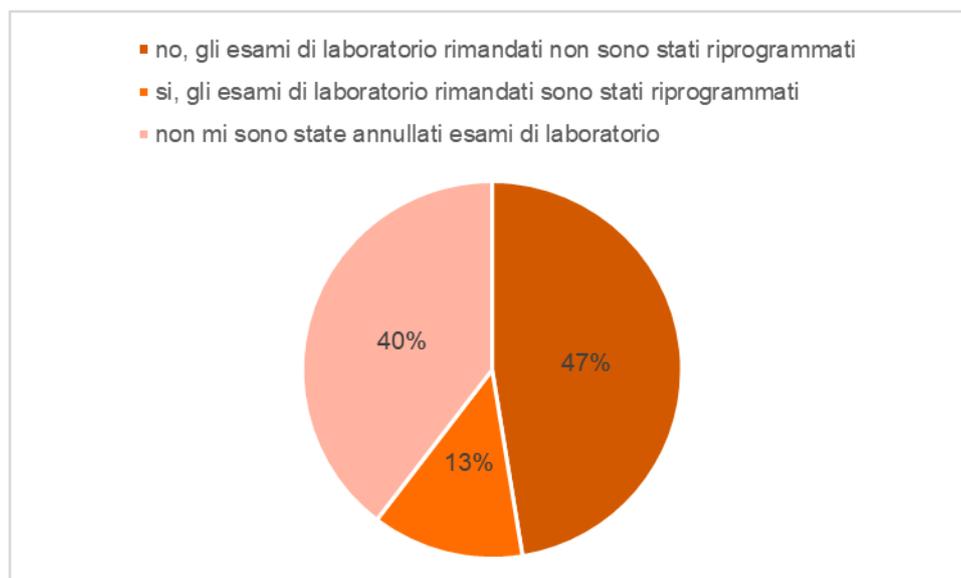


Figura 68 Riprogrammazione esami di laboratorio

In particolare, la riprogrammazione dei suddetti esami è avvenuta nel 10% dei casi dopo tre mesi dal posticipo, nel 69% dei casi dopo 15 giorni, nel 17% dopo un mese e in un ulteriore 4% dei casi dopo 2 mesi dal posticipo.

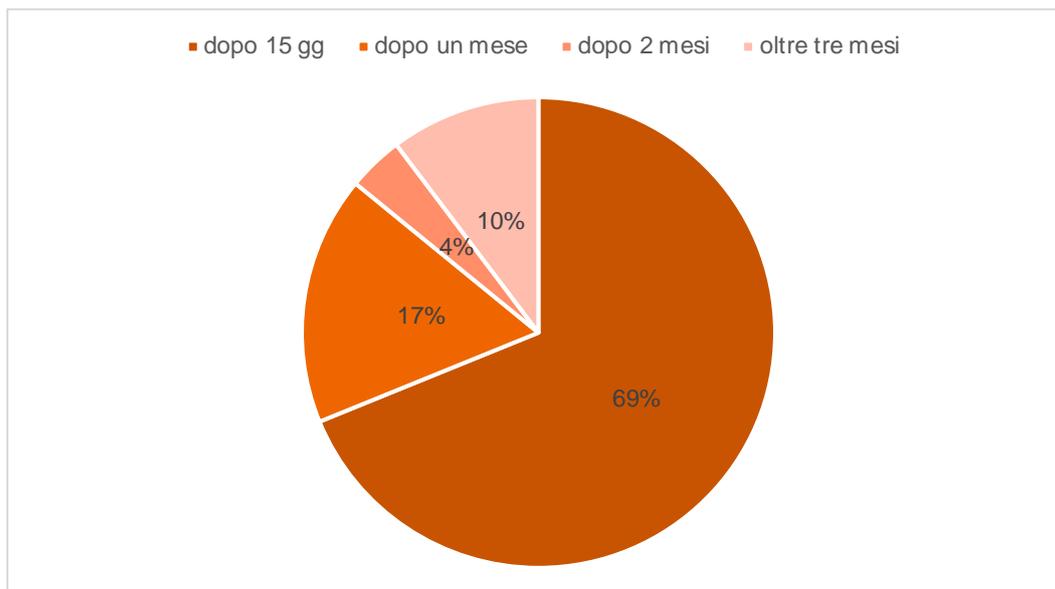


Figura 69 Riprogrammazione esami di laboratorio

Le terapie in corso sono state rimandate nel 2% dei casi. Gli interventi chirurgici, invece, hanno subito un posticipo nel 10% delle pazienti oggetto dello studio. In particolare, la riprogrammazione è avvenuta nel 76% dei casi dopo tre mesi dal posticipo, nel 15% dopo 15 giorni, nel 5% dopo un mese e nel 3% dopo 2 mesi.

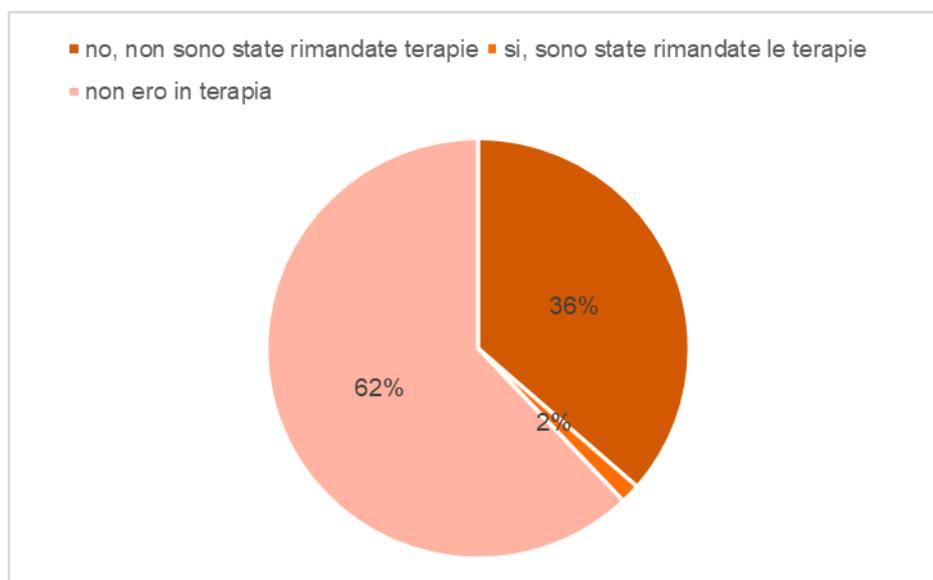


Figura 70 Riprogrammazione terapie ospedaliere in corso

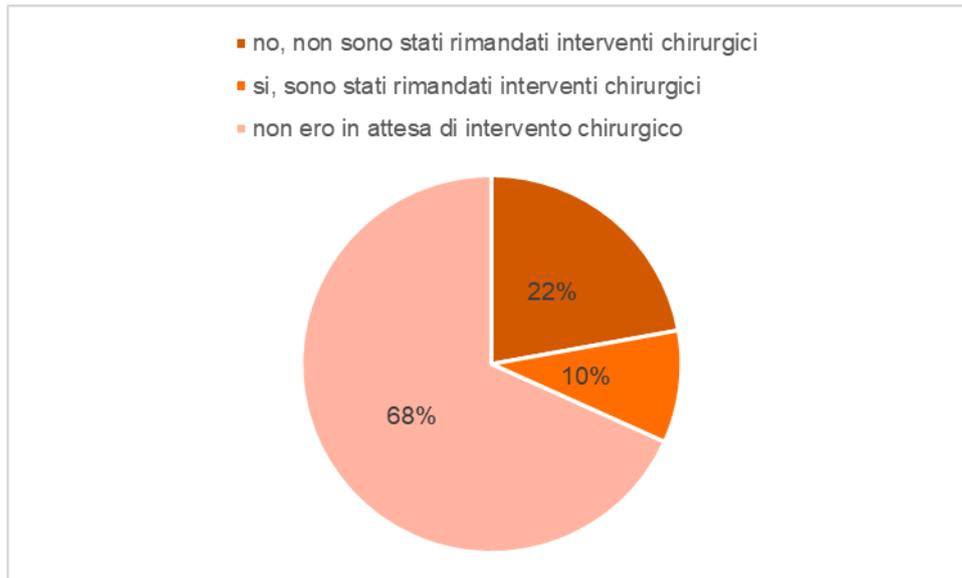


Figura 71 Riprogrammazione interventi chirurgici

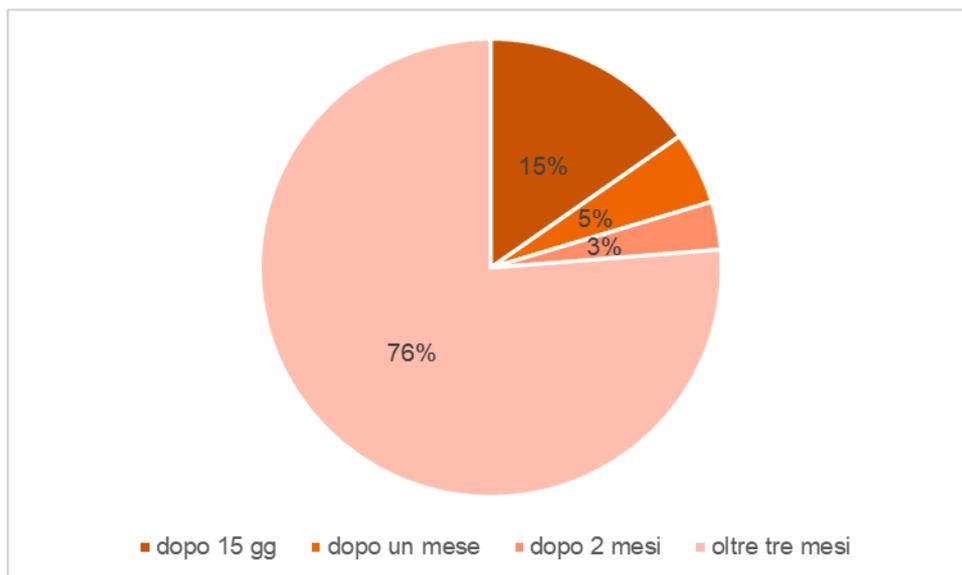


Figura 72 Riprogrammazione interventi chirurgici

iv. Accesso alla struttura di cura e ricovero

L'indagine ha, inoltre, investigato alcune ulteriori caratteristiche legate sia alla struttura che alle pazienti. In particolare, il 19% delle pazienti ha dichiarato di aver riscontrato difficoltà di accesso alla struttura durante il Covid-19.

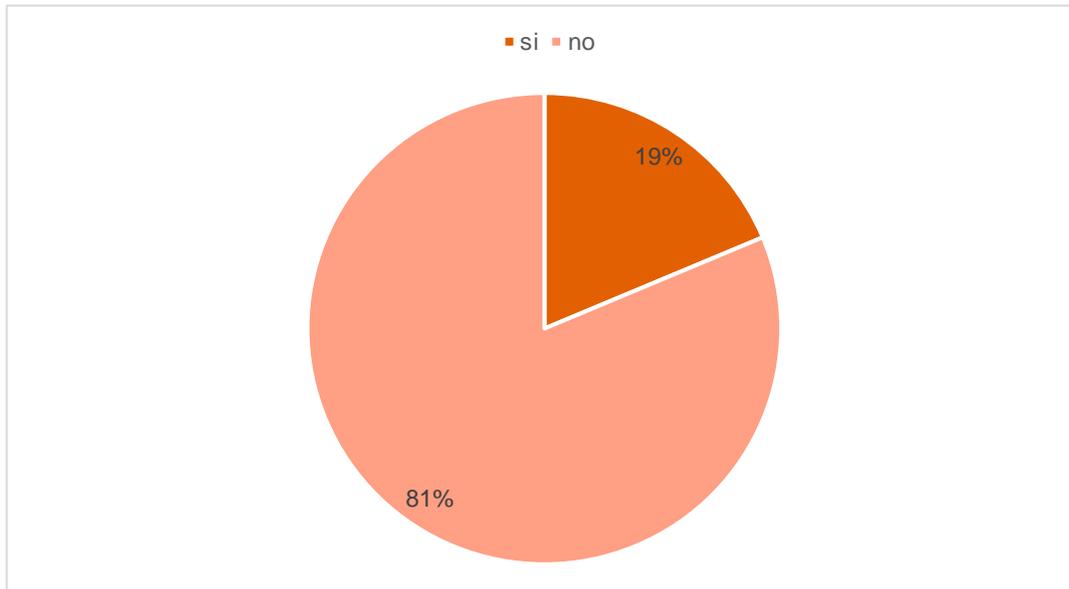


Figura 73 Difficoltà di accesso alla struttura

v. Impatto covid sui trial clinici

Il 17% delle pazienti, durante la pandemia, era coinvolta in un trial clinico. Il coinvolgimento all'interno di quest'ultimo è particolarmente rilevante in quanto indice di prestazioni e cure programmate. I trial clinici, infatti, richiedono che il programma prefissato venga seguito dettagliatamente e per tale ragione eventuali sospensioni o riprogrammazioni potrebbero avere impatti significativi sul risultato dello stesso.

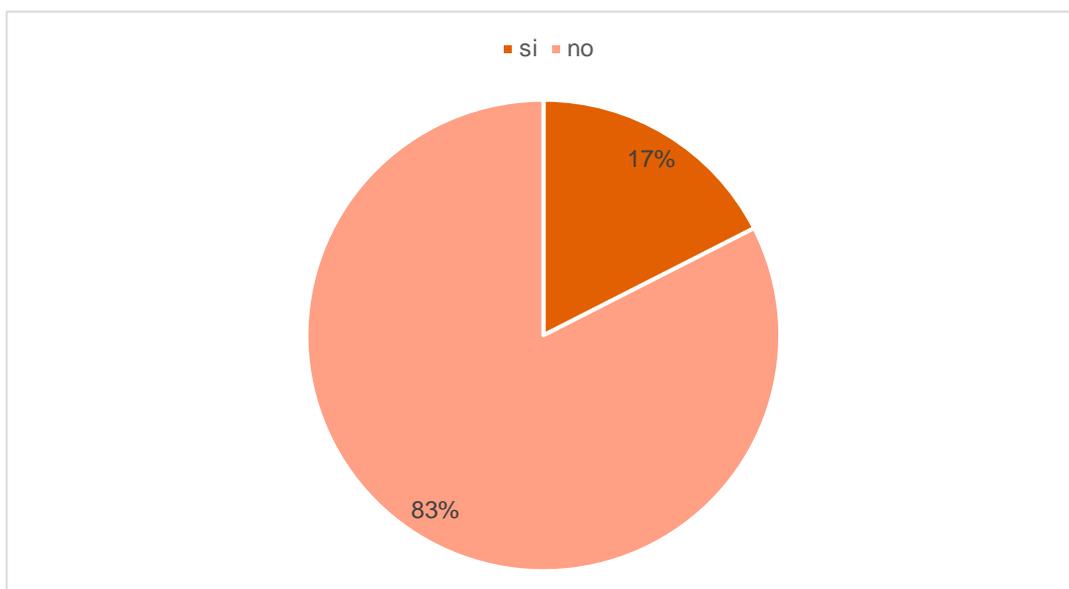


Figura 74 Coinvolgimento in un trial clinico

La pandemia ha compromesso la partecipazione a trial clinici e quindi l'esecuzione di terapie, esami e visite nel 9% dei casi rispetto alla totalità del campione.

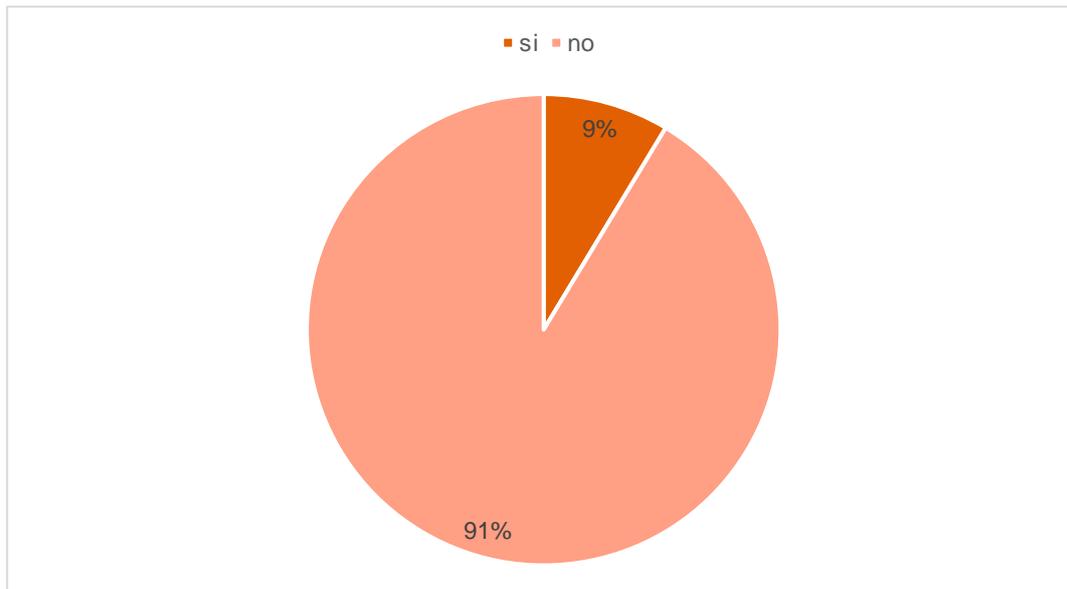


Figura 75 Partecipazione a trial clinici compromessa

vi. Utilizzo delle televisite/telemedicina pre-pandemia

L'indagine ha investigato l'utilizzo e la presenza dei servizi di telemedicina e televisita. In particolare, è emerso che prima della pandemia questi erano utilizzati nel 3% dei casi, il 58% dichiara che non erano in uso mentre il 39% non ne è a conoscenza. Tale risultato è in linea con i numerosi studi effettuati che attestavano il ritardo nell'utilizzo di tali strumenti.

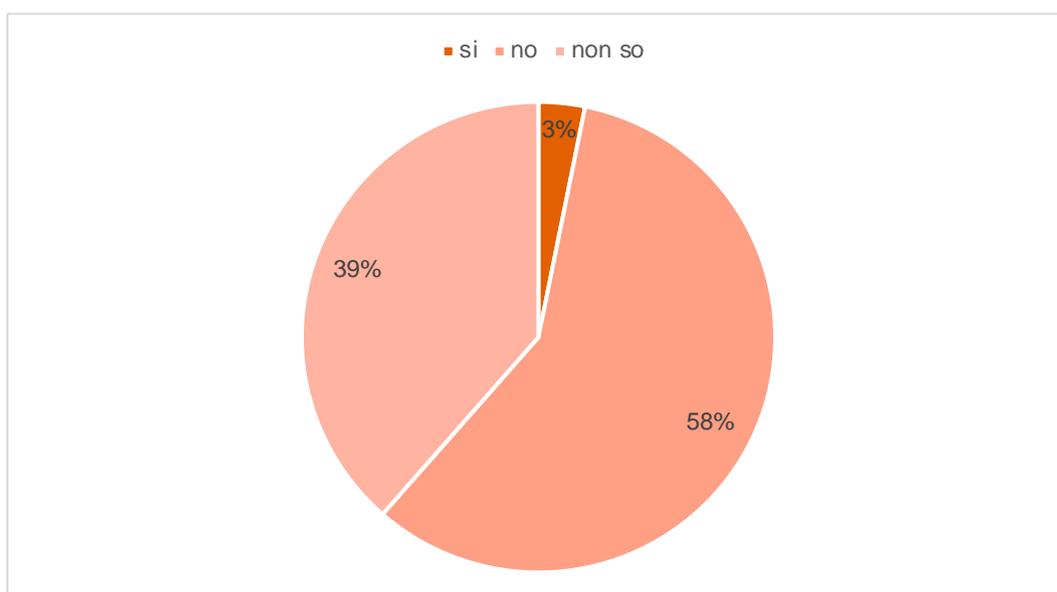


Figura 76 utilizzo della telemedicina e televisita prima della pandemia

vii. Cambiamenti equipe medica

La pandemia ha sicuramente richiesto maggiori risorse in termini di personale per trattamento dei pazienti covid-19 e sostituzioni nel caso di professionisti colpiti dal virus. Per tale motivo, la composizione dell'equipe medica con cui le pazienti si interfacciavano ne potrebbe aver risentito. In particolare, le rispondenti hanno dichiarato che nel 61% dei casi questa non ha subito alcuna variazione mentre nel 18% dei casi si sono registrati dei cambiamenti nella composizione di quest'ultima. La necessità di analizzare la presenza o meno di tali cambiamenti deriva dal fatto che questi potrebbero aver avuto un impatto sulla qualità delle cure e l'assistenza fornita.

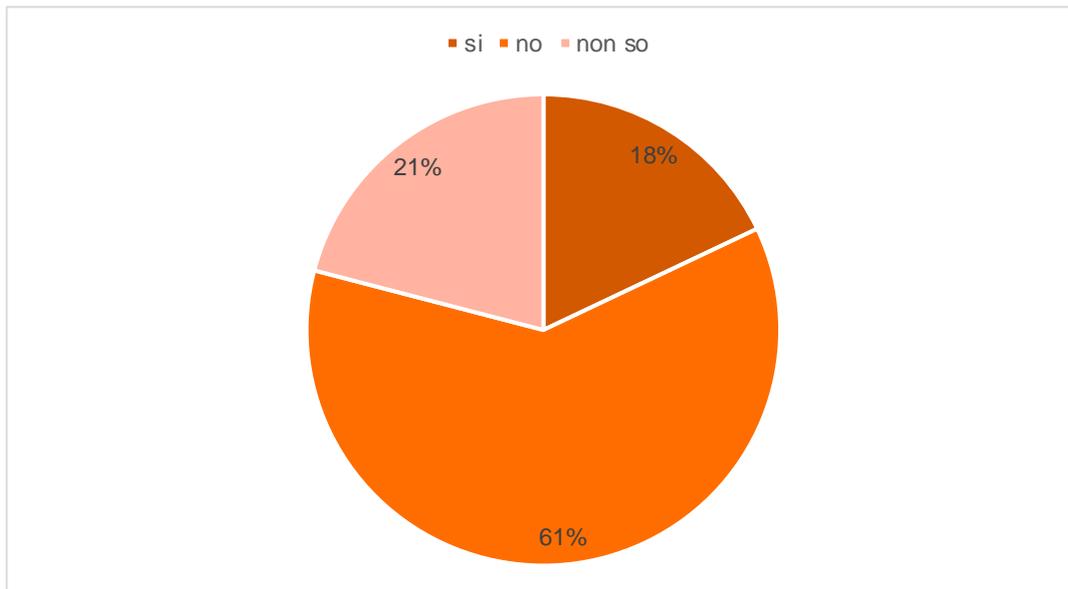


Figura 77 Cambiamenti nell'equipe medica

viii. Accesso alla struttura da parte del caregiver

Come noto, le rispondenti hanno confermato, nell'81% dei casi, che l'accesso alla struttura non è stato consentito ad alcun caregiver o familiare.

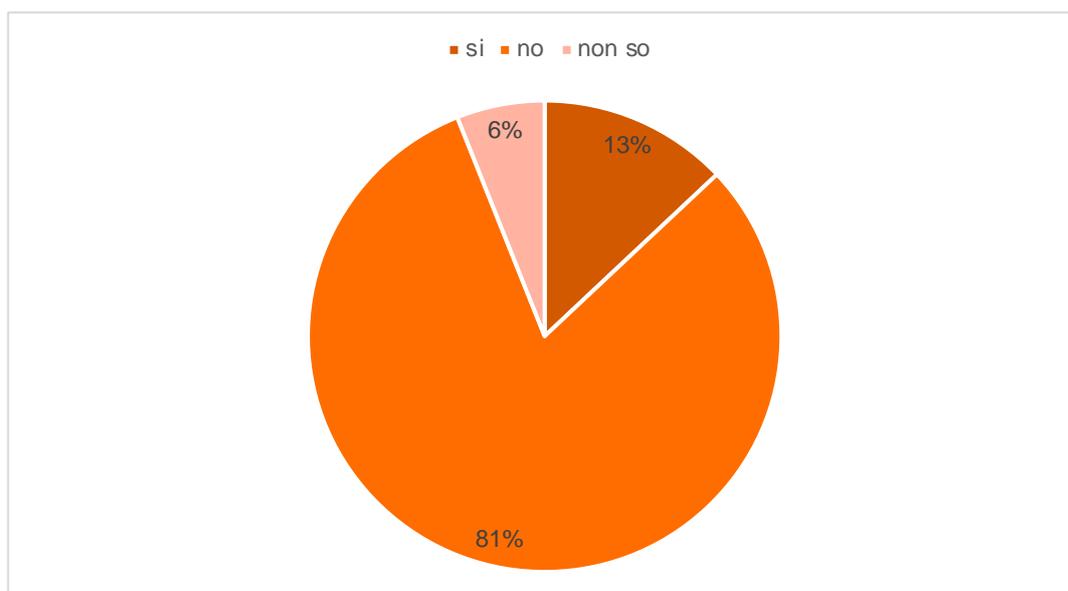


Figura 78 Accesso consentito al caregiver

In aggiunta, il 4% del campione ha dichiarato di esser stato contagiato dal Covid-19.

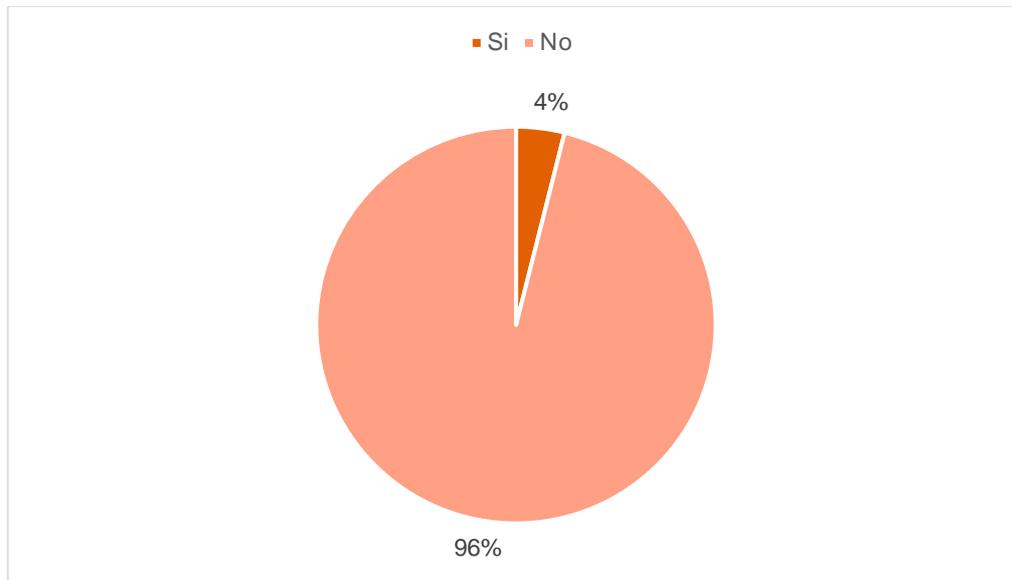


Figura 79 Contagio da covid-19

d. Riprogrammazione dei servizi post covid-19

i. Domiciliarizzazione delle terapie

Il 36% dichiara che durante l'emergenza sanitaria dovuta al Covid 19, il servizio che ritiene essere stato indispensabile per la continuità delle cure è stato la "Possibilità di contattare facilmente gli specialisti che mi hanno in cura", seguito dal 35% da "Accesso in sicurezza a cure e esami" e il 27% dal "Supporto del medico di medicina generale".

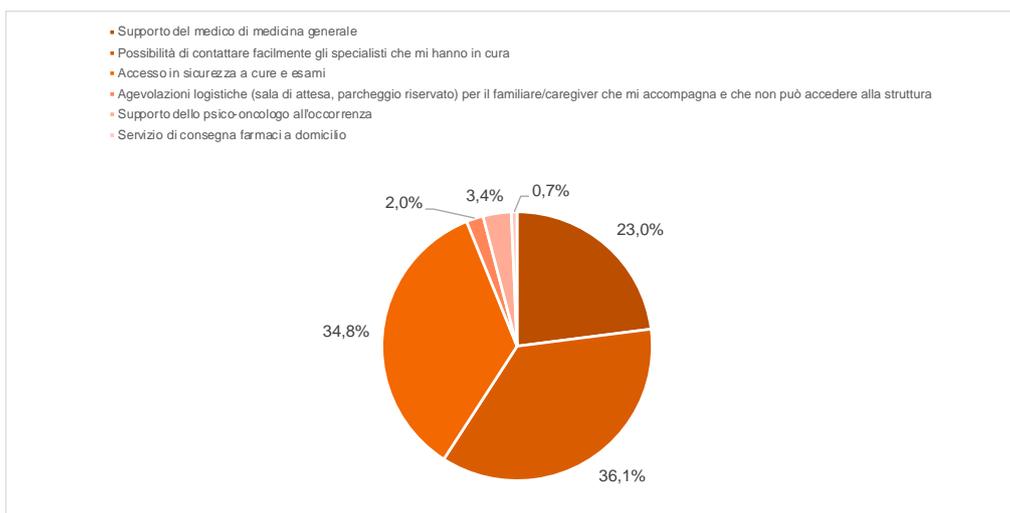


Figura 80 Servizi indispensabili per la continuità delle cure

Solo nel 3,5% dei casi la terapia ospedaliera che stava seguendo presso la BU di riferimento è stata resa disponibile a domicilio durante la pandemia, mentre nel 25% dei casi non è stato possibile.

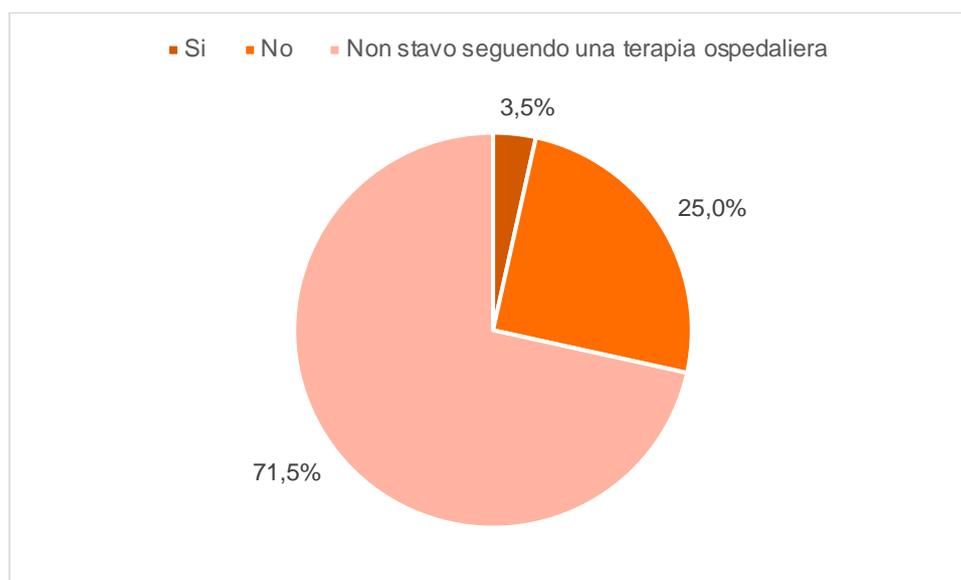


Figura 81 Domiciliarizzazione delle cure

ii. Differenziazione dei percorsi covid e non

Nel 73,5% dei casi la struttura presso cui è in cura ha predisposto percorsi differenziati per pazienti covid e pazienti no covid.

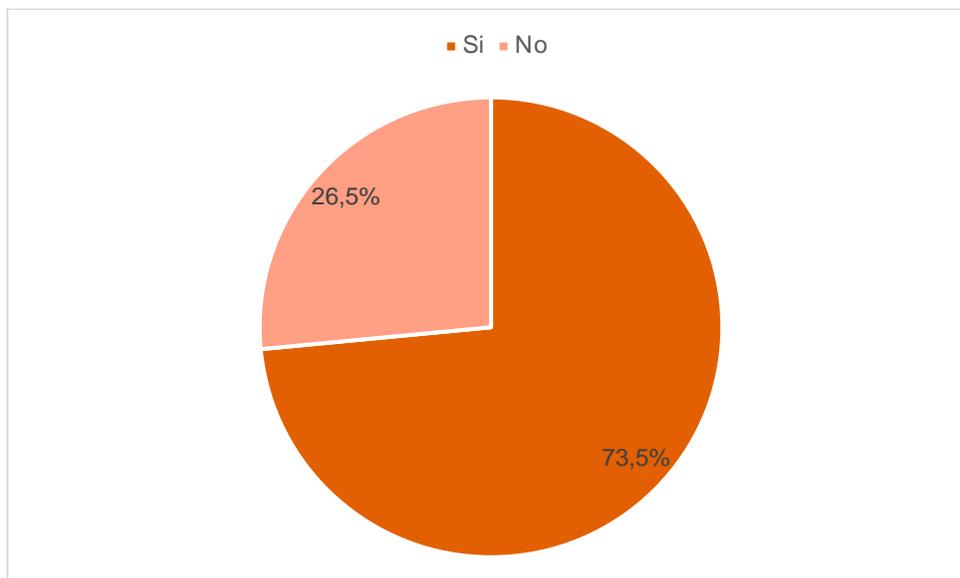


Figura 82 Differenziazione dei percorsi di cura

iii. Prestazioni erogate con telemedicina

Nel 18% dei casi alcune prestazioni le sono state erogate utilizzando dei servizi di telemedicina (televisita e teleconsulto).

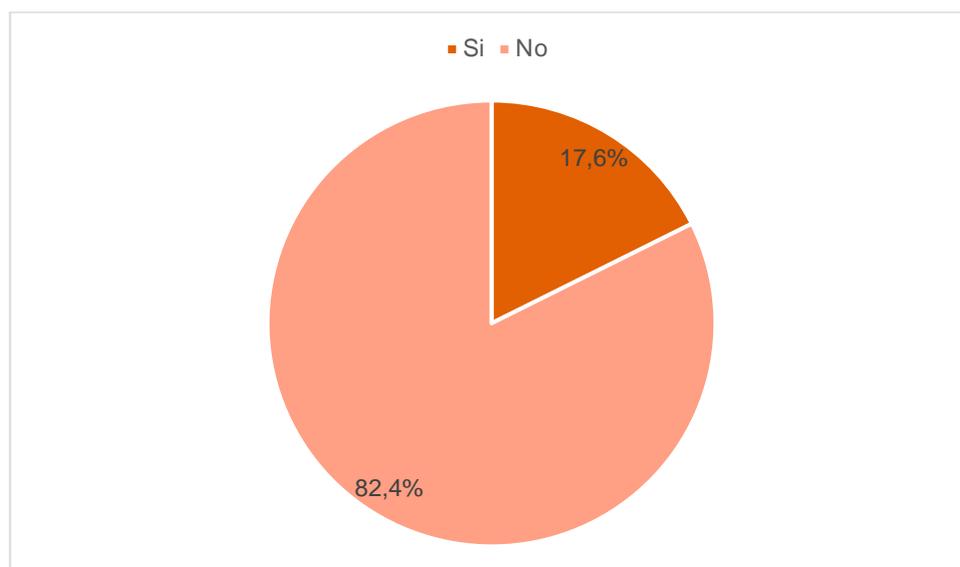


Figura 83 Utilizzo telemedicina

Di questi, il 76% dei rispondenti ritiene che tali servizi siano stati efficaci.

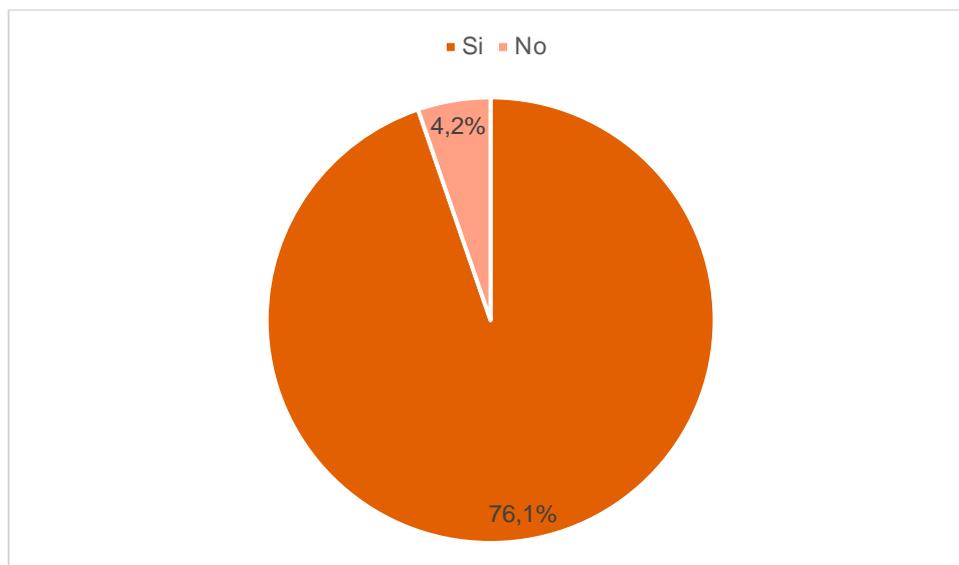


Figura 44 Efficacia servizi di telemedicina

e. Impatto del covid sulla malattia – la percezione della paziente

Il 79% dei rispondenti ritiene che il covid-19 abbia influenzato il suo stato psicologico (stress, ansia, etc...).

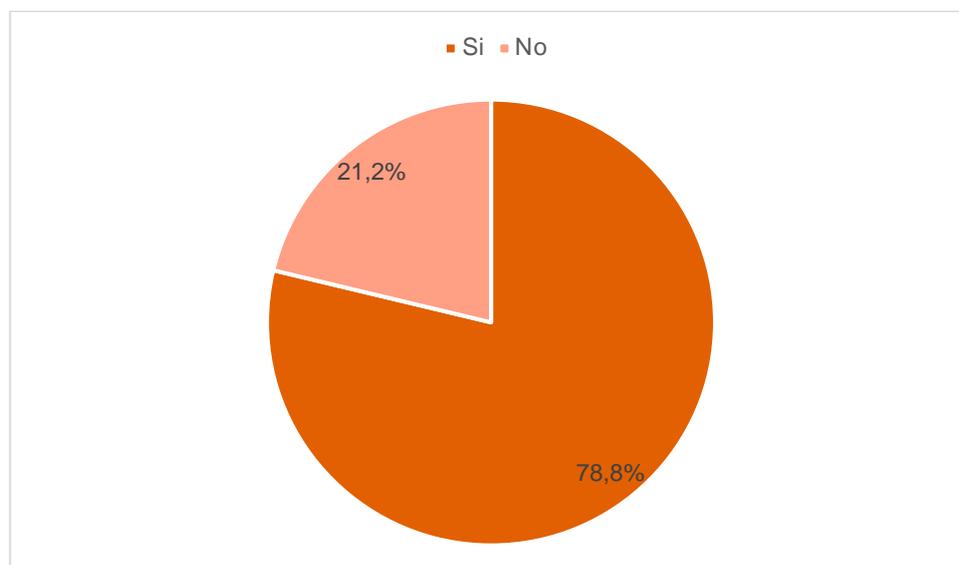


Figura 855 Impatto covid sullo stato psicologico

Il 70%, inoltre, dei rispondenti valuta molto alta la sicurezza della struttura presso cui si recava per la cura della sua patologia durante la pandemia.

Mentre il 68% valuta molto sicura la propria presa in carico da parte dell'equipe della BU (es. tempi di attesa, accettazione, visita, attenzione da parte del personale sanitario).

A causa del timore di contagio da covid-19, solo il 14% del campione ha rinunciato a visite ed esami diagnostici programmati.

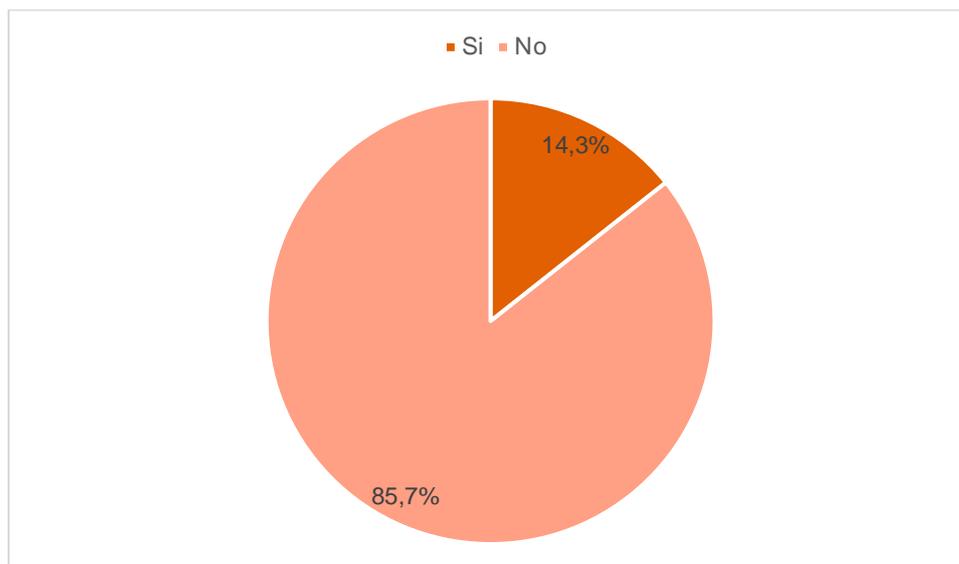


Figura 86 Rimando visite ed esami per timore covid

A causa del timore di contagio da covid-19, solo il 16% del campione ha evitato la prenotazione di visite ed esami diagnostici.

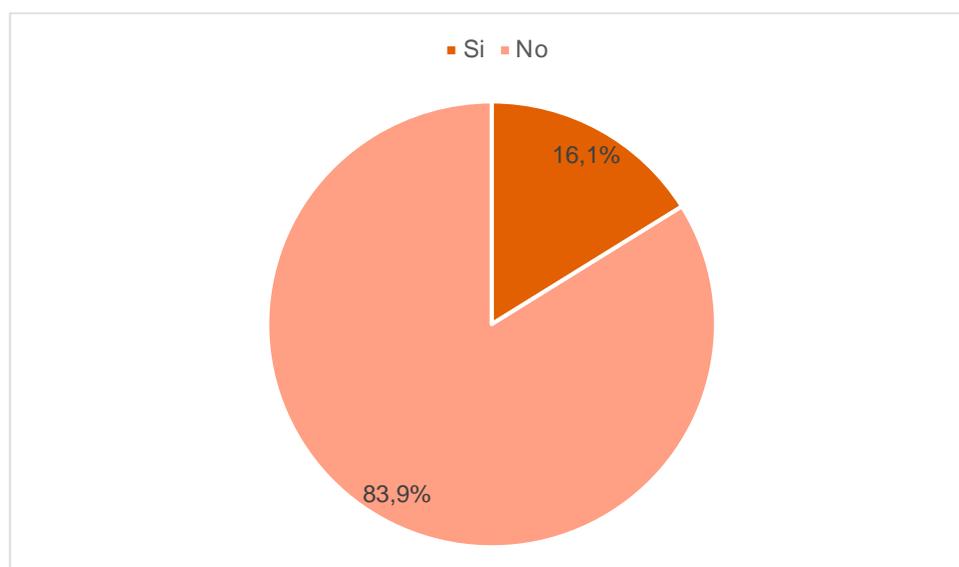


Figura 87 Rimando prenotazione visite ed esami per timore covid

Il 20% dei rispondenti ritiene che il suo stato di salute sia peggiorato durante la pandemia da Covid-19.

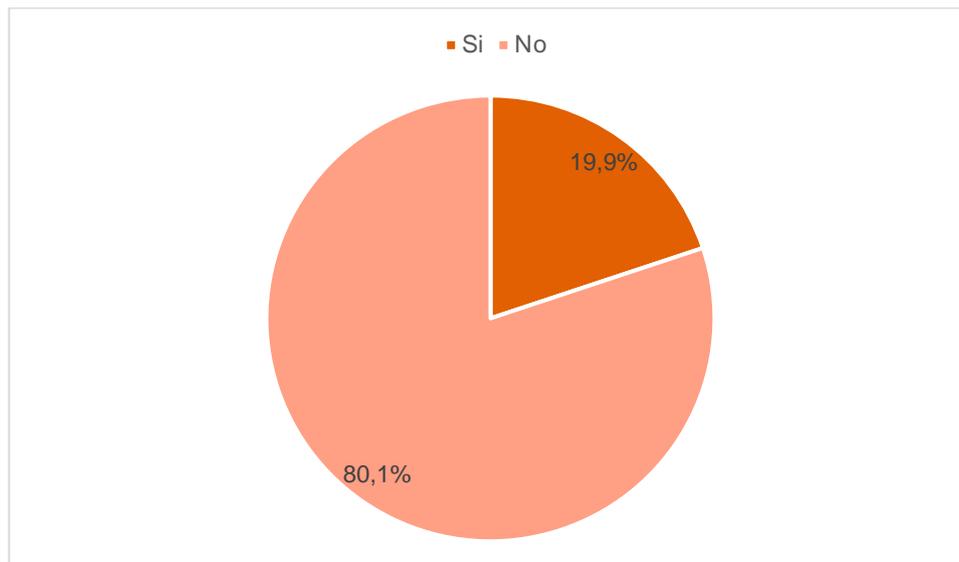


Figura 88 Peggioramento stato salute

Il 46% dei rispondenti ritiene che la qualità dell'assistenza sia cambiata a causa del Covid-19.

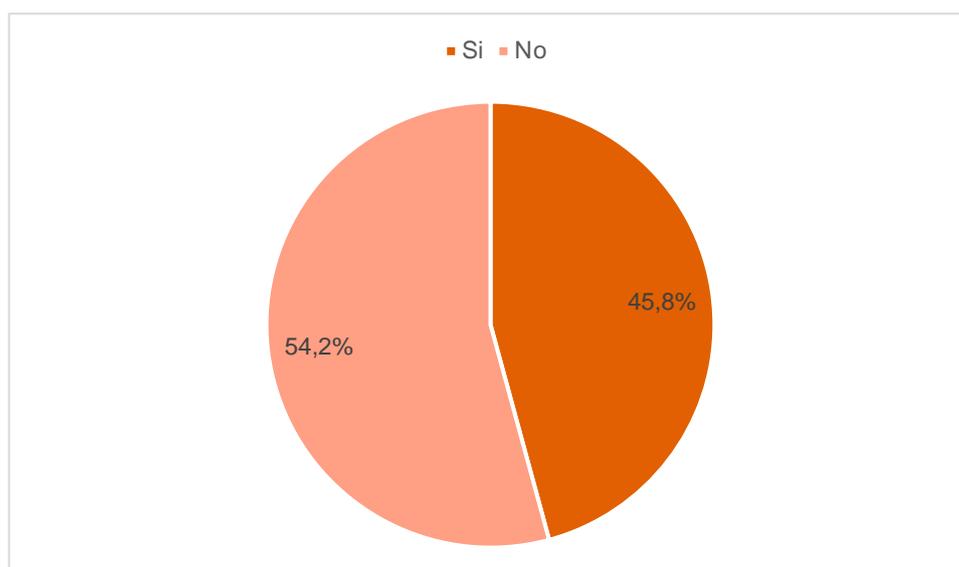


Figura 89 Impatto covid su qualità assistenza

Il 63% ritiene molto alta la qualità del suo rapporto con il medico/equipe medica (BU) durante il Covid- 19, mentre il 68% ritiene molto alta la qualità del suo rapporto con il medico/equipe medica (BU) dopo il Covid-19.

Solo il 26%, inoltre, ha ricevuto supporto psico-oncologico dalla BU durante la pandemia.

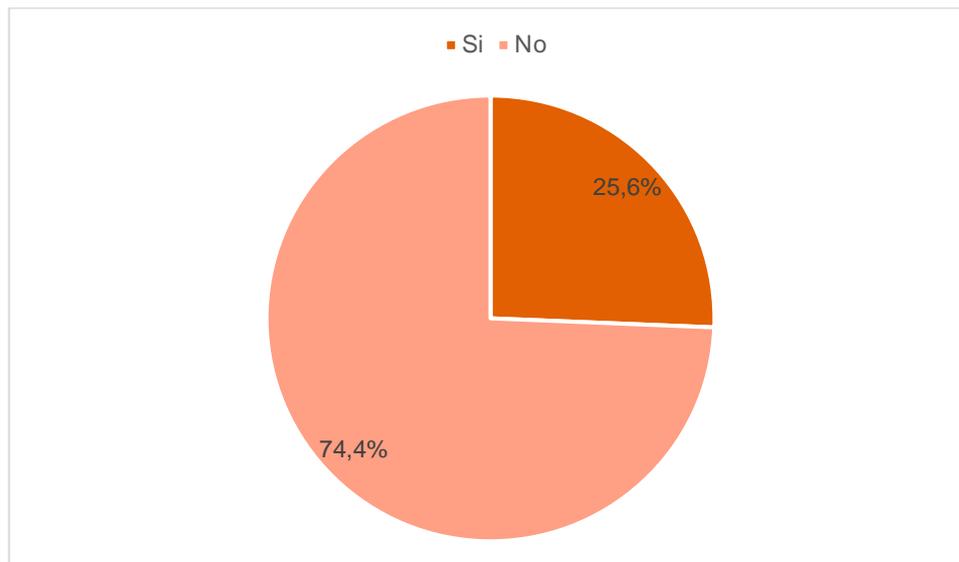


Figura 90 Supporto da psico-oncologo

Il 55% risulta essere molto favorevole alla domiciliarizzazione della propria terapia ospedaliera in corso e/o futura, mentre il 26% risulta essere neutro nella richiesta.

Il 54% ritiene molto favorevole ad una partnership tra SSN pubblico con attori privati per integrare / migliorare la gestione della propria malattia.

f. Il ruolo dell'associazione pazienti durante il covid-19

Il 25% durante la pandemia ha potuto ricevere il supporto di un'associazione di volontariato che collabora con la BU.

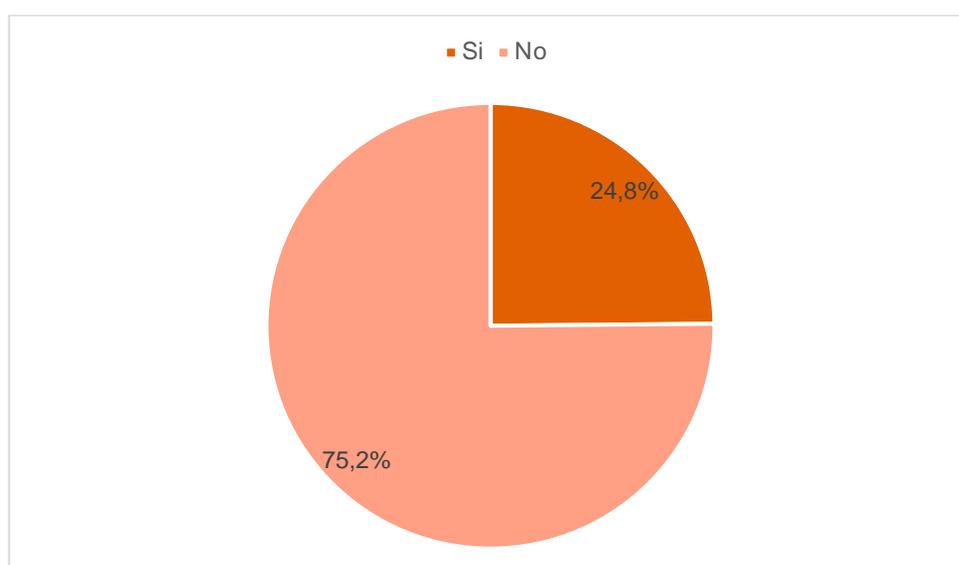


Figura 91 Supporto associazione pazienti

Di questo supporto, il 68% è stato erogato con modalità “da remoto”.

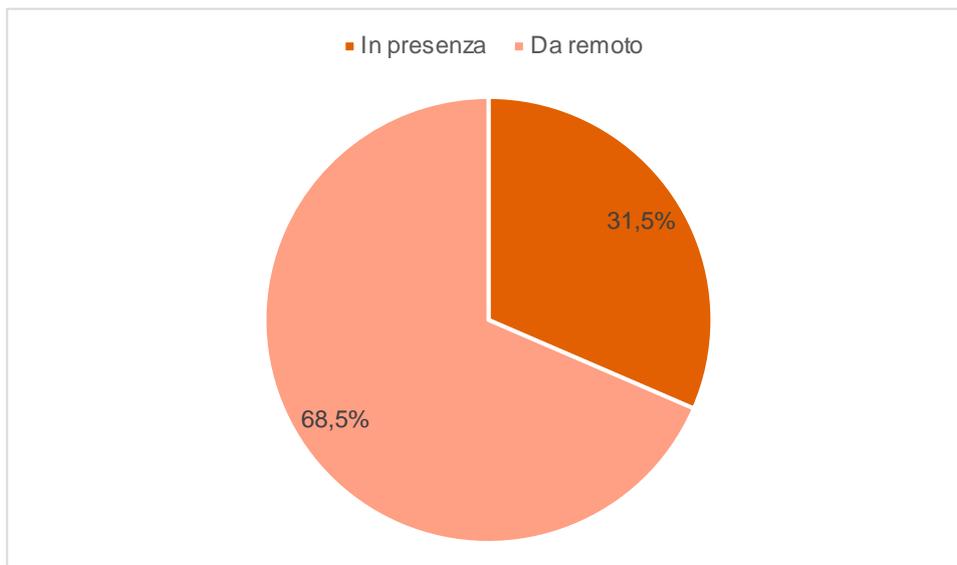


Figura 92 Supporto associazione pazienti con strumenti “da remoto”

6. Risultati Sezione Coordinatori BU

a. Descrizione del campione

La suddetta indagine ha voluto investigare alcune caratteristiche e modalità operative della BU attraverso la somministrazione di un questionario ai coordinatori presenti sul territorio nazionale. Dei 123 rispondenti, il 37% del campione è costituito da Direttori UOS; il 29% da Direttori di UOC; il 16% da Direttori di Dipartimento; il 15% da dirigenti medici; il 2% da case manager e, infine, l'1% da data manager.

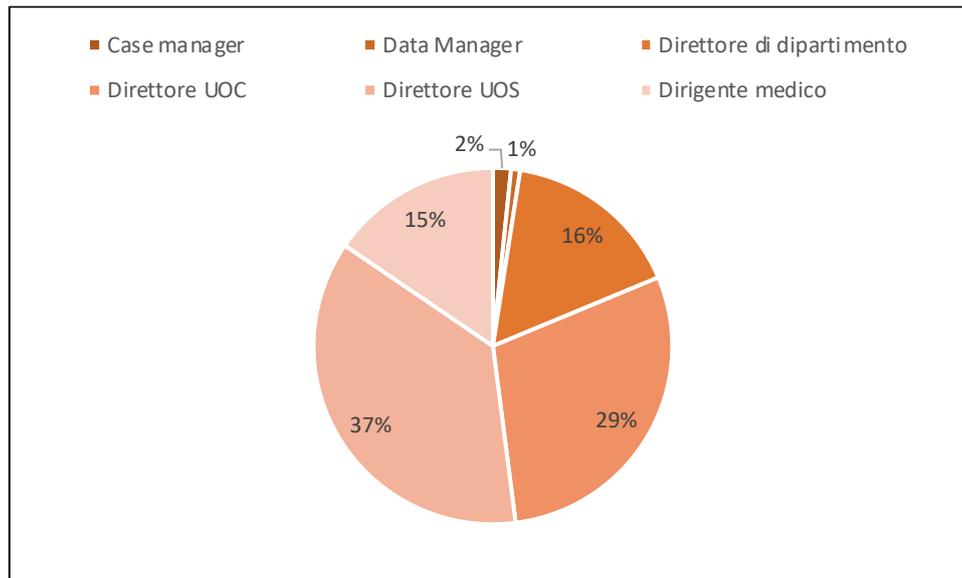


Figura 93 Supporto associazione pazienti con strumenti "da remoto"

Le strutture presso cui operano i coordinatori delle BU che hanno risposto sono così distribuite sul territorio nazionale: un'alta presenza nelle BU della regione Lombardia (20%) seguita poi dalla regione Lazio e Friuli-Venezia Giulia, all'11% rispettivamente.

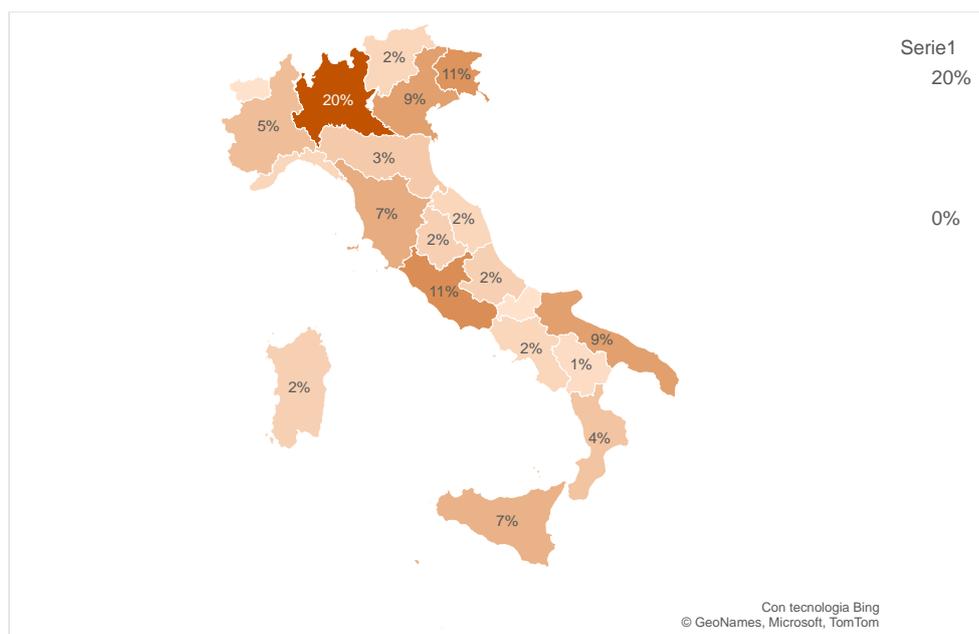


Figura 94 Breast Unit dei rispondenti

b. Analisi della modalità operativa delle BU durante la prima ondata

i. Il team multidisciplinare

I risultati della suddetta indagine hanno evidenziato che il team multidisciplinare, durante la prima ondata, si è riunito prevalentemente settimanalmente attraverso riunioni da remoto. Infatti, nell'80% dei casi per garantire la continuità lavorativa, le riunioni sono state svolte online. Per ciò che riguarda il contagio da Covid-19 tra i membri del team, i rispondenti hanno dichiarato che questo ha contagiato circa il 40% dei partecipanti. Tuttavia, solo in due casi questo ha impattato su cambiamenti nella composizione dell'equipe medica.

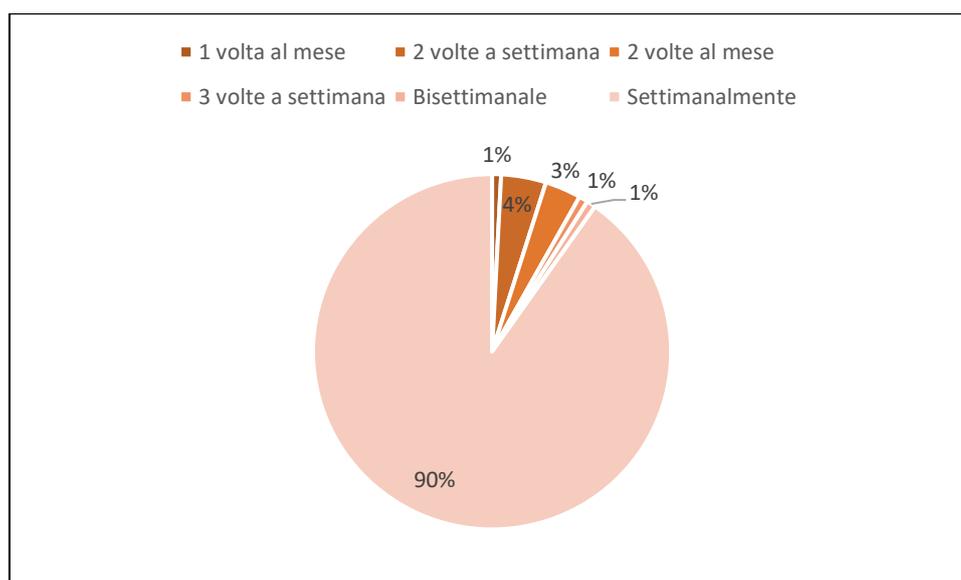


Figura 95 Frequenza riunioni team multidisciplinare

ii. Posticipo delle prestazioni

In seguito alla pandemia da Covid-19, il 90% del campione ha dichiarato che la composizione della BU è rimasta invariata. Nonostante la composizione della BU non abbia risentito di particolari cambiamenti, le restrizioni a livello nazionale e regionale e il carattere emergenziale della pandemia hanno avuto un impatto sulle visite specialistiche programmate. Il 54% dei coordinatori rispondenti ha dichiarato di aver posticipato tali servizi.

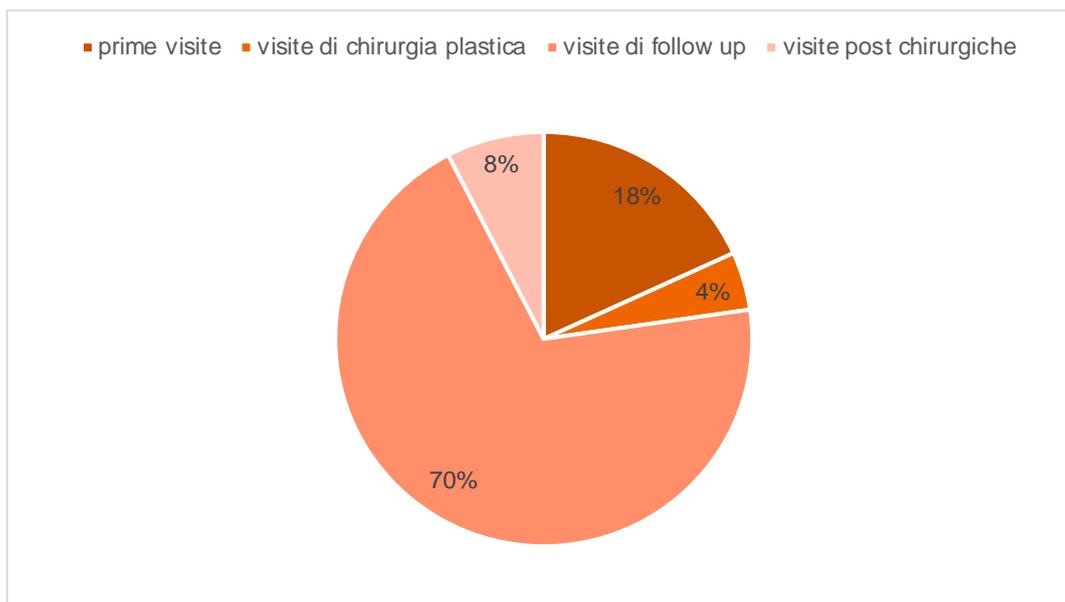


Figura 96 Rimando visite programmate

In particolare, come riportato dal grafico di cui sopra, il 70% delle visite rimandate riguarda le visite di follow up; il 18% le prime visite; il 8% le visite post-chirurgiche e il 5% le visite di chirurgia plastica.

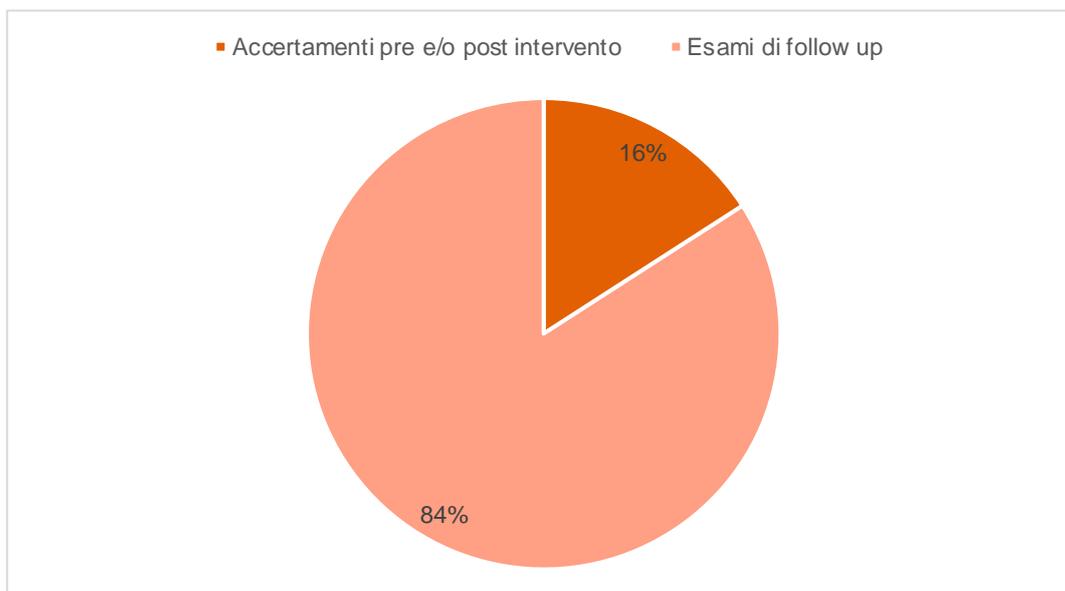


Figura 97 Rimando esami programmati

Gli esami diagnostici, invece, sono stati rimandati nel 51% dei casi. In particolare, l'84% del posticipo di tali esami ha riguardato gli esami di follow up e il 16% gli accertamenti pre e/o post-intervento.

In generale, gli esami di laboratorio sono stati rimandati nel 31% dei casi.

Possiamo concludere, dunque, che i principali disservizi hanno riguardato l'erogazione delle visite specialistiche ed in particolare le pazienti sottoposte a follow up che, quindi, non hanno avuto accesso a servizi per loro essenziali. In aggiunta, tali visite hanno subito cancellazioni improvvise, e quindi con preavviso

inferiore ai 7 giorni, nel 33% dei casi ed il 66% delle pazienti ha registrato difficoltà nella riprogrammazione di tali servizi.

iii. Riprogrammazione delle prestazioni

Gli esami diagnostici rimandati durante la prima ondata della pandemia da Covid-19 sono stati riprogrammati nel 91% dei casi.

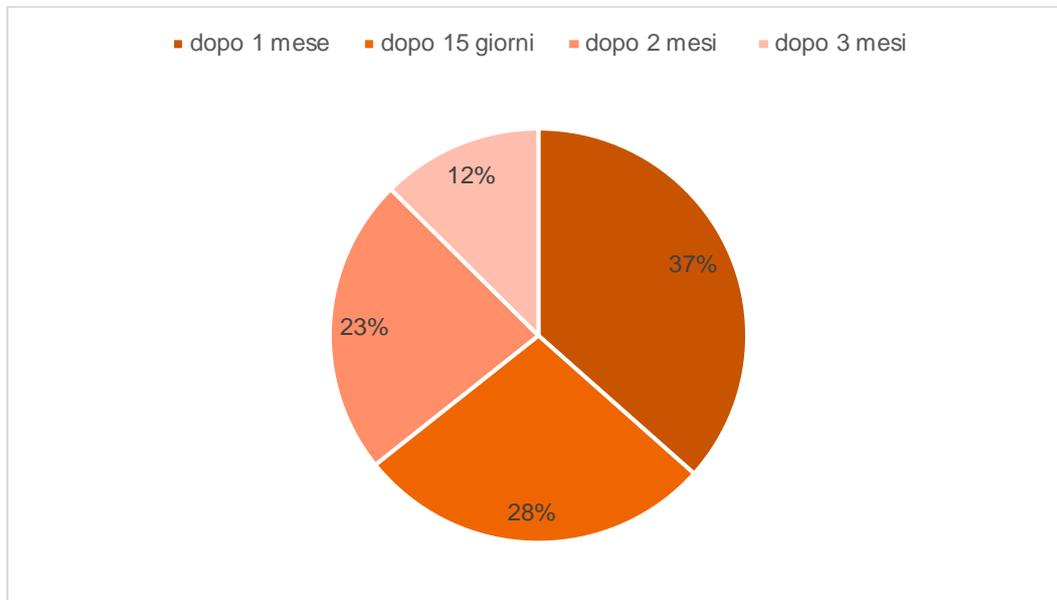


Figura 99 Riprogrammazione esami diagnostici

Come si evince dal grafico di cui sopra, la riprogrammazione di tali esami è avvenuta: nel 37% dei casi dopo 1 mese dall'annullamento; nel 28% dopo 15 giorni; nel 23% dopo 2 mesi e nel 13% dopo 3 mesi.

Le visite e le prestazioni annullate a causa della pandemia sono state riprogrammate nel 94% degli intervistati.

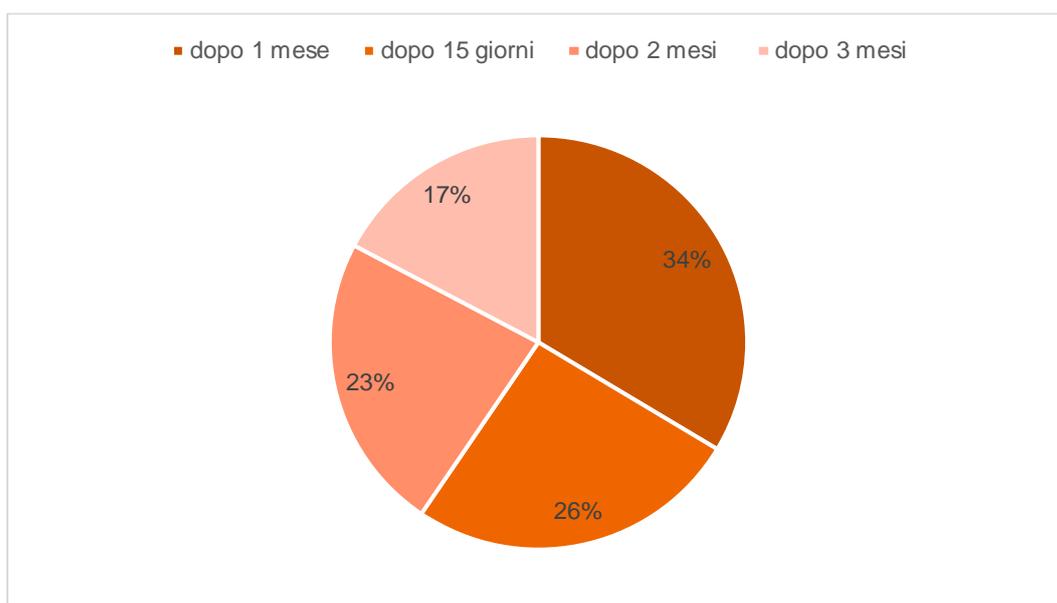


Figura 100 Riprogrammazione esami diagnostici

In particolare, le visite e le prestazioni annullate sono state riprogrammate: nel 34% dei casi dopo 1 mese dall'annullamento; nel 26% dopo 15 giorni; nel 23% dopo 2 mesi e nel 17% dopo 3 mesi.

Le terapie in corso sono state rimandate nel 6% delle BU oggetto di analisi mentre gli interventi chirurgici nel 50% del campione.

iv. Riorganizzazione della BU

La gestione della pandemia da Covid-19 ha colto impreparate molte strutture ospedaliere e, infatti, in particolare la prima ondata è stata caratterizzata da una riorganizzazione dei servizi e delle infrastrutture. Numerosi ospedali e unità ospedaliere sono stati riconvertiti in strutture dedicate a pazienti Covid-19 e tale riconversione degli spazi potrebbe aver impattato sulle abituali attività dei professionisti sanitari.

In particolare, circa il 37% delle BU oggetto di analisi ha trasferito le proprie attività in altra struttura, tale riconversione ha riguardato: per il 76% le attività chirurgiche; per il 14% la degenza e per il 10% le attività ambulatoriali.

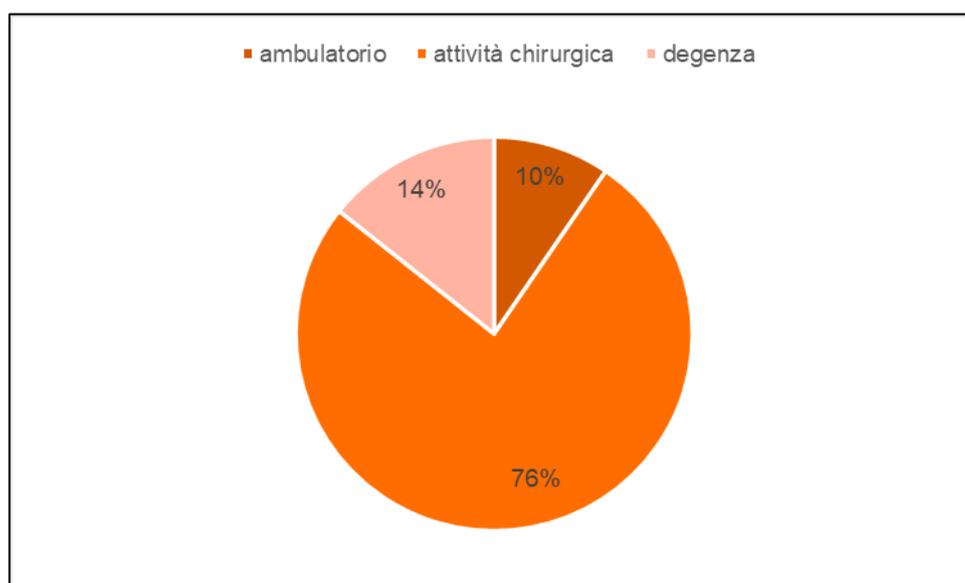


Figura 101 Attività trasferite in altre strutture

Al momento dell'indagine, l'80% dei coordinatori ha dichiarato che le attività erano state riportate nella sede principale.

Gli effetti pandemici dovuti al nuovo coronavirus Sars-CoV-2 hanno provocato un'emergenza sanitaria per COVID-19 cui è stata data risposta immediata con una serie di misure urgenti, tra cui la redistribuzione del personale sanitario come medici e infermieri. All'interno della suddetta indagine abbiamo chiesto ai responsabili delle BU di indicare la presenza di un'eventuale redistribuzione e i professionisti coinvolti. A tal proposito, nel 42% del campione il personale della BU ha dovuto dedicarsi alla gestione dei pazienti covid-19 e le figure maggiormente coinvolte sono state i medici e gli infermieri.

v. Impatto covid sui trial clinici

Il 50% delle BU analizzate, durante la prima ondata da covid-19, aveva attivi al suo interno i trial clinici. Il 40% delle BU che aveva attivi trial clinici ha dichiarato che la partecipazione dei pazienti a quest'ultimi è stata compromessa, a causa della pandemia, attraverso sospensioni o annullamenti.

Durante tutto il corso della pandemia l'accesso a caregiver o familiari è stato consentito nel 15% delle BU analizzate.

c. Analisi della modalità operativa delle BU durante la seconda ondata

i. Il team multidisciplinare

I risultati della suddetta indagine hanno evidenziato che il team multidisciplinare, durante la prima ondata, si è riunito prevalentemente settimanalmente attraverso riunioni da remoto. Infatti, nel 72% dei casi per garantire la continuità lavorativa, le riunioni sono state svolte online. Per ciò che riguarda il contagio da Covid-19 tra i membri del team, i rispondenti hanno dichiarato che questo ha contagiato circa il 16% dei partecipanti. Tuttavia, solo in tre casi questo ha impattato su cambiamenti nella composizione dell'equipe medica. Durante la seconda ondata del Covid-19 (settembre 2020 - dicembre 2020) il 93% delle riunioni multidisciplinari delle BU si riuniva con frequenza settimanale.

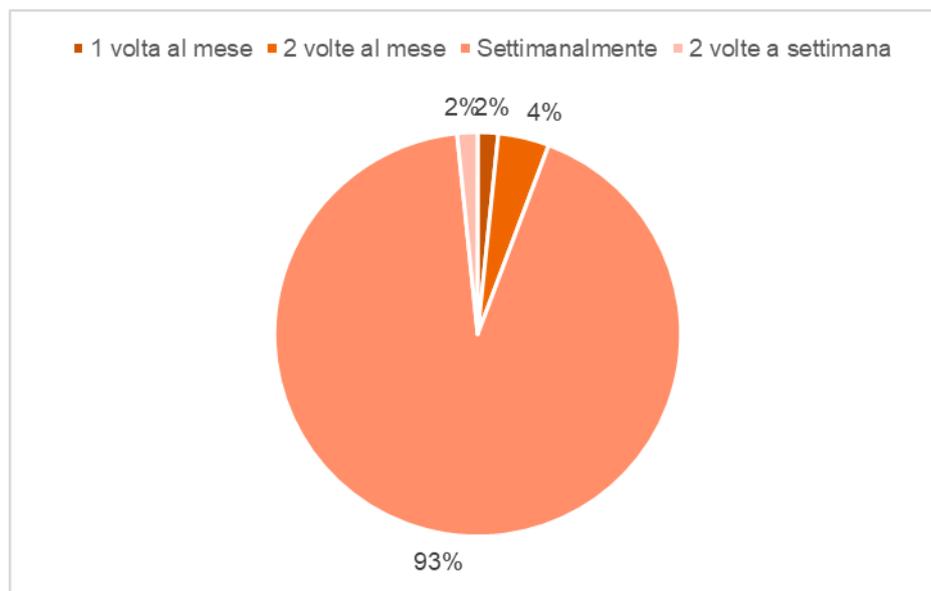


Figura 102 Frequenza riunioni team multidisciplinare

ii. Posticipo delle prestazioni

In seguito alla pandemia da Covid-19, il 95% del campione ha dichiarato che la composizione della BU è rimasta invariata. Nonostante la composizione della BU non abbia risentito di particolari cambiamenti, le restrizioni a livello nazionale e regionale e il carattere emergenziale della pandemia hanno avuto un impatto sulle visite specialistiche programmate. Il 20% dei coordinatori rispondenti ha dichiarato di aver posticipato tali servizi.

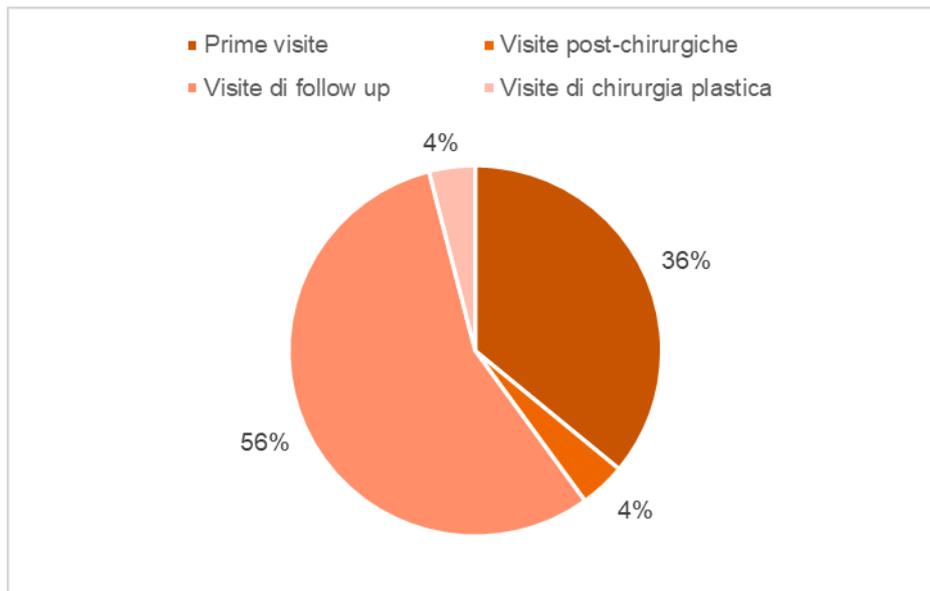


Figura 103 Rimando visite programmate

In particolare, come riportato dal grafico di cui sopra, il 56% delle visite rimandate riguarda le visite di follow up; il 36% le prime visite; il 4% le visite post-chirurgiche e il 4% le visite di chirurgia plastica.

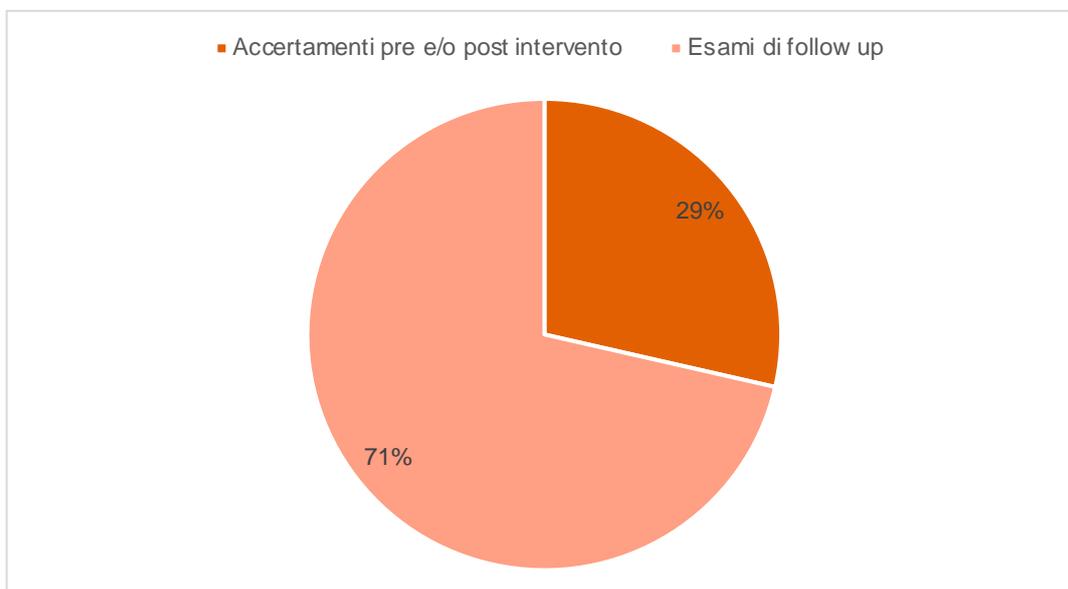


Figura 104 Rimando esami programmati

Gli esami diagnostici, invece, sono stati rimandati nel 23% dei casi. In particolare, il 71% del posticipo di tali esami ha riguardato gli esami di follow up e il 29% gli accertamenti pre e/o post-intervento.

In generale, gli esami di laboratorio sono stati rimandati nel 14% dei casi. Possiamo concludere, dunque, che i principali disservizi hanno riguardato l'erogazione delle visite specialistiche ed in particolare le pazienti sottoposte a follow up che, quindi, non hanno avuto accesso a servizi per loro essenziali. In aggiunta, tali

visite hanno subito cancellazioni improvvise, e quindi con preavviso inferiore ai 7 giorni, nel 12% dei casi ed il 45% delle pazienti ha registrato difficoltà nella riprogrammazione di tali servizi.

iii. Riprogrammazione delle prestazioni

Gli esami diagnostici rimandati durante la prima ondata della pandemia da Covid-19 sono stati riprogrammati nel 84% dei casi.

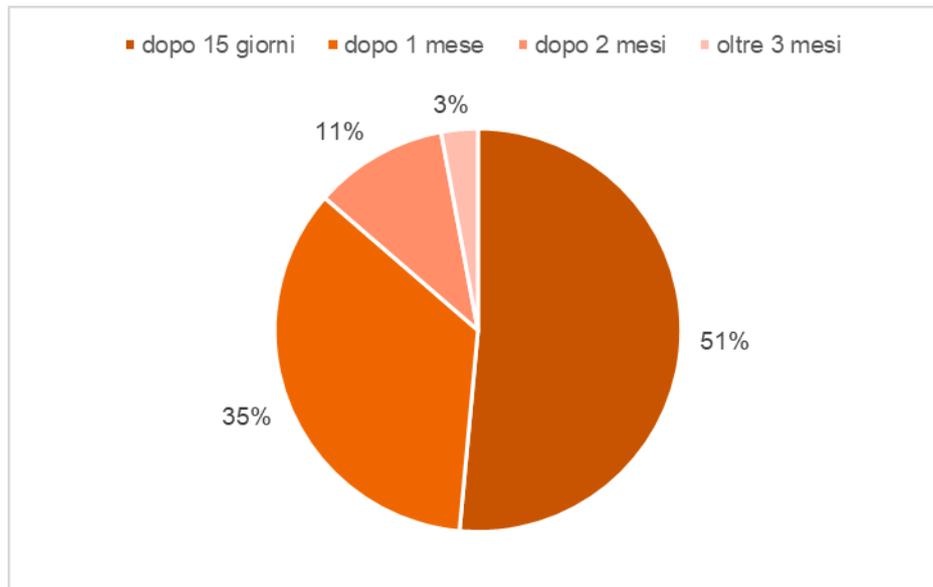


Figura 105 Riprogrammazione esami diagnostici

Come si evince dal grafico di cui sopra, la riprogrammazione di tali esami è avvenuta: nel 11% dei casi dopo 2 mesi dall'annullamento; nel 35% dei casi dopo un mese; nel 3% delle pazienti dopo 3 mesi e, infine, nel 51% dopo 15 giorni. Le visite e le prestazioni annullate a causa della pandemia sono state riprogrammate nel 89% degli intervistati.

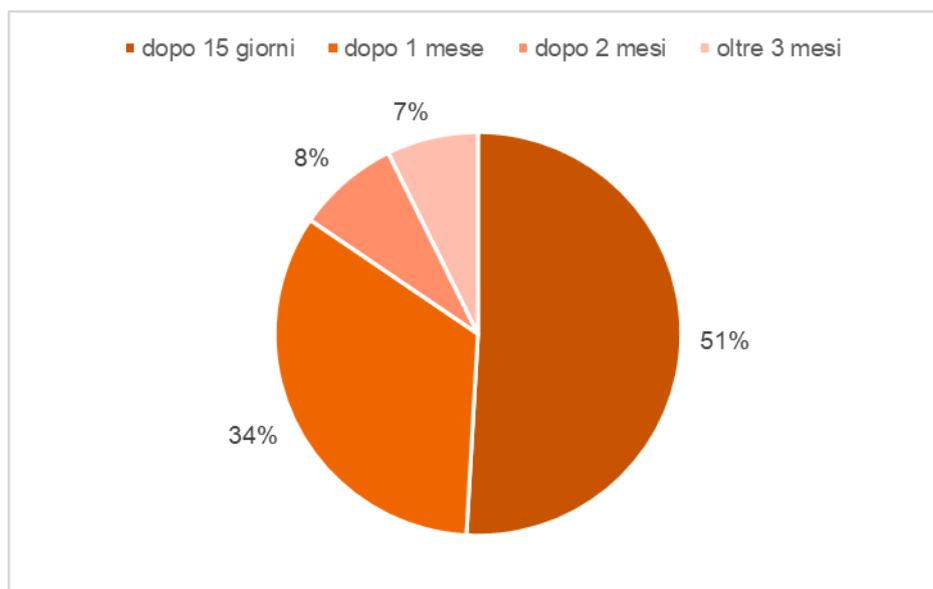


Figura 106 Riprogrammazione esami diagnostici

In particolare, nel 8% dei casi le visite e le prestazioni annullate sono state riprogrammate dopo due mesi, nel 7% dopo 3 mesi, nel 34% dopo un mese e nel 51% dopo 15 giorni.

L'analisi relativa al posticipo di eventuali terapie in corso e interventi chirurgici non ha mostrato risultati particolarmente preoccupanti per le terapie in corso che sono state rimandate nel 4% delle BU oggetto di analisi mentre gli interventi chirurgici hanno avuto un rinvio nel 33% dei casi analizzati, dato molto preoccupante.

iv. Riorganizzazione della BU

La gestione della pandemia da Covid-19 ha colto impreparate molte strutture ospedaliere e, infatti, in particolare la seconda ondata è stata caratterizzata da una riorganizzazione dei servizi e delle infrastrutture. Numerosi ospedali e unità ospedaliere sono stati riconvertiti in strutture dedicate a pazienti Covid-19 e tale riconversione degli spazi potrebbe aver impattato sulle abituali attività dei professionisti sanitari.

In particolare, circa il 24% delle BU oggetto di analisi ha trasferito le proprie attività in altra struttura, tale riconversione ha riguardato: per il 73% le attività chirurgiche; per il 13% la degenza e per il 13% le attività ambulatoriali.

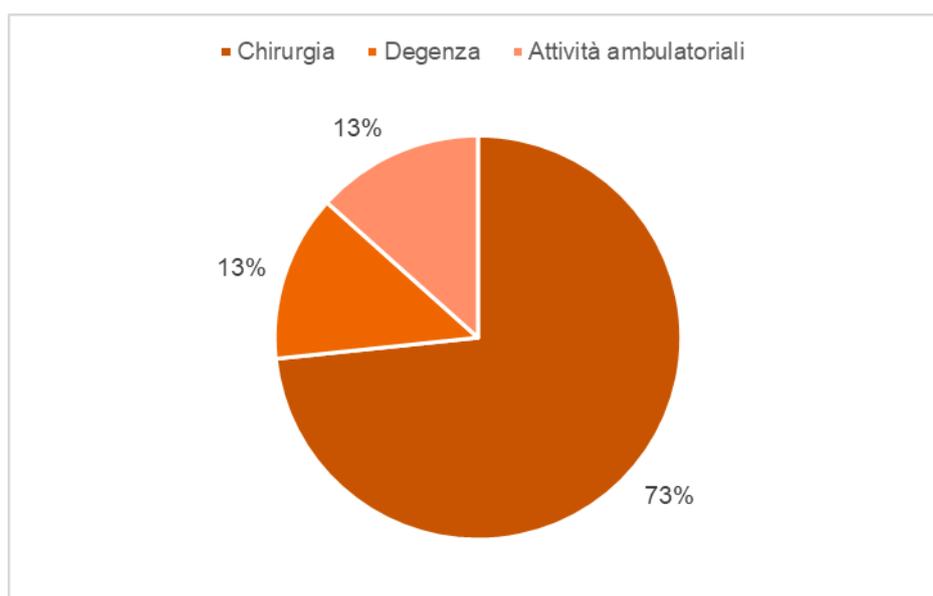


Figura 107 Attività trasferite in altre strutture

Al momento dell'indagine, il 77% dei coordinatori ha dichiarato che le attività erano state riportate nella sede principale.

Gli effetti pandemici dovuti al nuovo coronavirus Sars-CoV-2 hanno provocato un'emergenza sanitaria per COVID-19 cui è stata data risposta immediata con una serie di misure urgenti, tra cui la redistribuzione del personale sanitario come medici e infermieri. All'interno della suddetta indagine abbiamo chiesto ai responsabili delle BU di indicare la presenza di un'eventuale redistribuzione e i professionisti coinvolti. A tal proposito, nel 27% del campione il personale della BU ha dovuto dedicarsi alla gestione dei pazienti covid-19 e le figure maggiormente coinvolte sono state i medici e gli infermieri.

v. Impatto covid sui trial clinici

Il 50% delle BU analizzate, durante la seconda ondata da covid-19, aveva attivi al suo interno i trial clinici. Il 15% delle BU che aveva attivi trial clinici ha dichiarato che la partecipazione dei pazienti a quest'ultimi è stata compromessa, a causa della pandemia, attraverso sospensioni o annullamenti.

Durante tutto il corso della pandemia l'accesso a caregiver o familiari è stato consentito nel 28% delle BU analizzate.

d. Riprogrammazione dei servizi post covid-19

i. Domiciliarizzazione delle terapie

Nel 19% delle BU analizzate alcune terapie programmate sono state riconvertite e rese disponibili ai pazienti a domicilio durante la pandemia. In particolare, questa riconversione ha riguardato: terapie orali; visite di follow up in telemedicina; terapie ormonali; medicazioni.

ii. Differenziazione dei percorsi covid e non

Il 90% del campione ha dichiarato che durante la pandemia sono stati predisposti percorsi differenziati per pazienti Covid e pazienti NO-Covid, come suggerito da diverse linee guida a livello nazionale.

iii. Prestazioni erogate con telemedicina

L'indagine ha, inoltre, voluto investigare la presenza e lo sviluppo di soluzioni di telemedicina nelle strutture analizzate. In particolare, abbiamo chiesto ai rispondenti se già prima della pandemia fossero state avviate iniziative di televisita e teleconsulto e solo il 9% ha risposto affermando che tali strumenti erano già in uso.

Ciò che emerge da tale indagine è che l'implementazione di tali servizi è stata incentivata per rispondere alla necessità di garantire la continuità assistenziale alle pazienti affette da carcinoma della mammella. In particolare, il 53% dei rispondenti ha dichiarato di utilizzare i servizi di telemedicina per garantire la continuità delle cure in un momento particolarmente complesso. Nella maggior parte dei casi questi servizi sono stati utilizzati per garantire lo svolgimento delle visite di follow up. Il 53% del campione che ha dichiarato di utilizzare la telemedicina nella propria struttura si è dichiarato soddisfatto ed ha considerato tale modalità particolarmente efficace in contesti emergenziali o quando il paziente è impossibilitato a recarsi presso la struttura.

Infatti, solo il 24% degli intervistati ritiene che tali servizi possano essere una valida alternativa alle visite o ai consulti effettuati di persona. In particolare, i casi in cui tali servizi vengono considerati una valida alternativa riguardano prevalentemente le visite di follow up, da svolgere in alternanza a visite in presenza, ed eventuali controlli dei sintomi legati alle terapie in corso.

e. Impatto del covid sulle prestazioni

Molti dei coordinatori intervistati, il 73%, hanno dichiarato che il covid-19 ha in qualche modo avuto un impatto significativo sul loro stato psicologico.

La sicurezza della struttura durante la pandemia da covid-19 potrebbe aver impattato la qualità delle cure fornite e l'erogazione dei servizi. Per tale motivo è stato chiesto ai rispondenti di valutare la qualità della loro BU. I risultati riportati nel grafico sottostante mostrano che circa il 63% dei rispondenti ha dichiarato un'alta percezione circa la sicurezza della struttura presso cui lavorano, il 34% ha ritenuto quest'ultima abbastanza sicura mentre solo il 3% ha dato una valutazione negativa a tal proposito.

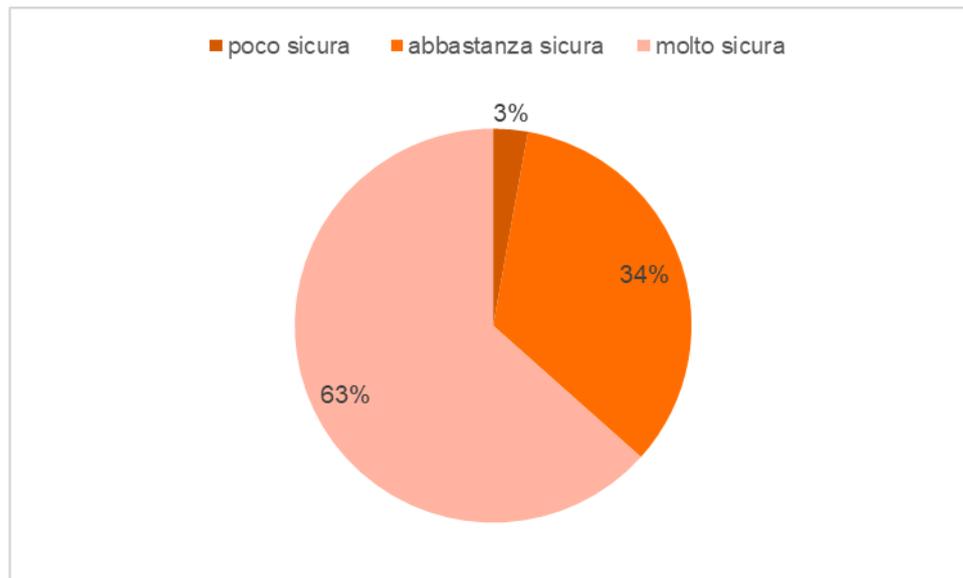


Figura 108 Percezione sulla sicurezza della propria BU

Inoltre, è stata valutata la percezione della presa in carico del paziente da parte della BU in termini di: tempi di attesa, accettazione, visita, attenzione da parte del personale sanitario. A tal riguardo, i coordinatori hanno valutato: nell'85% dei casi una presa in carico elevata, nel 14% abbastanza elevata e nell'1% non soddisfacente.

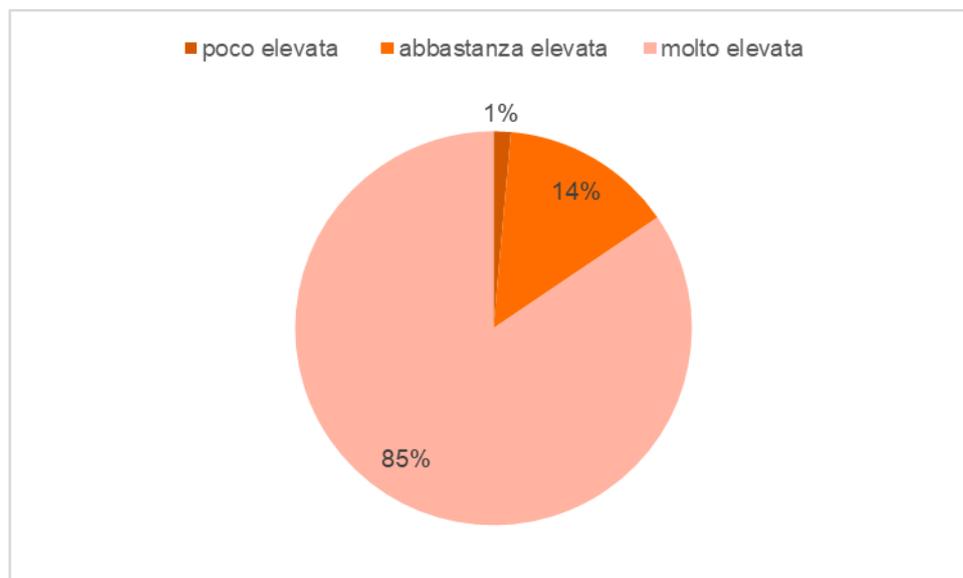


Figura 109 Percezione della presa in carico del paziente da parte della BU

Il covid-19 ha sicuramente avuto un impatto sulle prestazioni alle pazienti affette da carcinoma della mammella e, e nell'87% delle BU rispondenti ha portato le pazienti a rinunciare a visite o prestazioni programmate per paura del contagio; di questi rimandi, nel 67% delle BU in cui vi è stata la rinuncia, riguardavano 1 paziente su 4.

Il 46% dei coordinatori risulta molto favorevole ad una domiciliarizzazione delle terapie o di parte delle terapie ove possibile. Il 37% dei coordinatori valuterebbe molto positiva una partnership tra SSN pubblico con attori privati per integrare/migliorare la gestione della patologia.

7. Conclusioni

L'indagine condotta sulle pazienti affette da carcinoma alla mammella e i coordinatori delle BU distribuite sul territorio nazionale ha portato alla luce diversi aspetti legati alla gestione di tali pazienti durante la prima e la seconda ondata della pandemia da Covid-19.

Dai risultati emersi dall'indagine, le pazienti intervistate hanno dichiarato che durante la transizione dalla prima alla seconda ondata dell'emergenza da covid-19, c'è stata un abbattimento delle percentuali di posticipo delle prestazioni sanitarie.

	1° Ondata		2° Ondata
POSTICIPO			
Visite specialistiche	25%	↓	14%
Esami diagnostici	18%	↓	11%
Esami di laboratorio	10%	↓	6%
Interventi chirurgici	27%	↑	30%
Terapie	3%	↓	2%
ANNULLAMENTO			
Visite Specialistiche	38%	↑	89%
Esami diagnostici	25%	↑	88%
Esami di laboratorio	19%	↑	87%
RIPROGRAMMATI DOPO ANNULLAMENTO			
Visite specialistiche	73%	↓	52%
Esami diagnostici	71%	↓	50%
Esami di laboratorio	70%	↓	46%

Una delle ipotesi che potrebbe aver influito sulla minore percentuale di riprogrammazione delle prestazioni sanitarie durante la seconda ondata potrebbe essere spiegata con una recrudescenza della pandemia in Italia. Tale fenomeno ha inaspettatamente colpito, a partire da settembre 2020, tutto il territorio nazionale rispetto a quanto avvenuto nella prima ondata che ha, invece, riguardato solo alcune realtà locali nel Centro-Nord dell'Italia. Questo effetto ha, inoltre, causato un maggior numero di prestazioni sanitarie annullate nella seconda ondata. Tale effetto "onda" ha provocato un accumulo delle prestazioni sanitarie annullate nella prima ondata della pandemia che ha fatto lievitare ulteriormente gli annullamenti della seconda ondata, aggravati da una diffusione capillare e inaspettata del virus in tutto il contesto nazionale. Inoltre, il sovraccarico ha inevitabilmente generato una riorganizzazione dei centri di cura con un effetto sul trasferimento delle attività in altra sede durante la prima e la seconda ondata (37% vs. 24%), con un rientro in sede delle attività, in seguito alle due ondate, nel 79% delle strutture coinvolte nell'analisi. Il Decreto-legge n. 34 del 29 maggio all'articolo 2 ha sancito che "le Regioni, tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da COVID-19 in corso, garantiscono l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di

cure". In aggiunta, la pandemia da covid-19 ha avuto un impatto significativo anche sul ricollocamento delle mansioni dei professionisti sanitari afferenti ai Centri Senologici; infatti, parte del personale sanitario coinvolto nella gestione di tali pazienti è stato dedicato alla gestione del covid-19, in particolare una percentuale maggiore ha riguardato la prima ondata (42%) rispetto alla seconda ondata (27%).

La pandemia ha, inoltre, generato un impatto significativo sullo stato psicologico dei professionisti sanitari delle Brest Unit oltre che nelle pazienti che erano in cura o trattamento presso gli stessi Centri, rispettivamente nel 73% e nel 79% dei casi. Durante un momento di forte stress psicologico ed emotivo, come è stata l'emergenza da covid-19, la sicurezza psicologica dei professionisti dei Centri senologici è stata caratterizzata da una moltitudine di fattori di stress come, ad esempio, il dolore per la morte di così tanti pazienti, la paura di contrarre il virus e di infettare i propri pazienti e familiari e la rabbia per le disparità sanitarie. Nonostante le alte percentuali di rispondenti che hanno dichiarato un impatto della pandemia sullo stato psicologico, molto spesso questo fenomeno potrebbe generare un miglioramento nelle performance dovuto alla necessità di rispondere in maniera tempestiva a fenomeni non ancora ben noti dal mondo scientifico.

Per far fronte alla pandemia e garantire la continuità nelle cure, le riunioni del team multidisciplinare specialmente durante la prima ondata si sono svolte da remoto garantendo la cadenza settimanale nel 90% dei casi. Nonostante le percentuali di contagio abbiamo impattato maggiormente il personale sanitario operante nelle BU rispetto alle pazienti (40% vs. 4%), la composizione della BU è rimasta invariata nel 90% dei casi durante la prima ondata e nel 95% nella seconda ondata.

L'attività delle sperimentazioni cliniche portate avanti dalle BU intervistate nella ricerca, con trial clinici attivi nel 50% delle BU analizzate, ha evidenziato un miglioramento delle attività abbattendo le percentuali di compromissioni delle sperimentazioni (sospensioni, annullamento, etc...) che sono passate dal 40% al 15% nella seconda ondata.

Nel passaggio dalla prima alla seconda ondata vi è stato anche un calo della percentuale di pazienti che hanno avuto difficoltà nell'accesso alla struttura durante le due ondate, passando dal 22% al 19%, percentuali che nonostante l'emergenza risultano in entrambe le fasi molto basse.

Le associazioni di volontariato, come già evidenziato in una ricerca di ALTEMS sullo scenario covid-19 e attivismo delle associazioni pazienti, sono state un valido strumento di supporto per le pazienti, rendendo disponibili alcune attività anche da remoto (68% dei casi intervistati).

Un fattore particolarmente rilevante ha riguardato l'implementazione e l'utilizzo della telemedicina. Le prestazioni erogate in telemedicina hanno supportato i professionisti per svolgere da remoto le visite o i controlli che altrimenti sarebbero stati annullati. Nonostante i professionisti si siano dichiarati soddisfatti nell'utilizzo di tali strumenti, solo una bassa percentuali ritiene quest'ultimi una valida alternativa alle visite e ai consulti effettuati di persona. Tuttavia, i clinici sottolineano come possano essere utilizzati in alternativa alle visite in presenza ed in particolare per l'erogazione di visite di follow up.