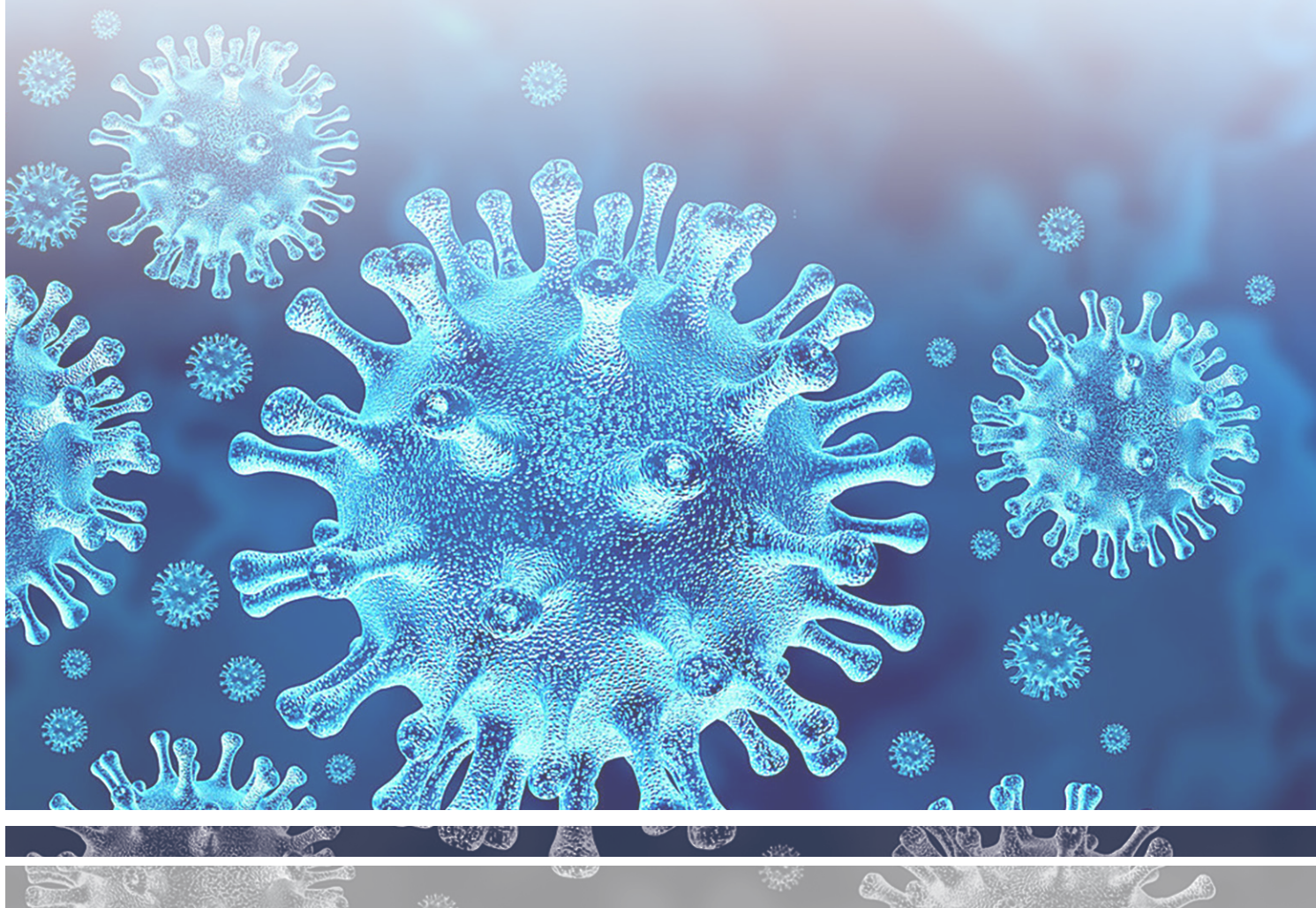


Covid-19, 3 anni dopo

DAGLI IMPATTI SULLA SALUTE E SUL SSN AL CONTRIBUTO DELLA VACCINAZIONE.
RIPARTIRE NELLA NUOVA NORMALITÀ.



con il contributo
non condizionante di Pfizer



COVID-19, 3 anni dopo

© The European House-Ambrosetti S.p.A. TUTTI I DIRITTI RISERVATI. Questo documento è stato ideato e preparato da The European House-Ambrosetti S.p.A. con il supporto di GDS Communication, società del gruppo The European House – Ambrosetti S.p.A. Nessuna parte di esso può essere riprodotta, memorizzata in un sistema di ricerca automatica, o trasmessa in qualsiasi forma o tramite qualsiasi supporto - elettronico, meccanico, fotocopiatura, registrazione od altro senza l'autorizzazione scritta di The European House-Ambrosetti S.p.A.

Indice dei contenuti

INTRODUZIONE	4
SEZIONE 1. LA PANDEMIA DA COVID-19 IN ITALIA: DIMENSIONE E IMPATTI	
<hr/>	
1.1 I NUMERI DELLA PANDEMIA E LE PRINCIPALI TAPPE	5
1.2 LA SINDROME DEL LONG COVID	8
1.3 L'IMPATTO DELLA PANDEMIA SULLE PRESTAZIONI SANITARIE	10
1.4 L'ORGANIZZAZIONE E L'ADESIONE ALLA CAMPAGNA VACCINALE	13
1.5 L'IMPATTO ECONOMICO DELLA PANDEMIA E IL RUOLO DELLE VACCINAZIONI	20
SEZIONE 2. LE PERCEZIONI DEI CITTADINI E LE PROSPETTIVE PER I PROSSIMI MESI	
<hr/>	
2.1 L'ESPERIENZA PERSONALE DELLA PANDEMIA E L'ATTEGGIAMENTO VERSO I VACCINI: LE PRINCIPALI EVIDENZE EMERSE DALLA SURVEY	25
2.2 LE SFIDE PER IL NOSTRO SSN ALLA LUCE DELLA NUOVA NORMALITÀ	32

INTRODUZIONE

Lo scorso 5 maggio 2023, dopo più di 3 anni dalla dichiarazione di inizio pandemia, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha ufficialmente dichiarato la fine dell'emergenza sanitaria globale che, con 765 milioni di casi e 7 milioni di morti (si tratta di dati largamente sottostimati, dal momento che alcune stime parlano di circa 20 milioni di decessi) nel mondo, rappresenta la peggior crisi sanitaria degli ultimi 100 anni.

Come spiega un recente Report ECDC dal titolo evocativo - *Lessons from the Covid-19 pandemic* - la risposta globale alla pandemia ha portato all'introduzione di una serie di interventi non farmacologici, dal tracciamento dei contagi all'utilizzo delle mascherine all'aerazione degli ambienti che, insieme ai farmaci antivirali, agli anticorpi monoclonali e soprattutto ai vaccini anti-Covid-19, sono stati fondamentali per limitare la diffusione del virus, proteggere la popolazione, in primis i gruppi vulnerabili, e ridurre la pressione sui sistemi sanitari, consentendo la ripresa economica.

Dopo mesi di emergenza, in cui gli Stati sono stati chiamati a scelte dolorose che hanno limitato la libertà degli individui, i vaccini, sviluppati, prodotti e distribuiti in tempi record grazie a modelli di ricerca, finanziamento e procurement innovativi, hanno permesso di immunizzare circa il 70% della popolazione globale, prevenendo almeno 14,4 milioni di decessi nel solo 2021¹, ponendo le basi per la ripartenza. Una ripartenza in cui bisogna fare i conti con un virus che, a velocità e intensità diverse da Paese a Paese, continua a circolare ed evolversi.

Il presente documento, realizzato da The European House-Ambrosetti in collaborazione con il CEIS - Centre for Economic and International Studies - dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, intende fornire una visione del Covid in Italia, guardando da un lato agli impatti della pandemia sull'erogazione delle prestazioni e il contributo delle vaccinazioni agli outcome di salute, dall'altro alla crescita economica e alle sfide per il nostro SSN in questa nuova "normalità" dopo lo shock pandemico.

Il Documento è strutturato in due parti.

Nella prima parte viene delineato un quadro dell'esperienza pandemica in Italia, guardando anche agli impatti sugli outcome di salute e sull'economia, con un focus sul ruolo giocato dalle vaccinazioni.

La seconda parte descrive i risultati di una Survey realizzata in collaborazione con SWG, rivolta ai cittadini italiani per capire gli impatti e le esperienze personali durante la pandemia e i comportamenti e l'atteggiamento verso i vaccini. In questa sezione, inoltre, sono contenute alcune riflessioni sulle sfide che il nostro SSN deve affrontare al fine di favorire una convivenza "pacifica" con il virus tutelare la salute dei cittadini, in primis gli anziani e i fragili.

Il gruppo di lavoro è composto da: Daniela Bianco, Rossana Bubbico e Giovanni Brusaporco, del team dell'Area Healthcare di The European House-Ambrosetti.

Per il CEIS - Centre for Economic and International Studies - dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, ha contribuito Francesco Saverio Mennini, Research Director EEHTA del CEIS dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata e Presidente della SIHTA.

1. Watson OJ et al (2022), "Global impact of the first year of Covid-19 vaccination: a mathematical modelling study", The Lancet Infectious Diseases.

SEZIONE 1. LA PANDEMIA DA COVID-19 IN ITALIA: DIMENSIONE E IMPATTI

1.1 I NUMERI DELLA PANDEMIA E LE PRINCIPALI TAPPE

L'Italia, tra i primi Paesi al mondo a isolare il sequenziamento del virus e avviare una campagna importante di screening della popolazione, è risultato essere il primo Paese duramente colpito dalla pandemia: questo fatto lo ha reso una sorta di avamposto nella lotta al virus in Europa nonché un laboratorio di esperienze e pratiche che sono state spesso riprese dagli altri Paesi europei e non solo.

Il nostro Paese, che il 31 gennaio 2020 aveva dichiarato lo stato di emergenza in risposta all'Epidemia di Coronavirus in Cina e il 21 febbraio registrava il primo cittadino positivo, tra fine febbraio e inizio marzo di quell'anno si è trovato a dover scegliere e testare un piano d'attacco al virus, rafforzando i sistemi sanitari al collasso da un lato e introducendo misure di sanità pubblica ai diversi settori dall'altro.

In particolare, l'approccio adottato dall'Italia, e dalla gran parte dei Paesi occidentali, è stato incentrato sull'aumentare la severità delle misure via via che la pandemia progrediva e riservare gli interventi più drastici, a partire dai lockdown, per appiattire i picchi. Questo approccio, noto agli studiosi come alternanza tra "strategia di mitigazione" e "strategia di soppressione"², pur avendo allentato la pressione sugli ospedali, che nelle fasi acute della pandemia rappresentava la priorità, ha avuto pesanti ripercussioni economiche sulla classe produttiva, ma anche sulle fasce più deboli della popolazione, come bambini e anziani, che hanno spesso dovuto rinunciare alla socialità, con impatti rilevanti sotto il profilo psicologico-emotivo ma anche formativo.

Le prime misure dalla dichiarazione dello stato di emergenza, come la sospensione delle attività scolastiche il 4 marzo 2020 o l'estensione della zona rossa in tutte le Regioni il 9 – primo Paese occidentale ad aver adottato misure così restrittive – hanno avuto lo scopo di bloccare la trasmissione del virus e permettere agli operatori sanitari – tra le categorie più esposte al virus, con oltre 480.000 contagiati dal 2020 a oggi - di riorganizzare i reparti ordinari e le terapie intensive. In nome dell'approccio della mitigazione e soppressione adottati, si sono alternati periodi di apertura controllata a chiusure pressoché totali, che in un secondo momento è stato possibile circoscrivere a livello locale e regionale grazie al cosiddetto sistema a zone, che assegnava un diverso colore (giallo, arancione o rosso) in base al livello di rischio di contagi, alle saturazioni dei posti letto nelle terapie intensive e ad altri criteri, prediligendo delle misure più omogenee a livello nazionale in corrispondenza delle festività.

In questo quadro, è solo con l'avvio della campagna vaccinale anti-Covid-19 il 27 dicembre 2020, supportata da alcuni interventi come l'introduzione dell'obbligo di green pass per tutti e dell'obbligo vaccinale per alcune categorie specifiche (gli operatori sanitari e, successivamente, il personale scolastico e della difesa e gli anziani, questi ultimi caratterizzati dal tasso di mortalità più elevato) che si è potuto procedere al ritorno graduale alla normalità. Infatti, se le riaperture, e il maggior ricorso ai test anti-Covid-19 necessari, ad esempio, per la certificazione verde, hanno coinciso con un inevitabile incremento dei casi, lo sviluppo dei vaccini è stato determinante nel prevenire ricoveri, decessi e forme gravi della malattia, secondo i dati della comunità medico-scientifica.

2. MG Baker, N Wilson e T Blakely (2020), "Elimination could be the optimal response strategy for Covid-19 and other emerging pandemic diseases", BMJ.

COVID-19, 3 anni dopo

Il 30 aprile 2023 è scaduto anche l'obbligo di indossare le mascherine in tutti gli ambienti delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali: secondo l'ordinanza del Ministro della Salute del 28 aprile scorso, le mascherine resteranno obbligatorie solo nei reparti che ospitano pazienti fragili, anziani o immunodepressi, specialmente se ad alta intensità di cura, nelle RSA e nelle strutture di riabilitazione e lungodegenza.

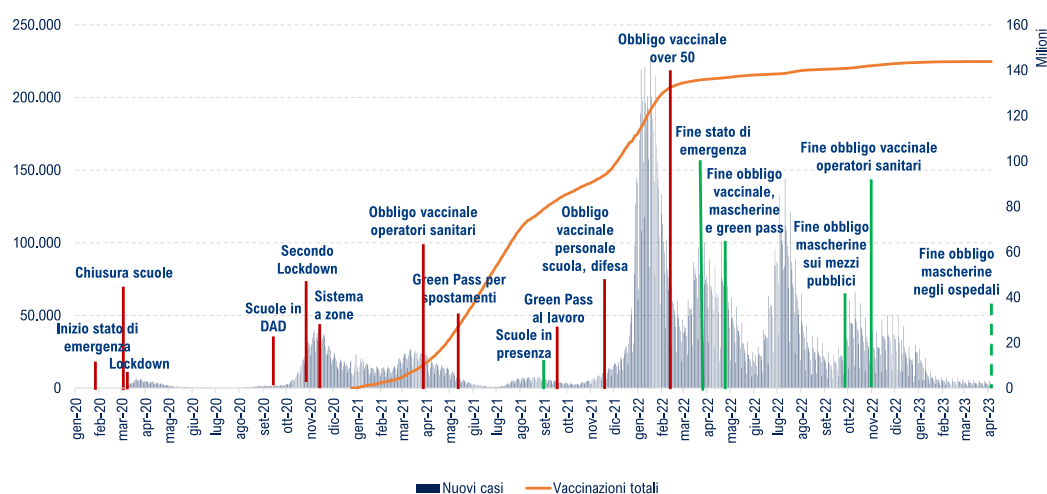


Figura 1. Casi giornalieri di Covid-19 (numero di casi) e dosi di vaccino somministrate in totale (milioni di dosi) in Italia, 21 febbraio 2020 – 14 aprile 2023 – Fonte: The European House – Ambrosetti su dati Ministero della Salute, ISS, 2023

In Italia, in questi anni, quasi 1 italiano su 2 (26 milioni) ha contratto il virus e ci sono stati 190.000 decessi: un numero che sarebbe sicuramente stato maggiore senza l'adozione delle misure di prevenzione e controllo e la somministrazione delle terapie e dei vaccini anti-Covid-19.

Il virus in Italia ha colpito persone di tutti i generi e fasce d'età, con una prevalenza maggiore nelle donne (53% dei casi); l'età mediana alla diagnosi si aggira intorno ai 45 anni, mentre supera gli 80 anni nei pazienti deceduti con o per Covid. Dagli ultimi dati disponibili sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi al virus, forniti dall'Istituto Superiore di Sanità (gennaio 2022) emerge che 2 pazienti deceduti su 3 erano affetti da 3 o più patologie croniche preesistenti, con un numero medio di 3,7 patologie osservate, mentre appena il 2,9% del campione non presentava altre patologie al momento del decesso, evidenza del fatto che il Covid-19 ha colpito maggiormente individui caratterizzati da quadri clinici complessi. Le patologie più frequentemente osservate nei pazienti deceduti positivi al Covid-19 sono state l'ipertensione (65,8%), il diabete (29,1%) e la cardiopatia ischemica (28,2%)³.

3. ISS (2022), "Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia".

COVID-19, 3 anni dopo

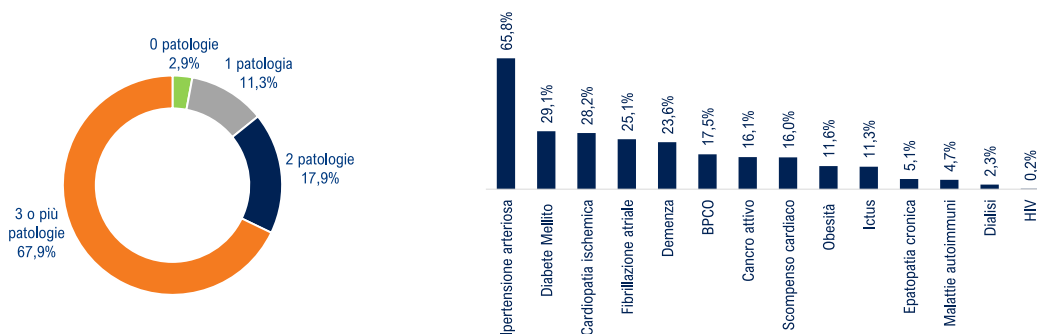


Figura 2. A sinistra: Numero di patologie pregresse concomitanti nei pazienti deceduti positivi al Covid-19 (% sul totale), 2020-2021. A destra: Patologie pregresse più comuni osservate nei pazienti deceduti positivi al Covid-19 (% sul totale), 2020-2021– Fonte: The European House – Ambrosetti su dati ISS, 2023

Nel primo anno di pandemia, prima dell'avvio della campagna vaccinale, il tasso di letalità del virus, vale a dire la percentuale dei decessi sul totale dei positivi, aveva raggiunto il 3,5%, con valori superiori al 10% negli ultrasettantenni, al 20% negli ultraottantenni. Con l'aumento della copertura vaccinale (popolazione vaccinata con due dosi), è diminuito il numero di morti correlati al Covid registrato ogni giorno, con un tasso di letalità che, su base annua, è sceso all'1,8% nel 2021 e allo 0,3% nel 2022.

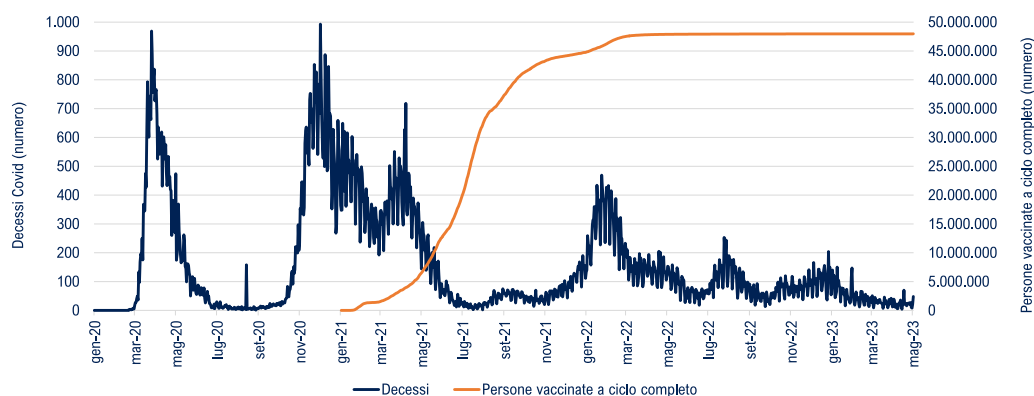


Figura 3. Decessi per Covid 19 (numero) e persone vaccinate a ciclo completo (numero su popolazione totale) in Italia, 1 gennaio 2020 – 9 maggio 2023 – Fonte: The European House – Ambrosetti su dati Organizzazione Mondiale della Sanità, 2023

I decessi hanno ridotto significativamente l'aspettativa di vita alla nascita degli italiani (-1,1 anni dagli 83,2 del 2019 agli 82,1 del 2020) riportandola ai livelli del 2012; nonostante l'aumento registrato nell'ultimo biennio, l'aspettativa di vita non è ancora tornata ai livelli pre-pandemici.

Ad oggi, oltre 4 cittadini su 10 sono stati contagiati dal virus. A fronte di una incidenza media nazionale pari a 43.855 casi per 100.000 abitanti, vi è una elevata difformità regionale: il Veneto, con 56.244 casi per 100.000

COVID-19, 3 anni dopo

abitanti, risulta la Regione italiana più colpita dalla pandemia, seguita da Umbria e Abruzzo (51.837 e 51.826 casi per 100.000 abitanti, rispettivamente), mentre Sardegna, Calabria, Molise e Sicilia sono le uniche Regioni con un tasso inferiore ai 40.000 casi per 100.000 abitanti. Il Friuli Venezia Giulia (511) ha registrato il numero più elevato di decessi attribuibili al Covid-19 in relazione alla popolazione, seguita dalla Valle d'Aosta (465) e dalla Lombardia (461), che è stata la prima Regione per tasso di mortalità a livello europeo nella prima ondata pandemica.

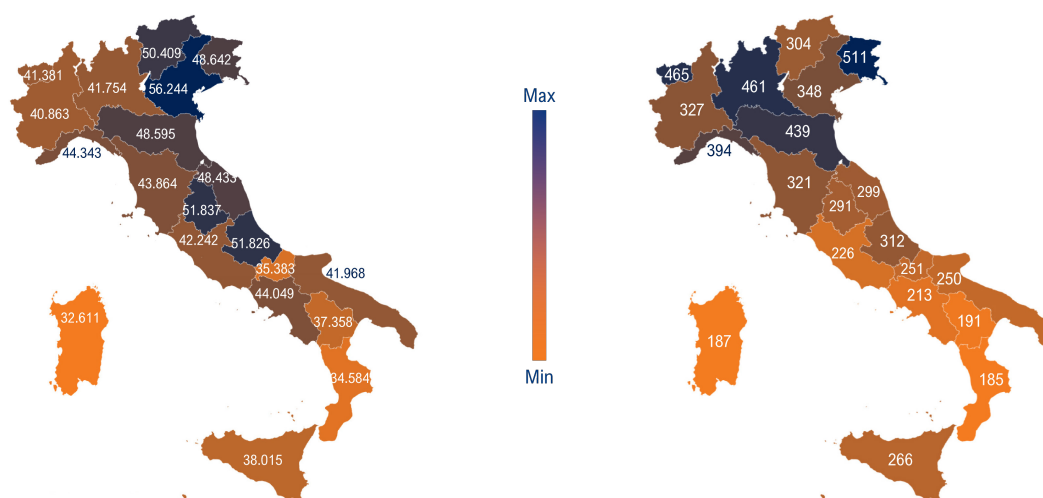


Figura 4. A sinistra: prevalenza del Covid-19 nelle Regioni italiane (casi per 100.000 abitanti), 20 febbraio 2020 - 8 maggio 2023. A destra: Mortalità con Covid-19 nelle Regioni italiane (decessi per 100.000 abitanti), 20 febbraio 2020 - 8 maggio 2023 - Fonte: The European House - Ambrosetti su dati Istat, Ministero della Salute, 2023

1.2 LA SINDROME DEL LONG COVID

Il termine "Long Covid", che compare per la prima volta il 20 maggio 2020 in un tweet di una ricercatrice italiana, è entrato stabilmente nella lingua comune e nei documenti ufficiali. Esso può essere definito come l'insieme dei segni e sintomi clinici che persistono (malattia Covid-19 sintomatica persistente) o insorgono dopo l'infezione (sindrome post Covid-19); in quest'ultimo caso si può utilizzare anche la definizione dell'OMS, che le classifica come "post-Covid condition".

Sebbene non sia ancora del tutto chiaro perché si manifesti solo in alcune persone - uno studio recentemente pubblicato su Nature evidenzia la molteplicità delle possibili cause, da una reazione autoimmune innescata dal virus alla presenza di frammenti di Sars-CoV-2 nell'organismo, ai danni agli organi più colpiti dal virus stesso⁴ - sembra esserci una prevalenza maggiore negli uomini anziani e nelle donne, oltre che nei pazienti ospedalizzati in quanto l'entità dei sintomi cresce con la gravità della malattia acuta.

4. Davis HE, McCorkell L, Vogel JM et al (2022), "Long Covid: major findings, mechanisms and recommendations", Nat Rev Microbiol.

COVID-19, 3 anni dopo

Come spiegato nel primo Documento italiano sul tema, rilasciato dall'ISS a luglio 2021⁵, le manifestazioni cliniche generali del Long Covid, che possono presentarsi sia singolarmente che in diverse combinazioni, includono una forma persistente e importante di astenia, il sintomo riportato più frequentemente, debolezza muscolare, dolori diffusi e un peggioramento della qualità della vita; tra le manifestazioni organo-specifiche vi possono essere conseguenze respiratorie, cardiovascolari e neurologiche, come la cefalea.

A causa della mancanza di una definizione chiara delle tempistiche per cui è possibile parlare di Long Covid e delle differenze in funzione della popolazione di volta in volta considerata, non è facile fornire una stima precisa della prevalenza. Da una revisione sistematica della letteratura, che indaga la prevalenza globale del Long Covid confrontando una cinquantina di studi di cui 5 italiani, circa il 54% dei pazienti Covid-19 ospedalizzati e il 34% dei non ospedalizzati presenta sintomi a distanza di almeno un mese dall'infezione⁶; un'altra metanalisi, portata avanti da un gruppo di ricercatori italiani, ha concluso che quasi il 60% di chi ne soffre riporta uno o più sintomi del Long Covid in un periodo medio di sei mesi⁷. Questi dati, tuttavia, variano notevolmente da un'area geografica all'altra e, in media, presentano percentuali più alte in Asia e Oceania e più basse in Europa.

A livello europeo, il più ampio degli studi, condotto dall'Office for National Statistics su un campione di oltre 20.000 abitanti del Regno Unito, ha mostrato una prevalenza di sintomi nei contagiati pari al 13% a più di 12 settimane dall'infezione, lasso di tempo minimo che l'Istituto Superiore di Sanità identifica per rientrare nella sindrome post-Covid.

Gli studi italiani sono tendenzialmente effettuati in contesto ospedaliero dove la prevalenza di pazienti con sintomi a distanza di tempo è maggiore: tra questi, uno studio su 143 pazienti ospedalizzati al Policlinico Gemelli nella prima ondata pandemica mostra che, a due mesi dall'insorgenza dei primi sintomi, il 32% del campione riferiva uno o due sintomi e il 55% tre o più⁸.

Lo sviluppo del Long Covid ha implicazioni significative sulla salute, sulla qualità di vita e sulla produttività economica delle persone. Tuttavia, anche a causa delle difficoltà a giungere a una diagnosi per la mancanza di una definizione e di un percorso diagnostico condivisi, per troppo tempo il Long Covid non ha ricevuto la necessaria attenzione, sia in Europa che in Italia: mentre negli Stati Uniti il Piano d'azione nazionale per la ricerca sul Long Covid, istituito ad agosto 2022, può contare su oltre 1 miliardo di dollari di fondi, l'Unione Europea non ha ancora definito un'agenda di ricerca comune sul Long Covid, eccetto 42 milioni di euro di investimenti su 6 progetti di ricerca nell'ambito di Horizon Europe, facendo piuttosto leva sull'importanza del coordinamento e della condivisione tra gli Stati Membri⁹.

D'altra parte, gli Stati Membri, sin dalle prime fasi della pandemia si sono mossi in modo disordinato: mentre Germania e Francia nel 2020 avevano allocato rispettivamente 6,5 e 2,2 milioni di euro per la ricerca sul Long Covid (e il Regno Unito addirittura 20 milioni di sterline), l'Italia non ha ancora finanziato progetti di ricerca ad hoc; allo stesso modo, nel nostro Paese, sebbene l'assistenza ai pazienti dimessi con diagnosi di Long Covid sia garantita nella normale attività di follow-up, non risulta siano state finanziate cliniche specializzate per i pazienti che sviluppano il Long Covid, come invece è stato fatto ad esempio da Germania, Francia, Belgio e Regno Unito, dove già a marzo 2021 erano state attivate oltre 80 "NHS Long Covid clinics"¹⁰.

5. Onder G, Florida M, Giuliano M, Lo Noce C et al (2021), "Indicazioni ad interim sui principi di gestione del Long-Covid. Versione del 1° luglio 2021", Rapporto ISS Covid-19 n.15/2021.

6. Chen Chen, Spencer R Hauptert, Lauren Zimmermann, Xu Shi, Lars G Fritsche, Bhramar Mukherjee (2022), "Global Prevalence of Post-Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) Condition or Long Covid: A Meta-Analysis and Systematic Review", The Journal of Infectious Diseases.

7. Di Gennaro F et al (2022), "Long Covid: a systematic review and meta-analysis of 120,970 patients", Preprints with The Lancets Respiratory Medicine.

8. Carfi A, Bernabei R, Landi F, for the Gemelli (2020), "Against Covid-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent Symptoms in Patients After Acute Covid-19", JAMA.

9. Intervento del Commissario alla Salute Stella Kyriakides, EPSCO Council, 14 marzo 2023.

10. Baraniuk, C (2020), "Covid-19: How Europe is approaching long Covid", BMJ.

COVID-19, 3 anni dopo

1.3 L'IMPATTO DELLA PANDEMIA SULLE PRESTAZIONI SANITARIE

Prima dell'avvio della campagna vaccinale, nelle prime fasi della pandemia, la necessità di allentare la pressione sugli ospedali da un lato e la paura del contagio da parte dei pazienti (gli ospedali sono potenziali focolai di infezione) dall'altro, hanno comportato la sospensione o anche l'annullamento degli interventi e delle prestazioni non urgenti. Questo ha contribuito ad allungare le liste d'attesa che già rappresentavano un'area di criticità.

Nel 2020 si è osservata una generale riduzione del volume di attività erogate dagli ospedali italiani: secondo l'ultimo Rapporto SDO del Ministero della Salute (2022 su dati 2020), il numero complessivo di dimissioni, tra regime ordinario e diurno, è sceso da 8.193.592 a 6.489.469 di unità; questa riduzione, superiore al 20% con una discreta difformità regionale, ha coinciso con una riduzione del numero complessivo di giornate di degenza, passate da 57.714.560 a 48.631.622 (-15,7%). Nel 2021, grazie soprattutto alla campagna vaccinale anti-Covid-19, sono stati fatti circa 500.000 ricoveri in più rispetto al 2020 ma persiste un ritardo del 14% circa rispetto all'epoca pre-pandemia; assumendo che le esigenze di ricovero siano più o meno costanti, e senza tener conto del fatto che le restrizioni agli accessi alle strutture (e la paura di contrarre il virus) possano aver ridotto i ricoveri inappropriati, nel triennio sono stati fatti 2,9 milioni di ricoveri in meno che devono essere ancora recuperati, con impatti sull'allungamento delle liste di attesa e conseguentemente dei tempi¹¹.

In termini di prestazioni di specialistica ambulatoriale, a livello nazionale nel 2020 è venuta meno più di 1 prestazione su 4 rispetto al 2019 (-28,3%), un valore ricompreso tra il -17,8% della Toscana e il -65,9% della Basilicata. Nonostante nel biennio successivo ci sia stata una progressiva ripresa di visite ed esami, non sono ancora stati raggiunti i livelli pre-pandemia. Sempre rispetto al 2019, nel 2021 il calo delle prestazioni è stato del 14,9%, per ridursi nel 2022 al 9,8%: a parità di domanda, le prestazioni da recuperare sono 121 milioni, con un ritardo cumulato di oltre 6 mesi¹².

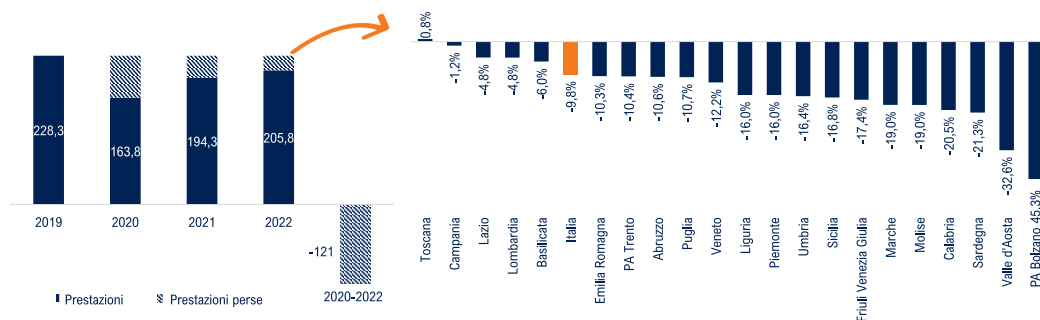


Figura 5. A sinistra: prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate e potenzialmente perse in Italia (milioni di prestazioni), 2019-2022. A destra: Variazione del numero complessivo di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nel 2022 e nel 2019 nelle Regioni italiane (percentuale), 2022. Fonte: The European House – Ambrosetti su dati Agenas, 2023

11. I dati 2021 sono rilevati dall'Edizione 2022 del Programma Nazionale Esiti (PNE).

12. I dati sulle prescrizioni di Regione Toscana, una delle poche Regioni italiane a monitorarli e renderli pubblici, attestano che le richieste di prestazioni non solo sono tornate ai livelli del 2019 ma sono aumentate. Considerando le sole visite, dopo un calo del 17% sul 2019 nel 2020 vi è stato un aumento del 16% nel 2021 e addirittura del 25% nel 2022, passando da 2 milioni a 3,1 milioni di prescrizioni. Fonte: Gabanelli M e Ravizza S, "Sanità: liste d'attesa per visite ed esami: ecco perché sono sempre più lunghe", Corriere della Sera 6 febbraio 2023.

COVID-19, 3 anni dopo

All'interno della specialistica ambulatoriale, si sottolinea, tra il 2019 e il 2020, il calo delle prime visite (-36,2%) e delle visite di controllo (-30,8%); anche se c'è stata una ripresa delle attività rispetto al 2020, anche nel 2022 sono state effettuate il 15,6% in meno di prime visite e il 17,4% in meno di visite di controllo rispetto al 2019, con percentuali negative in tutte le Regioni italiane. Complessivamente, mancano all'appello 16,1 milioni di prime visite e 22,8 milioni di visite di controllo, numeri preoccupanti data l'importanza della presa in carico tempestiva e del follow-up sugli outcome di salute. Anche in termini di esami svolti siamo ancora lontani dai livelli del 2019: ad esempio, nel 2022 sono stati effettuati 1,2 milioni di elettrocardiogrammi e 3,5 milioni di ecografie dell'addome, rispettivamente il 23,1% e il 7,9% in meno di quelli fatti quattro anni prima.

A essere calati nel corso del 2020 sono stati anche gli interventi chirurgici (-80%), ad eccezione di quelli relativi alle patologie oncologiche non procrastinabili e alle urgenze.

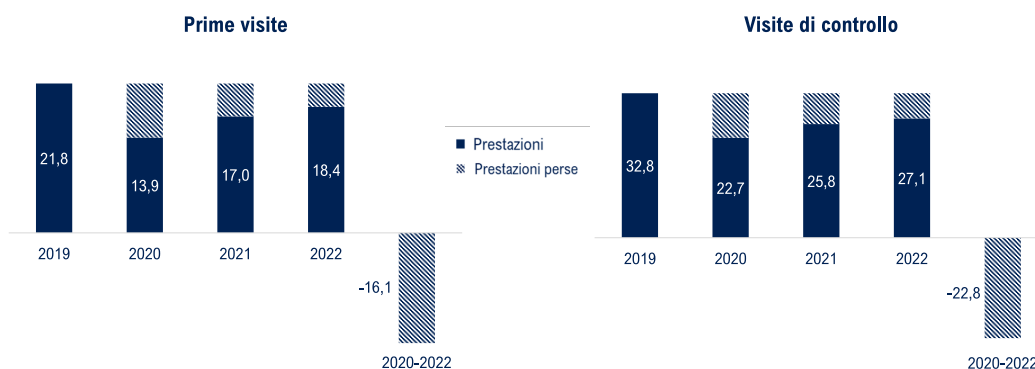


Figura 6. Prime visite (a sinistra) e visite di controllo (a destra) erogate e potenzialmente perse in Italia (milioni di visite), 2019-2022. Fonte: The European House – Ambrosetti su dati Agenas, 2023

Si sono ridotte, inoltre, le prestazioni in ambito prevenzione, in primis screening e vaccini.

Ad esempio, nel 2020 rispetto al 2019 l'adesione allo screening mammografico e cervicale si è ridotta di 16 punti percentuali, rispettivamente dal 46% al 30% e dal 39% al 23%; un calo leggermente inferiore è stato registrato per lo screening coloretale (-13 punti percentuali). I dati di copertura 2021 dell'Osservatorio Nazionale Screening mostrano invece un ritorno ai valori pre-pandemici per gli screening mammografico e coloretale, mentre per lo screening cervicale il recupero è solo parziale. A fronte del miglioramento riscontrato, anche nell'ultimo anno l'adesione è stata mediamente più alta al Nord e più bassa nel Mezzogiorno, a conferma della forte disomogeneità nell'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie nelle diverse aree del Paese, accentuata dalla pandemia.

COVID-19, 3 anni dopo

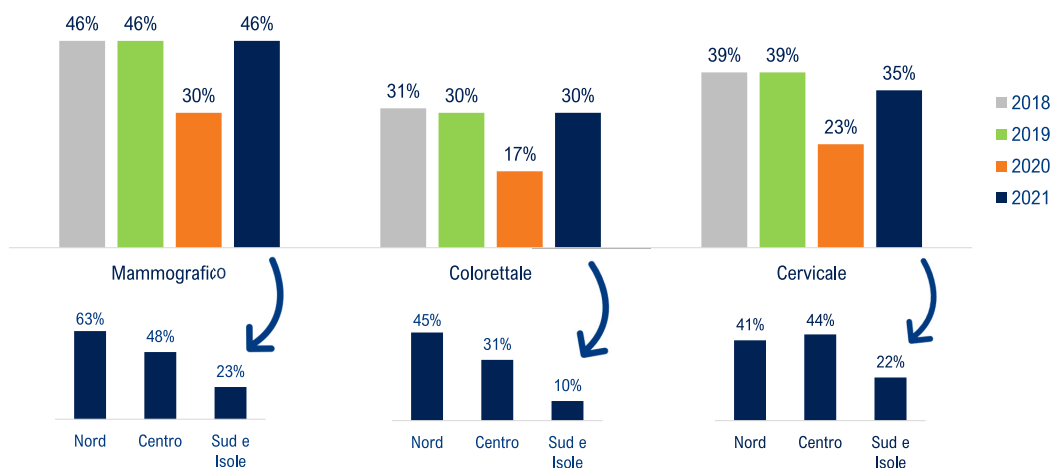


Figura 7. Andamento dell'adesione ai programmi di screening organizzato mammografico (a sinistra), coloretale (al centro) e cervicale (a destra) (%), 2018-2021 – Fonte: The European House – Ambrosetti su dati AIOM, ONS, 2023

L'interruzione dei servizi vaccinali nei primi mesi della pandemia ha avuto un impatto negativo sulle coperture vaccinali in tutte le fasce d'età ma soprattutto negli adolescenti, coi tassi di copertura dell'HPV calati di 10 p.p. Nel 2021 tutti i tassi sono in risalita ma non si è ancora tornati ai valori del 2019. Controtendenza, i dati della stagione antinfluenzale 2020-2021 mostrano un sensibile aumento delle vaccinazioni negli anziani (+10,7 p.p.): esso è imputabile alla campagna di informazione sull'importanza del vaccino antinfluenzale per semplificare la diagnosi e la gestione dei casi sospetti, dati i sintomi simili tra Covid-19 e influenza, e dalla possibilità di somministrazione dei vaccini anche nelle farmacie e negli studi dei MMG; in questo caso, nel 2021 la copertura si è ristabilizzata sui livelli pre-pandemici. Restano estremamente critici i valori di copertura relativi alle altre vaccinazioni per gli over-65 e i fragili, vale a dire la vaccinazione anti-pneumococcica e anti-Herpes zoster, che stentano ad arrivare al 30%.

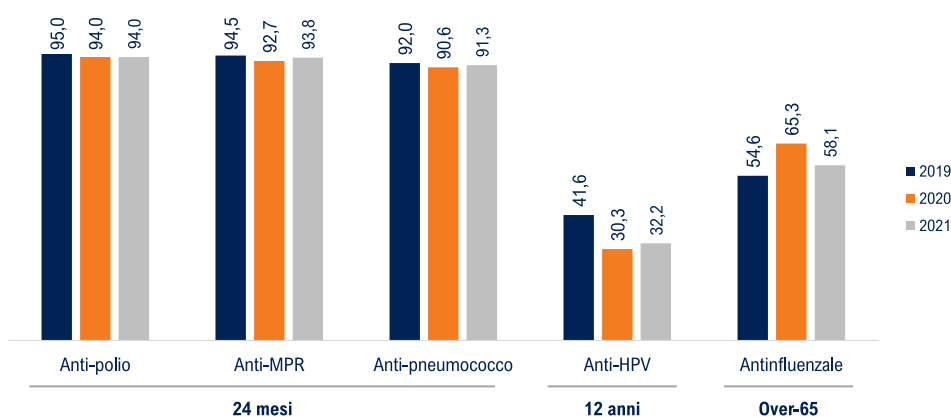


Figura 8. Copertura di alcune campagne di vaccinazione in Italia (%), 2019-2021 – Fonte: The European House – Ambrosetti su dati Ministero della Salute, 2023

COVID-19, 3 anni dopo

1.4 L'ORGANIZZAZIONE E L'ADESIONE ALLA CAMPAGNA VACCINALE

Come nel resto del mondo, se i limiti agli spostamenti e agli ingressi negli ospedali e le altre misure di distanziamento sociale e protezione, come gel e mascherine, hanno contribuito a contenere la diffusione del contagio, solo grazie alla campagna vaccinale, avviata il 27 dicembre 2020, è stato possibile far ripartire il sistema sanitario ed economico nel suo complesso. I primi a essere stati vaccinati sono stati gli operatori sanitari, gli anziani e i fragili.

I vaccini Covid-19 sono stati sviluppati e approvati in brevissimo tempo (circa un anno). Sono stati numerosi i fattori che hanno contribuito a velocizzare questo processo, che normalmente può durare oltre 10 anni. Questi fattori riguardano sia l'ambito scientifico, a partire dalla valorizzazione delle ricerche basate sulla tecnologia a RNA messaggero (mRNA) e degli studi sui coronavirus umani correlati al SARS-CoV-2, sia quello regolatorio: la valutazione da parte delle agenzie regolatorie dei risultati ottenuti, man mano che questi venivano prodotti (rolling review), ha permesso di incominciare a valutare gli esiti delle sperimentazioni prima della conclusione degli studi, in un processo di scambio continuo e sinergico di informazioni con gli enti e le aziende impegnate nello sviluppo del vaccino. Non ultimo, la velocizzazione del processo è stata resa possibile grazie a un'immissione di risorse economiche straordinaria da parte degli Stati e delle aziende farmaceutiche, esempio virtuoso di partnership pubblico-privato.

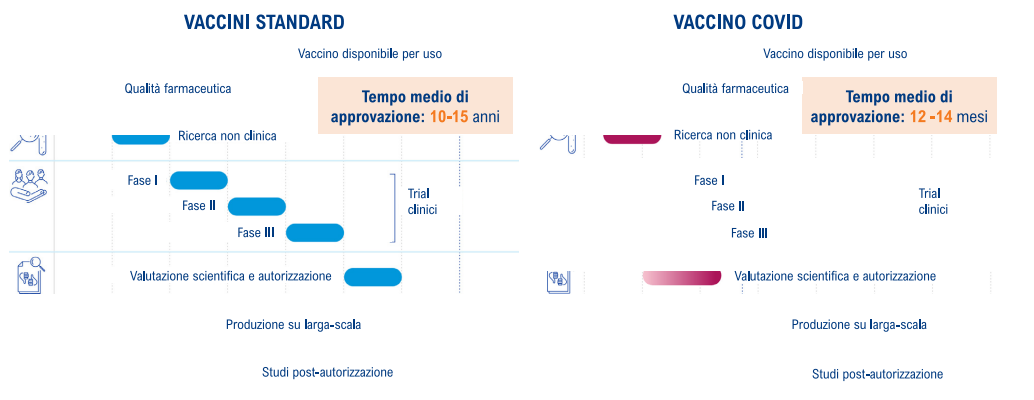


Figura 9. Timeline dello sviluppo di vaccini - Fonte: The European House - Ambrosetti su dati EMA, 2023

In Italia dal 27 dicembre 2020 al 9 maggio 2023, sono state somministrate complessivamente 144 milioni di dosi di vaccino, più del 90% delle dosi consegnate. Si tratta di 244,6 dosi ogni 100.000 abitanti, sesto Paese europeo dopo Portogallo (274,3), Danimarca (256,1), Inghilterra (256,0), Belgio (254,2) e Svezia (247,0).

COVID-19, 3 anni dopo

Come si evince dal più recente Rapporto sulla Sorveglianza dei vaccini anti-Covid-19¹³, tra il 27 dicembre 2020 e il 26 dicembre 2022 sono stati segnalati 140.595 eventi avversi, pari a 97 ogni 100.000 dosi somministrate. Di questi, l'81,3% è stato classificato come non grave (febbre, cefalea, dolori muscolo-articolari, stanchezza, etc.) e solo il 18,7% come grave, nella maggior parte dei casi con sintomatologia simil-influenzale.

La conferma che i vaccini anti-Covid-19 non hanno causato maggiori rischi di patologie gravi è stata oggetto di diverse analisi di letteratura. Tra queste, uno studio italiano coordinato dall'Università di Bologna¹⁴, il primo al mondo a seguire la popolazione per più di un anno, ha analizzato la frequenza di alcune gravi malattie cardiovascolari, come infarto, ictus, miocarditi, pericarditi e trombosi venose profonde, concludendo che casi e decessi delle patologie in esame sono stati meno frequenti tra i vaccinati rispetto ai non vaccinati, con numeri più alti nei cittadini con una o due dosi e più basse in quelli con tre o più.

L'andamento delle vaccinazioni non è stato costante, raggiungendo alcuni picchi nei mesi di maggio-luglio 2021 e a cavallo della stagione invernale 2021-2022: tra dicembre 2021 e gennaio 2022, ad esempio, è stata superata per ben quattro volte la soglia delle 700.000 somministrazioni giornaliere.

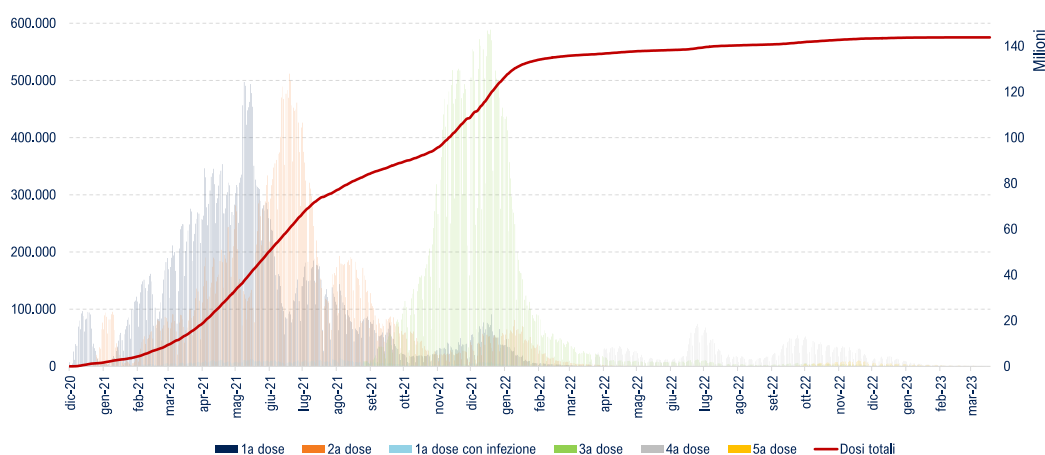


Figura 10. Vaccini somministrati giornalmente per dose (numero) e vaccini somministrati in totale (milioni di dosi), 27 dicembre 2020 – 14 aprile 2023 – Fonte: The European House – Ambrosetti su dati ISS, 2023

Per aumentare i punti di somministrazione, la struttura commissariale si è servita di una serie di hub vaccinali diffusi capillarmente sul territorio nazionale, cui si sono aggiunti nei mesi successivi i medici di medicina generale e, da marzo 2021, oltre 11.000 delle 19.000 farmacie di comunità italiane, capaci di somministrare 2 milioni di dosi nel solo primo anno di attività.

13. AIFA (2 marzo 2023), "Rapporto sulla Sorveglianza dei vaccini anti-Covid-19, 27/12/2020 – 26/12/2022".

14. Flacco ME, Acuti Martellucci C, Soldato G, Di Martino G, Carota R, De Benedictis M, Di Marco G, Parruti G, Di Luzio R, Caponetti A et al (2023), "Covid-19 Vaccination Did Not Increase the Risk of Potentially Related Serious Adverse Events: 18-Month Cohort Study in an Italian Province", Vaccines.

COVID-19, 3 anni dopo

Sono complessivamente 50 milioni gli italiani che hanno completato il ciclo vaccinale (2 dosi o monodose), pari all'84,7% della popolazione generale (cui si aggiungono 878mila persone circa – pari all'1,5% - in attesa della seconda dose), con percentuali superiori al 95% negli over 70, pazienti considerati particolarmente a rischio. Le vaccinazioni in età pediatrica (5-11 anni), introdotte a dicembre 2021, hanno raccolto una scarsa adesione: meno del 40% della popolazione di riferimento ha intrapreso il ciclo di vaccinazione.

Relativamente alle dosi booster, l'84,9% della popolazione potenzialmente eleggibile che ha ultimato il primo ciclo vaccinale da almeno 4 mesi ha deciso di effettuare la terza dose. D'altra parte, solo il 31,4% degli eleggibili ha ricevuto la quarta dose, raccomandata da luglio 2022 a over-60, fragili e operatori delle strutture sanitarie e ospedaliere e delle RSA.

A sei mesi dall'avvio delle somministrazioni, la quinta dose di vaccino (terza dose di richiamo), autorizzata con una circolare ministeriale di fine ottobre 2022, è stata iniettata ad appena 500.000 persone, il 16% circa dei 3,1 milioni di persone eleggibili¹⁵.

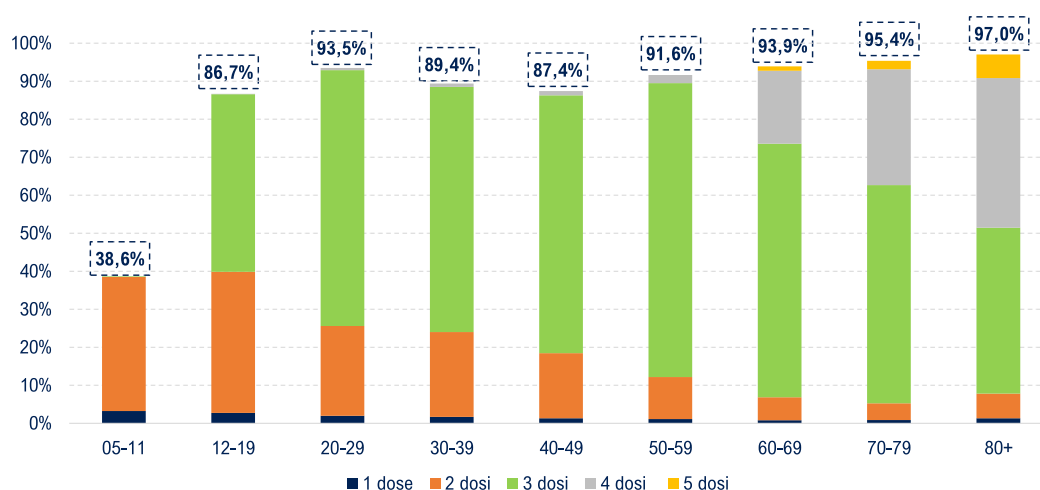


Figura 11. Persone che hanno ricevuto il vaccino per dose e fascia d'età (% sul totale), 27 dicembre 2020 – 9 maggio 2023 - Fonte: The European House – Ambrosetti su dati ISS, 2023

A livello regionale si registra una elevata variabilità in termini di copertura vaccinale, più evidente con riferimento alla 3°, 4° e 5° dose, con un gradiente Nord-Sud: nel caso della quarta dose si va dal 45,7% del Piemonte al 14,1% della Calabria; anche nel caso della quinta dose, per cui tuttavia ci sono numeri molto più bassi, il range è compreso tra Piemonte (31,3%) e Calabria (6,2%). La variabilità è comunque significativa anche nel primo ciclo di copertura: la quota di individui vaccinata con almeno 2 dosi varia dall'87,1% della Toscana al 70,7% della Provincia Autonoma di Trento.

¹⁵ La circolare del Ministero della Salute raccomanda la quinta dose agli over 80, agli ospiti delle RSA e agli over 60 fragili, consigliandola a tutti gli ultrasessantenni con il secondo richiamo.

COVID-19, 3 anni dopo

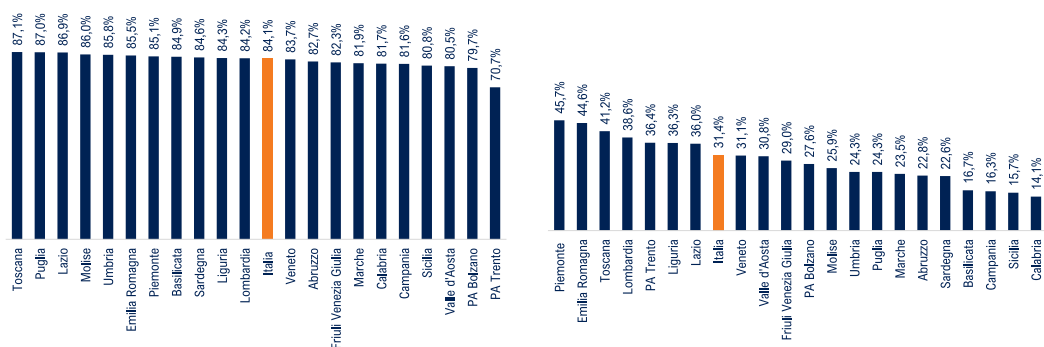


Figura 12. A sinistra: Persone che hanno ricevuto almeno 2 dosi di vaccino nelle Regioni italiane (% sul totale), dicembre 2020 – 9 maggio 2023. A destra: Persone che hanno ricevuto la quarta dose di vaccino tra quelle cui è stata raccomandata nelle Regioni italiane (% sul totale), luglio 2022 – 9 maggio 2023 – Fonte: The European House – Ambrosetti su dati ISS, 2023

Secondo gli ultimi dati dell'Istituto Superiore di Sanità¹⁶, a gennaio 2023 solo il 9% della popolazione target aveva ricevuto l'ultima dose di vaccino da meno di sei mesi, e si tratta quasi esclusivamente di persone anziane; viceversa, solo il 3% della popolazione sotto i 60 anni ha effettuato una vaccinazione Covid-19 nei 6 mesi precedenti; in media, è trascorso più di un anno (371 giorni) dall'ultima dose e poco meno di un anno (355 giorni) dall'ultimo evento. Parallelamente alla riduzione dei vaccini somministrati, sono aumentate in maniera significativa le diagnosi di reinfezione da Sars-CoV-2 sul totale delle diagnosi.

Da agosto 2021 ad aprile 2023 sono stati segnalati oltre 1,8 milioni di casi di reinfezione, pari all'8,6% del totale dei casi notificati nella stessa finestra temporale; nel secondo semestre 2022 i casi di reinfezione sono quadruplicati, passando dal 7% di giugno 2022 al 30% di gennaio 2023, salvo poi oscillare tra il 31 e il 34% nei primi mesi del 2023, come riportato nel "Report esteso ISS – Sorveglianza Covid-19: Aggiornamento nazionale 19/04/2023 – ore 12:00". Questo dato conferma la durata limitata della protezione del vaccino e la necessità di somministrare delle dosi di richiamo.

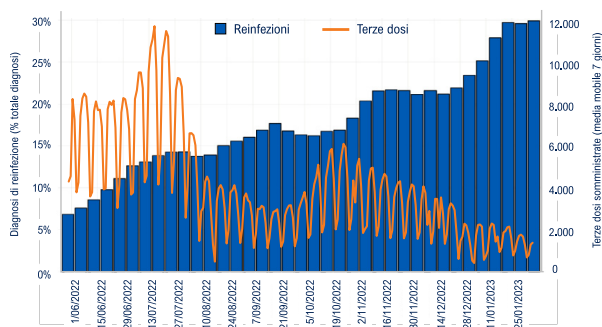


Figura 13. Distribuzione delle diagnosi di reinfezione da Covid-19 sul totale delle diagnosi segnalate (%) e terze dosi somministrate (media mobile 7 giorni), giugno 2022-gennaio 2023 - Fonte: The European House – Ambrosetti su dati ISS, 2023

16. ISS (21 aprile 2023), "Impatto della vaccinazione e della pregressa diagnosi sul rischio di infezione e di malattia severa associata a SARS-CoV-2"

COVID-19, 3 anni dopo

Le vaccinazioni si sono dimostrate sin da subito efficaci e utili per proteggere gli individui dalla malattia severa e dalla morte, come dimostrano i dati sulle percentuali di infezioni da Covid-19 con esito grave (ricoveri in reparti ordinari, ricoveri in terapia intensiva e decessi) che si sono ridotte drasticamente, al netto dell'aumento del numero dei casi giornalieri dovuto alle riaperture e al miglioramento nelle tecniche di tracciamento e nel processamento dei tamponi. I positivi ospedalizzati sono crollati dal 15,2% del 2020 all'1,0% del 2022, mentre i ricoverati in terapia intensiva sono calati dal 3,5% allo 0,05%.

Hanno contribuito a migliorare gli outcome di salute anche i nuovi farmaci antivirali approvati per la cura del Covid-19 per i soggetti che rischiano di sviluppare una forma severa. Questi farmaci, che devono essere assunti per via orale, possono essere somministrati sia ai pazienti ospedalizzati che non, ma sono ancora poco utilizzati. Dall'inizio delle rilevazioni al 2 maggio 2023, sono stati avviati 118.586 trattamenti per i pazienti ospedalizzati e 227.692 per i pazienti non ospedalizzati, con un'ampia variabilità a livello regionale¹⁷.

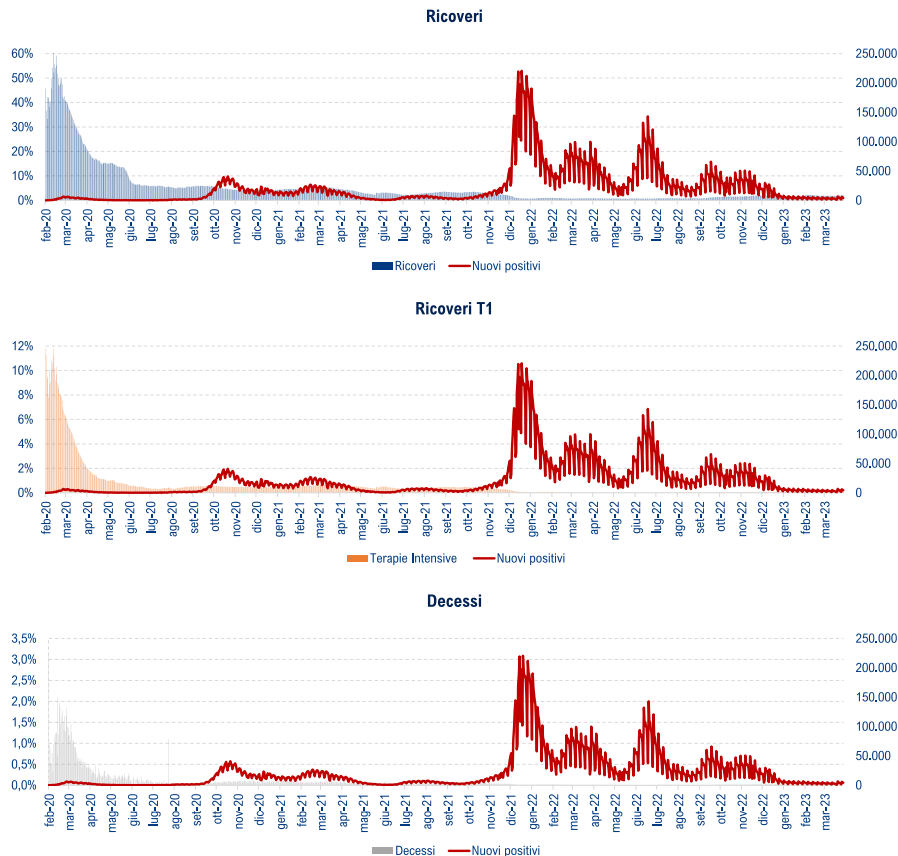


Figura 14. Infezioni da Covid-19 con esito grave (ricovero, ricovero in Terapia Intensiva, decessi) (% sul totale degli attualmente positivi), febbraio 2020-aprile 2023 – Fonte: The European House – Ambrosetti su dati ISS, 2023

17. Dati AIFA, 2 maggio 2023

COVID-19, 3 anni dopo

Secondo l'ultimo Rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità sull'impatto delle vaccinazioni sul rischio di infezione e malattia severa di aprile 2023¹⁸, tra il 2 gennaio e il 5 febbraio 2023, sono stati 8.980 (3,2%) gli italiani che, avendo contratto il Covid, sono stati ricoverati in terapia intensiva o nei reparti ordinari e/o sono deceduti, ma con differenze significative in funzione dell'adesione alla campagna vaccinale. Il rischio di malattia grave cresce all'aumentare dell'età e aumenta nelle persone non vaccinate e che contraggono il virus per la prima volta. A parità di fascia d'età e pregressa diagnosi di infezione, il rischio tende a diminuire nei vaccinati.

Nella popolazione con meno di 60 anni il rischio di ammalarsi in forma grave se non mortale non supera mai i 9 casi per 100.000 tra i vaccinati, ma può raggiungere i 15 tra i non vaccinati mai contagiati prima.

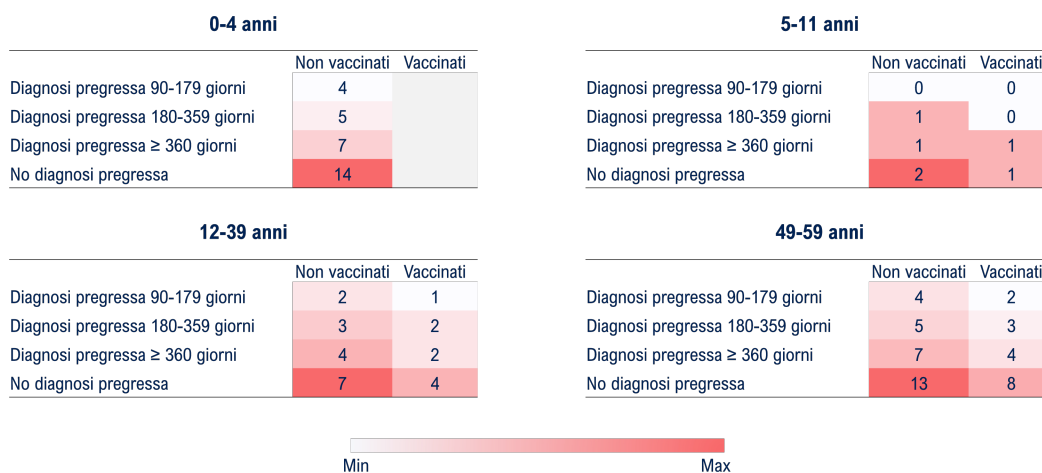


Figura 15. Rischio di malattia grave nella popolazione < 60 anni per fascia d'età, stato vaccinale e pregressa diagnosi (numero per 100.000 abitanti), gennaio 2023-febbraio 2023 – Fonte: The European House – Ambrosetti su dati ISS, 2023

Il rischio di malattia severa aumenta tra gli over-60, e in questo caso la tendenza alla diminuzione nella popolazione vaccinata di recente è ancora più netta: il rischio varia dai 3 casi per 100.000 dei 60-79enni che hanno fatto sia la malattia che la dose di richiamo negli ultimi 6 mesi ai 307 casi degli over-80 senza dose di richiamo che contraggono il virus per la prima volta; nella popolazione non vaccinata si va da 20 casi di malattia severa nei 60-79enni con diagnosi pregressa di Covid negli ultimi 6 mesi ai 1.090 casi tra gli over 80 che contraggono il virus per la prima volta.

18. ISS (21 aprile 2023), "Impatto della vaccinazione e della pregressa diagnosi sul rischio di infezione e di malattia severa associata a SARS-CoV-2"

COVID-19, 3 anni dopo

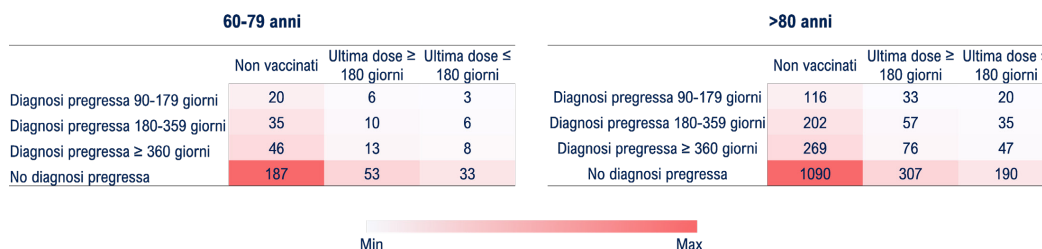


Figura 16. Rischio di malattia grave nella popolazione ≥ 60 anni per fascia d'età, stato vaccinale e pregressa diagnosi (numero per 100.000 abitanti), gennaio 2023-febbraio 2023 – Fonte: The European House – Ambrosetti su dati ISS, 2023

Il Report Esteso ISS del 20 gennaio 2023 declina invece il rischio relativo di essere ospedalizzato, ricoverato in terapia intensiva o morire a seguito dell'infezione tra soggetti non vaccinati e soggetti vaccinati con una o più dosi. Ad esempio, in base agli ultimi dati disponibili, un positivo non vaccinato ha un rischio di finire in terapia intensiva 10 volte superiore a uno vaccinato con la 4° dose da oltre 4 mesi, 5 volte superiore a uno che ha ricevuto la 4° dose da meno di 4 mesi e 3 volte superiore a chi ha 3 dosi o meno.

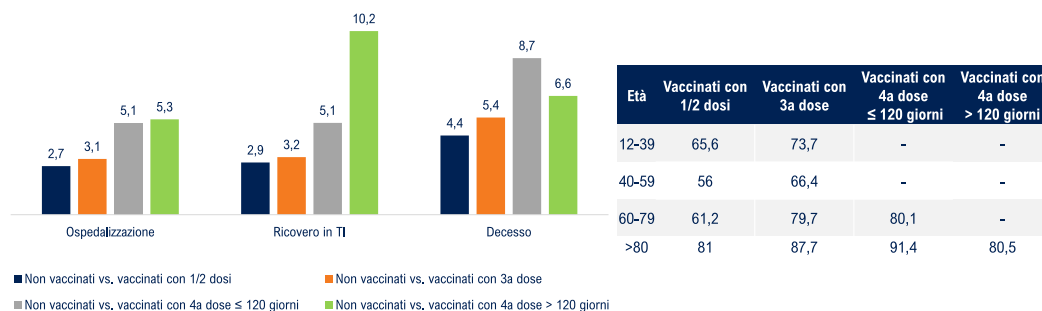


Figura 17. A sinistra: rischio relativo di malattia grave (ospedalizzazione, ricovero in Terapia Intensiva e decesso) per stato vaccinale, dicembre 2022. A destra: stima di efficacia vaccinale per fascia d'età (%), gennaio-dicembre 2022 – Fonte: The European House – Ambrosetti su dati ISS, 2023

Non ultimo, la vaccinazione riduce sensibilmente il rischio di incorrere nel Long Covid: questo è quanto emerge anche da uno studio italiano che valuta la prevalenza di questo fenomeno in un campione di operatori sanitari italiani che hanno contratto il virus. Secondo lo studio, se 1 operatore sanitario su 3 (31%) ha riscontrato sintomi riconducibili al Long Covid, la percentuale varia notevolmente in base alle dosi ricevute: essa è pari al 41,8% tra i non vaccinati, al 30% tra i vaccinati con una dose, al 17,4% tra i vaccinati con due dosi e al 16% tra quelli con tre dosi; il Long Covid è associato inoltre all'età avanzata, all'alto BMI, ad allergie e malattie ostruttive dei polmoni¹⁹.

Il ruolo protettivo dei vaccini emerge anche in uno studio del 2023 sulla persistenza dei sintomi del Long Covid a 12-18 mesi dall'infezione, realizzato nell'ambito del programma di ricerca corrente sul Long Covid degli IRCCS

19. Azzolini E, Levi R, Sarti R, Pozzi C, Mollura M, Mantovani A, Rescigno M (2022), "Association Between BNT162b2 Vaccination and Long Covid After Infections Not Requiring Hospitalization in Health Care Workers", JAMA.

COVID-19, 3 anni dopo

della Rete cardiologica: i pazienti vaccinati al tempo della fase acuta avevano un terzo delle probabilità di sviluppare i sintomi più generici del Long Covid, come dispnea e fatica, rispetto ai non vaccinati, e addirittura un quinto delle probabilità di sviluppare sintomi neuropsicologici²⁰.

Gli studi italiani sono in linea con quelli internazionali: da una parziale revisione di letteratura da parte della UK Health Security Agency emerge che 6 degli 8 studi che valutano l'efficacia della vaccinazione affermano che i soggetti vaccinati con una o due dosi che contraggono il virus hanno meno probabilità di sviluppare i sintomi tipici del Long Covid sia nel breve che nel medio-lungo periodo²¹; tra gli altri, secondo uno studio pubblicato sul British Medical Journal, una dose di vaccino riduce del 12,8% la probabilità di sviluppare il Long Covid, una seconda dose dell'8,8%²².

L'efficacia e la sicurezza dei vaccini, con una adesione in massa alla prima fase della campagna vaccinale non replicata nelle fasi successive, hanno permesso di ridurre in maniera significativa l'impatto della pandemia in termini di morbilità e mortalità, rendendo possibile il graduale allentamento delle misure restrittive e la ripresa dell'attività economica e produttiva e, conseguentemente, della crescita dell'Italia.

1.5 L'IMPATTO ECONOMICO DELLA PANDEMIA E IL RUOLO DELLE VACCINAZIONI

La crisi innescata dalla pandemia è stata la prima, dopo quella petrolifera, che ha coinvolto sia il lato della domanda che dell'offerta. Il contesto emergenziale ha comportato un aumento dell'incertezza e una maggiore difficoltà nel prevedere alcuni fenomeni economici a partire dall'interruzione delle attività produttive in molteplici settori e Paesi a livello globale e dai rallentamenti delle catene di fornitura.

Nel 2020 il PIL mondiale si è contratto del 3,1% (peggior contrazione dalla fine della Seconda Guerra Mondiale ad oggi) anche se con impatti differenziati nelle diverse economie. La peggior contrazione del PIL dal dopoguerra ad oggi è stata registrata anche in Italia, con un -8,9% rispetto al -8% della Francia e al -4,6% della Germania.

Per far fronte a questa crisi sanitaria, sociale ed economica senza precedenti il Governo italiano ha varato vari provvedimenti destinando risorse importanti alla sanità al fine di fronteggiare l'emergenza e rafforzare i sistemi sanitari soprattutto in termini di aumento della dotazione di personale, del numero di posti letto in terapia intensiva e semintensiva e al rafforzamento delle strutture territoriali e di assistenza ai pazienti non-Covid. Rispetto ai 114,5 miliardi di euro del 2019, il livello del Fondo Sanitario Nazionale è salito a 120,6 miliardi di euro nel 2020 e a 123 nel 2021.

L'aumento del livello del Fondo non è stato però sufficiente a fronteggiare l'aumento della spesa che si è contestualmente registrato, pari a +6,1 miliardi di euro nel 2020 (rispetto a 2019) e +3,7 miliardi di euro nel 2021 (rispetto al 2020). L'incidenza della spesa sanitaria sul PIL è passata dal 6,4% del 2019 al 7,3% e al 7,5% nel 2020 e 2021.

20. Ranucci M, Baryshnikova E, Anguissola M, Pugliese S, Ranucci L, Falco M, Menicanti L (2023), "The Very Long Covid: Persistence of Symptoms after 12-18 Months from the Onset of Infection and Hospitalization", J Clin Med.

21. UK Health Security Agency (2022), "The effectiveness of vaccination against long Covid: a rapid evidence briefing".

22. Ayoubkhani D, Bermingham C, Pouwels KB, et al (2022), "Trajectory of long Covid symptoms after Covid-19 vaccination: community based cohort study", BMJ.

COVID-19, 3 anni dopo

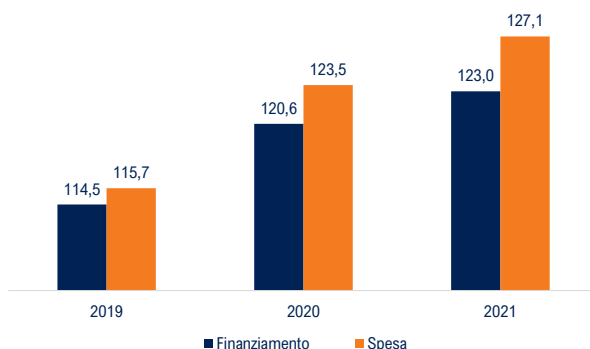


Figura 18. Finanziamento del SSN e Spesa sanitaria pubblica (miliardi di euro), 2019-2021 – Fonte: The European House – Ambrosetti su dati Ragioneria Generale dello Stato, 2023

In questo scenario, le vaccinazioni hanno permesso di contenere gli effetti negativi della pandemia e di dare il via alla ripresa economica registrata nel corso del 2021 e proseguita, anche se a ritmi più blandi, nel 2022. A livello europeo, ad esempio, si evidenzia una certa tendenza per cui i Paesi caratterizzati da tassi di copertura vaccinale maggiori nel corso del 2021 sono anche quelli caratterizzati da una maggior crescita del PIL reale nello stesso anno. Nel contesto europeo l'Italia - se si esclude l'Irlanda, unico Paese europeo a non aver registrato una contrazione dell'economia - dopo aver registrato il 3° maggior calo del PIL nel corso del 2020, ha ottenuto la 2° più alta crescita nel corso del 2021, anche a causa di un tasso di copertura vaccinale tra i più alti nel Continente.

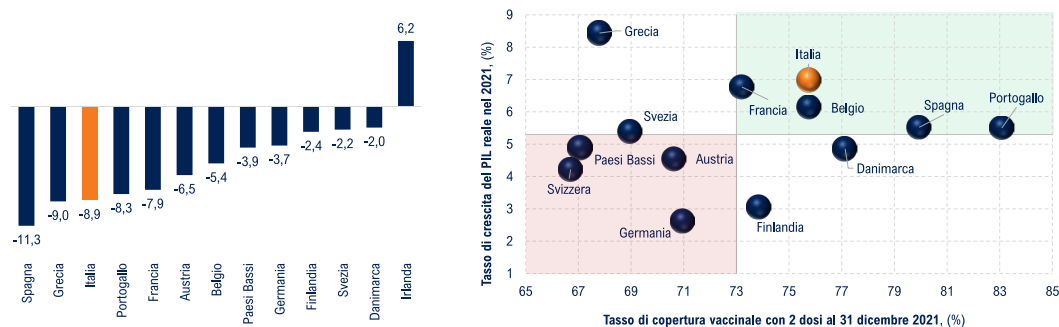


Figura 19. A sinistra: Tasso di crescita del PIL reale nei Paesi dell'EU-13 (%), 2020. A destra: Relazione tra il tasso di copertura vaccinale con 2 dosi nei Paesi dell'EU-13 (%) al 31 dicembre 2021 e tasso di crescita del PIL reale (%), 2021 – Fonte: The European House – Ambrosetti su dati Fondo Monetario Internazionale e Our World in Data, 2023

Esplodendo l'analisi a livello regionale, tra il 2019 e il 2020, il PIL è calato in maniera significativa in tutte le Regioni e nel 2021 soltanto 5 Regioni sono tornate a generare un Prodotto Interno Lordo superiore ai livelli pre-pandemia. Come riscontrato a livello europeo, anche a livello regionale emerge una relazione positiva tra il tasso di copertura vaccinale nella popolazione di età superiore ai 12 anni e il tasso di crescita dell'economia. In particolare, per ogni punto percentuale di copertura aggiuntivo, il PIL cresce dello 0,12%.

COVID-19, 3 anni dopo

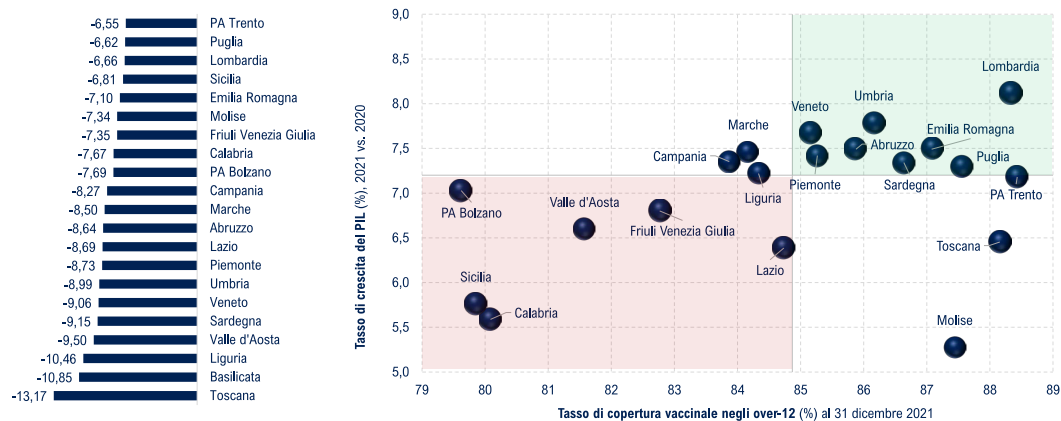


Figura 20. A sinistra: Tasso di crescita del PIL delle Regioni italiane (%), 2020 vs. 2019. A destra: Relazione tra la copertura vaccinale nella popolazione di età superiore ai 12 anni (%) al 31 dicembre 2021 e il tasso di crescita del PIL nelle Regioni italiane (%), 2021 vs. 2020 – Fonte: The European House – Ambrosetti su dati ISS, Istat, 2023

La ripresa economica, oltre che essere impattata positivamente dall'adesione alla campagna vaccinale dipende anche dalla velocità della campagna stessa. Uno studio²³ condotto dal Centro di Economic Evaluation and HTA (EEHTA) del CEIS dell'Università di Roma Tor Vergata in collaborazione con la Kingston University, ha definito un modello finanziario che stima la crescita attesa del PIL italiano rispetto alla campagna di vaccinazione, considerando le stime di crescita economica del Paese.

Alla base dello studio, l'individuazione di 4 scenari di riferimento dipendenti dal tasso di copertura vaccinale raggiunto nella popolazione over-70, partendo da uno scenario base di completamento del ciclo vaccinale da parte del 75% della popolazione target entro il 3° trimestre 2021 che avrebbe consentito una crescita del PIL del 3% nel 2021 e del 3,6% nel 2022.

Nello scenario più ottimistico dei 2 scenari peggiori individuati, vale a dire un trimestre di ritardo nella campagna di vaccinazione a parità di velocità di trasmissione del virus, con conseguente ritardo nel contenimento dei contagi e nella ripresa delle attività, il PIL del 2021 avrebbe segnato una contrazione del 3,1%, con una ripresa del 3,3% nel 2022 generando una perdita di PIL di 200 miliardi rispetto allo scenario base nel biennio. Nello scenario più pessimistico, un trimestre di ritardo nella campagna vaccinale, associato questa volta a una maggiore circolazione del virus e a una nuova ondata pandemica, avrebbe generato una perdita di PIL pari a 272 miliardi di euro.

Il raggiungimento dell'obiettivo di vaccinazione con un trimestre d'anticipo avrebbe invece comportato una crescita economica superiore allo scenario base sia nel 2021 che nel 2022 con un importo aggiuntivo di PIL pari a 9,5 miliardi di euro.

23. Mennini F, Magni D, Daniele L, Favato G (2021), "Knowledge management in turbulent times: time-based scenario analysis of vaccinations against Covid-19", Journal of Knowledge Management.

COVID-19, 3 anni dopo

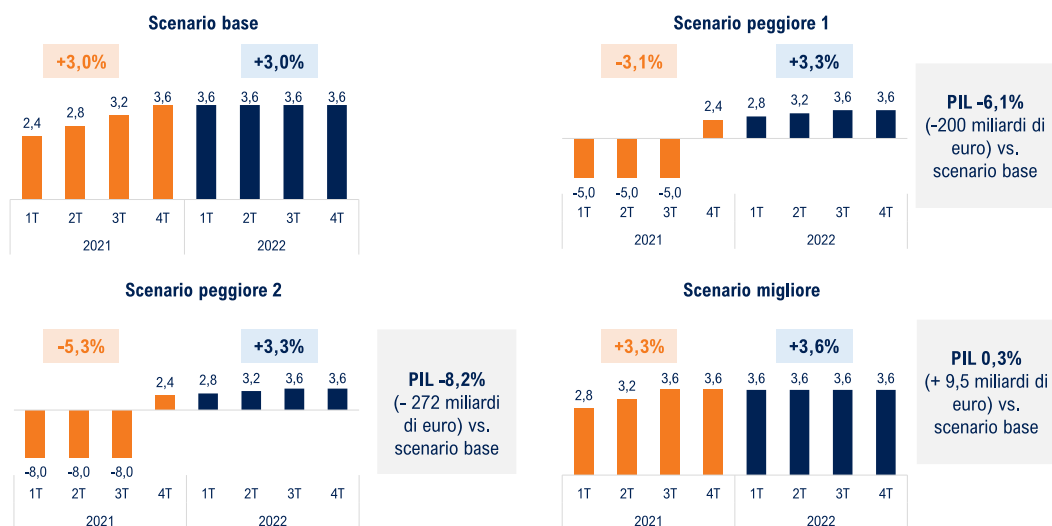


Figura 21. L'andamento del PIL nei 4 scenari ipotizzati – Fonte: Elaborazione The European House – Ambrosetti su dati Mennini F, Magni D, Daniele L, Favato G (2021), "Knowledge management in turbulent times: time-based scenario analysis of vaccinations against Covid-19", Journal of Knowledge Management.

In Italia, a fine giugno 2021, erano stati vaccinati con due dosi (o con una dose se contratto il virus) oltre 7,5 dei 10,5 milioni di over-70 residenti in Italia, pari al 72% della popolazione target, delineando uno scenario più ottimistico di quello ipotizzato, con una crescita dell'economia superiore a quella stimata dallo studio. Lo studio si è quindi rivelato un ottimo strumento per far comprendere il valore del "tempo" nella definizione e implementazione di azioni di reazione a shock esogeni, in questo caso la velocità della campagna di vaccinazione anti-Covid.

Sarebbe sbagliato credere che gli impatti economici della pandemia si siano già esauriti: anche se è stata dichiarata la fine dell'emergenza sanitaria globale, il virus continuerà a circolare ancora per molti anni e con effetti soprattutto sulla produttività del lavoro e quindi la crescita economica.

Un recente lavoro dell'Economist Impact²⁴ focalizzato sulla stima degli impatti del Covid-19 sulla popolazione in età lavorativa in termini di mortalità e morbosità, ha elaborato un modello per prevedere l'evoluzione del PIL nel quadriennio 2022-2025 in tre ipotetici scenari: uno scenario base che assume un tasso di infezioni da Covid-19 pari al 2022 per tutti gli anni successivi, uno pessimistico in cui il tasso aumenta del 10% nel 2023 mantenendo il livello fino al 2025 e, viceversa, uno ottimistico in cui dopo una iniziale riduzione del 10% si mantiene costante.

In questa simulazione i Paesi a subire i maggiori effetti economici sono quelli caratterizzati, nel 2022, da una maggiore circolazione del virus e da una più alta produttività del lavoro: tra questi, figura anche l'Italia²⁵.

In Italia, infatti, nel 2025 ci si aspetta una perdita di ore lavorative connessa al Covid-19 compresa tra lo 0,68% (scenario ottimistico) e lo 0,83% (scenario pessimistico), dovuta in massima parte (94%) ad assenze temporanee

24. Economist Impact research team (2023), "Understanding the future economic consequences of the Covid-19 pandemic".

25. Nel disegno dello studio questo archetipo comprende Paesi caratterizzati da un Tasso di infezione superiore al 19% (in Italia era pari al 33% al momento del rilevamento) e un tasso di produttività superiore ai 38\$ orari (in Italia era pari a 55\$/ora).

COVID-19, 3 anni dopo

dal lavoro, anche a causa del Long Covid, e solo in minima parte all'uscita dal mercato del lavoro (5%) o al decesso del lavoratore (1%).

Considerando le stime di crescita del PIL fornite ad aprile 2023 dal Ministero dell'Economia e delle Finanze nel Documento di Economia e Finanza, la perdita di produttività si traduce in un calo potenziale del PIL al 2025 tra lo 0,76% e lo 0,84% in funzione dello scenario di riferimento che si sostanzia in un impatto economico compreso tra i 14,3 e i 17,6 miliardi di euro.

Stime di crescita del PIL reale (%)			Scenario base	Scenario pessimistico	Scenario ottimistico
2023	1,0%	Ipotesi sul tasso di infezione	Costante al 33% fino al 2025	Aumento dal 33% al 36% nel 2023, poi costante fino al 2025	Diminuzione dal 33% al 30% nel 2023, poi costante fino al 2025
2024	1,5%	Perdita di ore di lavoro (stima)	0,75% ore di lavoro perse circa 326 milioni di ore	0,83% ore di lavoro perse circa 496 milioni di ore	0,68% ore di lavoro perse circa 267 milioni di ore
2025	1,3%	Perdita di PIL (stima)	0,76% del PIL perso circa 15,9 miliardi di euro	0,84% del PIL perso circa 17,6 miliardi di euro	0,68% del PIL perso circa 14,3 miliardi di euro

Figura 22. A sinistra: Tasso di crescita del PIL secondo le stime del Ministero dell'Economia e delle Finanze (%), 2023-2025. A destra: Stime di variazione della produttività e del PIL in Italia nei 3 scenari di infezione – Fonte: The European House – Ambrosetti su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze ed Economist Impact research team (2023), "Understanding the future economic consequences of the Covid-19 pandemic"

Ovviamente, la riduzione della circolazione del virus all'interno del nostro Paese comporta come è lecito attendersi una riduzione degli impatti economici negativi: questo implica la necessità di assicurare la disponibilità di vaccini e trattamenti anti-Covid-19, mantenendo una copertura vaccinale in grado di limitare la trasmissibilità del virus.

Questa strategia si sposa con le ultime raccomandazioni a livello internazionale e nazionale. In Italia l'Istituto Superiore di Sanità e il Ministero della Salute ribadiscono la necessità di continuare ad adottare, ove se ne evidenzi la necessità, le misure comportamentali individuali e collettive previste e/o raccomandate, quali uso della mascherina, aereazione dei locali, igiene delle mani. In aggiunta, si sottolinea l'importanza dei richiami vaccinali negli anziani e nei gruppi di popolazione più fragili, anche considerando la progressiva riduzione dell'effetto protettivo contro l'infezione con il passare del tempo; su quest'ultimo punto non sono ancora state pubblicate Linee Guida o Circolari di indirizzo per le Regioni.

SEZIONE 2. LE PERCEZIONI DEI CITTADINI E LE PROSPETTIVE PER I PROSSIMI MESI

2.1 L'ESPERIENZA PERSONALE DELLA PANDEMIA E L'ATTEGGIAMENTO VERSO I VACCINI: LE PRINCIPALI EVIDENZE EMERSE DALLA SURVEY

The European House – Ambrosetti in collaborazione con SWG²⁶ ha realizzato una survey con l'obiettivo di indagare gli impatti e le esperienze personali dei cittadini.

L'indagine quantitativa condotta su scala nazionale tra il 27 marzo e il 6 aprile 2023 con metodo misto CATI / CAWI (Computer Aided Telephone/Web Interviews) ha riguardato un campione di 2.304 soggetti di età compresa tra i 18 e i 70 anni. I dati sono stati ponderati statisticamente per età, zona di residenza, genere, ampiezza del centro e titolo di studio: il campione permette pertanto di contenere l'errore statistico assoluto sul dato medio entro la soglia del 2,19% (a un intervallo di confidenza del 95%).

Di seguito si riportano le principali evidenze emerse.

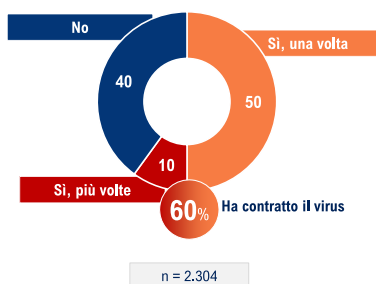
Secondo l'indagine, il 60% del campione ha contratto il Covid-19 almeno una volta (il 10% del campione dichiara di essersi re-infettato nel corso della pandemia), con una quota che sale al 74% tra i soggetti che non hanno effettuato la vaccinazione booster (fermandosi a 2 dosi). Tra le persone che hanno contratto il virus con maggior frequenza figurano i millennials e le persone con un più alto livello di istruzione, mostrando ancora una volta come la mobilità e la socialità siano elementi importanti nella circolazione del virus.

Con riferimento al trattamento della malattia, solo l'1% è stato ricoverato in ospedale e, tra coloro che si sono curati a casa, soltanto il 3% ha seguito una terapia domiciliare con i nuovi farmaci antivirali anti-Covid; più della metà del campione (52%) ha dichiarato di non aver seguito alcuna terapia farmacologica a causa dell'asintomaticità (19%) o della presenza di sintomatologia lieve (22%).

26. Nelle persone di Giulio Vidotto Fonda (Research Director) e Giovanni Borghesan (Researcher).

COVID-19, 3 anni dopo

«Ha mai contratto il COVID-19, vale a dire ha mai ottenuto un risultato positivo al tampone (molecolare o antigenico)?», (%)



«Come ha gestito la positività al SARS-CoV-2? (se l'ha contratto più volte faccia riferimento all'ultima volta)», (%)

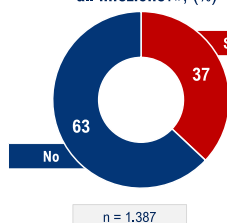


(*) Risponde chi ha indicato di aver contratto il COVID

Figura 23. A sinistra: Risposta alla domanda "Ha mai contratto il Covid-19, vale a dire ha mai ottenuto un risultato positivo al tampone (molecolare o antigenico)?" A destra: Risposta alla domanda "Come ha gestito la positività al SARS-CoV-2? (se l'ha contratto più volte faccia riferimento all'ultima volta)" - Fonte: Survey The European House – Ambrosetti e SWG, 2023

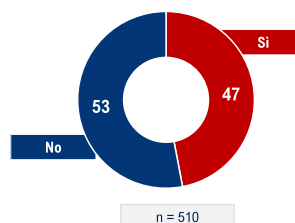
Il 37% dei positivi al Covid-19 ha dichiarato di aver avuto sintomi persistenti a distanza di un mese dalla guarigione e il 47% ha ricevuto una diagnosi conclamata di Long Covid. Tra i soggetti con la maggiore persistenza di sintomi figurano chi ha contratto il virus più di una volta (53%) e chi ha fatto meno di 3 dosi (38%); queste categorie sono anche quelle che hanno ricevuto più spesso una diagnosi di Long Covid.

«A distanza di un mese dalla guarigione ha avuto la persistenza o l'insorgenza di segni e sintomi legati all'infezione?», (%)*



(*) Risponde chi ha contratto il Covid-19

«Ha ricevuto una diagnosi di Long Covid?»**, (%)



(**) Risponde chi ha avuto sintomi persistenti a distanza da un mese dall'infezione

Figura 24. A sinistra: Risposta alla domanda "A distanza di un mese dalla guarigione ha avuto la persistenza o l'insorgenza di segni e sintomi legati all'infezione?" A destra: Risposta alla domanda "Ha ricevuto una diagnosi di Long Covid?" - Fonte: Survey The European House – Ambrosetti e SWG, 2023

A un mese dalla guarigione dal Covid-19 l'astenia e la debolezza sono stati i sintomi più persistenti, indicati rispettivamente dal 48% e dal 43% del campione, seguiti da tosse persistente (34%) e fatica (29%). La sintomatologia è molto varia e include anche mal di testa e difficoltà di concentrazione e memoria, tachicardia, sbalzi d'umore, ecc.

COVID-19, 3 anni dopo

Si è trattato di sintomi che hanno avuto impatti sulla vita lavorativa per l'88% degli individui con sintomi persistenti a oltre un mese dalla guarigione: il 41% si è assentato dal lavoro per più di 2 settimane (percentuale che sale al 55% tra chi ha ricevuto una diagnosi di Long Covid), il 20% per meno di 2 settimane e anche coloro che si sono recati regolarmente in ufficio hanno dichiarato di essere stati meno concentrati e produttivi del solito (23%) o di non essere riusciti a svolgere le mansioni di propria competenza (4%).



Figura 25. A sinistra: Risposta alla domanda "Quali sintomi persistenti ha avuto a più di un mese di distanza dalla negatività al Covid?". A destra: Risposta alla domanda "I sintomi di cui ha sofferto hanno avuto impatti sulla sua vita lavorativa?" - Fonte: Survey The European House – Ambrosetti e SWG, 2023

Con riferimento all'esperienza diretta dei cittadini con il sistema sanitario, se si esclude la prima fase della pandemia caratterizzata dal lockdown e dalla sospensione/rinvio delle prestazioni non urgenti, quasi la metà del campione di indagine (47%) ha dovuto rimandare visite o prestazioni sanitarie o effettuarle in differita e il 13% degli intervistati non è ancora riuscito a recuperare le prestazioni sanitarie richieste. Ad essere stati rimandati sono soprattutto gli esami e le prestazioni diagnostiche, da parte del 30% di chi ha subito una qualche forma di disservizio.

Tra coloro che si sono rivolti al sistema pubblico, quasi 9 cittadini su 10 hanno riscontrato un allungamento delle liste di attesa; il 20% di tutto il campione ha deciso di rivolgersi al privato pagando per ottenere la prestazione con impatti sull'equità di accesso alle cure, mentre il 9% ha deciso di rinunciare alla prestazione con ripercussioni potenziali sugli outcome di salute.

COVID-19, 3 anni dopo

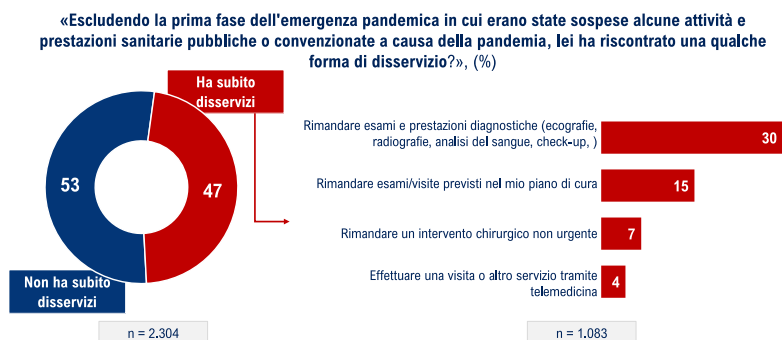


Figura 26. "Escludendo la prima fase dell'emergenza pandemica in cui erano state sospese alcune attività e prestazioni sanitarie pubbliche o convenzionate a causa della pandemia, lei ha riscontrato una qualche forma di disservizio?" - Fonte: Survey The European House – Ambrosetti e SWG, 2023

L'89% degli individui di età compresa tra i 18 e i 70 anni ha dichiarato di essersi vaccinato contro il Covid-19; tra questi, il 67% ha ricevuto 3 dosi di vaccino e il 15% 4 dosi. La quasi totalità del campione (92%) ha dichiarato di essersi vaccinato negli hub vaccinali, l'11% negli studi degli MMG e il 6% in farmacia.

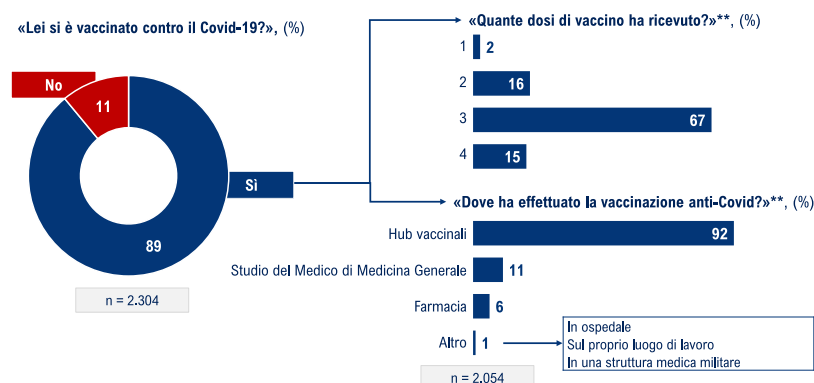


Figura 27. A sinistra: Risposta alla domanda "Lei si è vaccinato contro il Covid-19?". A destra: Quante dosi di vaccino ha fatto e dove ha effettuato la vaccinazione?" - Fonte: Survey The European House – Ambrosetti e SWG, 2023

Tra le motivazioni della mancata vaccinazione contro il Covid-19 (ivi incluso anche chi ha ricevuto una sola dose di vaccino) figurano i timori su come siano state condotte le sperimentazioni (39% degli intervistati), lo scetticismo riguardo alla sicurezza del vaccino a fronte del rischio causato dalla malattia (26%) e il dubbio che la necessità di vaccinarsi sia stata indotta dalle aziende produttrici del vaccino (26%). Altrettanto allarmanti sono i dati relativi a chi pensa che i vaccini non siano sicuri per la salute (23%) e a chi non si dice certo che i vaccini siano efficaci (22%), mettendo ancora una volta in evidenza come il fenomeno dell'esitazione vaccinale non sia assolutamente da sottovalutare.

COVID-19, 3 anni dopo

D'altra parte, anche chi ha ricevuto più di 2 dosi di vaccino ha sollevato criticità relative alla somministrazione delle dosi successive: il 19% dei vaccinati con più di 2 dosi ha lamentato una poca chiarezza delle autorità sanitarie nazionali e locali (Ministero, ASL,...), lacune informative sul processo di prenotazione e distanza dai centri vaccinali dopo la chiusura degli hub.

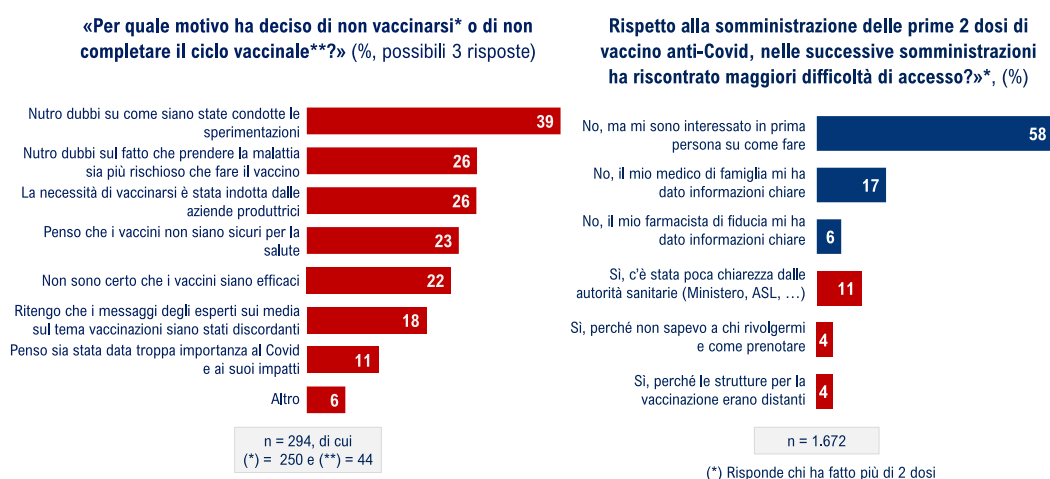


Figura 28. A sinistra: Risposta alla domanda "Per quale motivo ha deciso di non vaccinarsi o di non completare il ciclo vaccinale?". A destra: Risposta alla domanda "Rispetto alla somministrazione delle prime 2 dosi di vaccino anti-Covid, nelle successive somministrazioni ha riscontrato maggiori difficoltà di accesso?" - Fonte: Survey The European House – Ambrosetti e SWG, 2023

Come sottolineato da diverse Istituzioni internazionali e nazionali (OMS, ECDC, Ministero della Salute,...), l'uscita dalla fase di emergenza sanitaria globale sancita a maggio 2023 non significa la scomparsa della circolazione del virus: ci si avvia a un processo di convivenza con il Covid-19 che durerà diversi anni che richiede continui sforzi per sostenere la campagna vaccinale soprattutto per la popolazione più anziana e fragile.

Nonostante ciò, soltanto il 42% del campione si dice propenso a effettuare un richiamo qualora fosse indicato dal Ministero della Salute, mentre il 9% si dice indeciso e il 38% non propenso. Quasi il 50% dei cittadini mostra comunque una apertura: diventa quindi ancora più importante attuare campagne di comunicazione e sensibilizzazione per rispondere alle esigenze informative dei cittadini stessi.

Quella dello scetticismo nei confronti dei vaccini è una dinamica che non si manifesta soltanto per il vaccino anti-Covid, ma anche per gli altri vaccini, dal momento che, nel corso del 2022, il 69% degli intervistati non ha eseguito alcuna altra vaccinazione. Con riferimento alla popolazione over-65, la percentuale di chi non ha eseguito nessuna vaccinazione cala al 34% e la percentuale di chi ha eseguito la vaccinazione antinfluenzale sale al 64%. Si segnala che per questa fascia di popolazione, il Ministero della Salute raccomanda anche le vaccinazioni anti-pneumococco e anti-Herpes Zoster, caratterizzate ancora oggi da tassi di copertura che non arrivano al 30%, a fronte di obiettivi di copertura pari rispettivamente al 75% e al 50%: nell'ultimo anno queste vaccinazioni sono state eseguite solo dal 3% del campione.

COVID-19, 3 anni dopo

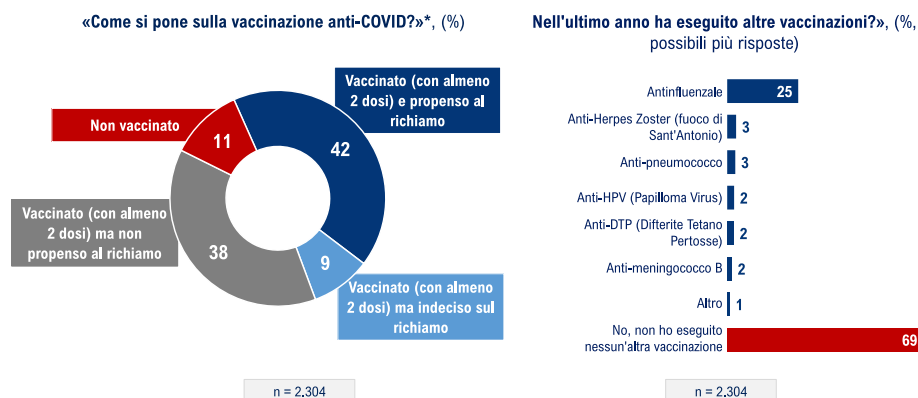


Figura 29. A sinistra: Risposta alla domanda «Sarebbe disponibile ad assumere una dose di richiamo del vaccino anti-Covid-19 se indicato dal Ministero della Salute?». A destra: Risposta alla domanda «Nell'ultimo anno ha eseguito altre vaccinazioni?» - Fonte: survey The European House- Ambrosetti e SWG, 2023

La maggior parte dei cittadini (76%) continua comunque a ritenere che i vaccini siano uno strumento sanitario sicuro ed efficace per contrastare le malattie infettive, rispetto al 17% che la pensa in maniera opposta. L'elemento più rilevante e preoccupante è che la percentuale del 76% si è ridotta rispetto alla rilevazione condotta nello stesso periodo del 2022, pari al 92%.

Tra i soggetti maggiormente d'accordo con questa affermazione figurano i laureati (86%), gli anziani (84%) e gli uomini (81%); al contrario, a non essere d'accordo con questa affermazione sono invece coloro che hanno contratto il Covid più volte (è stato ricordato che il vaccino riduce drasticamente la probabilità di ammalarsi di malattia grave e di incorrere in ospedalizzazione e decesso), chi ha avuto una diagnosi di Long Covid (27%) e i meno istruiti (22%).

La pandemia ha aumentato il livello di fiducia dei cittadini nei confronti di tutte le vaccinazioni del 15%, ma anche in questo caso si rileva un sostanziale calo rispetto alla rilevazione del 2022 (-18 punti percentuali); i soggetti la cui fiducia è aumentata maggiormente sono coloro che sono propensi a fare la dose di richiamo, chi ha effettuato 4 dosi di vaccino e chi ha ricevuto una diagnosi di Long Covid, vale a dire le persone più consapevoli della pericolosità del virus e colpiti più duramente dallo stesso. Tra i motivi dell'aumento di fiducia dei cittadini emergono soprattutto l'efficacia e la sicurezza dello strumento (40%) e la consapevolezza del ruolo chiave giocato dagli stessi nella lotta al virus (14%).

Resta invece costante rispetto al 2022 la percentuale di cittadini per cui il livello di fiducia è diminuito molto o abbastanza: in questo caso si tratta dei soggetti che non ritengono i vaccini utili ed efficaci e dei non vaccinati, vale a dire i soggetti più scettici nei confronti delle vaccinazioni²⁷.

27. In questo caso tra i motivi del calo di fiducia si citano il numero elevato di eventi avversi (29%), la sfiducia verso scienza e Istituzioni (16%) e la circolazione del Covid-19 nonostante la presenza dei vaccini (13%).

COVID-19, 3 anni dopo

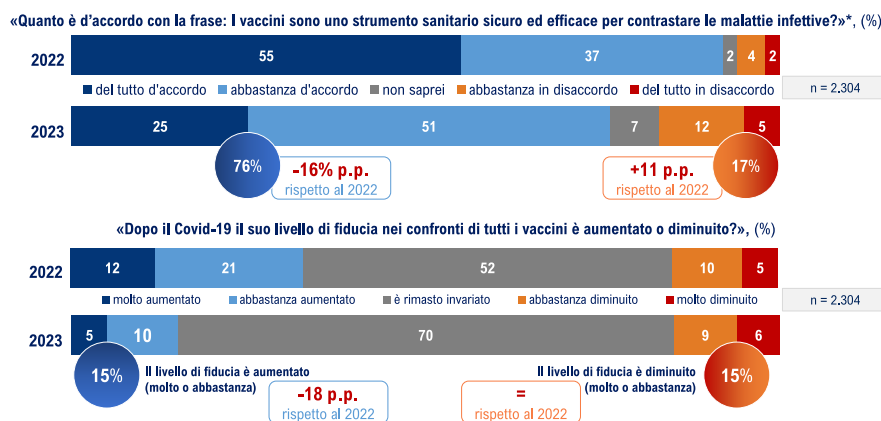


Figura 30. In alto: Risposta alla domanda "Quanto è d'accordo con la frase: I vaccini sono uno strumento sanitario sicuro ed efficace per contrastare le malattie infettive?". In basso: Risposta alla domanda "Dopo il Covid-19 il suo livello di fiducia nei confronti di tutti i vaccini è aumentato o diminuito?" - Fonte: Survey The European House – Ambrosetti e SWG, 2023

Maggiore trasparenza e comunicazioni più dettagliate da parte del Ministero della Salute e delle ASL sono, secondo i cittadini le modalità più efficaci per incentivare la vaccinazione, insieme a un maggior dialogo con il proprio medico o farmacista di fiducia. Tra chi si è vaccinato ed è propenso a fare il richiamo del vaccino anti-Covid, un altro efficace strumento di contrasto dell'esitazione vaccinale è l'organizzazione delle vaccinazioni presso i luoghi di lavoro o in farmacia, mentre chi non si è vaccinato contro il Covid-19 pensa che non ci siano strumenti in grado di convincere gli esitanti.

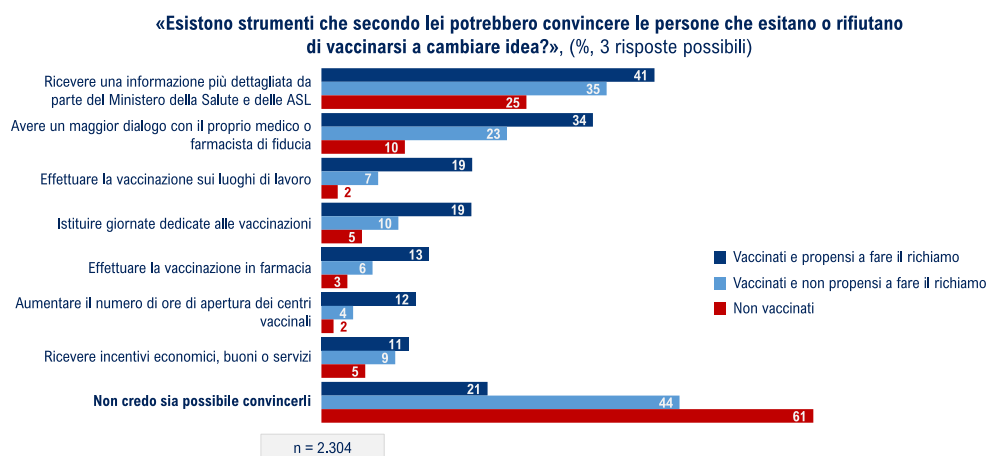


Figura 31. Risposta alla domanda "Esistono strumenti che secondo lei potrebbero convincere le persone che esitano o rifiutano di vaccinarsi a cambiare idea?" - Fonte: Survey The European House – Ambrosetti e SWG, 2023

Pdf by:
<https://www.pro-memoria.info>

COVID-19, 3 anni dopo

L'analisi dei dati della survey ci consegna quindi elementi importanti di riflessione a partire dalla necessità di investire maggiormente in attività di comunicazione sia per aumentare il livello di conoscenza dei rischi ancora oggi presenti di ammalarsi di Covid-19, soprattutto se si è in una condizione di fragilità, sia del valore della vaccinazione quale strumento di prevenzione più sicuro e costo efficace. La sensazione è che la "corsa alla vaccinazione" registrata nel corso del 2021 e la fiducia nei vaccini siano state più frutto della paura dell'emergenza sanitaria che di una reale comprensione dei benefici derivanti dalla vaccinazione.

2.2 LE SFIDE PER IL NOSTRO SSN ALLA LUCE DELLA NUOVA NORMALITÀ

Grazie alla miglior capacità dei sistemi sanitari di far fronte alle recrudescenze del virus e soprattutto grazie alle vaccinazioni, il numero di decessi Covid a livello globale è diminuito costantemente nelle ultime settimane, attestandosi ai minimi da marzo 2020. D'altra parte, il virus (SARS-CoV-2) continua a circolare, nel mondo come in Italia, facendo emergere alcuni elementi di preoccupazione: dalla significativa riduzione della sorveglianza e del sequenziamento genetico alla carenza di strutture e personale dedicati ai pazienti con Covid e Long Covid, dalle iniquità nell'accesso ai vaccini e alle terapie anti-Covid al rischio di nuove varianti di cui si ignorano rapidità di trasmissione e stagionalità.

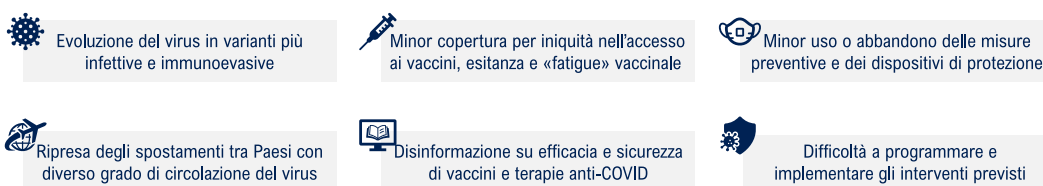


Figura 32. Driver di continuata trasmissibilità del Covid-19 – Fonte: The European House – Ambrosetti su dati ECDC, 2023

Questi e altri elementi sono attenzionati dal 4° Piano strategico di preparazione e risposta al Covid, pubblicato dall'OMS a maggio 2023. Il Piano²⁸, a valere nel prossimo biennio, individua una serie di azioni per garantire una gestione integrata e sostenibile del Covid, a partire dalla vaccinazione delle popolazioni a rischio, come gli anziani e i fragili, e dall'integrazione della vaccinazione anti-Covid della gestione della malattia stessa nei servizi di cure primarie esistenti. Su questa stessa linea un recente Rapporto dell'ECDC ribadisce l'importanza di vaccinare le fasce più vulnerabili della popolazione per un effettivo ritorno alla normalità: secondo gli esperti, una campagna di vaccinazione anti-Covid nell'autunno 2023 per gli over-60, preferibilmente con co-somministrazione del vaccino antinfluenzale, preceduta da un programma di vaccinazione specifico per gli ultraottantenni nella primavera 2023, dovrebbe prevenire fino al 44% dei ricoveri correlati a Covid-19²⁹.

Per garantire una gestione efficace e adeguata della nuova normalità del virus, a partire dalle priorità di vaccinazione della popolazione target, sarà necessario investire nel reclutamento e nella formazione di nuovo personale, promuovere la collaborazione interprofessionale e intersettoriale e, non ultimo, rafforzare la comunicazione del rischio della malattia con il coinvolgimento attivo della comunità, vittima di fake news e disinformazione. Questi

28. OMS (2023), "From emergency response to long-term Covid-19 disease management: sustaining gains made during the Covid-19 pandemic".
29. ECDC (2023), "Interim public health considerations for Covid-19 vaccination roll-out during 2023".

COVID-19, 3 anni dopo

punti che, unitamente alla raccolta e all'analisi delle prove e dei dati, sono approfonditi nel Rapporto "Lessons from the Covid-19 pandemic" dell'ECDC, saranno centrali anche per prevenire ed eventualmente rispondere in maniera più pronta e immediata a nuove ondate o nuove pandemie.

Il 18 maggio, sempre l'OMS, oltre a ribadire la necessità di richiami di vaccino per individui anziani e gruppi a rischio, ha raccomandato la prosecuzione delle vaccinazioni con i vaccini oggi a disposizione, considerando lo scenario atteso più attendibile che prevede che il virus continui a evolversi, ma non in modo virulento; questo scenario prevede anche un'immunità prolungata della popolazione sufficiente a scongiurare malattia grave e morte. Nel caso in cui invece emergesse una variante più virulenta e altamente trasmissibile, diventerebbe indispensabile un aggiornamento dei vaccini con una revisione generale della campagna di vaccinazione con target più ampi dei soli gruppi a rischio.

In Italia a inizio maggio 2023, con un decreto ministeriale pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale è stato istituito un nuovo sistema di monitoraggio della fase 3 dell'epidemia con la conseguente abrogazione del vecchio sistema a 21 indicatori.

I nuovi indicatori (9), individuati insieme all'Istituto Superiore e alle Regioni e Province Autonome, sono relativi ad aspetti epidemiologici di diffusione (quali l'incidenza, la trasmissibilità e la percentuale di reinfezioni) e di impatto (sia sulla salute della popolazione che sui servizi sanitari). L'analisi delle informazioni, necessarie per il monitoraggio sanitario nelle Regioni e Province autonome, rimane affidata alla Cabina di regia, costituita con decreto del Ministro della salute del 29 maggio 2020 e con i successivi decreti ministeriali che ne integrano la composizione.

ASPETTI MONITORATI	INDICATORE / DESCRITTORE	
DIFFUSIONE	Incidenza complessiva e per fascia di età / sesso	Numero (o stima) complessivo e stratificato per età e sesso di nuovi casi diagnosticati e notificati / 100.000 abitanti
	Trasmissibilità	Stima della trasmissibilità calcolata come numero di riproduzione netto - Rt o sua proxy (es. variazione di incidenza)
	Proporzione di reinfezioni tra i casi diagnosticati e notificati	Numero (o stima) di soggetti reinfezati / numero totale dei nuovi casi diagnosticati o notificati
	Tasso di esecuzione del test diagnostico	Numero di tamponi SARS-CoV-2 eseguiti / 100.000 abitanti per unità temporale
IMPATTO	Proporzione di nuovi casi diagnosticati e notificati per cui sia riportato un ricovero in ospedale	Numero (o stima) di nuovi casi diagnosticati e notificati per cui sia riportato un ricovero in ospedale / numero (o stima) di nuovi casi diagnosticati e notificati
	Proporzione di decessi rispetto ai casi diagnosticati e notificati	Numero (o stima) di decessi tra i casi diagnosticati e notificati / numero (o stima) di casi diagnosticati e notificati
	Tasso di occupazione dei Posti Letto Area Medica	Numero di posti letto di area medica occupati da pazienti con infezione da SARS-CoV-2 / numero di posti letto totali in Area Medica
	Tasso di occupazione dei Posti Letto Terapia Intensiva	Numero di posti letto di terapia intensiva occupati da pazienti con infezione da SARS-CoV-2 / numero di posti letto totali in Terapia Intensiva
	Proiezioni dei tassi di occupazione dei posti letto in area medica e terapia intensiva nei successivi 30 giorni	Proiezioni, sulla base della trasmissibilità e dei tassi di occupazione, dei tassi di occupazione dei posti letto in area medica e terapia intensiva nei successivi 30 giorni

Figura 33. Indicatori del nuovo sistema di monitoraggio della pandemia – Fonte: The European House – Ambrosetti su dati Ministero della Salute, 2023

COVID-19, 3 anni dopo

Nei documenti istituzionali nazionali, al momento, non sono indicate linee guida circa l'organizzazione della campagna vaccinale anti-Covid dei prossimi mesi. Anche il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2023-2025, non ancora approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, a oltre un anno e mezzo dal termine dei lavori del Tavolo tecnico incaricato dal Ministero della Salute di perfezionare la proposta di Piano (31 dicembre 2021) e a quasi un anno dal termine della revisione dei contenuti dello stesso Piano da parte del Gruppo consultivo nazionale sulle vaccinazioni (28 maggio 2022), non contiene, nella versione pubblicata, riferimenti al Covid-19, anche se è certo che la convivenza con il virus durerà ancora diversi anni.

In aggiunta anche all'interno del Calendario Vaccinale allegato al Piano, che d'ora in avanti potrà seguire un percorso di aggiornamento distinto rispetto al Piano in funzione degli scenari epidemiologici, delle evidenze scientifiche e delle innovazioni in campo biomedico, la vaccinazione anti-Covid non è citata neanche con riferimento specifico agli individui over-60 e fragili.

Elementi positivi contenuti nella bozza di nuovo Piano riguardano però il rafforzamento della comunicazione in campo vaccinale, anche alla luce del fenomeno dell'esitazione vaccinale, la promozione di interventi nei gruppi di popolazione ad alto rischio per patologia, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente e la riduzione delle disuguaglianze con azioni specifiche per i gruppi di popolazione difficilmente raggiungibili e/o con bassa copertura vaccinale; non meno importante ai fini dell'attività di monitoraggio e dell'adozione di azioni di risposta tempestive, è il completamento dell'informatizzazione delle anagrafi vaccinali regionali e la messa a regime dell'anagrafe vaccinale nazionale.

Occorre lavorare per sostenere le coperture vaccinali per tutti i vaccini inseriti nel Calendario Vaccinale e rafforzare gli sforzi per superare la "vaccine fatigue", definita in letteratura come "inerzia o l'inazione delle persone nei confronti delle informazioni sui vaccini a causa del burden percepito e del burnout"³⁰, che si sta manifestando con sempre maggior intensità nel nostro Paese. Non possiamo infatti dimenticare il valore della vaccinazione, quale strumento di prevenzione più costo-efficace per prevenire le infezioni e le morti premature a esse correlate e la sostenibilità dei sistemi sanitari e dei sistemi socio-economici.

30. Su Z, Cheshmehzangi A, McDonnell D, da Veiga CP, Xiang YT (2022), "Mind the "Vaccine Fatigue", Front Immunol. Per approfondimenti sul fenomeno della "vaccine fatigue" si rimanda a Stamm TA, Partheymüller J, Mosor E et al (2023), "Determinants of Covid-19 vaccine fatigue", Nat Med.

