Rapporto civico sulla salute 2022

I diritti dei cittadini e il federalismo in sanità

Indice

	Pag.
Introduzione	2
	4
1. I Dati del PiT Salute	4
1.1 Nota Metodologica	6
1.2 Sintesi dei principali risultati	9
1.3 Accesso alle prestazioni	14
1.4 Prevenzione	18
1.5 Assistenza territoriale di prossimità	23
1.6 Assistenza ospedaliera e mobilità sanitaria	26
1.7 Sicurezze delle cure	26
1.8 Costi	30
1.9 Accesso alle informazioni e documentazione	32
1.10 Farmaci	34
1.11 malattie rare	36
2. Prevenzione: Vaccinazioni e screening oncologici organizzati	38
2.1 Prevenzione: segnalazioni dei cittadini	39
2.2 Indagine civica centri vaccinali	41
2.3 Focus segretari regionali: Interviste su vaccinazioni ordinarie	50
2.4 La prevenzione nel nuovo sistema di garanzia dei LEA	58
2.5 Le vaccinazioni	61
2.6 Screening oncologici organizzati	71
2.7 Focus segretari regionali: Interviste su screening oncologici organizzati	72
2.8 Screening: volumi di attività in tempo di Covid 19	88
2.9 Focus segretari regionali: Interviste su partecipazione civica nell'ambito della prevenzione	95
3. Accesso alle prestazioni	97
3.1 Accesso alle prestazioni: segnalazioni dei cittadini	98
3.2 Focus segretari regionali: interviste sul tema dell'accesso alle prestazioni	104
3.3 I tempi d'attesa prima della pandemia	106
3.4 Le prestazioni perse in fase emergenziale e le misure di recupero	108
3.5 le azioni messe in campo da Cittadinanzattiva: l'indagine civica sui piani regionali per il recupero delle liste d'attesa	120
3.6 La rinuncia alle cure	127
3.7 L'intramoenia	128
Assistenza territoriale di prossimità	136
4. Assistenza territoriale di prossimità	137
4.1 Il coinvolgimento dei cittadini	142
4.2 L'Osservatorio civico sul PNRR	144
5. Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali: Il monitoraggio civico di Cittadinanzattiva	145
5.1 La riforma dell'Assistenza territoriale	145
5.2 Strutture di prossimità: Regioni a confronto	147
5.3 Il ruolo del Distretto	154
5.4 Trasparenza delle informazioni e *Open data*	155
5.5 Il punto di vista dei cittadini, tra aspettative e criticità segnalate	157
5.6 Appendice: mappatura a livello provinciale di Case della Comunità, ospedali di Comunità e Centrali operative territoriali	163
6. L'ADI, la riforma per gli anziani non autosufficienti e il ruolo dei caregiver	181
6.1 L'ADI: I dati ufficiali	184
6.2 L'Osservatorio di Cittadinanzattiva: le segnalazioni raccolte dal servizio PiT e l'Osservatorio regionale	188
6.3 La Riforma dell'assistenza per gli anziani non autosufficienti	189
6.4 Diritti e qualità di vita dei caregiver: la survey di Cittadinanzattiva	192

7. Sanità digitale: telemedicina e FSE	202
7.1 La Telemedicina	203
7.2 Il Fascicolo Sanitario Elettronico	208
8. Salute Mentale	216
8.1 Pandemia e Salute mentale a livello globale	216
8.2 La situazione in Italia a detta degli specialisti dell'ISS	217
8.3 Salute mentale territoriale: Regioni a confronto	218
8.4 Strutture per la salute mentale	219
8.5 Personale nei servizi per la salute mentale	220
8.6 PNRR e altre risorse dedicate alla salute mentale	221
8.7 Cosa segnalano i cittadini al Pit salute	224
8.8 Attività di Advocacy di Cittadinanzattiva a livello locale	225
8.9 L'Impegno di Cittadinanzattiva a carattere nazionale e Regionale	228
9. Assistenza ospedaliera	231
9.1 L'assistenza ospedaliera nel nuovo sistema di garanzia LEA	231
9.2 Servizi per le emergenze: dai dati dei cittadini all'offerta dei servizi	233
9.3 L'offerta dei servizi per l'emergenza: Pronto soccorso DEA I e II Livello	234
9.4 Strutture di ricovero pubbliche	236
9.5 Posti letto	236
9.6 Misure per il potenziamento infrastrutturale in emergenza covid: posti letto TI e Pronto soccorso	241
9.7 La dotazione di personale del SSN e misure per il potenziamento	243
9.8 Le apparecchiature per la diagnosi	246
9.9 Mobilità sanitaria dai dati dei cittadini ai dati ufficiali	249
10. L'Accesso ai farmaci	253
10.1 L'accesso ai farmaci secondo i cittadini	253
10.2 Spesa e governance dell'assistenza farmaceutica	256
10.3 Compartecipazione ai farmaci	260
10.4 Farmaci a brevetto scaduto e equivalenti	266
10.5 Farmaci biosimilari	270
10.6 Spesa e consumo dei farmaci innovativi	273
10.7 CAR-T	279
10.8 Tetti di Spesa Regionali	281
10.9 Ricette dematerializzata e proroga della ricetta	282
10.10 Distribuzione dei farmaci	284
11. Cronicità e malattie rare	287
11.1 Piano Nazionale della cronicità	287
11.2 Presa in carico del paziente cronico e fragile	294
11.3 Innovazione e cambiamenti avvenuti nei modelli assistenziali durante la pandemia	296
11.4 Le malattie croniche	297
11.5 Le malattie rare	301
11.6 I farmaci orfani	302
11.7 Il testo Unico malattie rare	304
11.8 Lo screening neonatale esteso	306
11.9 Il Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici e rari – CnAMC	308
11.10 Il punto di vista dei pazienti: analisi regionale dal Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità	310
Conclusioni e proposte	345
Ringraziamenti	351

Fare “informazione civica” e una delle attività ordinarie di Cittadinanzattiva e il filo conduttore di questa collana che porta la sua firma. Informazione civica e la “produzione di informazioni da parte dei cittadini e a partire dal loro punto di vista, orientata alla trasformazione della realtà” (Giovanni Moro, Manuale di cittadinanza attiva). Mobilitare i cittadini intorno a un problema che li interessa o li coinvolge, accrescere la loro capacita di osservare la realtà e di raccogliere dati, mettere a punto le informazioni prodotte e usarle per definire, comunicare e far contare il proprio punto di vista nelle questioni di rilevanza pubblica e sociale, e una delle modalità scelte da Cittadinanzattiva per tutelare i diritti e prendersi cura dei beni comuni. Questo approccio ha permesso di portare all'attenzione generale problemi che, pur comportando pesanti conseguenze sulla vita dei cittadini, erano stati fino a quel momento ignorati o sottovalutati.

Introduzione

Cittadinanzattiva, attraverso questo Rapporto civico sulla salute – Diritti dei cittadini e federalismo in sanità, ha voluto analizzare la capacità di garantire gli elementi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale: universalità, solidarietà ed equità, intesa come "l'assenza di differenze ingiuste e evitabili" e cogliere e restituire al Paese la sua complessità organizzativa e la capacità da parte delle Regioni di amministrare e fornire risposte in termini di servizi e assistenza ai cittadini.

Il presente Rapporto civico sulla salute – Diritti dei cittadini e federalismo in sanità, nasce dall'idea di mostrare all'opinione pubblica e alle istituzioni, criticità e punti di forza del nostro SSN nella sua articolazione regionale. Abbiamo voluto integrare, per la prima volta, le nostre maggiori fonti di informazione civica, quelle del rapporto PiT salute, che rappresenta le segnalazioni spontanee dei cittadini raccolte dai nostri tanti sportelli di tutela sul territorio, con quelle dell'osservatorio civico sul federalismo in sanità che provengono dalla nostra reportistica annuale su varie tematiche (monitoraggi, indagini civiche ecc) e dallo studio e dall' analisi sistematica delle informazioni prodotte da soggetti del mondo istituzionale, accademico o della ricerca. L'obiettivo è quello di mostrare come si traduce oggi il diritto alla salute dei cittadini nel complesso sistema del federalismo sanitario.

Il rapporto rappresenta quindi la voce di una "sentinella civica" che intende valutare le Regioni in una prospettiva multidimensionale che si articola su 5 dimensioni; quelle che abbiamo ritenuto più opportune a definire la qualità dei servizi sanitari regionali e la conseguente capacità di rendere i diritti realmente esigibili:

- **La capacità di governance delle regioni:** intesa come la capacità della Regione di rispondere tempestivamente e coerentemente agli atti e norme nazionali e/o di sviluppare autonome politiche su specifici temi
- **La qualità dei servizi sanitari:** intesa come la risposta ai bisogni di salute (come agli atti segue l'implementazione dei servizi, informazioni, ecc);
- **La qualità della democrazia partecipativa:** intesa come la capacità delle Regioni di garantire processi partecipativi nelle politiche pubbliche sanitarie e l'accountability;

- La capacità di garantire Innovazione: Intesa come la capacità dei servizi sanitari regionali di garantire innovazione terapeutica, organizzativa, dei percorsi, informatizzazione ecc;
- La capacità di garantire Trasparenza: intesa come accessibilità ai dati e documenti dalle pubbliche amministrazioni e garanzia di corretta informazione e controllo spesa pubblica

Nel Rapporto vengono analizzate e approfondite le macroaree relative a:

Prevenzione, Accesso alle prestazioni, Assistenza territoriale e di prossimità, Assistenza ospedaliera, Accesso ai farmaci, Cronicità e malattie rare.

Le aree appena citate costituiscono i temi di maggior rilievo che sono emersi dalle segnalazioni dei cittadini, tuttavia, seppur in forma di sintesi, abbiamo voluto comunque dar conto di tutte le segnalazioni che ci sono giunte nel 2021 anche relative ad altri ambiti del SNN i in cui i cittadini hanno riscontrato criticità, difficoltà e anomalie.

La prospettiva di Cittadinanzattiva non è cambiata rispetto agli scorsi anni e anche nel presente Rapporto si vuole ribadire l'impegno finora profuso nel monitorare lo stato del SSN e nell'essere interlocutori attenti ed effettivi sui temi in cui il cittadino, in virtù dei principi costituzionali di partecipazione e sussidiarietà, è non solo soggetto finale ma anche e soprattutto attore attivo e garanzia primaria dei suoi stessi diritti.

Il presente Rapporto si fa anche portatore, oltre che delle premesse appena accennate, anche della volontà di Cittadinanzattiva di essere per i cittadini un soggetto fidato e competente quando si tratta dell'ascolto e della possibilità di individuare una via altra - rispetto a quelle che tradizionalmente si instaurano e che sono dovute principalmente alla distanza che c'è di fatto fra i cittadini stessi e l'Amministrazione - di gestione dei rapporti cittadino/Sanità; in quest'ottica la riduzione e la risoluzione dei conflitti, per Cittadinanzattiva, sono sempre passate attraverso la consapevolezza dei ruoli e delle funzioni e dalla condivisione delle informazioni per creare cittadini e Amministrazioni attenti e operativi.

Il contributo che si vuole offrire con questo Rapporto è anche quello di proporre suggerimenti e spunti per la "ripartenza", avviando la riflessione, come di consueto dall'analisi delle criticità.

1. I dati del PiT Salute

A cura di Isabella Mori

1.1 Nota metodologica

Il Rapporto Pit Salute, giunto alla sua XXIV edizione, contiene l'elaborazione delle segnalazioni gestite dalle sedi del Tribunale per i diritti del malato presenti sul territorio nazionale e dei servizi Pit Salute locali dal 1° gennaio al 31 dicembre 2021. Le segnalazioni prese in considerazione sono in totale 13748.

Il Rapporto PiT Salute tratta le informazioni che il servizio PiT Salute raccoglie nel corso della propria attività di consulenza, assistenza e tutela dei diritti dei cittadini nella loro interazione con i servizi sanitari pubblici e privati.

Ciò che distingue il Rapporto da altri prodotti di ricerca o di informazione sullo stato della Sanità è la prospettiva di raccolta ed elaborazione dei dati, che parte dal punto di vista e dalla condizione dei cittadini-utenti e che mira a cogliere le politiche volte ad assicurare riconoscimento e protezione dei loro diritti. La pubblicazione del Rapporto si inscrive nel quadro di quella attività di informazione e analisi civica che caratterizza una parte fondante delle politiche di Cittadinanzattiva.

L'intento finale del Rapporto è di mettere a disposizione dell'opinione pubblica, dei cittadini e degli attori del Servizio Sanitario Nazionale e del sistema di welfare in generale – a tutti i livelli - dati e informazioni sul rapporto tra cittadini e servizio sanitario, secondo un approccio che mette in primo piano la condizione e le necessità degli utenti; tali informazioni potranno essere utilizzate, come puntualmente avviene nelle attività di Cittadinanzattiva, per verificare l'impatto di politiche o programmi, individuare priorità, indirizzare la spesa pubblica, orientare la programmazione regionale e la gestione delle aziende sanitarie e, naturalmente, per guidare nella scelta delle politiche dei cittadini.

Proponiamo, inoltre, un'elaborazione del "trend" delle segnalazioni degli ultimi sei anni poiché i dati di "ieri" ci aiutano a leggere e interpretare quelli di "oggi", offrendo una chiave di lettura dei profondi cambiamenti che nell'ultimi due anni hanno modificato, probabilmente per sempre, il volto del Servizio Sanitario Nazionale

Valore e limiti del Rapporto

Come ogni anno è necessario sottolineare che i dati presentati in questo Rapporto non possono essere considerati dal punto di vista statistico, in quanto non sono espressione di un campione rappresentativo degli utenti del SSN; le tipologie di richiesta d'intervento da parte dei cittadini nei confronti di Cittadinanzattiva non possono essere estese alla generalità dei cittadini, quindi

per questo motivo l'analisi che di essi si effettua non può essere applicata con le stesse prospettive. Non è comunque questo il ruolo e la finalità di questo Rapporto, comunque: il significato dei dati utilizzati sta, infatti, nella loro capacità di costituire una sorta di termometro, trasformandosi in indicatori delle più rilevanti situazioni di malessere con le quali si misurano i cittadini nel loro contatto con il servizio sanitario.

Le informazioni che emergono dal Rapporto PiT Salute sono infatti utili:

• per la registrazione di eventi sentinella, cioè di fatti o circostanze che non dovrebbero mai

accadere e il cui verificarsi anche sporadico o limitatamente ad un territorio indica l'esistenza di una

situazione di emergenza o comunque di un disagio;

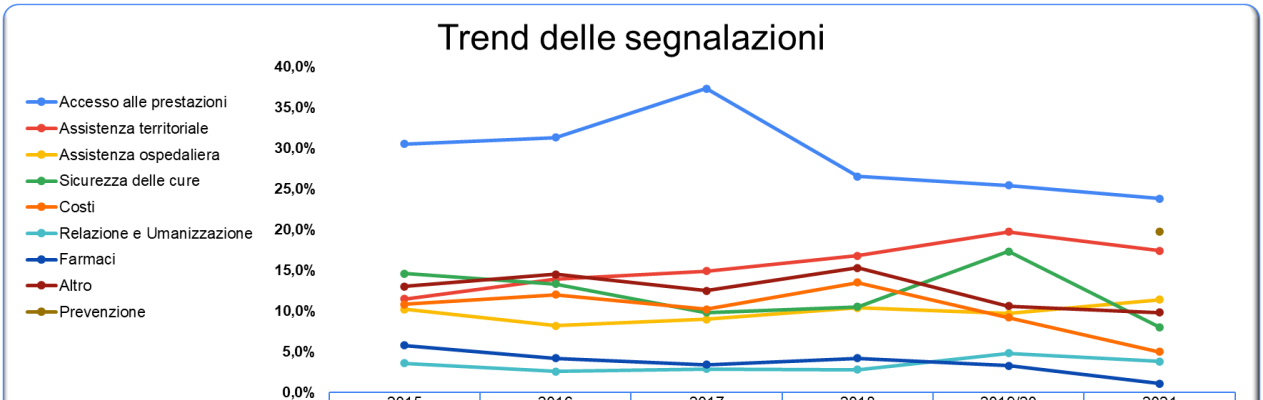
• per la scoperta di eventuali nuove problematiche e l'indicazione di linee di tendenza emergenti;

• per la verifica dell'andamento di situazioni critiche e delle eventuali misure correttive.

Trend ultimi sei anni

Il Trend delle segnalazioni elaborate dal Pit Salute nell'ultimi sei anni (20015-2021), mostra il consolidarsi, quale oggetto delle segnalazioni più ricorrenti, **il tema dell'accesso alle prestazioni (il grafico mostra una forchetta percentuale che varia dal 30,5% del 2015 al 23,8% del 2021) e dell'assistenza territoriale (forchetta percentuale tra l'11, 5% del 2015 e il 17,4% del 2021).** In considerazione del significato da sempre attribuito alle segnalazioni quali "termometro" delle criticità con le quali si misurano i cittadini nel loro rapporto quotidiano con il Servizio Sanitario, questi due comparti delle sanità, sono quelli nei quali negli ultimi anni il sistema ha mostrato tutta la sua fragilità trascinandosi dietro questioni irrisolte sulle quali non si è intervenuti o quanto meno non si è agito sulle cause di tipo sistemico che provocano questi costanti disagi segnalati dai cittadini. Non essere intervenuti in maniera "sistemica" in questi due settori ha provocato inevitabili ripercussioni sull'intero SSN (inappropriati accessi ai Pronto Soccorso, lunghe liste di attesa, ricorso alla sanità privata, rinuncia alle cure, etc.). Anche nel 2021 questi temi, insieme a quello della prevenzione (sulla quale non è stato possibile inserire il trend poiché è stata registrata per la prima volta nell'ultimo anno) hanno rappresentato i settori oggetto di maggiori criticità riscontrate dai cittadini.

Al terzo posto per numero di segnalazioni riscontrate tra il 2015 al 2021 si attesta **l'assistenza ospedaliera (in questo caso i valori oscillano tra il 10,2% del 2015 all'11,4% del 2021),** le problematiche relative a questo settore si riferiscono a questioni non risolte inserite all'interno delle modalità di erogazione dei servizi e alla qualità, spesso carente, degli stessi. All'assistenza ospedaliera si riferisce la quasi totalità delle segnalazioni a riprova di quanto sia stata fino ad ora ospedale -centrica la rete sanitaria della presa in carico. Appare superfluo sottolineare quanto la "pandemia" abbia accentuato ancor di più tutte le carenze di questo settore, nel quale sarà avviata, insieme all'assistenza territoriale, anche grazie ai fondi derivati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, una delle più grandi riforme si sistema degli ultimi anni.



	2015	2016	2017	2018	2019/20	2021
Accesso alle prestazioni	30,5%	31,3%	37,3%	26,5%	25,4%	23,8%
Assistenza territoriale	11,5%	13,9%	14,9%	16,8%	19,7%	17,4%
Assistenza ospedaliera	10,2%	8,2%	9%	10,4%	9,7%	11,4%
Sicurezza delle cure	14,6%	13,3%	9,8%	10,5%	17,3%	8%
Costi	10,8%	12%	10,2%	13,5%	9,2%	5%
Relazione e Umanizzazione	3,6%	2,6%	2,9%	2,8%	4,8%	3,8%
Farmaci	5,8%	4,2%	3,4%	4,2%	3,3%	1,1%
Altro	13%	14,5%	12,5%	15,3%	10,6%	9,8%
Prevenzione						19,7%

Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

Il trend degli ultimi anni mostra percentuali molto elevate anche in riferimento alla tematica **della sicurezza delle cure** (tra il 14,6% del 2015 all'8% del 2021). La sicurezza delle strutture sanitarie e la presunta malpractice rappresentano uno dei nervi più scoperti e più sensibili del SSN. Quando parliamo di malpractice medica facciamo riferimento, non solo agli eventi in cui si insinua un sospetto riguardo all'atto del medico o alla presa in carico del paziente, non solo al perpetrarsi di una serie di comportamenti, disattenzioni, condizioni organizzative dei nostri presidi medico sanitari piuttosto parliamo di un tema complesso e articolato, alimentato da diversi fattori scaturiti anche da riforme sanitarie messe in atto nel corso degli ultimi decenni.

Una voce trasversale a tutti i settori presi in considerazione è quella relativa ai **costi** del servizio per i cittadini, il trend degli ultimi cinque anni, tale voce mostra una sostanziale stabilità delle segnalazioni (dal 10,8% del 2015 al 5% del 2021).

1.2 Oggetto delle segnalazioni del 2021: sintesi dei principali risultati.

Nel 2021, l'oggetto delle principali segnalazioni da parte dei cittadini sono stati: **l'accesso alle prestazioni (23,8%), la prevenzione** (19,7%) e **l'assistenza territoriale (**17,4%), al quarto posto, **l'assistenza ospedaliera e mobilità sanitaria** (11,4%), al quinto la voce **altro (** 9,8%) che comprende la somma di differenti segnalazioni (accesso alle informazioni e alla documentazione, prestazioni assistenziali, agevolazioni/lavoro, malattie rare) che non è stato possibile raggruppare in un'unica categoria. Seguono le segnalazioni su **sicurezza delle cure e presunta malpractice** (8%), **i costi** (5%). Ultime, per numero di segnalazioni ricevute, le tematiche relative a **relazioni con operatori sanitari ed umanizzazione** (3,8%) e **farmaci** (1,1%). Ad eccezione della voce **prevenzione** che è stata inserita per la prima volta nel 2021 e per la quale non è dunque possibile confrontare il trend degli anni precedenti, in tutti gli altri casi si può notare quanto anche le criticità dell'ultimo anno siano in continuità con quelle degli anni precedenti.

TREND SEGNALAZIONI	2015	2016	2017	2018	2019-20	2021
Prevenzione[1]						19,7%
Accesso alle prestazioni	30,5%	31,3%	37,3%	26,5%	25,4%	23,8%
Assistenza territoriale	11,5%	13,9%	14,9%	16,8%	19,7%	17,4%
Assistenza ospedaliera e mobilità sanitaria	10,2%	8,2%	9,0%	10,4%	9,7%	11,4%
Sicurezza delle cure (e presunta malpractice)	14,6%	13,3%	9,8%	10,5%	17,3%	8,0%
Costi	10,8%	12,0%	10,2%	13,5%	9,2%	5,0%
Relazione con operatori sanitari e umanizzazione	3,6%	2,6%	2,9%	2,8%	4,8%	3,8%
Farmaci	5,8%	4,2%	3,4%	4,2%	3,3%	1,1%
Altro[2]	13,0%	14,5%	12,5%	15,3%	10,6%	9,8%

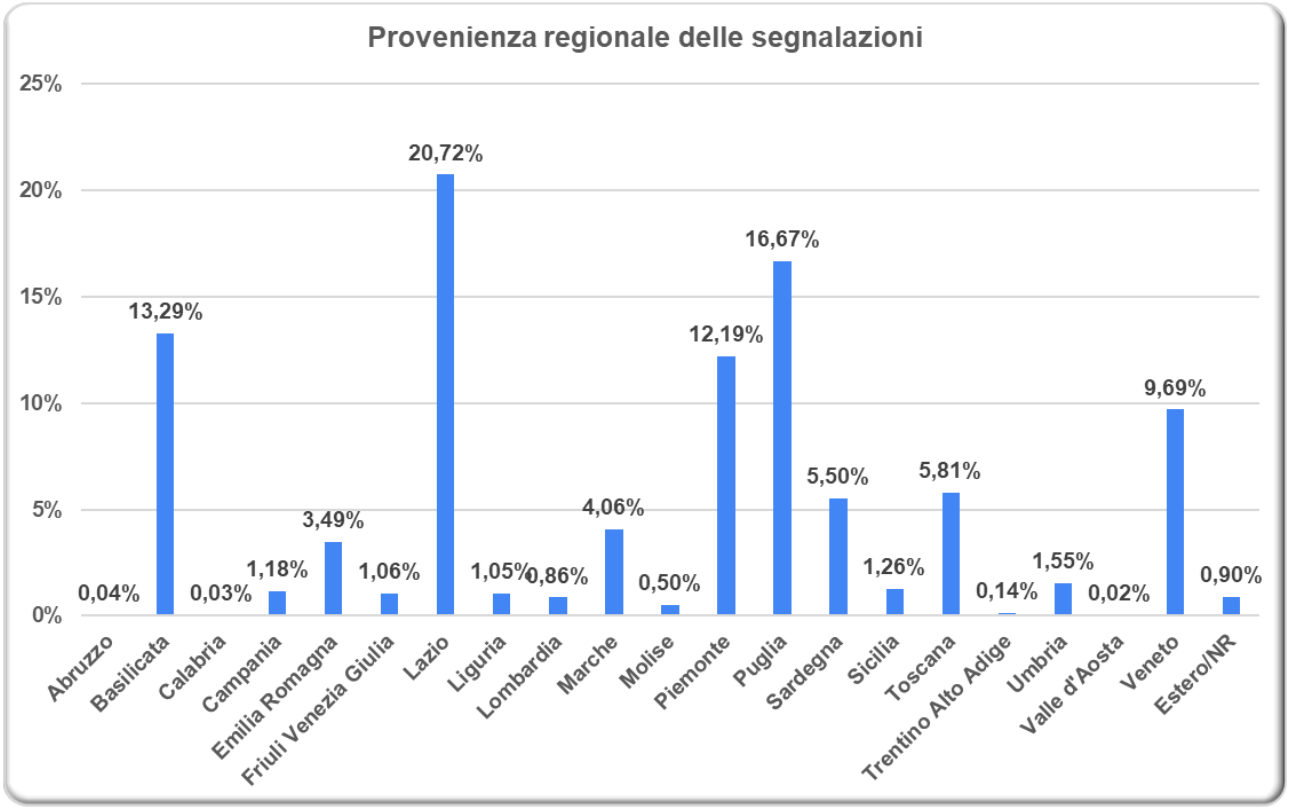
Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

[1] *Include le segnalazioni relative alle vaccinazioni anti Covid-19.*

[2] *Accesso alle informazioni e alla documentazione (3,8%); Prestazioni assistenziali, agevolazioni/lavoro (3,5%); Malattie rare (0,5%)*

La provenienza regionale delle segnalazioni

Il grafico mostra la provenienza regionale delle segnalazioni, ad essersi rivolti a Cittadinanzattiva sono soprattutto i cittadini del Lazio (20,72%) seguiti da quelli della Puglia (16,67%), Basilicata (13,29%) e Veneto (9,69%).



Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

1.3 Accesso alle Prestazioni (23,8%)

Nella classifica dei "disservizi" patiti dai cittadini nel corso dell'ultimo anno, la prima posizione è occupata dall'accesso alle prestazioni. I dati del Pit, relativi agli anni precedenti, ci mostravano un accesso alle prestazioni perennemente inficiato da problemi di burocrazia e di attese eccessive, le criticità rilevate nell'ultimo anno, nostrano, invece, una situazione estrema con la quasi totale impossibilità per i cittadini di accedere ai servizi.

Se il 2020 era l'anno in cui la pandemia ha investito in pieno il "sistema paese" e la fase pandemica ha mostrato l'incapacità del SSN di continuare a rispondere alla domanda di cura dei pazienti "non Covid, "il 2021 doveva essere l'anno nel quale, seppur con il perdurare dell'emergenza, si doveva tornare alla normalità e alla gestione e presa in carico dei pazienti non covid che non hanno mai smesso di esistere ed avere bisogno di cure e prestazioni che purtroppo non sono state erogate.

I dati evidenziano che a nulla sono valse le misure ed i fondi messi in campo per un piano straordinario di gestione e rientro sulle liste d'attesa[3]

Il **71,2%** di segnalazioni relative all'accesso alle prestazioni si riferisce alle **liste d'attesa**. Questo tema che da anni ormai rappresenta un elemento di enorme disagio e stress per i cittadini, nel corso degli ultimi due anni (2020-2021) è esploso in maniera incontenibile a causa di tutti i ritardi ulteriori dovuti all'emergenza da covid che si sono sommati alle "disfunzioni" già presenti nella gestione delle liste d'attesa e all'incapacità di programmare misure capaci di garantire il rispetto dei tempi nell'accesso alle cure.

Oltre alle liste d'attesa, i cittadini hanno segnalato **altre difficoltà di accesso alle prestazioni** (24,2%) che denotano una grande difficoltà e barriere d'accesso al servizio già dalla fase di prenotazione di una visita, ad esempio la difficoltà di contattare il Cup o riprogrammare visite, l'impossibilità di prenotare per liste boccate o i tempi d'attesa troppo lunghi per contattare telefonicamente il Cup.

Il 4,6% delle difficoltà di accesso riguarda **l'Intramoenia,** le segnalazioni denotano che i cittadini hanno fatto ricorso all' Intramoenia non come libera scelta ma perché costretti dalla necessità di usufruire della prestazione ed essendo impossibile accedervi tramite il SSN.

Liste d'attesa: (71,2%)

Come già anticipato le liste d'attesa risultano essere la principale criticità relativa all'accesso alle prestazioni. Le liste d'attesa, già "tallone di Achille" del Sistema Sanitario Nazionale, in tempi ordinari, durante l'emergenza hanno rappresentato la principale criticità per i cittadini, in particolare per i più fragili, che di fatto non sono riusciti più ad accedere alle prestazioni.

Come noto, nella prima fase dell'emergenza sono state sospese le prestazioni cosiddette non essenziali

e gli interventi chirurgici non "salva vita". Tale scelta, probabilmente inevitabile nella gestione iniziale della pandemia, oltre ad aver avuto un'enorme ricaduta sulla salute di una miriade di cittadini, ha di fatto contribuito ad accrescere la congestione del sistema nella fase della riapertura delle prestazioni.

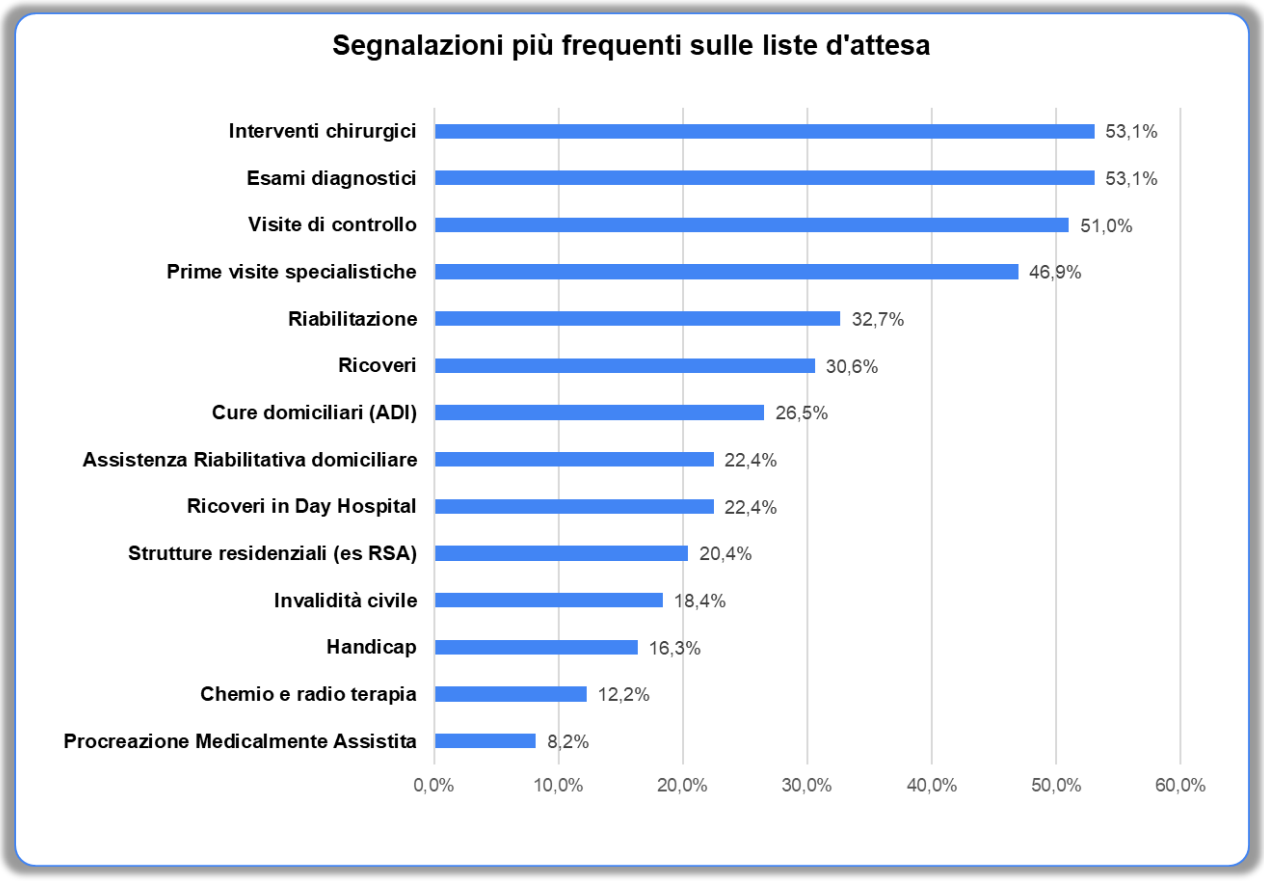
[3] Il decreto-legge,14 agosto 2020, n.104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020 n.126 ha previsto l'erogazione di fondi destinati alle Regioni che presentino un piano di recupero sui ritardi accumulati nelle liste d'attesa.

Ad oggi si registrano forti ritardi e in alcuni casi il blocco delle liste d'attesa un po' a macchia di leopardo su tutto il territorio nazionale, ciò evidenzia una grande disomogeneità da Regione a Regione ma anche nei territori di un'unica regione.

Di fatto nel 2021 le segnalazioni sulle liste d'attesa si concentrano tutte sui tempi d'attesa troppo lunghi o l'impossibilità di prenotare o riprogrammare le visite a causa delle liste bloccate. I cittadini segnalano non solo ritardi per la prenotazione ma la pratica sempre più frequente del blocco delle liste d'attesa presso gli ambulatori asl o ospedali, che impedisce la prenotazione della prestazione. Sappiamo che è una pratica vietata da una normativa di circa 15 anni fa ma nella nostra esperienza, possiamo senz'altro confermare che è una pratica che si è sempre verificata senza soluzione di continuità, caratterizzandosi forse come l'esperienza più sconcertante per il cittadino che di fatto si vede precluso l'accesso alle cure che dà l'avvio, il più delle volte, al calvario della ricerca di una soluzione.

Il grafico mostra le segnalazioni più frequenti sulle liste d'attesa, gli ambiti evidenziati sono tutti quelli nei quali il Pit riceve segnalazioni e la percentuale indica la frequenza di quanto le liste d'attesa incidano in questi ambiti.

Questo elenco ci aiuta a comprendere quale siano le tipologie di prestazioni a mostrare criticità più marcate. Le liste d'attesa sono frequenti nel **53,1%** di casi relativamente **agli interventi chirurgici e agli esami diagnostici, nel 51%** in caso di **visite di controllo** e il **46,9%** in caso di **prime visite specialistiche.** Seguono sempre per frequenza di segnalazioni sulle singole tematiche, le liste d'attesa per **la riabilitazione (32,7%)** per i **ricoveri (30,6%)** e quelle per attivare le **cure domiciliari-ADI** (26,5%) e per **l'assistenza riabilitativa domiciliare (24,4%)**.



Fonte: XXIV Rapporto PiT Salute – Cittadinanzattiva

Prestazioni	Tempi massimi in gg
Esami diagnostici	
Mammografia	720
Ecografia	375
Tac	365
Risonanza Magnetica	180
Colonscopia	100
Esofagogastroduodenoscopia	90
Visite specialistiche	
Visita diabetologica	362
Visita dermatologica	300
Visita endocrinologica	300
Visita reumatologica	300
Visita oculistica	270
Visita cardiologica	48
Visita ginecologica	109
Visita urologica	82
Visita oncologica	64
Odontoiatria per non collaboranti	270
Interventi chirurgici	
Intervento Cardiologico	365
Intervento Ortopedico	360
Intervento Oncologico	180
Intervento Ernia	270

Fonte: XXIV Rapporto PiT Salute – Cittadinanzattiva

La tabella mostra i tempi massimi d'attesa che ci sono stati segnalati dai cittadini in merito agli esami diagnostici, alle visite specialistiche e agli interventi chirurgici.

Esami diagnostici

In merito agli esami diagnostici ci sono stati segalati **720 giorni di** attesa per una **mammografia, 375 per una ecografia e 365** per una tac, per una **risonanza magnetica** alcuni cittadini hanno aspettato anche 1**80 giorni**, è andata meglio, si far per dire, per una colonscopia che ha previsto un'attesa (massima) di 100 giorni per una esofagogastroduodenoscopia l'attesa massima è stata di 90 giorni.

Visite specialistiche

Fortissimi i ritardi ed i disagi segnalati dai cittadini in merito alle liste d'attesa per visite specialistiche, ricordiamo che a fare le spese di questi ritardi sono spesso pazienti fragili e/o affetti da malattie croniche che richiedono controlli continui e secondo un calendario specifico. In base alle nostre segnalazioni per una **visita diabetologica** si è atteso un tempo massimo di **362** giorni, per fissare una visita **dermatologica, endocrinologica** e **reumatologica** ci sono voluti invece **300** giorni. Sono stati attesi **270** giorni per una visita **oculistica** ed **odontoiatrica**, 109 per una visita ginecologica.

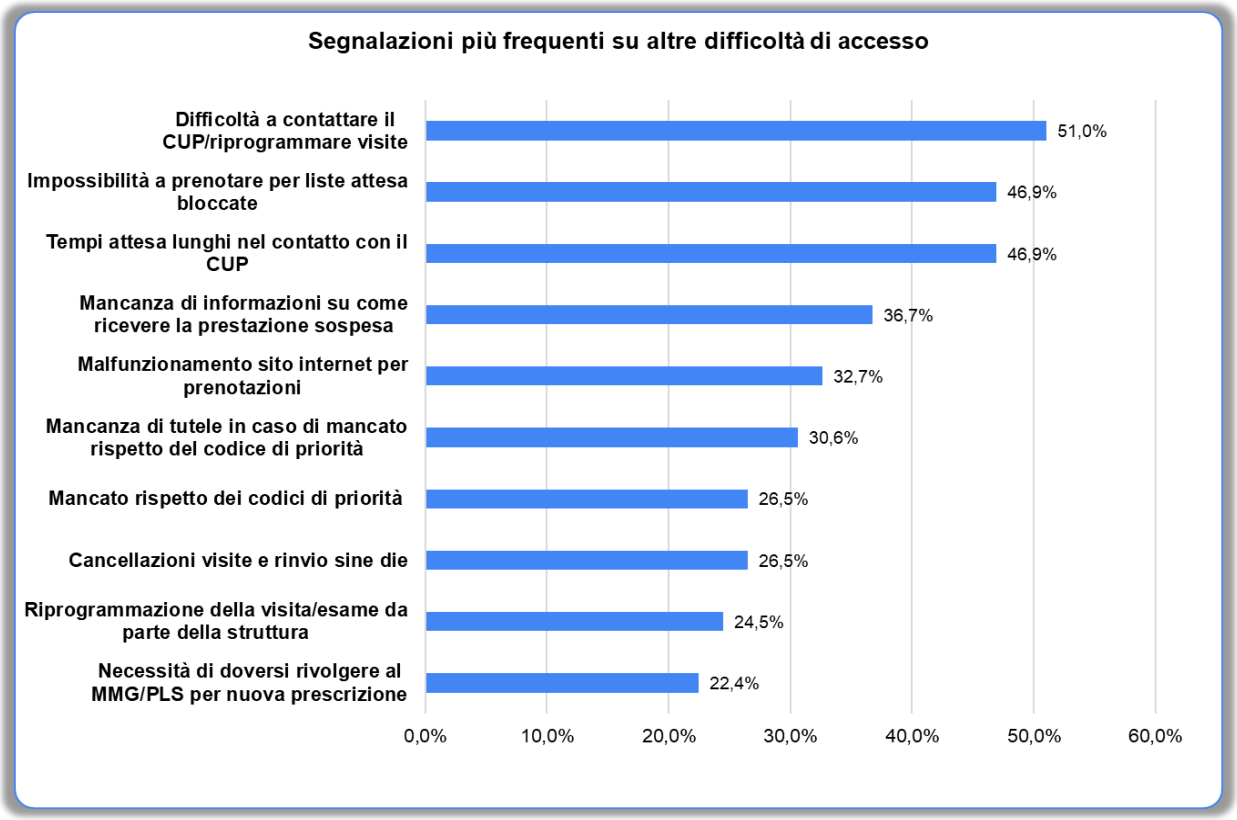
Interventi chirurgici

Nell'ambito degli interventi chirurgici è stata segnalata un'attesa massima di **365** giorni per un **intervento cardiologico, 360** giorni per un intervento ortopedico, 270 per un 'intervento di ernia **e 180** per un **intervento oncologico**

Altre difficoltà di accesso alle prestazioni (24,2%)

Le problematiche connesse all'accesso alle prestazioni non si esauriscono però con il verificarsi di un'attesa troppo lunga, altri fattori, infatti, sono vissuti come ulteriori ostacoli nel percorso di accesso alla prestazione. Queste difficoltà d'accesso sono ascrivibili principalmente ad una scarsa trasparenza delle informazioni fornite ai cittadini in merito alle prenotazioni e a difficoltà già nella fase di prenotazione dovute ad attese estenuanti per contattare il Cup o per procedere alla prenotazione tramite il sito internet della Regione.

Sul totale delle segnalazioni relative all'accesso alle prestazioni, **il 24,2% è relativo ad altre difficoltà di accesso alle prestazioni.**



Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

La figura mostra le segnalazioni più frequenti nelle quali si verificano altre difficoltà di accesso alle prestazioni. I cittadini di frequente (51%) segnalano **difficoltà a contattare il Cup** (Centro unico di prenotazione) in particolar modo nel caso in cui debbano riprogrammare una prestazione che ad esempio è stata annullato durante la fase di emergenza del covid, per riprogrammare la prestazione i cittadini hanno dovuto molto spesso chiedere nuovamente al medico di base di emettere una nuova ricetta per la prestazione ed iniziare l'iter da capo, forse invece, poiché le prestazione sono state cancellate per causa di forza maggior doveva essere la Asl a riprogrammarle e a chiamare i cittadini sollevandoli da questo onere ulteriore. Sempre relativamente al **Cup** i cittadini segnalano frequentemente (46,9%) **tempi di attesa lunghi** per

contattarlo, si tratta spesso di estenuanti attese telefoniche nelle quale i cittadini attendono in linea diversi minuti prima di poter parlare con un operatore e procedere con la prenotazione. Frequenti (46,9%) i casi in cui viene segnalata **l'impossibilità a prenotare a causa delle liste bloccate**, fenomeno del quale abbiamo già parlato in merito al tema generale delle liste d'attesa.

Frequenti (36,7%) i casi in cui i cittadini lamentano la **mancanza d'informazioni su come ricevere la prestazione sospesa,** anche in questo caso come per la riprogrammazione delle visite, i cittadini non solo hanno subito un disservizio, appunto la sospensione della prestazione, ma debbono anche farsi carico dell'onere di reperire con molte difficoltà le informazioni su come ricevere la prestazione sospesa.

Nei casi in cui è possibile prenotare la prestazione tramite il sito interne, questa modalità di prenotazione che dovrebbe agevolare i cittadini con procedure rapide ed immediate, può di fatto si trasformarsi in una barriera all'accesso alla prestazione come nei casi in cui frequentemente (32,7%) **è segnalato il mal funzionamento del sito internet.**

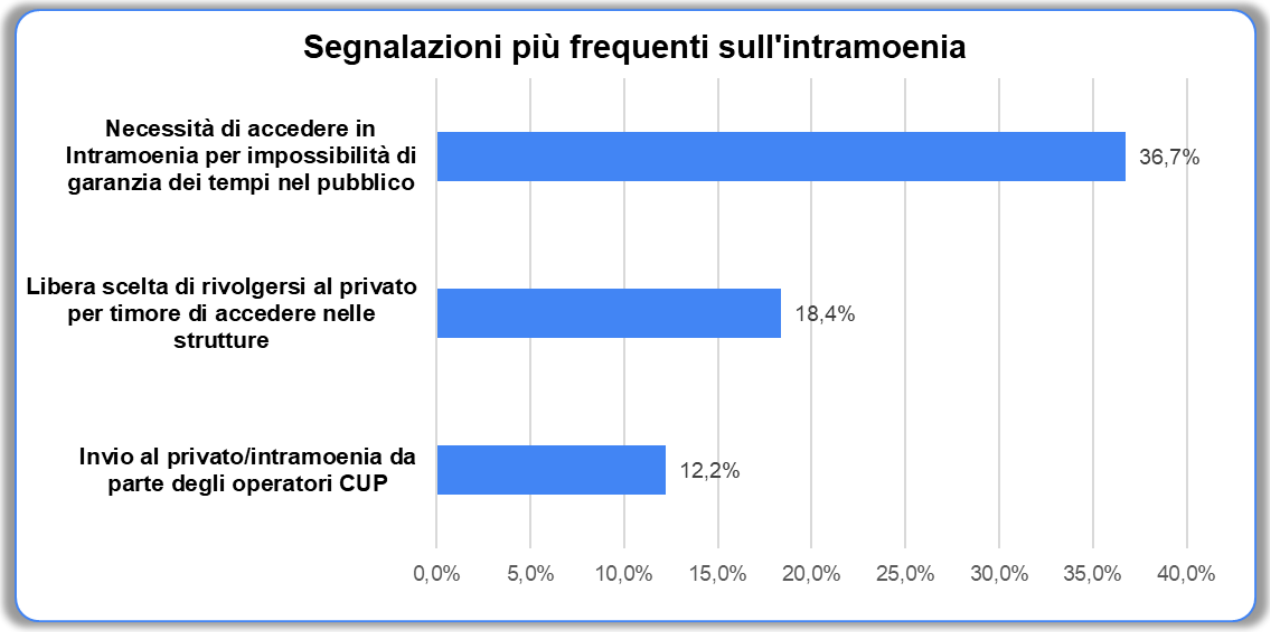
Significate le segnalazioni relative alla **mancanza di tutele in caso di mancato rispetto dei codici di priorità** (30,6%) e quelle relative al **mancato rispetto dei codici di priorità** (26,5%). Queste segnalazioni mostrano entrambe due esigenze legittime da parte dei cittadini, da una parte l'esigenza di vedere rispettato il proprio diritto di ricevere le prestazioni nel rispetto dei tempi giusti, e dall'altro, nel caso di mancato rispetto dei tempi, l'attivazione di forme di tutela adeguate. Purtroppo, in entrambi i casi, nel corso dell'ultimo anno, le aspettative dei cittadini sono state tradite, anche per la nostra associazione è stato difficile mettere in campo gli ordinari strumenti di tutela poiché ci siamo trovati di fronte ad un *collasso* generale del sistema. Appare superfluo sottolineare che i tempi massimi per il primo accertamento diagnostico, specialistico o di intervento; quei tempi massimi (U,B,D,P) che stabiliscono le priorità per le prestazioni sanitarie, nati come strumento di appropriatezza, previsti dal Piano di Governo delle Liste d'attesa, recepiti nei Piani regionali di governo delle liste d'attesa, declinati nei Piani aziendali, semplicemente non sono rispettati.

Intramoenia

Ultimo tema relativo all'accesso alle prestazioni è quello dell'**Intramoenia** (4,6%)

La figura mostra le segnalazioni più frequenti relative a questo tema, la scelta di ricorrere alle prestazioni in intramoenia è stata determinata dalla **necessità di accedere in Intramoenia per impossibilità di garanzia dei tempi nel pubblico** (36,75) per quei cittadini che hanno deciso di non aspettare e di svolgere la visita ricorrendo al privato o all'intramoenia. Il timore di recarsi presso strutture in cui vi fossero reparti dedicati ai malati Covid e di essere contagiati ha inciso fortemente sulla **scelta di rivolgersi al privato** (18,4%).

Infine, con una frequenza del 12% riscontriamo segnalazione di cittadini che riferiscono di essere stati inviati al **Privato/Intramoenia** da parte degli operatori dei Cup.



Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

1.4 Prevenzione (19,7%)

Alla prevenzione Cittadinanzattiva dedica grande attenzione e da sempre è impegnata in campagne e progetti su questo tema. Nelle precedenti edizioni del Rapporto Pit Salute, non vi era un capitolo specifico dedicato alla prevenzione che però era ricorrente in vari ambiti.

*N*el 2021 si è deciso, invece, di dedicare un focus specifico alla prevenzione che per percentuali di segnalazioni ricevute sul totale (19,7%) , si classifica al secondo posto dei temi più segnalati.

Le voci di dettaglio relative alla prevenzione sono: **Vaccinazioni Anti Sars-CoV-2** (75,7%), **Vaccinazioni ordinarie** (15, 6%), **Screening oncologici** (8,7%).

La pandemia da covid 19 ha cambiato gli scenari futuri causando una forte battuta d'arresto sul tema della prevenzione, nel quale in Italia erano già presenti drammatici ritardi e lacune culturali. È di tutta evidenza, anche in questo settore la necessità d'interventi e misure urgenti. La battuta d'arresto degli screening, degli esami e visite specialistiche oltre che l'esecuzione d'interventi chirurgici ha creato le premesse per un'incidenza maggiore di molte malattie nei prossimi anni. Le logiche emergenziali, purtroppo anche nel 2021, hanno prevalso sui sistemi di prevenzione e diagnosi rendendo del tutto evidente l'urgenza di intervenire in maniera sistematica per invertire la tendenza in atto e garantire una salute globale e accessibile a tutti i cittadini. La prevenzione deve essere dunque considerato un obiettivo prioritario.

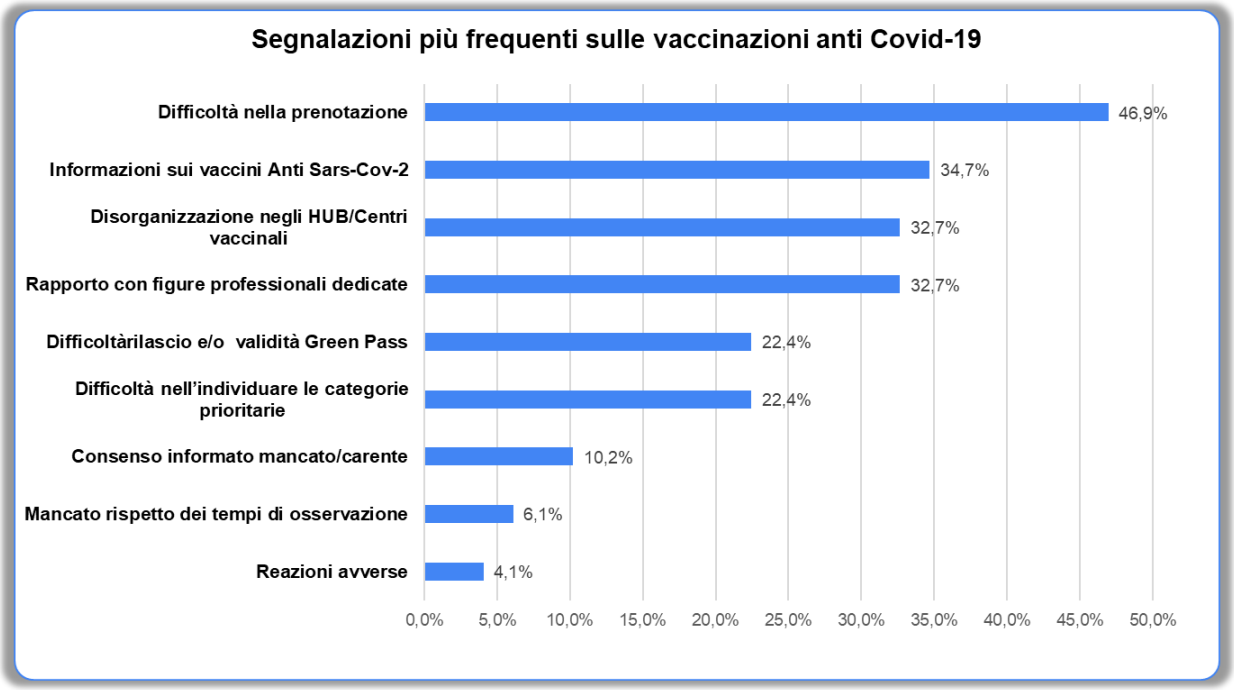
Vaccinazioni Anti Sars Cov-2

Le vaccinazioni Anti Sars – Cov -2 hanno catalizzato le segnalazioni in tema di prevenzione nel 2021, infatti ben il 75,7% dei cittadini ha riferito criticità o mancanza d'informazione su questo tema, del resto, era prevedibile che la più grande campagna vaccinale di massa mai effettuata nel nostro Paese, potesse creare oltre che un acceso dibattito, anche qualche difficoltà legata ad una macchina organizzativa che, almeno nella prima fase d'avvio, ha mostrato molte difformità territoriali e criticità di ordine amministrativo e burocratico. Le difficoltà nell'avvio della campagna vaccinale anticovid (gennaio 2021), unite alle differenze e diseguaglianze riscontrate nelle diverse regioni hanno fatto sì che i cittadini vivessero forti disagi dovuti principalmente a difficoltà nelle prenotazioni dei vaccini, informazioni contrastanti sulla

vaccinazione (fasce prioritarie, intervallo tra una dose e l'altra, vaccini consigliati in base all'età, etc, etc..) e difficoltà nel comprendere le misure legate alla vaccinazione (green pass, obbligo per ultra cinquantenni, etc..).

Vaccinazioni Anti Sars-CoV-2 (75,7%)

La figura mostra il dettaglio delle segnalazioni più frequenti sulle vaccinazioni anti Covid 19. la principale criticità riscontrata dai cittadini è relativa alla **difficoltà nella prenotazione (46,9%).** All'avvio della campagna (gennaio 2021) abbiamo assistito ad una *grande disomogeneità sull'andamento della campagna vaccinale. Le differenze erano evidenti già nelle modalità di prenotazione dei vaccini, tant'è che Cittadinanzattiva, proprio sollecitata dalle diverse segnalazioni, a maro 2021 ha effettuato un'indagine*[4] *comparativa sui siti delle regioni aventi ad oggetto le modalità di prenotazione dei vaccini. L'indagine e le segnalazioni hanno evidenziato una enorme disomogeneità da regione a regione, in alcune regioni si chiedeva ai cittadini di registrarsi tramite i portali regionali, in altre sono state le Asl a fare le chiamate dirette per la vaccinazione, anche le cosiddette fasce prioritarie di persone che avevano diritto ad accedere alle vaccinazioni erano diverse da regione a regione. Queste e gli ulteriori cambiamenti in corsa nelle modalità di prenotazione hanno creato una grande confusione nei cittadini.*



Fonte: XXIV Rapporto PiT Salute – Cittadinanzattiva

Tutto questo, assieme ai problemi di rifornimento dei vaccini **ha portato le regioni a viaggiare a diverse velocità.** Un capitolo a parte è poi quello delle **categorie "fragili"**: anche in questo caso le Regioni hanno proceduto in ordine sparso con modalità di prenotazione addirittura diverse rispetto alle altre categorie. Nel Lazio e in Liguria, ad esempio, i pazienti oncologici non potevano prenotarsi direttamente ma per poter effettuare il vaccino dovevano essere segnalati dal proprio medico di famiglia o dal centro che li ha in cura. Al secondo posto per frequenza di segnalazioni in tema di vaccinazioni anti Covid- 19, **troviamo la richiesta d'informazioni sui vaccini Anti Sars-**

[4] L'indagine completa è disponibile sul sito di Cittadinanzattiva https://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/13991-rilevazione-tra-i-siti-delle-regioni-su-vaccinazione-anti-covid-grande-disomogeneita-su-modalita-di-prenotazione-e-categorie-target.html

Cov-2 (34,7%). Il tema della comunicazione nei confronti dei cittadini e della trasparenza delle informazioni è stato cruciale, i messaggi sono stati spesso contradditori in tema di vaccinazioni, si pensi ad esempio a tutte le alle questioni che hanno riguardato i vaccini a *vettore virale* e a *rmna* e ai messaggi contrastanti sulle fasce d'età in base alle quali erano somministrati. Tutto ciò ha fatto sì che i cittadini si rivolgessero a Cittadinanzattiva per chiedere informazioni in merito alla sicurezza dei vaccini, alla tipologia di vaccino che verrà somministrato e a eventuali reazioni avverse. E 'significativo che i cittadini non abbiamo trovato risposte utili altrove e abbiano sentito la necessità di rivolgersi ad un'associazione.

Molto frequenti, anche se concentrate nei primi mesi dell'anno, le segnalazioni relative alla **Disorganizzazione negli Hub/Centri Vaccinali (32,7%).** In questo caso i cittadini hanno lamentato lunghe file di attesa prima di poter effettuare la vaccinazione nonostante avessero effettuato regolare prenotazione. Anche su questo versante si è evidenziata una grande disomogeneità da regione a regione con punte d'eccellenza e criticità notevoli nell'organizzazione degli Hub. Va detto, tuttavia, che la situazione in linea generale è migliorata dopo il rodaggio dei primi mesi e per quanto riguarda la somministrazione della terza dose del vaccino (novembre -dicembre 2021) si sono registrate minori criticità.

Altra tipologia di segnalazione piuttosto frequente è quella che riguarda **il rapporto con figure professionali dedicate** (32,7%). In questi casi i cittadini hanno lamentato difficoltà nel rapportarsi (risposte secche da parte degli operatori, mancanza di tempo, risposte sbrigative) in tema vaccinazioni anti sars cov-2 con i medici vaccinatori, gli infermieri ed anche il Medico di base e il pediatra di libera scelta.

Abbiamo, poi registrato segnalazioni molto frequenti in merito al tema del **Green -Pass (22,4%)** in questo caso si sono verificate criticità relative a difficoltà e ritardi nel rilascio, ma anche errori sulla validità e sulla scadenza del green pass. In tutti questi casi le criticità sono state generate da problemi di ordine burocratico e dal mancato raccordo dei livelli territoriali (medico di base-pediatra, asl, Regione) e nazionale (Ministero della salute, piattaforma nazionale di gestione della certificazione verde).

Vaccinazioni ordinarie (15,6%)

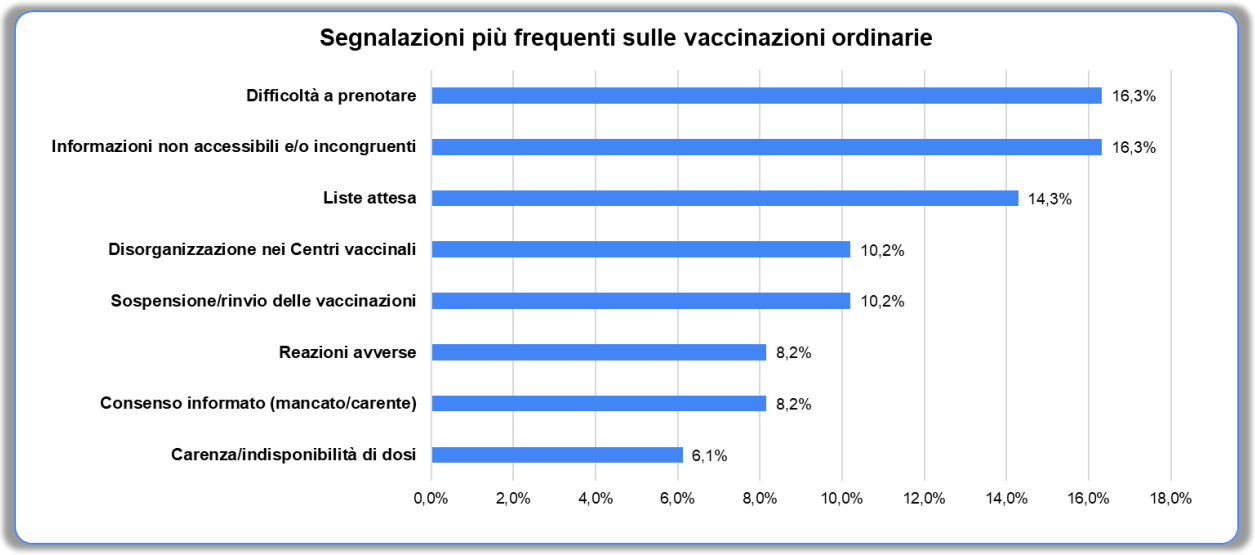
La seconda voce in termini di segnalazioni sulla prevenzione è quella relativa alla **vaccinazione ordinaria** (15,6%).

La vaccinazione ordinaria è un ambito in cui già in una situazione di ordinarietà si registrano forti disservizi per i cittadini e una grande disomogeneità e disorganizzazione a livello regionale, l'emergenza e la campagna vaccinale contro il covid 19, hanno in qualche modo acuito le criticità già presenti nel settore, si è verificato, infatti, un incremento delle liste d'attesa e nei casi più estremi la sospensione delle vaccinazioni.

La figura mostra le segnalazioni più frequenti in tema di vaccinazioni ordinarie. Anche nel caso delle vaccinazioni ordinarie le segnalazioni più frequenti riguardano la **difficoltà a prenotare** (16,3%), non vi è una modalità unica di prenotazione per le vaccinazioni ordinarie ed ogni territorio, anche nella stessa regione si organizza come ritine, spesso i cittadini lamentano lunghe attese telefoniche oppure il mal funzionamento dei siti o nei casi più estremi file allo sportello fisico per la prenotazione. In questi casi potrebbe essere utile prevedere una modalità omogenea di prenotazione in tutte le regioni, prendendo a modello l'organizzazione che si sono date le regioni più virtuose per la prenotazione del vaccino anti covid-19.

Con la stessa frequenza (16,3%) viene segnalato il tema delle **informazioni non accessibili e/o incongruenti.** I cittadini lamentano difficoltà nel reperire informazioni sui vaccini in generale, sulle modalità di prenotazione, sulle coorti dei soggetti vaccinabili e sulla gratuità o meno dei vaccini. Inutile sottolineare quando, invece sarebbe importante su un tema così cruciale legato alla prevenzione che le informazioni destinate ai cittadini fossero chiare, trasparenti e coerenti.

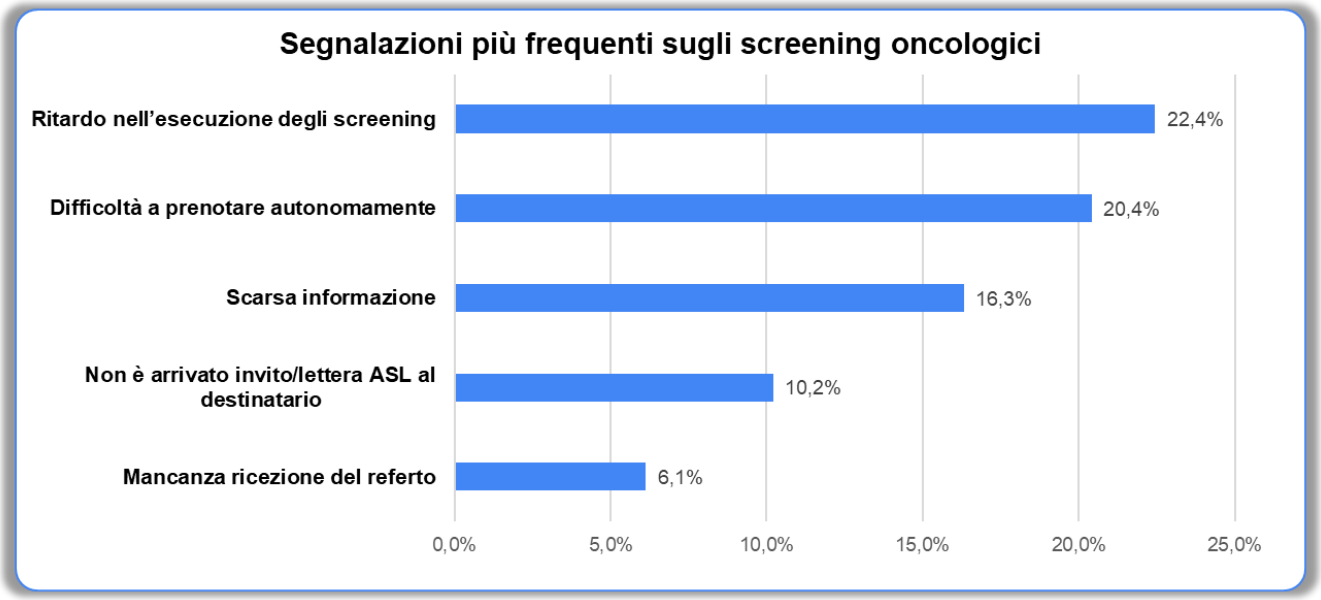
Le lista d'attesa per accedere alla **vaccinazione ordinaria** sono segnalate di frequente (10,2%) cosi come la sospensione delle vaccinazioni (10,2%) . In entrambi i casi si registra una situazione aggravata dalla pandemia.



Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

Screening oncologici (8,7%)

Terza voce per numero di segnalazioni in tema di prevenzione è quella relativa agli **screening oncologici** (8,7%). In Europa ogni anno 3,5 milioni di cittadini ricevono una diagnosi di tumore e **1,3 milioni di persone muore a causa di questa diagnosi.** In Italia per il 2020 sono stati stimati 377.000 nuovi casi di tumore (Cfr. AIOM "I numeri del cancro 2020") ma il valore verosimilmente, registrerà un incremento anche a causa dell'emergenza sanitaria da Covid-19 che ha generato ritardi nell'erogazione delle cure, sospensione di accertamenti, difficoltà di accesso alla prima diagnosi e agli screening oncologici. Le logiche emergenziali che hanno guidato la gestione della pandemia da nuovo coronavirus hanno di recente prevalso sui sistemi di prevenzione e diagnosi ma è necessario uno sforzo comune per invertire tale tendenza L'arma della prevenzione deve dunque rappresentare una priorità assoluta. Inoltre, La prevenzione è uno strumento per ridurre le disuguaglianze legate a condizioni sociali, economiche e culturali, in tutte le condizioni patologiche, a maggior ragione se parliamo di tumori. Il tasso di sopravvivenza al cancro, infatti, è più alto oggi tra le persone più informate, ma il dato potrebbe modificarsi se ci fosse una maggiore conoscenza dei programmi di screening organizzato, che ancora oggi scontano difformità territoriali sul livello di conoscenza e adesione della popolazione.



Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

Le segnalazioni più frequenti in tema di screening oncologici riguardano: **ritardo nell'esecuzione degli screening (22,4%), difficoltà a prenotare autonomamente** (20,4%) e **scarsa informazione** (16,3%).

1.5 Assistenza Territoriale di Prossimità (17,4%)

L'ambito dell'Assistenza territoriale così come quello dell'accesso alle prestazioni conferma il trend degli anni precedenti poiché rimane un settore "nevralgico" per i cittadini nel quale riscontrano molte criticità ma al contempo rimane un punto di riferimento fondamentale e di prossimità territoriale.

L'Assistenza territoriale comprende l'insieme di attività e prestazioni di educazione sanitaria, medicina preventiva, diagnosi, cura e riabilitazione; attività sociali e continuità assistenziale dove i cittadini possono incontrare una offerta di servizi più prossimi e accessibili. Le tematiche segnalate sono al centro della riforma della sanità del territorio che delinea il nuovo modello di assistenza sanitaria di prossimità, è auspicabile che i temi sollecitati dai cittadini vengano realmente presi in considerazione.

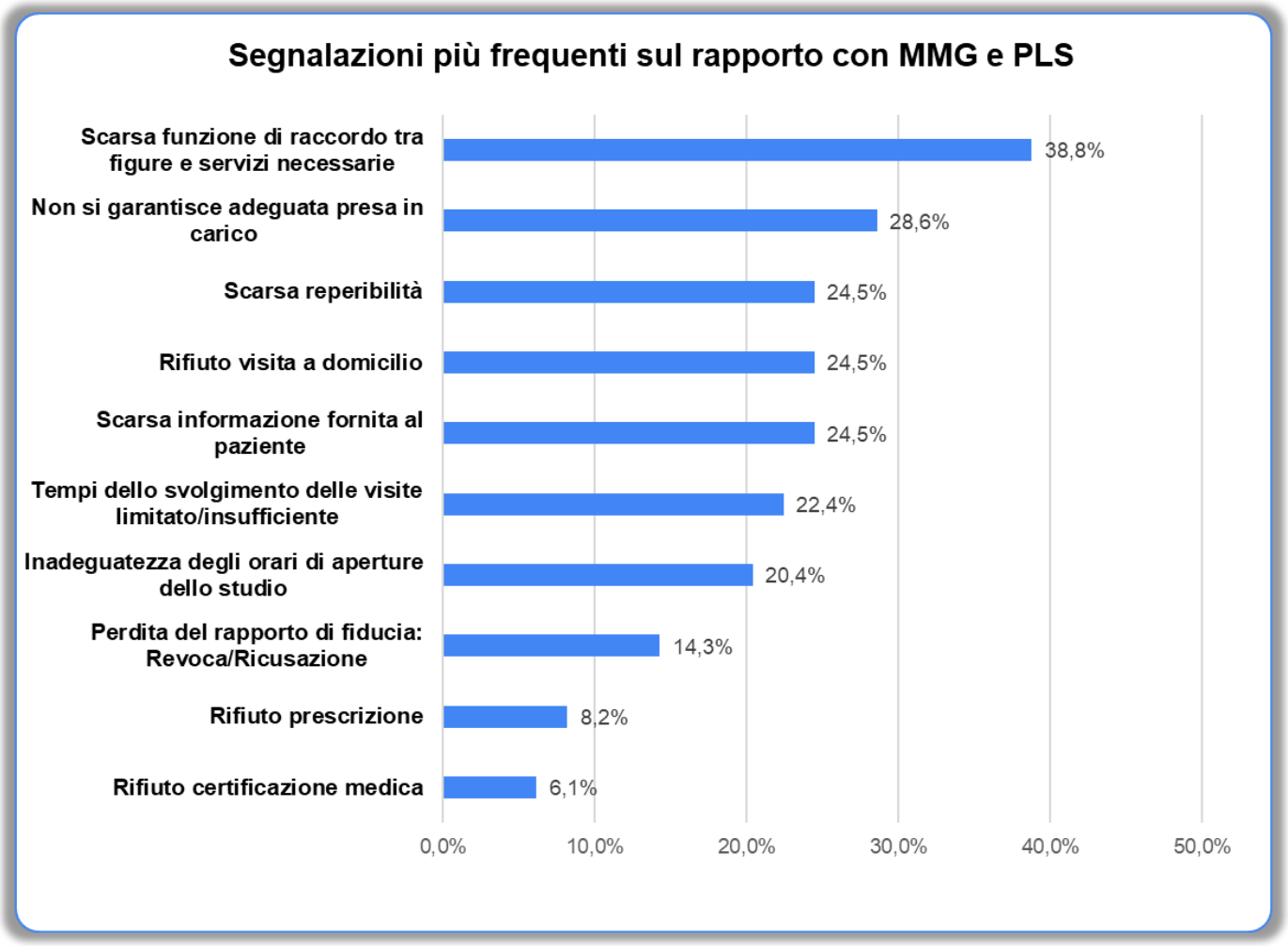
Appare quante mai urgente la riforma. L'obiettivo è la presa in carico della "persona": ciò significa individuare modelli organizzativi - cui tutti noi siamo chiamati a contribuire - per la presa in carico non solo del paziente cronico ma anche della persona da mantenere in salute (prevenzione), un salto culturale che presuppone il passaggio da una visione dell'Assistenza territoriale come sostanzialmente "continuazione" di cure e piani terapeutici per lo più avviati in ambito ospedaliero a, viceversa, snodo fondamentale capace di intervenire efficacemente anche e prima di tutto a monte, con un'azione di "filtro" per distillare all'ambito ospedaliero solo ciò che più gli compete: /urgenza, alta specializzazione/eccellenza, gestioni delle fasi acute/complicanze della malattia Le criticità segnalate riguardano diverse tematiche.

La voce più frequente è quella relative alle **cure primarie: Rapporto con Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta (25,8%),** seguita da **Continuità Assistenziale** (13,9%) e **Assistenza Domiciliare Integrata** (12.1%), **salute mentale** (12,8%).

Cure primarie: Rapporto con Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta (25,8%)

Le segnalazioni più frequenti in ambito dell'assistenza territoriale di prossimità sono quelle che riguardano il **rapporto con Medici di Medicina Generale e i Pediatri di libera scelta** (25,8%). L'insieme delle segnalazioni ci mostra un rapporto difficile tra medico e paziente e forti carenze in termini di organizzazione territoriale che non garantiscono un'adeguata presa in carico.

Le segnalazioni più frequenti (figura 11) **riguardano lo scarso raccordo tra figure e servizi necessari (38,8%).** Spesso i pazienti che hanno più patologie lamentano il mancato raccordo tra il medico di base e glia altri specialisti che lo hanno in carico, da ciò deriva un aggravio di oneri e burocrazia a carico del paziente. Frequenti le segnalazioni dalle quali emerge che **non si garantisce un'adeguata presa in carico del paziente** (28,6%). I cittadini segnalano, inoltre, **la scarsa reperibilità dei medici (24,5%)** e il rifiuto della visita a domicilio (24,5) oltre che **le scarse informazioni fornite al paziente** (24,5%) inoltre viene segnalato che **il tempo della visita è limitato o insufficiente** (22,4%)., inadeguatezza degli orari di apertura dello studio (20,4%). Le segnalazioni mostrano come ancora una volta i cittadini pongono in grande rilievo il rapporto con il proprio Medico di Medicina Generale ed il Pediatra di libera scelta, questi medici rimangono il primo riferimento per i pazienti e durante l'emergenza da covid sono state delle figure chiave, tuttavia, analizzando le segnalazioni, emerge che il rapporto medico -paziente è spesso difficile a causa dello scarso tempo a disposizione o di un deficit nelle informazioni che vengono fornite ai cittadini. La carenza di un'inadeguata organizzazione territoriale dello scarso uso di sistemi informatici mettano realmente in rete i livelli territoriali aggrava ancor di più il quadro.

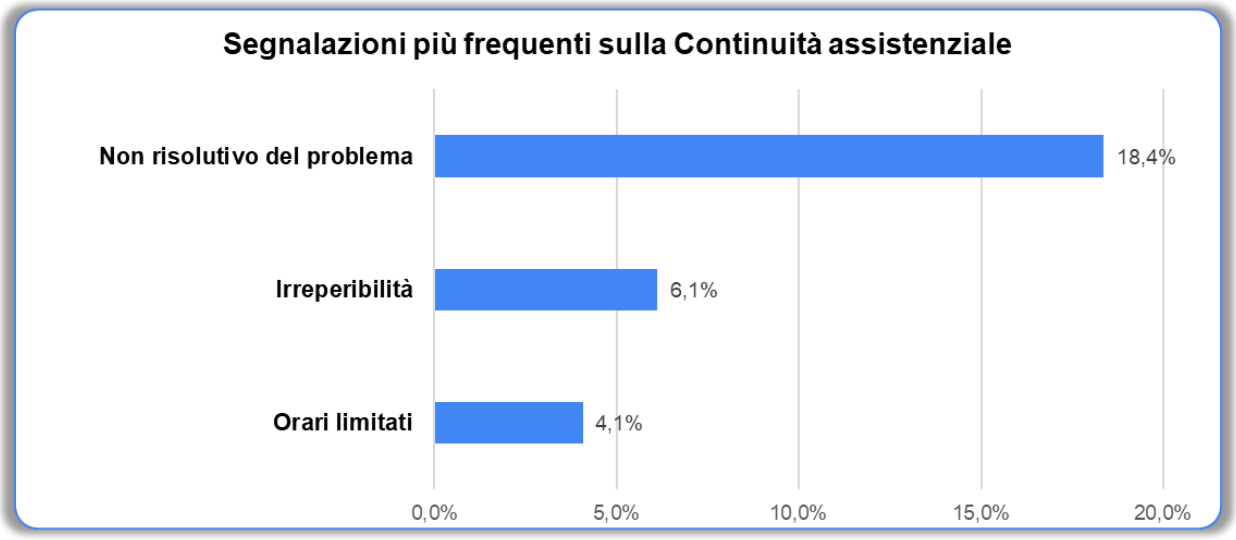


Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

Continuità assistenziale (13,9%)

Le segnalazioni relative alla continuità assistenziale (13,9%) denotano la scarsa qualità del servizio offerto in termini di organizzazione e reale continuità sul territorio.

La figura evidenzia le tre criticità più frequenti riferite alla continuità assistenziale che sono: **interventi non risolutivi del problema, irreperibilità** ed **orari limitati.**

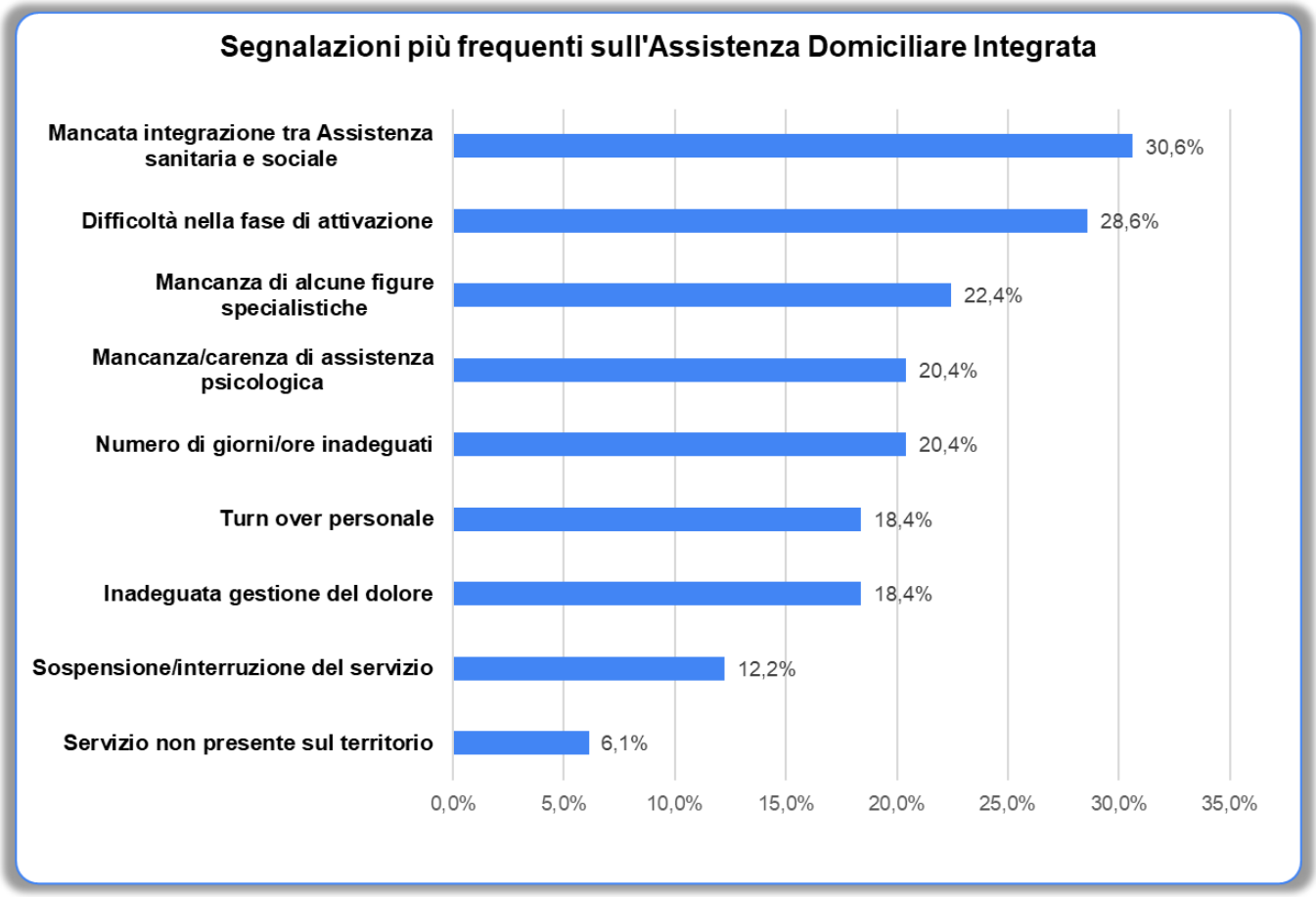


Assistenza domiciliare integrata (Adi) (12,1%)

L'Assistenza domiciliare integrata è un altro ambito nevralgico che concorre alla presa in carico del paziente in abito territoriale. Nel 2021 le segnalazioni relative all'ADI, sono state il 12,1%. Anche in questo settore, la pandemia ha mostrato tutti i suoi effetti nefasti aggravando ed acuendo criticità già presenti.

La figura mostra le criticità più frequentemente segnalate in tema di assistenza domiciliare. In primis viene lamentata la **mancata integrazione tra assistenza sanitaria e sociale** (30,6%) da ciò ne deriva un'assistenza "monca" che impedisce una reale presa in carico del paziente a 360°. Frequenti le **segnalazioni relative alle difficoltà nella fase di** attivazione (28,6%) dell'assistenza domiciliare integrata i cittadini lamentano: ritardi nell'iter di attivazione, la mancanza d'informazioni specifiche sulle modalità di attivazione della procedura e procedure burocratiche che rallentano il percorso. Frequenti poi le segnalazioni sulla **mancanza di alcune figure specialistiche** (22,4%), **la mancanza di assistenza psicologica** (20,4%) **numero di giorni inadeguato** (20,4%) e **turn over del personale** (8,4%).

La criticità segnalate comportano, dunque una mancata o incompleta-insufficiente presa in carico del paziente con inevitabili ricadute e disagi per le famiglie che devono farsi carico della gestione del proprio famigliare senza avere gli adeguati sostegni.



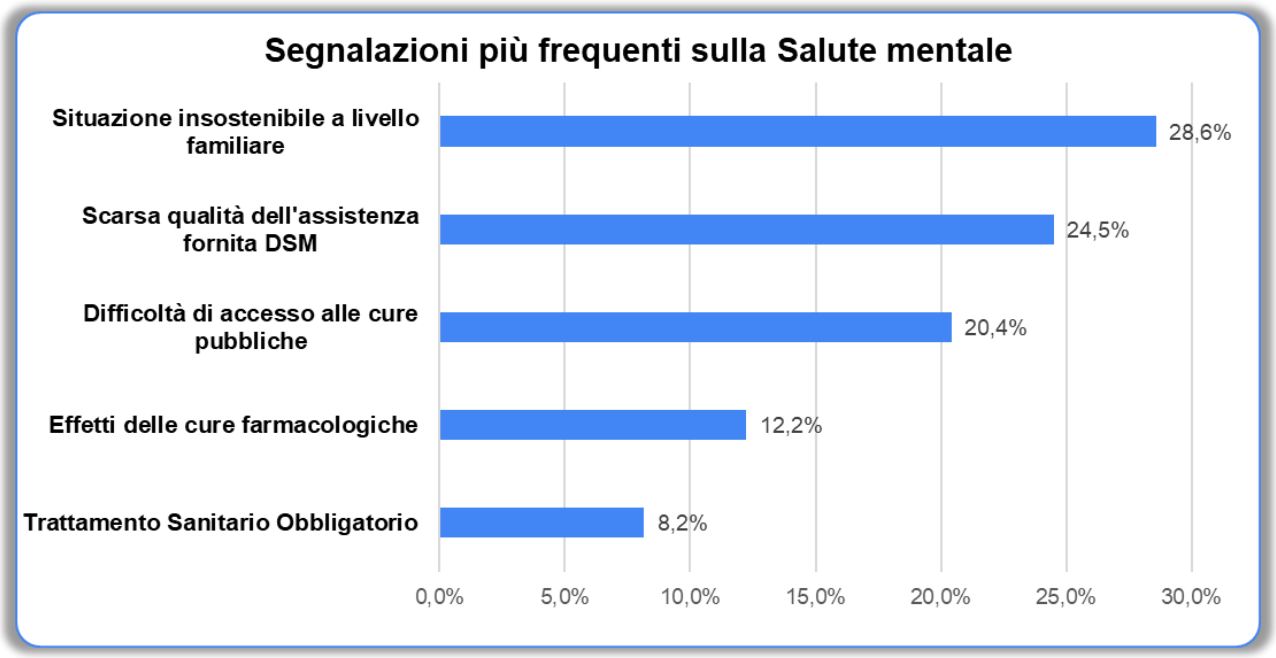
Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

Salute Mentale (12,8%)

Il 12,8% delle segnalazioni relative all'assistenza territoriale si riferiscono alla salute mentale.

Le segnalazioni più frequenti nell'ambito della salute mentale(figura 13) raccontano le grandi difficoltà che gravano sui pazienti e le loro famiglie, se non proprio la disperazione per la gestione di una **situazione** ormai diventata **insostenibile a livello** familiare (28%), **la scarsa qualità dell'assistenza fornita dal DSM**-Dipartimento di Salute Mentale (24%), **la difficoltà di accesso alle cure pubbliche** (20%), **la gestione degli effetti collaterali delle cure farmacologiche** (12%), lo strazio legato alle procedure di **attivazione del trattamento sanitario obbligatorio (**8%).

Nello specifico, le segnalazioni dei cittadini mostrano un crescente deficit strutturale dei servizi di salute mentale, ovvero dell'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale (ASL). L'assenza o quanto meno la palese carenza di intervento del servizio pubblico fa sì che la gestione se non proprio la cura del paziente psichiatrico sia demandata in moltissimi casi interamente alla famiglia: la gravità e spesso l'insostenibilità di tali situazioni provocano risvolti negativi dal punto di vista economico, sociale e lavorativo, e si riflette in maniera disastrosa sugli equilibri famigliari, già pesantemente compromessi dalla condizione di salute del familiare e da due anni di pandemia, aggravate dalle difficoltà di accesso alle cure.



Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

Gli altri temi segnalati

La tabella mostra l'elenco dei temi che vanno a completare le segnalazioni relative all'assistenza territoriale. In particolare si evidenzia la **riabilitazione** (12,2%) e **l'RSA – Lungodegenza** (9,6%).

In particolare le segnalazioni sulla riabilitazione si concentrano su ritardi e difficoltà dell'iter burocratico.

Per **L'Rsa lungodegenza** le criticità riferite nel 2021 hanno riguardato in particolare le rigidità delle regole anti- covid che prevedono l'accesso dei parenti alle strutture.

Riabilitazione	12,2%
RSA/Lungodegenza	9,6%
Assistenza Protesica	5,7%
Assistenza Integrativa/Ausili	6,4%
Salute per cittadini immigrati	1,5%

1.6 Assistenza Ospedaliera e Mobilità Sanitaria (11,4%)

Il tema dell'assistenza ospedaliera rappresenta un importante banco di prova per la valutazione delle capacità del sistema sanitario: le chiusure massicce degli ultimi anni hanno sicuramente rivoluzionato e costretto all'adattamento la sanità territoriale, con tutta una serie di ruoli e compiti che, insieme al lavoro delle strutture ASL, dovrebbero garantire la copertura delle esigenze su tutti i livelli. Non sempre però questo criterio viene rispettato: in questi casi i cittadini sono protagonisti di episodi in cui uno o più anelli della catena di presa in carico sono deboli o addirittura inesistenti e sperimentano come risultato l'erogazione non ottimale di un servizio, il ritardo o addirittura la negazione dello stesso; ecco che interviene la necessità di spostarsi in

altro luogo, per avere accesso a quanto spetta attraverso il servizio pubblico. L'analisi del contesto dell'assistenza ospedaliera, e della mobilità sanitaria ad essa collegata, non può però prescindere dalla considerazione delle oggettive difficoltà delle strutture, quando si fronteggia una domanda variegata, distribuita su tutte le fasce d'età e con gli onnipresenti problemi di budget e mancanza di personale. Ben il 74,7% delle segnalazioni in questo comparto ha riguardato **l'Emergenza e Pronto soccorso**, seguono quelle sulle **Dimissioni** (9,9%) e sui **Ricoveri** (8,7%). In coda le segnalazioni sulla **Mobilità sanitaria Cure fuori Regione** (**5.5%)** e Mobilità Sanitaria Cure all'Estero (1,2%).

Emergenza e Pronto soccorso, dimissioni e ricoveri

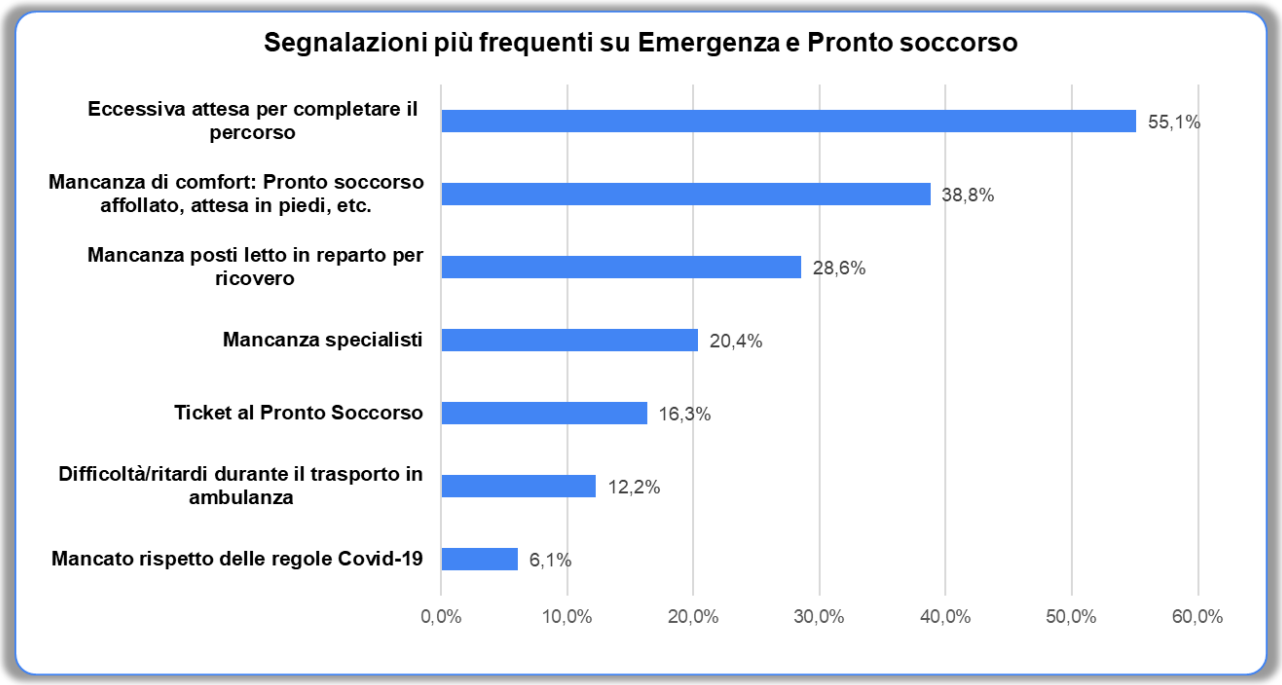
Oltre la metà delle segnalazioni si riferiscono **all'Emergenza e Pronto Soccorso** (74,7%%), Dimissioni (9,9%) e **ricoveri** (8, 7%).

Si tratta dei momenti in cui i cittadini effettivamente si confrontano con l'organizzazione dei servizi quali, in primis, la gestione delle urgenze e poi con la vera e propria presa in carico a livello ospedaliero con tutte le particolarità del caso. Indubbiamente sulle segnalazioni del 2021 hanno inciso le nuove ondate di Covid (soprattutto nella prima e nell'ultima parte dell'anno) ed anche la rigidità delle regole di gestione degli accessi al Pronto soccorso, che hanno reso ancor più critico un settore nel quale da anni urge una riforma di sistema che va di pari passo con la riforma dell'assistenza territoriale e di prossimità.

Emergenza e Pronto Soccorso (74,7%)

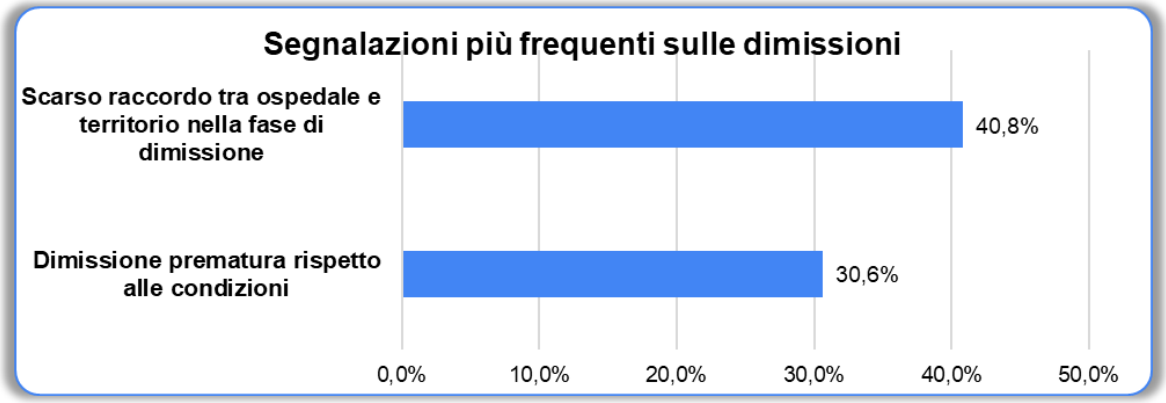
Le segnalazioni più frequenti su Emergenza e Pronto Soccorso riguardano: **l'eccessiva attesa per completare il percorso** (55,1%), **la mancanza di confort** (38,8%), **la mancanza di posti letto in reparto per ricovero** (28,6%).

L'organizzazione delle strutture e l'affluenza elevata concorrono a creare attese e trattamento non pertinente dei cittadini, situazioni che generalmente si acuiscono in periodi determinati dell'anno (quando aumentano i sintomi influenzali, ad esempio) o in particolari località (di villeggiatura, ad esempio) e che comunque contribuiscono ad abbassare fortemente lo standard di offerta dei servizi. Come abbiamo già evidenziato, la pandemia ha inciso su una gestione già difficile dei Pronto soccorsi. Alle attese e disservizi causate dalla congestione del Pronto soccorso si sono andate ad aggiungere le norme anti-covid (tampone in ingresso, percorsi separati, etc.) che sicuramente hanno contribuito ad allungare ancor di più i tempi.



Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

La figura mostra le problematiche principali in ambito di dimissioni, ovverosia quel momento in cui la struttura ospedaliera termina il proprio compito – legato all'urgenza e alla gravità della situazione clinica – e rimanda il paziente alle cure territoriali, siano esse del Medico di famiglia o delle strutture che offrono servizi specialistici (riabilitazione, approfondimento, controllo, servizi sociali etc.); in questa fase delicata si verifica un passaggio fondamentale e proprio i cittadini segnalano a Cittadinanzattiva: **scarso raccordo tra ospedale e territorio nella fase di dimissioni** (40,8%) **dimissione prematura rispetto alle condizioni (30,6%),** cioè pazienti che non dovrebbero essere rimandati a casa per via delle condizioni cliniche di non autonomia o addirittura di non completamento del percorso di diagnosi e cura.



Mobilità sanitaria

Completano il quadro delle segnalazioni sull'assistenza ospedaliera quelle relative alla mobilità sanitaria. Si tratta dei casi in cui i cittadini, per avere accesso alle cure prescritte, sono costretti a ricorrere a strutture esterne alla propria ASL o addirittura Regione: è il cosiddetto "turismo sanitario", normato in maniera chiara dalle disposizioni di Legge per i casi in cui il Servizio Pubblico non riesca a prendere in carico il cittadino privilegiando il consueto accesso territoriale. Ma se la ASL nega la sua autorizzazione alla cura il problema rimane tutto in mano al cittadino,

che deve risolvere quasi sicuramente in maniera privata. Le segnalazioni di concentrano sulle Cure fuori Regione (5,5%) e le Cure All'Estero (1,2 %).

Mobilità sanitaria Cure fuori Regione	5,5%
Mobilità sanitaria Cure all'estero	1,2%

1.7 Sicurezza delle cure (8%)

I casi relativi alla **Sicurezza delle cure e presunta malpractice** nel 2021 sono stati **l'8%** sul totale delle segnalazioni ricevute. Le due voci più segnalate sono**: errori nella pratica medica** (67,3%) e **condizioni igienico strutturali** (16,1%), seguite da **macchinari (11**%) e **infezion**i (5,6%).

La voce più consistente per il 2021 in linea con gli anni precedenti, è quella che rappresenta i presunti errori diagnostici e terapeutici, la mole delle segnalazioni che si concentrano in questo ambito indica un generale aggravarsi delle condizioni di erogazione dei servizi, e classifica questo tema come quello più segnalato nell'ambito della malpractice.

Errori nella pratica medica (67,3%)

Quando parliamo di **malpractice medica** (67,3%) facciamo riferimento, non solo agli eventi in cui si insinua un sospetto riguardo all'atto del medico o alla presa in carico del paziente, non solo al perpetrarsi di una serie di comportamenti, disattenzioni, condizioni organizzative dei nostri presidi medico sanitari piuttosto parliamo di un tema complesso e articolato, alimentato da diversi fattori scaturiti anche da riforme sanitarie messe in atto nel corso degli ultimi decenni. Dalla spending review al federalismo sanitario, dal decreto Balduzzi alla legge Gelli-Bianco, dai piani di rientro ai tagli economici che, direttamente o indirettamente, hanno avuto ripercussioni sulla sicurezza delle cure e delle strutture sanitarie.

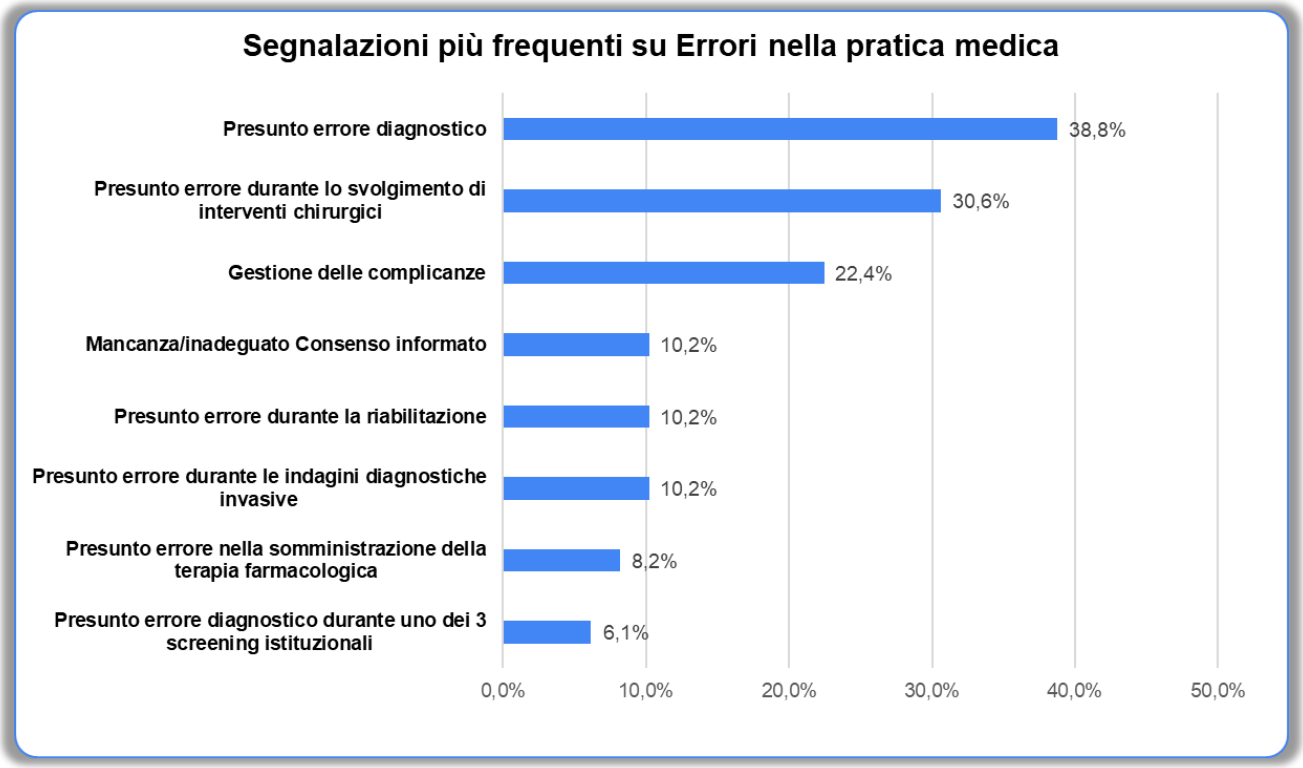
Prima di entrare nel merito dell'analisi di queste segnalazioni è bene rilevare alcuni aspetti di carattere metodologico. Innanzitutto si tratta di segnalazioni inerenti presunti errori sanitari, e non errori accertati in Tribunale o a mezzo di qualsiasi altro strumento, giurisdizionale e non, volto a risarcire un danno. Le attività di tutela di Cittadinanzattiva osservano e analizzano tali segnalazioni alla luce della tutela integrata dei diritti: in una percentuale molto alta di casi, ciò che viene percepito come errore medico dai cittadini non si rivela tale all'esito della consulenza legale e medico-legale. Si tratta, insomma, di problemi legati alla relazione medico-paziente, alla carenza di umanizzazione delle cure, a ritardi diagnostici e terapeutici (ovviamente non tali da generare un danno quantitativamente risarcibile ma umanamente inaccettabile), alla documentazione clinica inadeguata (cartelle cliniche incomplete o non compilate interamente, esami e certificazioni andate perse o non inserite), alla carenza nella gestione assistenziale del paziente, alle carenze igienico strutturali. In altri casi è invece evidente ravvisare un problema di malpractice "allargata", "di sistema" per cui non è il singolo medico a commettere un errore, bensì l'intera organizzazione incapace di individuare per tempo i rischi di gestione: dei turni di lavoro, degli eventi sentinella, alimenta i rischi per i cittadini - in alcuni casi - o causa danni difficilmente esitabili in una richiesta di risarcimento del danno.

Gli errori più frequentemente segnalati nella pratica medica sono: **presunto errore diagnostico** (38,8%) **presunto errore durante lo svolgimento di interventi chirurgici** (30,6%) **gestione delle complicanze** (22,4%), **mancanza inadeguato consenso informato** (10,2%). Nella prima voce rientrano non solo i casi relativi al mancato e/o errato inquadramento del caso clinico in presenza

di uno o più sintomi di una malattia, ma anche l'omissione nel disporre controlli e accertamenti doverosi ai fini di una corretta formulazione della diagnosi. La seconda voce riguarda invece presunti errori che si sarebbero verificati durante gli interventi chirurgici con relative conseguenze per la salute del paziente. Le segnalazioni relative alla gestione di complicanze riguardano le lamentele da parte dei cittadini che segnalano una scarsa attenzione e atteggiamenti "sbrigativi" al verificarsi di complicanze.

Le segnalazioni sulla mancanza o inadeguatezza del consenso informato, denotano quanto sia fondamentale che venga dedicato spazio e tempo adeguato alla pratica del consenso affinché il paziente possa comprendere e riferire informazioni preziose, per gli stessi medici.

La mancanza di spazi e tempi idonei per la comunicazione, fa sì che il cittadino, non riesca ad essere adeguatamente informato su procedure sanitarie, eventi avversi ed altre informazioni utili per prendere decisioni con consapevolezza, come quella ad esempio, di scegliere se sottoporsi o meno ad un certo tipo di intervento. In queste condizioni, può capitare che informazioni importanti, come quelle di patologie concomitanti o allergie, non vengano riportate in cartella clinica e quindi non vengano prese in considerazione, con tutte le conseguenze del caso.



Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

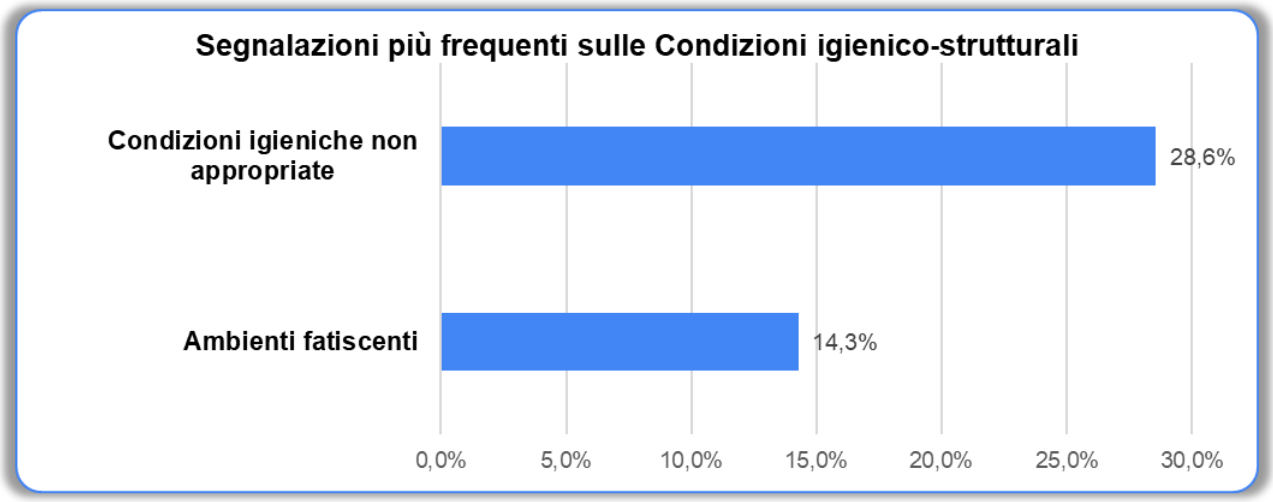
L'effettiva profondità d'analisi si raggiunge con la definizione delle aree cliniche in cui i cittadini sperimentano situazioni di disagio, in seno alle segnalazioni di presunta malpractice. La tabella sottostante offre una prospettiva di sunto consentendo di individuare immediatamente l'area più sensibile di questo ambito attraverso la prevalenza di segnalazioni dell'area di **Ortopedia** (18%), seguita da quelle relative all'**Oculistica** (12%), **Ginecologia** (9,6%), **Chirurgia generale** (8,4%) , **Pronto soccorso** (7,8%), al 6% si attestano come aree critiche la **Medicina generale** e l'**Odontoiatria.**

Elenco delle AREE SPECIALISTICHE nelle quali viene maggiormente segnalata sospetta malpractice	%
Ortopedia	18%
Oculistica	12%
Ginecologia	9,6%
Chirurgia generale	8,4%
Oncologia	7,2%
Pronto soccorso	7,8%
Medicina generale	6,0%
Odontoiatria	6,0%
Cardiologia	4,2%
Geriatria	3,6%
Urologia	2,4%
Psichiatria	1,8%
Endocrinologia	1,2%
Neurologia	1,2%
Otorinolaringoiatria	1,2%
Altre aree	9,6%

Condizioni igienico-sanitarie (16,1%)

La raccolta delle segnalazioni in ambito di presunto errore medico va oltre le valutazioni medico-legali sulla fattibilità o meno dell'azione legale e non per il risarcimento del danno. Nella maggior parte dei casi, non vi è evidente riscontro nella documentazione clinica di errori e danni perpetrati nei confronti del paziente, ma una condizione generale di mancanza di una gestione della degenza in ospedale o della cura dei cittadini sicura, trasparente, umana e rispettosa della patologia.

Le segnalazioni sulle condizioni **igienico-sanitarie** (16,1%) si riferiscono a condizione **igieniche non appropriate** e **ambienti fatiscenti** (14,3). Nel primo caso si tratta di segnalazioni relative sia alla mancata cura degli ambienti che alla scarsa cura e pratiche igieniche nei confronti dei pazienti che non sono autonomi p impossibilitati a muoversi. Nel caso di ambienti fatiscenti, si tratta, invece, delle condizioni di degrado in cui versano molte strutture e di ambienti non idonei.



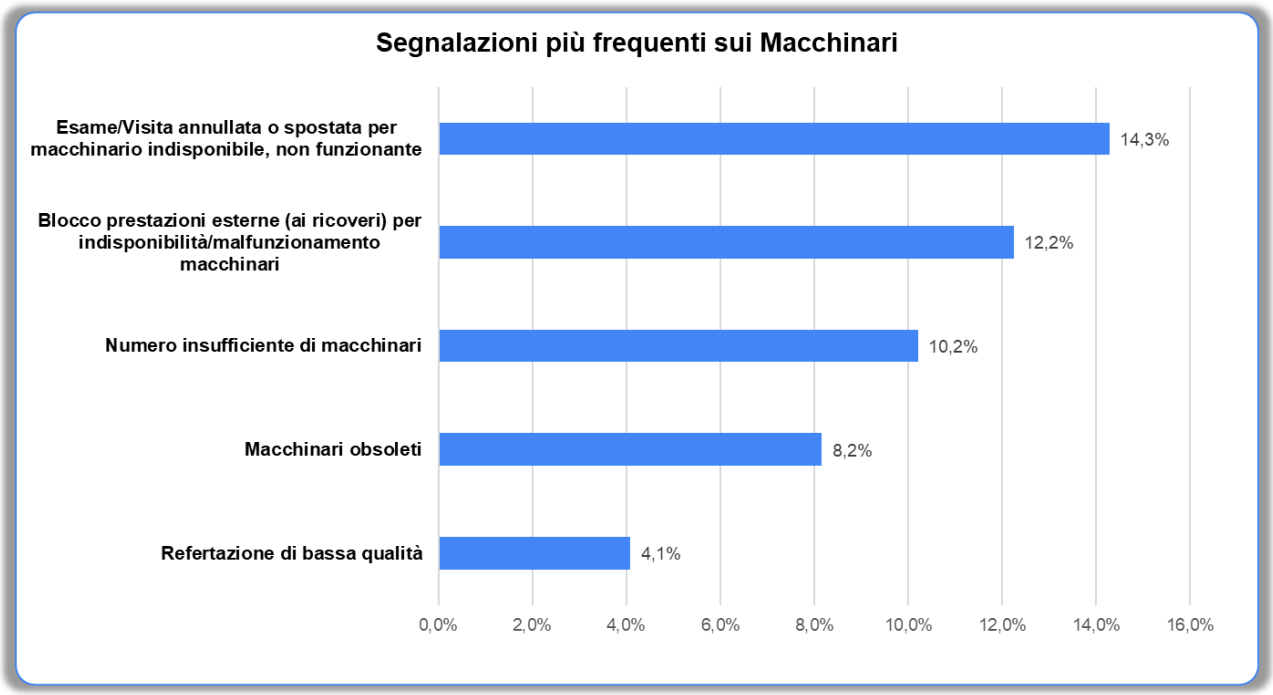
Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

Macchinari (11%)

L'11% delle segnalazioni, riguarda, invece i **macchinari**. I dati relativi alle condizioni delle strutture sanitarie sono spesso confermati dalle cronache quotidiane, nonché dai dossier istituzionali: vi sono reparti inutilizzati, macchinari in cantina (e quelli in funzione sono vecchi e obsoleti). I macchinari necessari per la fase diagnostica sono spesso in condizioni fatiscenti, o si guastano in maniera improvvisa e ripetuta; le ripercussioni di queste circostanze sono a diretto carico del cittadino, che è costretto ad una riprogrammazione del percorso di cura, con l'emergere di possibili rischi in termini di tempismo di diagnosi e di scelte cliniche successive.

Come noto la Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede un grosso investimento nei prossimi anni proprio sulle strutture e sui macchinari, sarà fondamentale che i fondi siano impiegati per risolvere finalmente tutte le carenze strutturali segnalate da anni dai cittadini. Cittadinanzattiva monitorerà molto attentamente che ciò avvenga in maniera trasparente ed efficiente.

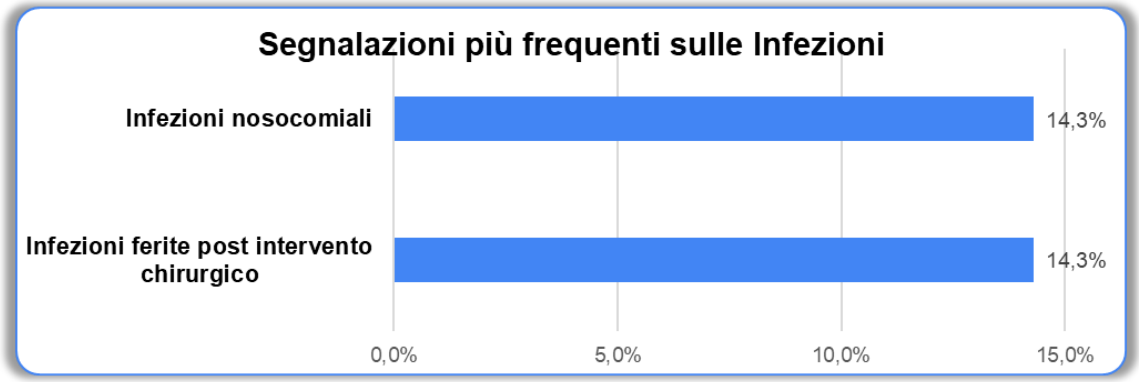
Le principali criticità segnalate relative ai macchinari sono: **Esame/visita annullata o spostata per malfunzionamento macchinari** (14,3%), **blocco prestazione esterne(ai ricoveri) per indisponibilità-malfunzionamento macchinari** (12,2%) **numero insufficiente di macchinari** (10,2%).



Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

Infezioni (5,6%)

Infine, il 5,6% delle segnalazioni relative alla sicurezza delle cure riguarda le infezioni, la figura mostra che le segnalazioni più frequenti riguardano **le infezioni nosocomiali** (14,3%) e **le infezioni delle ferite post intervento chirurgico.**



Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

1.8 Costi (5%)

Anche in questa edizione del nostro rapporto proponiamo un'analisi delle segnalazioni che riguardano i costi delle varie prestazioni sanitarie; si tratta di una prospettiva sempre fondamentale nella comprensione del contesto sociale in cui è radicato il Servizio Sanitario Nazionale, perché permette di cogliere un aspetto oggettivamente importante del rapporto fra i cittadini e i servizi richiesti.

Nel 2021, la voce dei **costi** che è trasversale a tutti gli ambiti ha fatto registrare il **5%** delle segnalazioni, in netta diminuzione (- 4,2%) rispetto al 2020., tale diminuzione è ascrivibile non ad una diminuzione dai costi di accesso ai servizi per i cittadini ma piuttosto alla generale

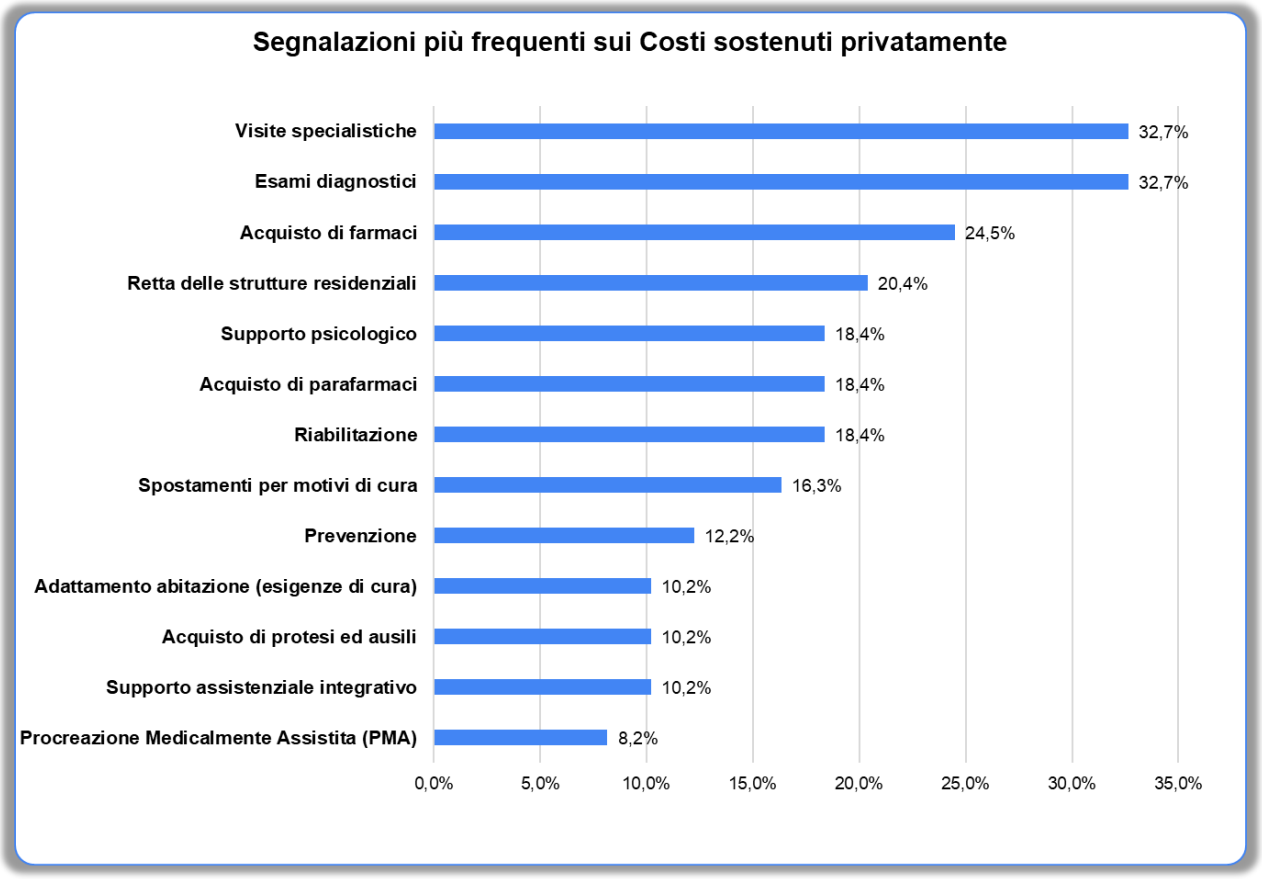
diminuzione delle prestazioni sanitarie che sono state erogate nel corso dell'anno passato a causa delle prestazioni bloccate e dell'aggravarsi dei ritardi nell'erogazione delle prestazioni.

La tabella mostra le tipologie di segnalazioni che compongono la voce dei costi. Al primo posto troviamo le segnalazioni relative **ai costi sostenuti privatamente per prestazioni e servizi, non garantiti dal servizio SSN-SSR** (55,4%), queste segnalazioni vanno lette insieme al quadro generale che abbiamo fin qui delineato e che ha mostrato quanto nel corso del 2021 le criticità relative alle liste d'attesa abbiano di fatto impedito l'accesso alle prestazioni per i cittadini, questo fenomeno dei costi per prestazioni e servizi non garantiti è in pratica l'altra faccia della medaglia: sono i costi che i cittadini sostengono per non rinunciare alle prestazioni e servizi che non vengono garantiti dal SSN/SSR.

Ci sono invece cittadini che non sono in condizioni economiche che gli permettono di sostenere costi per prestazioni e servizi e sono costretti a rinunciare alle cure, infatti, la seconda voce relativa alle segnalazioni sui costi si riferisce proprio **alla rinuncia alle cure a motivo di costi insostenibili** (20,5%). I ticket elevati (20,3%) rappresentano un'altra criticità per i cittadini

Costi sostenuti privatamente per prestazioni e servizi, non garantiti dal SSN/SSR	55,4%
Rinuncia alle cure a motivo di costi insostenibili	20,5%
Ticket elevati	20,3%
Difficoltà socio-sanitarie	3,8%

Entrando nel dettaglio dei costi sostenuti privatamente in base alle segnalazioni più frequenti, è possibile notare che al primo posto in termini di costi ci sono **le visite specialistiche** (32,7%) e **gli esami diagnostici** (32,7) che come detto rappresentano un *nervo scoperto* del sistema in quanto legato alla cronica difficoltà nell'accogliere tutte le richieste in tempo. Seguono le spese sostenute per l'acquisto dei farmaci (24,5), della retta per le strutture residenziali (20,4%), e per un supporto psicologico (18.4%) quasi mai garantiti da SSN.



Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

1.9 Accesso alle Informazioni e alla Documentazione (3,8%)

Il tema dell'accesso alle informazioni e alla documentazione ha fatto registrare una percentuale del 3,8% rispetto al totale delle segnalazioni del 2021, le segnalazioni si suddividono in: **accesso alle informazioni** (64,5%) **e accesso alla documentazione** (35,5%)

Accesso alle Informazioni	64,5%
Accesso alla Documentazione clinica	35,5%

Accedere alle informazioni e alla documentazione relativa al proprio stato clinico sembrerebbe scontato, eppure i cittadini da anni lamentano grandi difficoltà e ostacoli burocratici per riuscire ad essere informati su questioni che li riguardano direttamente (ad esempio: esiti degli esami, appuntamenti per prestazioni, certificati, etc.) Negli ultimi anni, anche a causa della forte accelerazione dovuta alla pandemia, vi è stato un incremento dell'introduzione di procedure informatiche che permettono ai cittadini di accedere alle proprie informazione, di contro le amministrazioni sono sempre di più in rete ma gli sforzi non sono ancora sufficienti, è auspicabile che gli investimenti previsti dal PNRR anche in questo ambito contribuiscano a facilitare l'accesso alle informazioni ai cittadini. Venendo al dettaglio delle segnalazioni relative all'accesso all'informazioni ben l'11% riguarda difficoltà aventi ad oggetto il Fascicolo Sanitario Elettronico FSE.

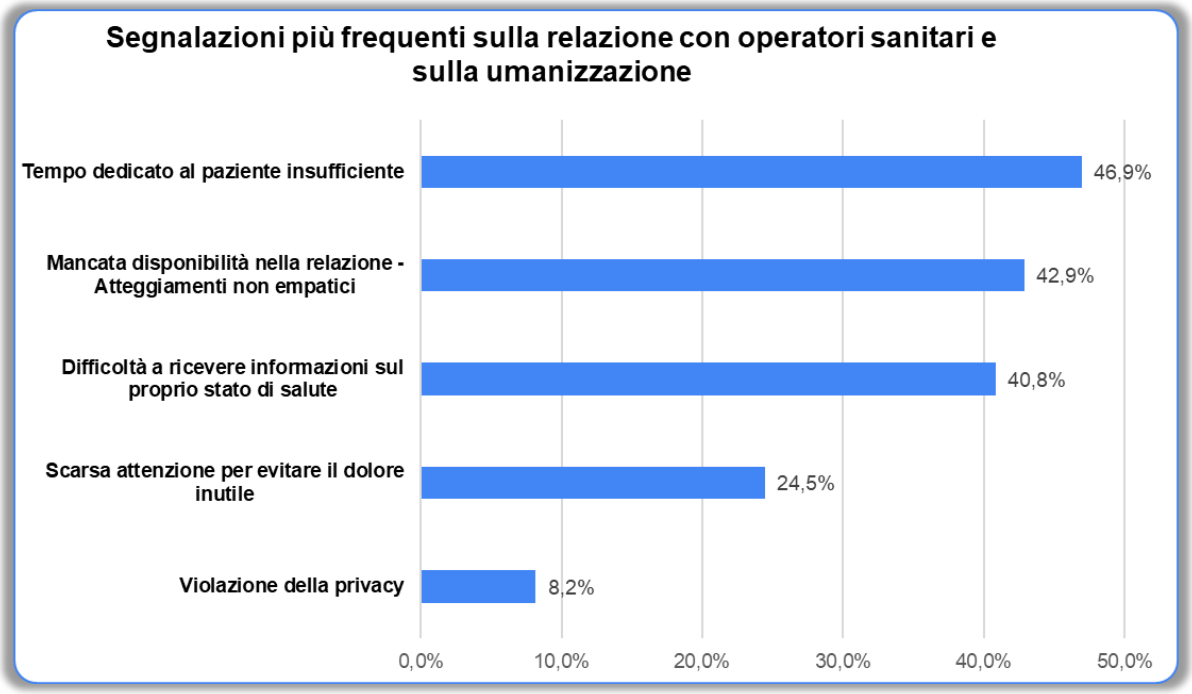
Di fronte alla necessità/volontà di accedere al proprio FSE i cittadini hanno incontrato difficoltà e carenza di informazioni inerenti all'attivazione e la consultazione (utile in caso di quarantena, green pass, consultare prestazioni prenotate e altro).

Relazione con operatori sanitari e umanizzazione (3,8%)

Il tema dell'umanizzazione delle cure rappresenta per Cittadinanzattiva, contemporaneamente, il punto di partenza e quello di arrivo del rapporto fra i cittadini e il Servizio Pubblico; a seguito di questa intuizione, nel corso degli anni l'attività dell'Associazione ha saputo sviluppare un occhio particolarmente attento a questa tipologia di situazioni, tanto da aver compreso e confermato che si tratta di un aspetto mai marginale e anzi fondante del modo in cui i servizi sanitari vengono pensati, organizzati ed erogati.

Il tema dell'umanizzazione delle cure è centrale per i soggetti come Cittadinanzattiva e per ogni cittadino che abbia a cuore il corretto funzionamento del Servizio Pubblico in ambito sanitario; molto è stato fatto su diversi livelli per migliorare l'umanizzazione delle cure, in termini di trasparenza, creazione di percorsi e professionalità, oltre che di formazione e aggiornamento degli operatori, ma sicuramente molte altre sfide devono essere superate: la prima è certamente quella della diffusione delle buone pratiche e della creazione di uno standard di presa in carico che sia il più possibile sensibile ed efficiente sul tutto il territorio nazionale, azzerando ove possibile le differenze e tenendo in considerazione le particolarità di ogni territorio.

La carenza di umanizzazione è un problema sfaccettato che, nelle sue componenti richiama una serie di diritti dei cittadini, da quello di accesso alle migliori cure fino alla mancanza di informazioni o addirittura di rispetto per la propria condizione. Le criticità più frequentemente segnalate e inerenti alla relazione con operatori sanitari e umanizzazione riguardano (figura 20): **tempo dedicato al paziente insufficiente (46,9%), mancata disponibilità alla relazione atteggiamenti non empatici (42,9%) difficoltà a ricevere informazioni sul proprio stato di salute (40,9%).**



Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

Prestazioni assistenziali, agevolazioni salute e lavoro (3,5%)

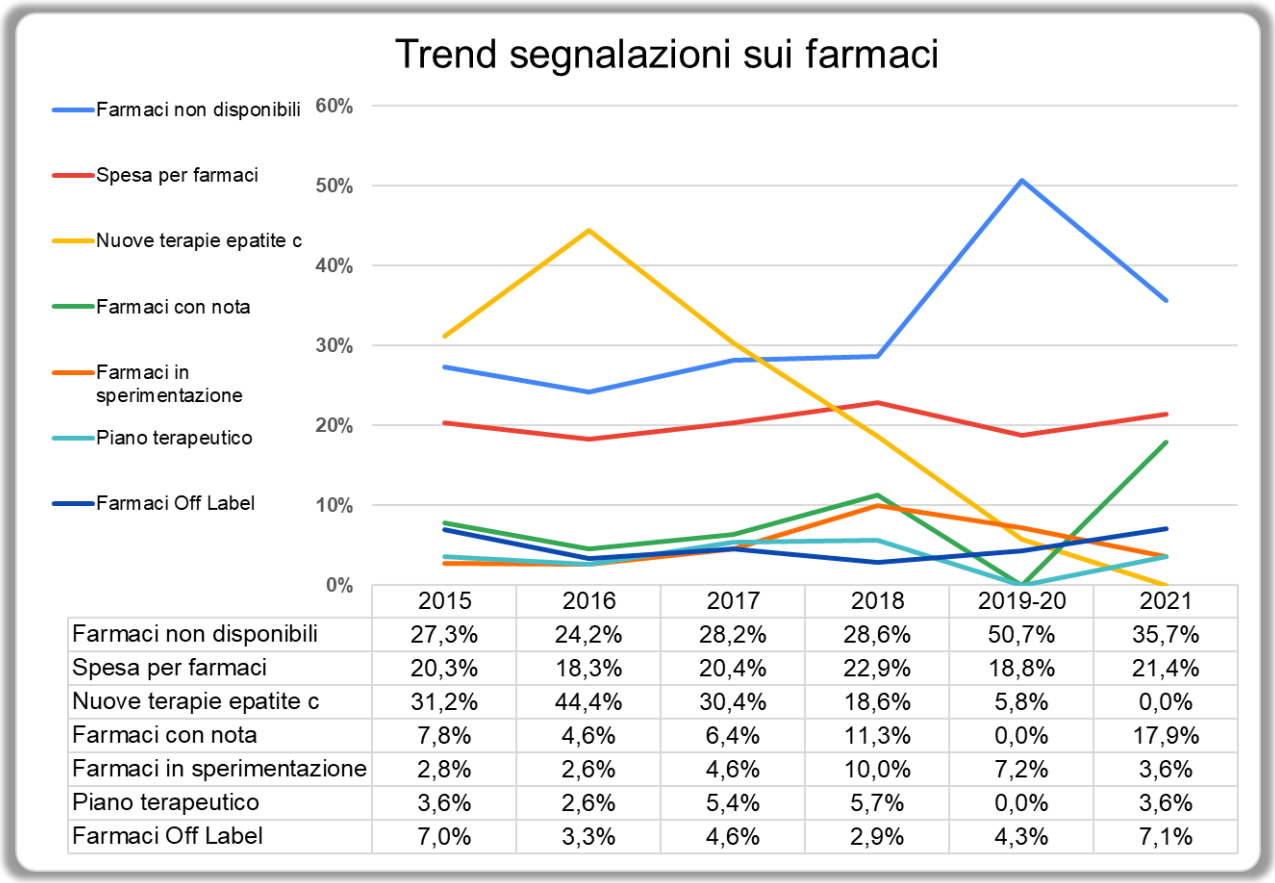
Invalidità ed **Accompagnamento, Handicap e Salute e Lavoro** sono i tre segnalati in merito alle prestazioni assistenziali, agevolazioni salute e lavoro.

I cittadini si sono rivolti a Cittadinanzattiva sia per chiedere informazioni in merito all'attivazione delle procedure e ai requisiti che danno diritto alle agevolazioni sia per lamentare, ritardi e ostacoli burocratici che rallentano l'iter per il riconoscimento delle agevolazioni.

Invalidità e Accompagnamento	54,1%
Handicap	36,6%
Salute e lavoro	9,3%

1.10 Farmaci (1,1%)

L'analisi comparativa dei dati nel periodo di riferimento 2015-2021 ha consentito di tracciare il trend delle segnalazioni degli ultimi 6 anni e avere maggiore consapevolezza delle problematiche oggetto di segnalazione (e non solo di mera percezione) da parte dei cittadini e dei fenomeni a queste sottesi. Allo stesso tempo, l'analisi comparativa ha permesso di coglierei cambiamenti che si sono verificati in questi anni (es. a livello di scelte di politica sanitaria) e verificare una correlazione tra problematiche segnalate dai cittadini e interventi per il loro superamento. La variabilità dei dati delle segnalazioni nei diversi anni, dunque, potrebbero essere riconducibili a interventi attuati a livello di governance farmaceutica. Da questo punto di vista, in molti casi una riduzione del numero delle segnalazioni potrebbe effettivamente essere letta come un indicatore del contenimento/superamento di una criticità a seguito dell'attuazione di una politica che è intervenuta per ridurre un ostacolo prima esistente. La figura traccia in una rappresentazione grafica di sintesi (degli ultimi 6 anni), l'andamento delle segnalazioni sui farmaci nelle diverse sub-declinazioni. In particolare, per quanto riguarda l'indisponibilità dei farmaci, ad eccezione del dato riguardante il periodo 2015-2016 durante il quale si registra un numero esiguo di segnalazioni e della finestra 2016-2018 durante la quale il trend è pressoché stabile, v'è una impennata delle segnalazioni nel passaggio dal 2018 al 2019, per poi riscendere nel 2021. Un trend diverso si osserva invece per le nuove terapie innovative antivirali per l'epatite C cronica. Il grafico evidenzia una fase più critica nell'accesso a tali farmaci a partire dal 2015 con un picco delle segnalazioni nel 2016 (44,4%), per poi decrescere progressivamente fino a toccare il 0,0% nel 2021.



	2015	2016	2017	2018	2019-20	2021
Farmaci non disponibili	27,3%	24,2%	28,2%	28,6%	50,7%	35,7%
Spesa per farmaci	20,3%	18,3%	20,4%	22,9%	18,8%	21,4%
Nuove terapie epatite c	31,2%	44,4%	30,4%	18,6%	5,8%	0,0%
Farmaci con nota	7,8%	4,6%	6,4%	11,3%	0,0%	17,9%
Farmaci in sperimentazione	2,8%	2,6%	4,6%	10,0%	7,2%	3,6%
Piano terapeutico	3,6%	2,6%	5,4%	5,7%	0,0%	3,6%
Farmaci Off Label	7,0%	3,3%	4,6%	2,9%	4,3%	7,1%

Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

Farmaci	2015	2016	2017	2018	2019-20	2021
Farmaci non disponibili	27,3%	24,2%	28,2%	28,6%	50,7%	35,7%
Spesa per farmaci	20,3%	18,3%	20,4%	22,9%	18,8%	21,4%
Nuove terapie epatite c	31,2%	44,4%	30,4%	18,6%	5,8%	0%
Farmaci con nota	7,8%	4,6%	6,4%	11,3%	0%	17,9%
Farmaci in sperimentazione	2,8%	2,6%	4,6%	10,0%	7,2%	3,6%
Piano terapeutico	3,6%	2,6%	5,4%	5,7%	0%	3,6%
Farmaci Off Label	7,0%	3,3%	4,6%	2,9%	4,3%	7,1%
Effetti collaterali					13,0%	3,6%
Rifiuto prescrizione					0,2%	7,10%

Nel 2021 i cittadini indicano le maggiori difficoltà di accesso ai farmaci **nella non disponibilità dei farmaci in farmacia** (35,7%) metà di queste segnalazioni riguarda le farmacie ospedaliere.

L'indisponibilità di un farmaco può riferirsi sia all'assenza del farmaco nei punti di erogazione (farmacia ospedaliera, della ASL e di comunità) con la conseguenza di determinare l'impossibilità per il cittadino di accedere alla terapia; oppure all'irreperibilità momentanea a

causa del ritardo nella consegna del medicinale. In linea generale l'indisponibilità può essere riconducibile a diverse variabili: ad esempio, la carenza di farmaci potrebbe essere determinata, in taluni casi, da fattori di produzione da parte delle aziende farmaceutiche, oppure da problemi regolatori, o anche da ragioni legate al fenomeno della c.d. esportazione parallela; e ancora, da fattori di ordine burocratico, amministrativo ed organizzativo che a vari livelli (nazionale, regionale ed aziendale) possono ostacolare, anche temporaneamente, l'accesso alle terapie. Si pensi ad esempio, a indicazioni dettate dall'AIFA sull'eleggibilità del paziente a un determinato trattamento, oppure a questioni economiche legate a limiti di budget aziendale o al mancato tempestivo inserimento di farmaci nei Prontuari regionali.

La seconda voce di segnalazione riguarda **i costi per farmaci** (21,4%). I costi per le terapie farmacologiche necessarie al trattamento di una o più patologie rappresentano una delle principali difficoltà espressa dai cittadini, specialmente nel caso di farmaci che non sono erogati dal Servizio Sanitario Nazionale in regime di rimborsabilità, ma che il cittadino deve acquistare di tasca propria: es. farmaci in fascia C, parafarmaci e integratori.

Incide, inoltre, sulla spesa la cosiddetta compartecipazione a carico del cittadino per ticket per confezione e per differenza di prezzo quando si acquista un medicinale "brand", quando è disponibile un prodotto equivalente.

Al terzo posto delle segnalazioni relative ai farmaci troviamo le criticità relative ai **farmaci con nota** (17,9%).

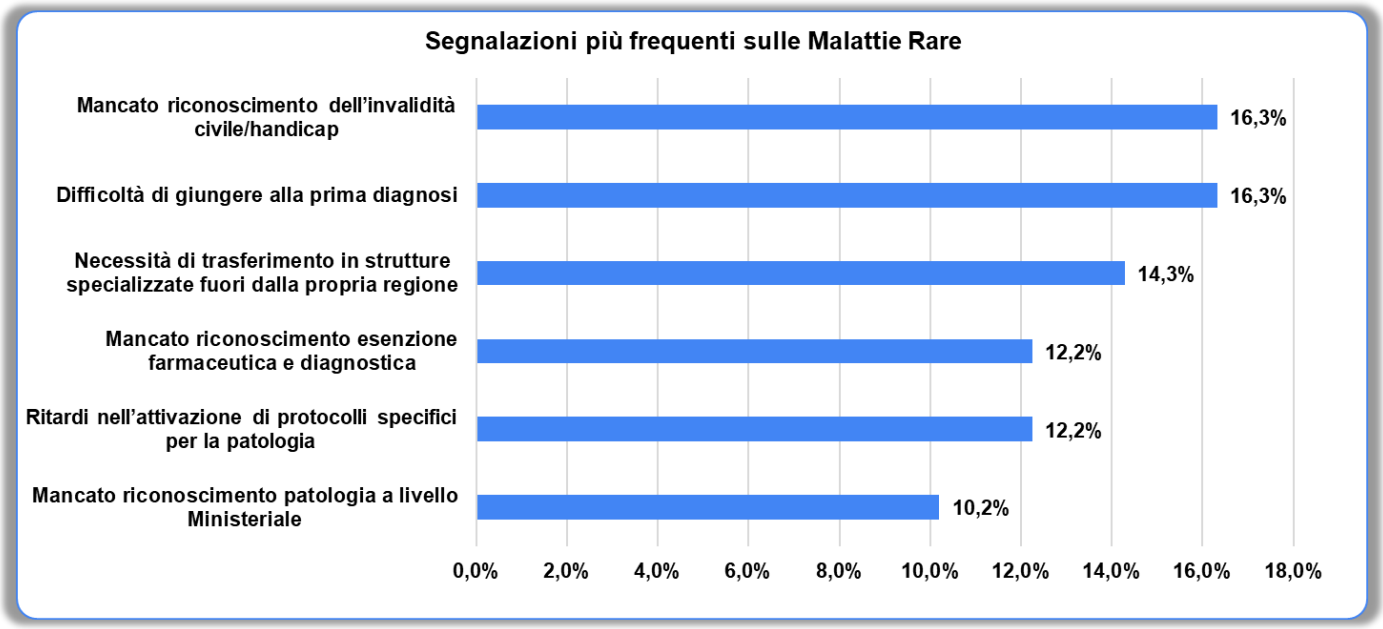
Farmaci 2021	%
Farmaci non disponibili[5]	35,7%
Costi per farmaci	21,4%
Farmaci con nota	17,9%
Farmaci Off Label	7,1%
Rifiuto prescrizione in esenzione	7,1%
Farmaci in sperimentazione	3,6%
Difficoltà rinnovo Piano terapeutico	3,6%
Effetti collaterali	3,6%
Nuove terapie Epatite C	0,0%

Malattie rare (0,5%)

Le malattie rare sono state segnalate dallo 0,5% dei cittadini che si sono rivoli a Cittadinanzattiva nel 2021. La percentuale delle segnalazioni è contenuta ma sicuramente le criticità riportate dai cittadini vanno ascoltate e tenute nella giusta considerazione. È urgente giungere ad una reale presa in carico dei pazienti rari e adoperarsi affinché si possano eliminare, ritardi, burocrazia e introdurre una reale semplificazione delle procedure per facilitare la vita dei pazienti e dei loro caregiver.

[5] Metà delle segnalazioni riguarda le Farmacie Ospedaliere

Le segnalazioni più frequenti evidenziano criticità di ordine burocratico e ritardi connessi al riconoscimento dell'invalidità civile-handicap (16,3%) difficoltà per giungere alla prima diagnosi (16,3)



Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

2. Prevenzione: vaccinazioni e screening oncologici organizzati

A cura di Valeria Fava

Da sempre Cittadinanzattiva è impegnata[6] nella messa a punto di strumenti di indagine e valutazione dei servizi, al fine di tutelare i diritti dei cittadini che richiedono servizi sanitari rispondenti in modo efficace e tempestivo ai loro bisogni di salute.

Sul tema della prevenzione, numerose le attività promosse dal Movimento: dalla lotta al dolore inutile, alla promozione di campagne di empowerment; dalla tutela dei diritti dei cittadini, alla promozione di buone pratiche attraverso il premio Andrea Alesini; dall'audit civico allo stesso Osservatorio civico sul federalismo in sanità, che ha sempre riportato dati critici sulle coperture vaccinali e sui programmi di screening. Cittadinanzattiva è da anni impegnata in merito alle politiche di vaccinazione non solo in Italia ma anche in Europa[7]. Fra le ultime attività specifiche l'indagine civica condotta da Cittadinanzattiva nel 2020[8] sui servizi di prevenzione, che evidenziava situazioni disomogenee tra le regioni, ma anche all'interno della stessa regione.

Uno degli elementi distintivi del lavoro di Cittadinanzattiva, da sempre, è la messa in campo di azioni finalizzate a promuovere il cambiamento culturale e la creazione di collaborazione e sinergie, attraverso la realizzazione di tavoli di lavoro che prevedono il coinvolgimento di Associazioni di pazienti, Professionisti sanitari, Aziende sanitarie e Rappresentanti istituzionali.

L'obiettivo è quello di fare rete, condividere buone pratiche, individuare e mettere a fuoco problemi, soluzioni, proposte per migliorare la qualità dell'assistenza e favorire l'empowerment dei cittadini singoli e associati.

---

[6] *Oltre alle consuete attività di informazione, consulenza e assistenza offerte gratuitamente ai cittadini attraverso le circa 300 sedi territoriali del Tribunale per i diritti del malato*

[7] *www.activecitizenship.net/patients-rights/projects/278-the-engagement-of-cittadinanzattiva-on-vaccination.html*

[8] *https://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/salute/13216-per-la-prevenzione-ritorni-non-so-dirle-quando-la-nostra-indagine-sui-servizi-di-prevenzione.html*

4 https://www.cittadinanzattiva.

2.1 Prevenzione: Segnalazioni dei cittadini (19,7%)

Oggi il tema delle vaccinazioni, soprattutto dopo l'avvento della crisi pandemica mondiale, è in tema assolutamente caldo: da un lato Covid-19 ha quasi oscurato all'inizio, e reso difficoltoso nel seguito, il regolare svolgimento di moltissime attività sanitarie, tra cui anche le vaccinazioni ordinarie; dall'altro ci ha insegnato molto: dalle possibilità di tracciamento continuo dei contagi e dei vaccinati, alla necessità forte di convincere la popolazione ad aderire in massa alla vaccinazione; dall'utilizzo di app, prenotazioni online e certificazioni ottenute in tempo reale, all'importanza di una corretta e responsabile comunicazione scientifica a contrasto di vere e proprie fake news.

Dalle **segnalazioni raccolte nel 2021 da Cittadinanzattiva tramite il PIT Salute**, il nostro servizio di informazione e tutela, nonché tramite i nostri sportelli sul territorio, il tema della prevenzione conferma la sua centralità nella vita delle persone. Il 19,7% delle segnalazioni ricevute sul totale (13.748) riguarda proprio difficoltà d'accesso alla prevenzione in particolare per l'accesso alle vaccinazioni covid (75,7%), alle vaccinazioni ordinarie (15,6%) e agli screening oncologici (8,7%) che affronteremo più avanti nel capitolo.

Nel 2021 sono stati quindi i problemi con la vaccinazione covid a rappresentare il maggior numero di segnalazioni. Oltre il 46,9% dei cittadini ha lamentato difficoltà a prenotare. In alcuni casi la difficoltà ha riguardato la indisponibilità di date utili, la lontananza del luogo proposto per la vaccinazione, problemi tecnici con le piattaforme e anche, in alcuni casi, la difficoltà a prenotare attraverso piattaforme digitali per persone anziane.

All'avvio della campagna (gennaio 2021) abbiamo assistito ad una grande disomogeneità sull'andamento della campagna vaccinale. Le differenze erano evidenti già nelle modalità di prenotazione dei vaccini, tant'è **che Cittadinanzattiva, proprio sollecitata dalle diverse segnalazioni, a marzo 2021 ha effettuato un'indagine[9] comparativa sui siti delle regioni aventi ad oggetto le modalità di prenotazione dei vaccini**. L'indagine e le segnalazioni hanno evidenziato una enorme disomogeneità da regione a regione, in alcune regioni si chiedeva ai cittadini di registrarsi tramite i portali regionali, in altre sono state le Asl a fare le chiamate dirette per la vaccinazione, anche le cosiddette fasce prioritarie di persone che avevano diritto ad accedere alle vaccinazioni erano diverse da regione a regione. Queste e gli ulteriori cambiamenti in corsa nelle modalità di prenotazione hanno creato una grande confusione nei cittadini.

Tutto questo, assieme ai problemi di rifornimento dei vaccini **ha portato le regioni a viaggiare a diverse velocità.** Un capitolo a parte è poi quello delle **categorie "fragili"**: anche in questo caso le Regioni hanno proceduto in ordine sparso con modalità di prenotazione addirittura diverse rispetto alle altre categorie. Nel **Lazio e in Liguria**, ad esempio, i pazienti oncologici non potevano prenotarsi direttamente ma per poter effettuare il vaccino dovevano essere segnalati dal proprio medico di famiglia o dal centro che li ha in cura

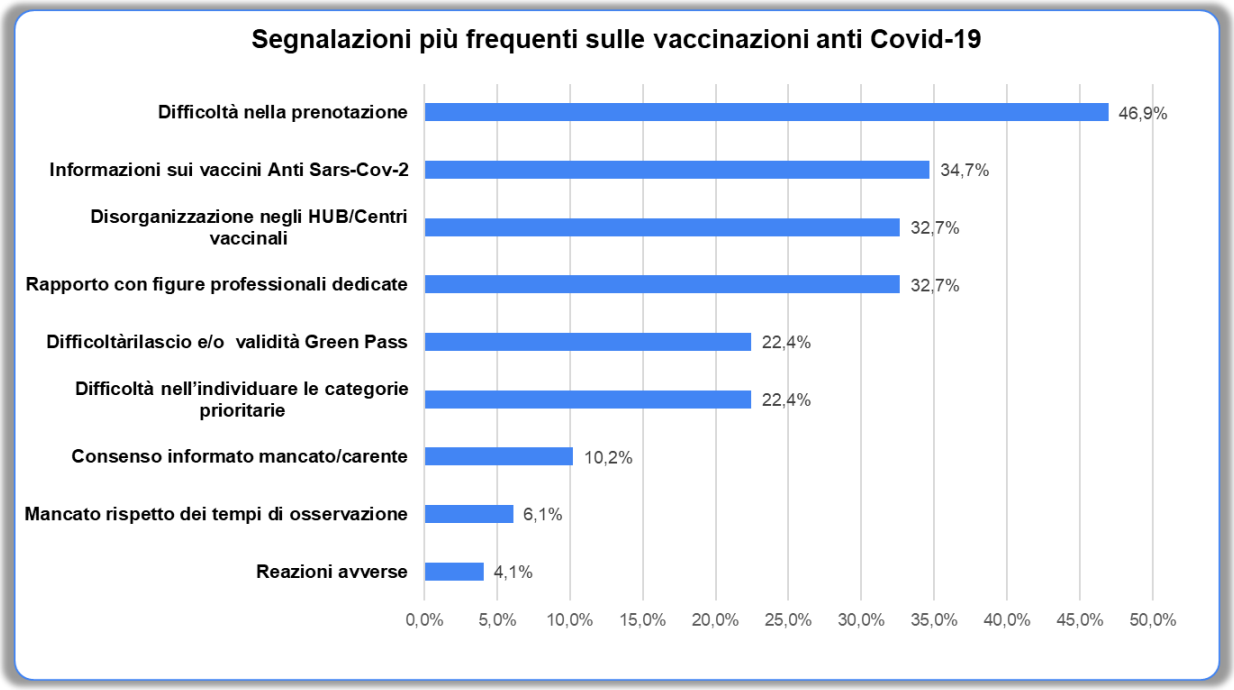
Va detto che nel complesso la capacità di far fronte ad una eccezionale campagna vaccinale che ha coinvolto milioni di cittadini è stata straordinaria, come pure gli strumenti creati e messi a disposizione per renderla possibile.

[9] L'indagine completa è disponibile sul sito di Cittadinanzattiva https://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/13991-rilevazione-tra-i-siti-delle-regioni-su-vaccinazione-anti-covid-grande-disomogeneita-su-modalita-di-prenotazione-e-categorie-target.html

Circa il 35% delle segnalazioni ha riguardato invece le richieste di informazioni sulla vaccinazione anti Sars-Cov 2. In generale le persone, un po' spaesate dalle tante informazioni sui canali media e social media, spesso complesse e a volte contrastanti, hanno lamentato e sofferto la mancanza di una comunicazione efficace e istituzionale sul tema delle vaccinazioni anti covid. Altre segnalazioni hanno riguardato una certa disorganizzazione presso i centri Hub e Spoke messi a disposizione sul territorio, lamentando talvolta file interminabili, talvolta spazi non adeguati ecc.

Altra tipologia di segnalazione piuttosto frequente è quella che riguarda **il rapporto con figure professionali dedicate** (32,7%). In questi casi i cittadini hanno lamentato difficoltà nel rapportarsi (risposte secche da parte degli operatori, mancanza di tempo, risposte sbrigative) in tema vaccinazioni anti sars cov-2 con i medici vaccinatori, gli infermieri ed anche il Medico di base e il pediatra di libera scelta.

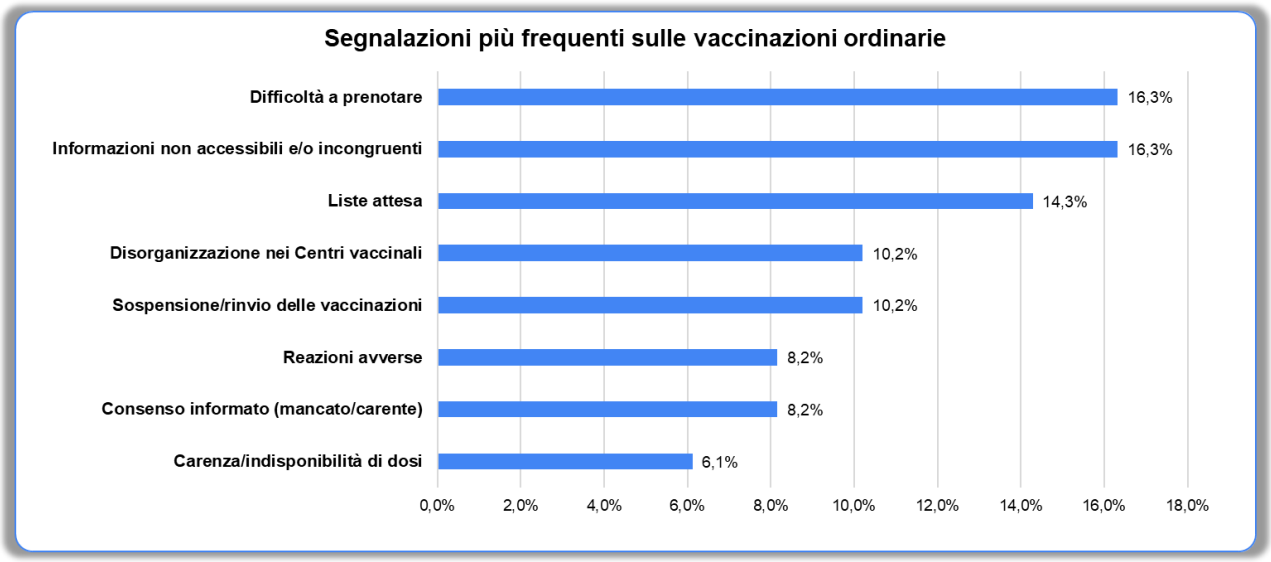
Ancora problemi con i **Green-pass (22,4%)**, prevalentemente causati da mancate ricezioni, carenze di informazioni sulla validità, sospensioni per positività e conseguenti riattivazioni a volte non immediate. In tutti questi casi le criticità sono state generate da problemi di ordine burocratico e dal mancato raccordo dei livelli territoriali (medico di base- pediatra, asl, Regione) e nazionale (Ministero della salute, piattaforma nazionale di gestione della certificazione verde). Un'altra tipologia di segnalazione molto frequente (oltre il 22,4%) ha riguardato la difficoltà ad avere informazioni certe sulle categorie target previste per l'accesso alla vaccinazione. Molto spesso, la variabilità regionale ha messo in crisi i cittadini, non sapendo se la propria Regione avesse aperto le vaccinazioni per la propria classe di età o condizione clinica. Anche il tema del consenso informato ha creato alcune criticità, non essendo stato in molti casi reso disponibile contestualmente alla prenotazione per avere il tempo di leggerlo con attenzione. Ancora una volta si conferma come lo strumento del consenso informato sia considerato una mera formalità, dimenticando quanto invece, se reso disponibile, realizzato in un linguaggio chiaro e completo, possa rappresentare un elemento che favorisce il consenso e l'adesione alla vaccinazione.



Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

Rispetto al tema delle vaccinazioni ordinarie, dobbiamo sottolineare che il 15,6% dei cittadini che ci ha contattato nell'ambito del tema prevenzione, ha riscontrato notevoli difficoltà. Sappiamo quanto la vaccinazione anti Sars-Cov 2 abbia di fatto rallentato il normale svolgimento delle vaccinazioni ordinarie. già lo scorso anno con il nostro rapporto Osservatorio Civico sul federalismo in sanità 2019, avevamo riportato l'esito di una indagine in cui si rappresentavano le chiusure di centri vaccinali, rallentamenti delle prenotazioni soprattutto nella fase iniziale della pandemia. Va detto che nonostante vi sia stata una generale ripresa delle attività, anche nel 2021 i nodi non sono mancati, infatti ancora il 10,2% delle segnalazioni ci informa del perdurare di sospensioni vaccinali. Il 16,3% delle persone ha avuto difficoltà a prenotare le vaccinazioni, anche obbligatorie, difficoltà a reperire informazioni sugli orari, aperture, ricalendarizzazioni di appuntamenti ecc. Ancora molto segnalate le liste d'attesa per ottenere una vaccinazione ordinaria (14,3%)

In generale il 10,3% dei cittadini ha segnalato una disorganizzazione generale dei centri vaccinali, poco personale a disposizione, sovrapposizione di appuntamenti, spazi inadeguati ecc. Anche qui segnalazioni su consensi informati sottoposti poco prima della vaccinazione e carenza di dosi per alcune vaccinazioni che si ripresentano periodicamente, determinando a volte, la necessità di rimandare la vaccinazione.



Fonte: XXIV Rapporto PiT Salute – Cittadinanzattiva

2.2 Indagine civica centri vaccinali[10]

Cittadinanzattiva ha avviato ad aprile 2021, in occasione dell'annuale Settimana Europea dell'Immunizzazione, un programma a largo raggio di azione, articolata in tre fasi. La prima ha riguardato la messa a punto e realizzazione di un monitoraggio civico dei Servizi Vaccinali, con la finalità di fotografare lo stato dell'arte presso gli Assessorati regionali, i Centri Vaccinali, gli ambulatori di MMG e PLS. La seconda fase consiste nella realizzazione di una Carta della qualità dei Servizi Vaccinali, la cui finalità è quella di contribuire al miglioramento dei servizi vaccinali, nella quale emergano i requisiti standard civici che devono connotare una organizzazione più efficace ed efficiente dei servizi, individuando quindi dei principi di qualità a cui le strutture

[10] https://www.cittadinanzattiva.it/notizie/14796-presentata-la-carta-della-qualita-dei-servizi-vaccinali.html

possano tendere per offrire al cittadino un servizio non solo di buon livello ma soprattutto uniforme su tutto il territorio nazionale. La terza fase infine consisterà in un tour di 5 tappe di talkshow, previsto a partire da maggio 2022, con la partecipazione di esperti ed istituzioni, aperti ai cittadini interessati ad approfondire le informazioni sui vari tipi di vaccino.

Il monitoraggio, realizzato da settembre a novembre 2021, ha coinvolto 8 Assessorati regionali alla sanità, 147 Centri vaccinali, 212 medici di famiglia e 270 pediatri di libera scelta, ed ha interessato i diversi target (bambini, adolescenti, adulti ed anziani) per tutte le vaccinazioni non Covid: Difterite-tetano-pertosse, Poliomielite, Epatite B, Haemophilus Influenzae di tipo B, Morbillo-parotite-rosolia, Varicella, Meningococco B, Meningococco ACWY, Rotavirus, Papillomavirus, Pneumococco, Herpes Zoster, Antinfluenzale. L'obiettivo primario è stato quello di individuare i modelli organizzativi regionali ed aziendali, uno sguardo a 360 gradi sui percorsi vaccinali osservati dal punto di vista degli operatori: dagli orari di apertura alle modalità di prenotazione; dalla presenza di accordi/protocolli regionali con le categorie di medici e pediatri alle attività di formazione; dalle procedure per il consenso informato alle modalità di approvvigionamento; dalle vaccinazioni erogate alla gestione delle chiamate attive; dalle criticità riscontrate nell'attività vaccinale alle buone pratiche messe in atto. Senza dimenticare, naturalmente, le ripercussioni della pandemia sulle attività vaccinali routinarie.

Di seguito alcune delle principali criticità rilevate

L'esito del monitoraggio e la successiva analisi dei dati, in una lettura di insieme, hanno permesso di delineare chiaramente le aree di efficienza e le aree sulle quali si dovrà lavorare per migliorare la qualità dei servizi e dei percorsi vaccinali.

• Un primo elemento che appare critico dall'indagine, dalle risposte di MMG, PLS e Centri Vaccinali, su cui sarà necessario lavorare e stabilire degli standard di qualità uniformi, è la **mancanza di una regia coordinata tra i vari livelli organizzativi**. Ogni Regione sembra rispondere solo parzialmente alla regia Nazionale, ogni ASL sembra in parte svincolata dalla regia regionale, ed infine gli operatori all'interno di una singola ASL sembrano non seguire una strategia aziendale precisa. Nei punti specifici successivi si capirà meglio quali aspetti lasciano trasparire la mancata o incompleta implementazione delle indicazioni nazionali, regionali e aziendali.

• A livello di **modelli organizzativi regionali**, poche sono le regioni che hanno risposto all'indagine; tra queste i modelli sono piuttosto diversificati, dato il federalismo sanitario nel nostro Paese e l'autonomia regionale; sembra tuttavia mancare in qualche misura l'adesione a una regia nazionale di base. Tutte le regioni dichiarano ad esempio di aver istituito una Anagrafe vaccinale regionale, salvo poi non renderla accessibile né in consultazione né in aggiornamento ai soggetti ai quali sono affidate le vaccinazioni. C'è chi affida ai PLS solo la vaccinazione antinfluenzale dei bambini e chi affida loro tutte le vaccinazioni pediatriche; c'è chi ricorre ai MMG solo per l'antinfluenzale e chi affida loro tutte le vaccinazioni dell'adulto/anziano. Ma non necessariamente esiste un accordo formalizzato con MMG/PLS che effettuano vaccinazioni. In alcuni casi la vaccinazione antinfluenzale è inclusa nell'anagrafe regionale, in altri casi no.

• Salvo poche eccezioni, MMG e PLS di una stessa Regione non concordano sulla presenza o meno di **accordi/protocolli regionali** con le rispettive categorie. Tra coloro che sostengono la presenza un di accordo regionale che li coinvolga nelle vaccinazioni, non tutti concordano su

quali vaccinazioni tale accordo includa. Ed infine, le vaccinazioni che ciascuno dichiara di somministrare non sempre coincidono con le vaccinazioni previste negli accordi.

Presso i 147 centri vaccinali intervistati si rilevano nuovamente differenze intra-regionali e intra-aziendali: non tanto sulla tipologia di vaccinazioni erogate (poiché l'offerta del centro è quasi sempre completa) bensì nella **gratuità o meno della vaccinazione nei confronti dei diversi target di popolazione** (infanzia-adolescenza, adulti, anziani, donne in età fertile, soggetti a rischio ecc.)

• Non del tutto soddisfacente la **visibilità al cittadino dell'offerta vaccinale**; mentre il 92% dei centri intervistati dichiara di essere presente in appositi elenchi sui siti aziendali e/o regionali, il 62% dei MMG ed il 52% dei PLS risponde che la possibilità di vaccinazione nei propri ambulatori non è segnalata.

• Anche laddove centri ed ambulatori sono segnalati sui siti, **scarse ed incomplete sono le informazioni al cittadino**: giorni e orari di erogazione, vaccinazioni erogate, modalità di prenotazione. Colpisce in particolare la scarsa informazione sulle modalità di prenotazione presso MMG e PLS considerando che il 92% dei PLS ed il 56% dei MMG richiedono l'obbligo di prenotazione. La prenotazione presso i centri vaccinali, di contro, è ancora affidata quasi totalmente (82%) alla modalità telefonica e in misura assai minore agli altri canali usuali (CUP, mail, lettere di chiamata attiva) mentre la prenotazione online è prevista raramente. In circa il 62% dei casi, per pagare la vaccinazione effettuata presso il centro vaccinale occorre poi recarsi da qualche altra parte, e in oltre un terzo dei casi non è previsto il pagamento in forma elettronica.

• Alla domanda "Quanto tempo intercorre, ad oggi, tra la prenotazione e la vaccinazione (in giorni)?", rivolta ai 147 centri vaccinali, sono pervenute alcune risposte sorprendentemente alte: i **tempi massimi segnalati** per diverse vaccinazioni superano spesso i 30 giorni (Piemonte, Sicilia, Umbria) e raggiungono o superano talvolta i due mesi (Abruzzo, Campania, Lazio, Veneto).

• Nei grossi centri abitati è più frequente che i Centri Vaccinali restino **aperti cinque giorni a settimana**, per diverse ore al giorno mattina e pomeriggio, mentre nei piccoli comuni vi sono ambulatori vaccinali che effettuano attività a settimane alterne per una sola giornata. La maggioranza dei Centri vaccinali, così come ovviamente anche dei MMG e PLS, offre quasi sempre l'opportunità di vaccinazione pomeridiana. L'apertura il sabato è invece non prevista da MMG e PLS quasi inesistente presso i centri vaccinali: solo 3, dei 147 Centri intervistati, dichiarano di offrire apertura il sabato.

• A differenza di quanto avviene attualmente per le vaccinazioni Covid, per le vaccinazioni ordinarie, sia obbligatorie che raccomandate, la procedura del **consenso informato** non risulta ancora standardizzata e di conseguenza è talvolta affrettata: non è detto che venga riproposta anche per i richiami successivi; non ne viene praticamente mai lasciata una copia al cittadino, affinché possa rileggerla; e nella maggior parte dei casi si ha a malapena il tempo di intravedere il modulo contestualmente alla firma, poiché la possibilità di scaricarla in anticipo è ancora un rarità. Vi sono casi isolati in cui il consenso informato non è previsto affatto. In modo analogo, ottenere il **certificato che attesta la vaccinazione** eseguita come procedura automatica non è scontato: in circa la metà dei casi è necessario chiederlo esplicitamente, e in taluni casi – specialmente presso i MMG – non lo si ottiene comunque.

• Dal punto di vista della **formazione/aggiornamento**, a livello intra-aziendale, vengono dichiarate cadenze e tempistiche diverse, così come diversi gli argomenti oggetto dei corsi. Anche tra coloro che espressamente dichiarano che non c'è una cadenza precisa bensì vengono seguite le direttive

Presso i 147 centri vaccinali intervistati si rilevano nuovamente differenze intra-regionali e intra-aziendali: non tanto sulla tipologia di vaccinazioni erogate (poiché l'offerta del centro è quasi sempre completa) bensì nella **gratuità o meno della vaccinazione nei confronti dei diversi target di popolazione** (infanzia-adolescenza, adulti, anziani, donne in età fertile, soggetti a rischio ecc.)

• Non del tutto soddisfacente la **visibilità al cittadino dell'offerta vaccinale**; mentre il 92% dei centri intervistati dichiara di essere presente in appositi elenchi sui siti aziendali e/o regionali, il 62% dei MMG ed il 52% dei PLS risponde che la possibilità di vaccinazione nei propri ambulatori non è segnalata.

• Anche laddove centri ed ambulatori sono segnalati sui siti, **scarse ed incomplete sono le informazioni al cittadino**: giorni e orari di erogazione, vaccinazioni erogate, modalità di prenotazione. Colpisce in particolare la scarsa informazione sulle modalità di prenotazione presso MMG e PLS considerando che il 92% dei PLS ed il 56% dei MMG richiedono l'obbligo di prenotazione. La prenotazione presso i centri vaccinali, di contro, è ancora affidata quasi totalmente (82%) alla modalità telefonica e in misura assai minore agli altri canali usuali (CUP, mail, lettere di chiamata attiva) mentre la prenotazione online è prevista raramente. In circa il 62% dei casi, per pagare la vaccinazione effettuata presso il centro vaccinale occorre poi recarsi da qualche altra parte, e in oltre un terzo dei casi non è previsto il pagamento in forma elettronica.

• Alla domanda "Quanto tempo intercorre, ad oggi, tra la prenotazione e la vaccinazione (in giorni)?", rivolta ai 147 centri vaccinali, sono pervenute alcune risposte sorprendentemente alte: i **tempi massimi segnalati** per diverse vaccinazioni superano spesso i 30 giorni (Piemonte, Sicilia, Umbria) e raggiungono o superano talvolta i due mesi (Abruzzo, Campania, Lazio, Veneto).

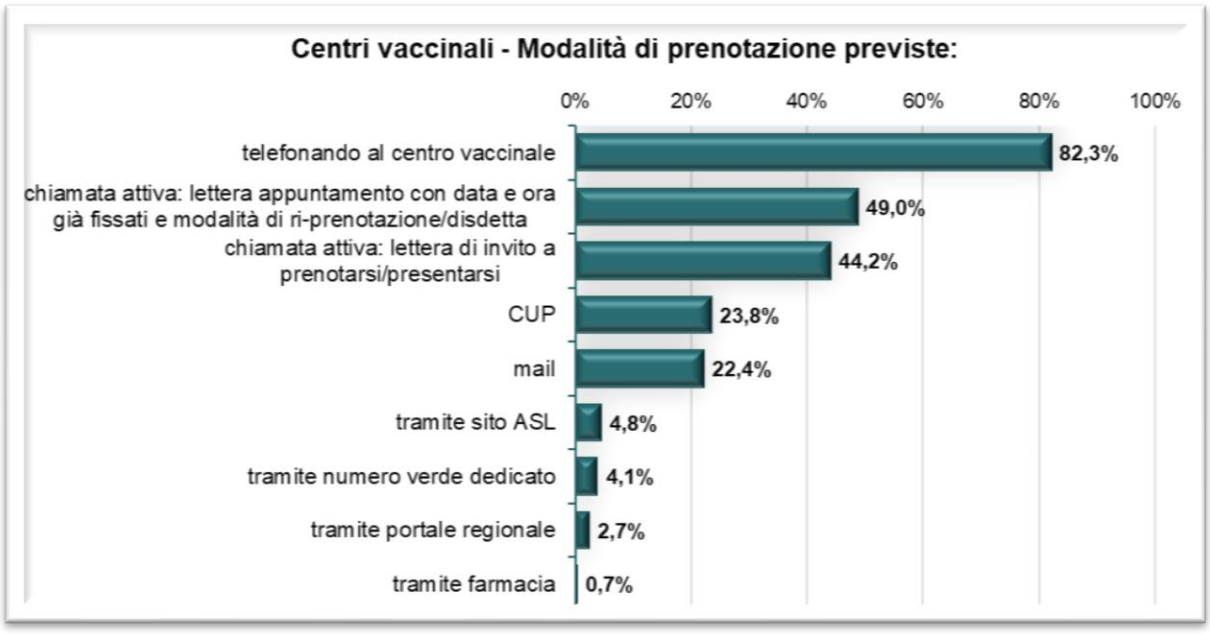
• Nei grossi centri abitati è più frequente che i Centri Vaccinali restino **aperti cinque giorni a settimana**, per diverse ore al giorno mattina e pomeriggio, mentre nei piccoli comuni vi sono ambulatori vaccinali che effettuano attività a settimane alterne per una sola giornata. La maggioranza dei Centri vaccinali, così come ovviamente anche dei MMG e PLS, offre quasi sempre l'opportunità di vaccinazione pomeridiana. L'apertura il sabato è invece non prevista da MMG e PLS quasi inesistente presso i centri vaccinali: solo 3, dei 147 Centri intervistati, dichiarano di offrire apertura il sabato.

• A differenza di quanto avviene attualmente per le vaccinazioni Covid, per le vaccinazioni ordinarie, sia obbligatorie che raccomandate, la procedura del **consenso informato** non risulta ancora standardizzata e di conseguenza è talvolta affrettata: non è detto che venga riproposta anche per i richiami successivi; non ne viene praticamente mai lasciata una copia al cittadino, affinché possa rileggerla; e nella maggior parte dei casi si ha a malapena il tempo di intravedere il modulo contestualmente alla firma, poiché la possibilità di scaricarla in anticipo è ancora un rarità. Vi sono casi isolati in cui il consenso informato non è previsto affatto. In

modo analogo, ottenere il **certificato che attesta la vaccinazione** eseguita come procedura automatica non è scontato: in circa la metà dei casi è necessario chiederlo esplicitamente, e in taluni casi – specialmente presso i MMG – non lo si ottiene comunque.

• Dal punto di vista della **formazione/aggiornamento**, a livello intra-aziendale, vengono dichiarate cadenze e tempistiche diverse, così come diversi gli argomenti oggetto dei corsi. Anche tra coloro che espressamente dichiarano che non c'è una cadenza precisa bensì vengono seguite le direttive

Alcuni dati dell'indagine mostrano difficoltà che abbiamo ritrovato anche nelle segnalazioni dei cittadini ricevute nel 2021 dai nostri sportelli di tutela sul territorio. In particolare la difficoltà a prenotare, che come abbiamo visto è tra le questioni più segnalate dai cittadini.



Fonte: Monitoraggio civico dei servizi vaccinali - Cittadinanzattiva

Colpisce che ancora oggi per prenotare una vaccinazione sia necessario contattare telefonicamente il centro vaccinale (82,3%) mentre solo nel 23% dei casi è previsto un cup e solo con percentuali inferiori al 5% sono previsti servizi dedicati o digitali (sito asl, numero verde dedicato, portale regionale). Solo nello 0,7% dei casi è possibile prenotare tramite farmacia.

Tempi di attesa tra prenotazione e vaccinazione

	TEMPI MASSIMI DI ATTESA RILEVATI									
	Abruzzo	Campania	Lazio	Lombardia	Piemonte	Puglia	Sicilia	Toscana	Umbria	Veneto
Difterite-tetano-pertosse	60	30	15	15	40	10	20	15	21	90
Poliomielite	30	30	15	15	40	10	20	15	21	90
Epatite B	30	30	15	15	40	7	20	15	21	60
Haemophilus Influenzae di tipo B	30	30	15	15	40	15	20	15	21	60
Morbillo-parotite-rosolia	60	30	60	15	40	10	20	15	21	60
Varicella	60	30	60	15	40	10	20	15	21	60
Meningococco B	60	60	60	15	40	10	50	15	21	60
Meningococco ACWY	60	120	60	15	40	10	50	15	30	60
Rotavirus	60	60	10	15	40	10	20	15	21	60
Papillomavirus	60	120	90	15	40	10	50	15	30	60
Pneumococco	60	30	60	15	40	10	20	15	30	60
Herpes Zoster	60	60	90	15	40	6	20	15	30	90
Antinfluenzale	10	60	30	10	40	7	20		30	60

Fonte: Monitoraggio civico dei servizi vaccinali - Cittadinanzattiva

Ai Centri Vaccinali è stato chiesto quanto tempo intercorre, ad oggi, tra la prenotazione e la vaccinazione (in giorni). Le risposte sono state le più varie, sia all'interno delle singole Regioni che delle singole AASSLL. Ci si limita qui a confrontare le Regioni tra loro e a considerare i tempi massimi segnalati.

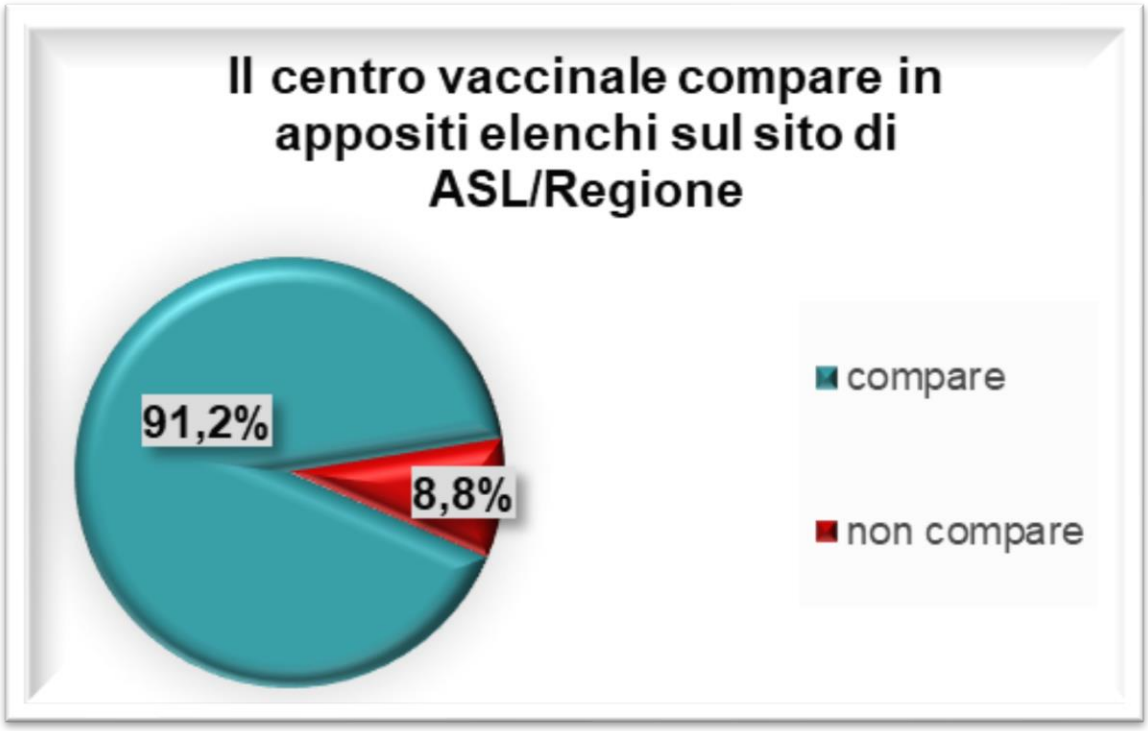
Come si vede in Tabella, tra i tempi massimi segnalati, vi sono alcuni Centri Vaccinali dove possono trascorrere anche quattro mesi (Campania) per una vaccinazione per Meningite ACWY o HPV, mentre in Veneto si può attendere tre mesi anche per l'antitetanica. I tempi massimi più elevati, superiori al mese, si riscontrano in alcuni Centri di Abruzzo, Campania, Lazio, Piemonte, Sicilia e Veneto.

Informazioni al cittadino

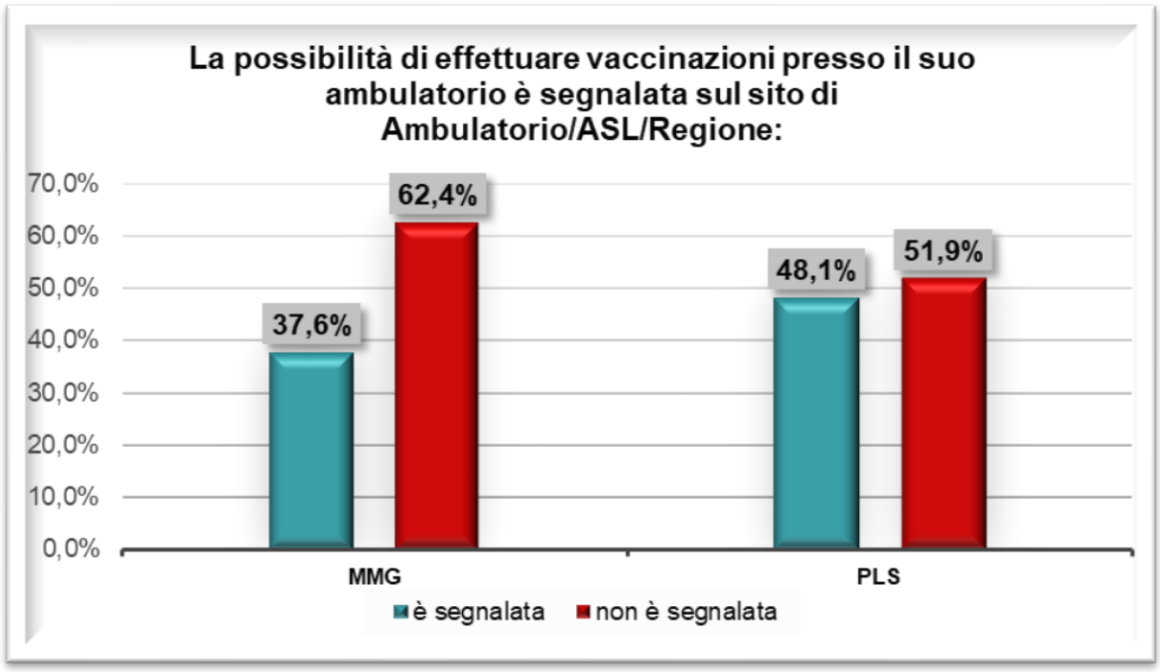
Sono state rivolte, sia ai centri vaccinali che a MMG e PLS, due domande sulla visibilità dei rispettivi servizi vaccinali: "Il centro vaccinale compare in appositi elenchi sul sito di ASL/Regione?" e "La possibilità di effettuare vaccinazioni presso il suo ambulatorio è segnalata sul sito di Ambulatorio/ASL/Regione?"

Per i Centri Vaccinali è quasi sempre possibile risalire alle informazioni tramite i siti aziendali e regionali (91%), sebbene un certo numero di Centri affermi di non comparire (6 in Campania, 2 in Toscana, 3 in Piemonte, ecc.). Si è provveduto a verificare che generalmente i siti, in particolare regionali, riportano gli elenchi dei centri suddivisi per ASL, sebbene riuscire a navigare fino a tali elenchi risulti talvolta difficoltoso.

Non altrettanto bene la visibilità del servizio vaccinale presso PLS e soprattutto MMG. In più della metà dei casi non è possibile, in pratica, scegliere il proprio medico di fiducia sapendo in anticipo se ci offrirà anche le vaccinazioni.

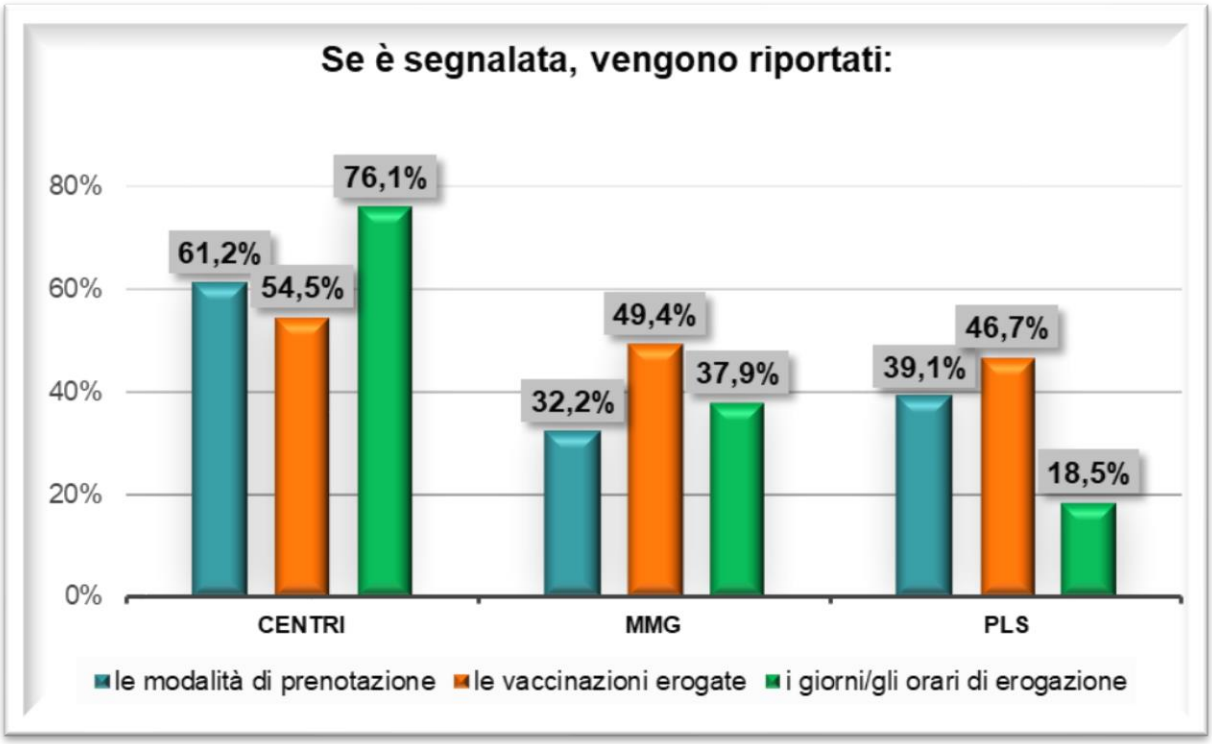


Fonte: Monitoraggio civico dei servizi vaccinali – Cittadinanzattiva



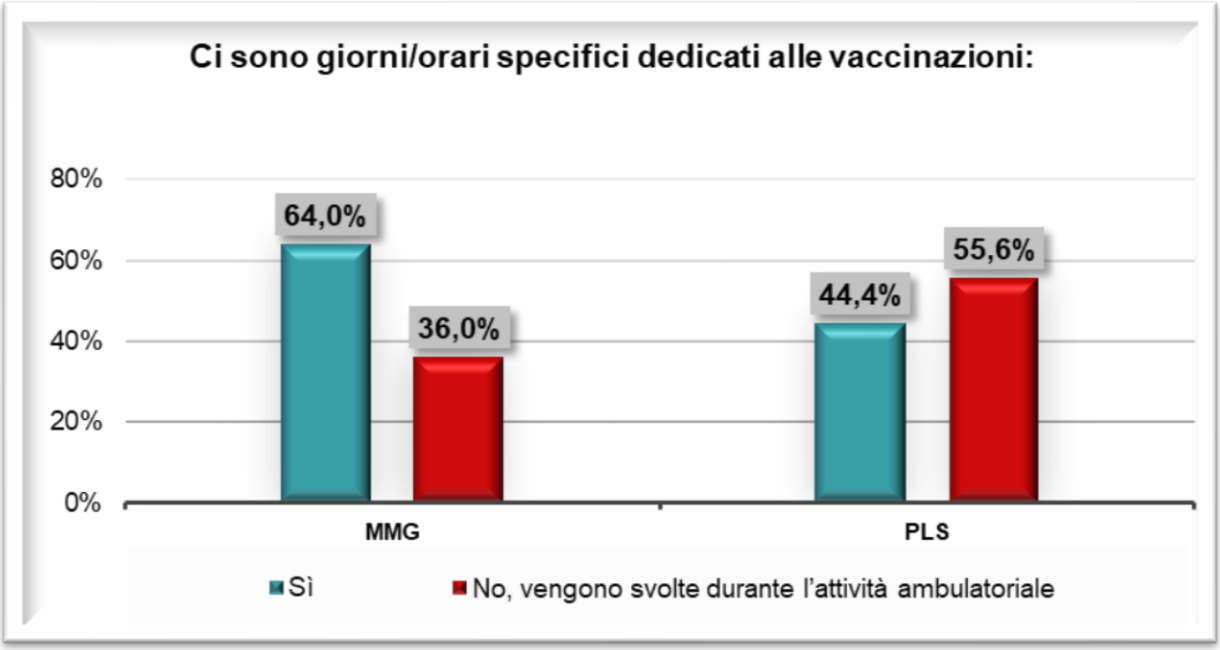
Fonte: Monitoraggio civico dei servizi vaccinali - Cittadinanzattiva

Altro aspetto interessante è: **quali informazioni vengono riportate** nel caso che il Centro o l'ambulatorio medico compaiano **sui siti** di Asl/Regioni? Almeno per coloro che hanno la fortuna di essere rintracciabili, ci si aspetterebbe di trovare il 100% delle informazioni utili minimali: non sempre è così.



Fonte: Monitoraggio civico dei servizi vaccinali - Cittadinanzattiva

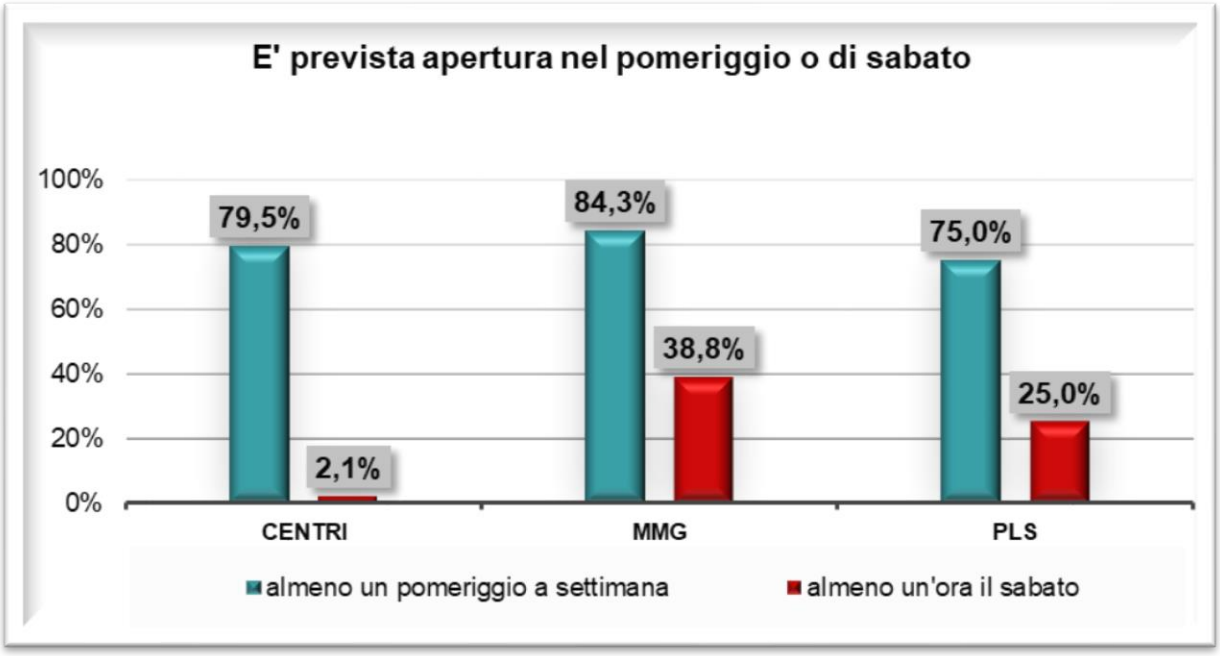
Orari di apertura ed accoglienza



Fonte: Monitoraggio civico dei servizi vaccinali - Cittadinanzattiva

Alcuni ambulatori di MMG e PLS riescono a ritagliare dei momenti specifici da dedicare alle vaccinazioni, e questo avviene più frequentemente nel caso dei MMG; in molti altri casi le vaccinazioni vengono effettuate durante le normali attività ambulatoriali.

Per quanto riguarda i giorni e gli orari di apertura la situazione è estremamente variegata. Nei grossi centri abitati è più frequente che i Centri Vaccinali restino aperti cinque giorni a settimana, talvolta anche il sabato, per diverse ore al giorno mattina e pomeriggio, mentre nei piccoli comuni vi sono ambulatori vaccinali che effettuano attività a settimane alterne per una sola giornata. Ovviamente la variabilità è altrettanto elevata negli ambulatori dei Medici di Famiglia e dei Pediatri. Ci limiteremo qui ad osservare l'offerta disponibile per coloro che, lavorando, hanno necessità di ricorrere al sabato o alle ore pomeridiane. La maggioranza dei Centri vaccinali, così come ovviamente anche dei MMG e PLS, offre l'opportunità pomeridiana. L'apertura il sabato è invece molto rara, in particolare sono solo 3, dei 147 Centri intervistati, che dichiarano di offrire apertura il sabato: il Centro "Sala Puccinotti" dell'ASL RM1, l'Ambulatorio Vaccinale di Castel di Sangro (ASL AQ) e il Centro Vaccinale di Agerola (ASL NA3).



Fonte: Monitoraggio civico dei servizi vaccinali - Cittadinanzattiva

2.3 Focus segretari regionali Cittadinanzattiva: Interviste su Vaccinazioni ordinarie (non anti covid-19) obbligatorie e raccomandate

In queta sezione riportiamo l'esito delle interviste realizzate alle Segreterie regionali di Cittadinanzattiva in merito al tema dell'accesso alla prevenzione.

Con queste interviste abbiamo voluto analizzare il punto di vista di chi, nella propria attività quotidiana, osserva da un punto di vista civico l'accesso alla prevenzione in ambito regionale.

Il primo dato riguarda la presenza o meno nella Regione di riferimento, di una campagna di informazione/formazione per i cittadini e gli operatori sanitari coinvolti nella attuazione delle strategie vaccinali ordinarie. Da questa prima tabella è possibile notare che la maggior parte delle nostre segreterie regionali ha dato una risposta affermativa anche se non completamente soddisfacente. Circa il 20% delle Regioni non ha attivato, o non ha reso note adeguatamente, campagne di informazione per la popolazione e gli operatori sanitari.

Sono state attivate Campagne di informazione/educazione della popolazione e degli operatori sanitari coinvolti nella attuazione delle strategie vaccinali.	%
Sì per la popolazione	47%
Sì per gli operatori sanitari	20%
No	20%
Non risponde	13%
Totale	100%

Fonte: Cittadinanzattiva

Abbiamo chiesto ai nostri segretari regionali se fossero previsti accordi regionali per l'effettuazione di vaccinazioni ordinarie presso studi di MMG, PLS o farmacie di comunità. Il covid ha infatti fatto emergere interessanti innovazioni organizzative da questo punto di vista che

potrebbero, ad ogni buon grado, essere mantenute e rese una prassi anche per altre vaccinazioni. Ci riferiamo in particolare alla possibilità di implementare le vaccinazioni all'interno di ambulatori di MMG e PLS ma anche presso le farmacie di comunità, che si sono rivelate una opportunità straordinaria per i cittadini in fase emergenziale e senz'altro una semplificazione nell'accesso.

Accordi Regionali per effettuazione di vaccinazioni ordinarie presso studi dei MMG, PLS, Farmacie di comunità.	Si	No	Non saprei	Tot
Medici di Medicina Generale	92%	0%	8%	100%
Pediatri di Libera Scelta	92%	0%	8%	100%
Farmacie di Comunità	45%	18%	36%	100%

Fonte: Cittadinanzattiva

I dati mostrano importanti risultati di questa sperimentazione. In particolare i MMG e i PLS hanno siglato accordi regionali e reso disponibile il loro ambulatorio per consentire le vaccinazioni ordinarie dei propri assistiti (92%). Meno frequente l'utilizzo delle farmacie comunali che sono oggetto di accordo regionale solo nel 45% delle regioni. Dato comunque positivo alla luce del fatto che appena prima della pandemia questa possibilità era del tutto esclusa. Più sotto in tabella il dettaglio dove si mostrano le regioni in cui sono presenti accordi ad hoc.

Presenza di accordi Regionali per effettuazione di vaccinazioni ordinarie presso studi dei MMG, PLS, Farmacie di comunità.	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Friuli-Venezia Giulia	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Trentino-Alto Adige	Umbria	Val d'Aosta	Veneto
Medici di Medicina Generale		Si			Si		Si	Si	Non disponibile	Si	Si	Si	Si			Si	Si	Si		Si
Pediatri di Libera Scelta		Si			Si		Si	Si	Non disponibile	Si	Si	Si	Si			Si	Si	Si		Si
Farmacie di Comunità		Non disponibile			Non disponibile		Non disponibile	Si	Non disponibile	Non disponibile	Si	Non disponibile	Si			Si	No	No		Si
	Non pervenuto		Non pervenuto	Non pervenuto		Non pervenuto								Non pervenuto	Non pervenuto				Non pervenuto	

Fonte: Cittadinanzattiva

Oltre agli ambulatori dei MMG e PLS e alle farmacie di comunità, durante la pandemia è stato possibile usufruire anche di luoghi alternativi per effettuare le vaccinazioni Covid e, durante la stagione autunnale/invernale, la vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica come: parrocchie, palestre, luoghi di aggregazione, scuole. In questo caso la percentuale di esperienze è più contenuta (29%) ma rappresenta un buon elemento da cui partire per valutare se anche questa opportunità possa essere implementata nel prossimo futuro per alcune vaccinazioni periodiche (antinfluenzale) o che riguardano ad esempio coorti di età precise (HPV nelle scuole).

Nella vostra regione è possibile effettuare le vaccinazioni ordinarie in luoghi alternativi (ai Centri vaccinali, Studi dei Medici di Medicina Generale/ Pediatri di Libera Scelta o Farmacie)?	%
Si	29%
No	50%
Non risponde	21%
Totale	100%

Fonte: Cittadinanzattiva

Possibilità di effettuare le vaccinazioni ordinarie in luoghi alternativi (ai Centri vaccinali, Studi dei Medici di Medicina Generale/ Pediatri di Libera Scelta o Farmacie)	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Friuli-Venezia Giulia	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Trentino-Alto Adige	Umbria	Val d'Aosta	Veneto
		Si			Si		No	Si	Non disponibile	Non disponibile	No	No	Si	No		Non disponibile	No	No		No
Se Sì, indicare:																				
Parrocchie																				
Palestre		Si											Si							
Altro																				
	Non pervenuto		Non pervenuto	Non pervenuto		Non pervenuto									Non pervenuto				Non pervenuto	

Fonte: Cittadinanzattiva

In merito ad esperienze di casi nei quali è stato possibile estendere i giorni o l'orario d'accesso nei centri vaccinali per le vaccinazioni ordinarie, la maggior parte dei Segretari ha risposto negativamente (57%). In questa fase emergenziale infatti abbiamo semmai potuto registrare un rallentamento del servizio presso i centri vaccinali per potenziare invece le vaccinazioni anti covid 19.

Siete a conoscenza di casi nei quali sono stati estesi i giorni o ampliato l'orario di accesso nei Centri vaccinali?	%
Si	21%
No	57%
Non risponde	21%
Totale	100%

Fonte: Cittadinanzattiva

Nel 2021 abbiamo assistito ad una mitigazione del fenomeno delle chiusure dei centri vaccinali, così ampiamente accaduto invece durante la prima fase pandemica nel 2020. Fortunatamente, solo il 23% dei segretari regionali ha osservato tale fenomeno nella propria regione come è possibile osservare nel dettaglio regionale. (Basilicata, Emilia Romagna e Piemonte)

Siete a conoscenza di casi nei quali sono stati ridotti orari e giorni di accesso nei Centri vaccinali?	
Si	23%
No	54%
Non risponde	23%
Totale	100%

Fonte: Cittadinanzattiva

Riduzione di orari e giorni di accesso nei Centri vaccinali	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Friuli-Venezia Giulia	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Trentino-Alto Adige	Umbria	Val d'Aosta	Veneto
	Non pervenuto	Si	Non pervenuto	Non pervenuto	Si	Non pervenuto	No	No	No	Non disponibile	No	Si	No	No	Non pervenuto	Non pervenuto	Non disponibile	Non disponibile	Non pervenuto	No

Fonte: Cittadinanzattiva

Tra le principali criticità che hanno riguardato le vaccinazioni ordinarie si segnala la generale riduzione dell'attività dei centri vaccinali (45%), la carenza/indisponibilità di dosi (30%), i tempi d'attesa (30%) che a volte hanno determinato il superamento del periodo/età indicato nelle schedule del calendario vaccinale e le chiusure dei centri vaccinali (23%).

Le principali criticità che hanno riguardo le vaccinazioni ordinarie:	Si	No	Non risponde	Tot
Chiusura dei centri vaccinali	23%	33%	44%	100%
Riduzione dell'attività dei centri vaccinali	45%	22%	33%	100%
Carenza/indisponibilità di dosi	30%	40%	30%	100%
Tempi attesa/superamento del periodo o età indicato nel calendario vaccinale	30%	30%	40%	100%
Altro	0%	50%	50%	100%

Fonte: Cittadinanzattiva

In merito alla campagna antinfluenzale abbiamo chiesto se questa fosse stata avviata in modo tempestivo nel 2021 o anche anticipata come previsto dalla Circolare del Ministero della Salute[11] (inizio ottobre). Ricordiamo infatti come nel 2020 abbiamo assistito ad un paradossale ritardo dell'avvio della campagna vaccinale antinfluenzale causato dalla difficoltà di rendere disponibili le dosi necessarie visto l'importante incremento di domanda; ritardo causato in larga parte dal ritardo con cui il Ministero della Salute ha messo a disposizione la Circolare contenente le Raccomandazioni per la gestione della stagione 2020 – 2021 (Giugno 2020).

La campagna vaccinale antinfluenzale è stata avviata in modo tempestivo - ad inizio ottobre 2021 o anche anticipata - come indicato dalla Circolare del Ministero della Salute[12] ?	%
Si, in tutta la regione (in modo sistemico)	64%
Si, solo in alcuni territori/ASL	0%

[11] https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?id=5422&lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero

[12] ***Fonte:*** *Ministero Salute "Circolare su Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2021-2022" https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2021&codLeg=79647&parte=1%20&serie=null*

No	36%
Non si ritrovano informazioni istituzionali al riguardo/Non saprei	0%
Totale	100%

Fonte: Cittadinanzattiva

Dalle risposte dei segretari regionali si evidenzia una percentuale non del tutto soddisfacente in termini di tempestività di avvio della campagna antinfluenzale da parte di alcune Regioni. in particolare in Basilicata, Lombardia, Molise, Piemonte e Sardegna l'avvio ha mostrato criticità. Nel dettaglio mostriamo anche i motivi, qualora evidenti, dei ritardi.

La campagna vaccinale antinfluenzale è stata avviata in modo tempestivo - ad inizio ottobre 2021 o anche anticipata - come indicato dalla Circolare del Ministero della Salute	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Friuli-Venezia Giulia	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Trentino-Alto Adige	Umbria	Val d'Aosta	Veneto
Si, in tutta la regione (in modo sistemico)					Si		Si	Si		Si			Si			Si	Si	Si		Si
Si, solo in alcuni territori/ASL																				
No		No							No		No	No		No					
Non si ritrovano informazioni istituzionali al riguardo/Non saprei																				
	Non pervenuto		Non pervenuto	Non pervenuto		Non pervenuto									Non pervenuto				Non pervenuto	

Il motivo dei ritardi è da rintracciare prevalentemente nell' effettivo coinvolgimento dei MMG e PLS alla campagna (23%). Altre criticità, seppure minori, si registrano nell'approvvigionamento di dosi e nella tempestiva individuazione di categorie target ulteriori a quelle previste dalle Raccomandazioni ministeriali (ritardo emanazione Delibera regionale).

Indicare se nella regione sono state o sono tuttora presenti criticità in relazione alle seguenti voci:	Si	No	Non saprei	Tot

Programmazione/organizzazione della campagna vaccinale (Ad esempio se sono state indette gare in tempo congruo ecc)	0%	69%	31%	100%
Approvvigionamento delle dosi dei vaccini	9%	73%	18%	100%
Individuazione delle categorie di cittadini “a rischio”, quale target di tali vaccinazioni	8%	58%	33%	100%
Disponibilità -anche attraverso il canale delle farmacie- dei vaccini per il resto della popolazione (oltre agli over 60 e fragili di tutte le età)	8%	58%	33%	100%
Effettivo coinvolgimento dei MMG e PLS nel percorso vaccinale antinfluenzale, ove previsto.	23%	54%	23%	100%
Effettivo coinvolgimento delle Farmacie di Comunità nel percorso vaccinale, ove previsto.	0%	60%	40%	100%

Fonte: Cittadinanzattiva

2.4 La prevenzione nel nuovo sistema di garanzia dei LEA

Sulla base dei dati relativi al 2019, sono 15 le Regioni che risultano adempienti sui **tre livelli** di analisi (ospedaliera, distrettuale e prevenzione) mentre 6 risultano complessivamente inadempienti: **Valle d'Aosta, P.A. Bolzano, Molise, Molise, Basilicata, Calabria e Sicilia**. La nuova metodologia valuta distintamente le tre aree di assistenza e attribuisce loro un valore compreso in un range 0-100. **La garanzia di erogazione dei LEA si intende raggiunta qualora, entro ciascun livello, sia raggiunto un punteggio pari o superiore a 60**, in modo da non consentire la compensazione tra livelli. Il punteggio di ogni area è determinato dalla media pesata dei 22 indicatori core (con un peso pari a 1 qualora la soglia è data dalla mediana dei valori regionali, e un peso pari a 2 se è fissato dalla normativa di riferimento). Dei 22 indicatori core (delle tre aree), sei appartengono all'area della prevenzione (copertura vaccinale pediatrica a 24 mesi per esavalente e MPR, controllo animali e alimenti, stili di vita, screening oncologici.

Tabella: Regioni che garantiscono i LEA – nuovo sistema di garanzia LEA 2019

Regioni	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
Piemonte	91,72	88,33	85,78
Lombardia	91,95	89,98	86,01
P.A. di Trento	78,63	75,06	96,98
Veneto	94,13	97,64	86,66
Friuli Venezia Giulia	80,39	78,35	80,62
Liguria	82,09	85,48	75,99
Emilia Romagna	94,41	94,51	94,66
Toscana	90,67	88,5	91,39
Umbria	95,65	69,29	87,97
Marche	89,45	85,58	82,79
Lazio	86,23	73,51	72,44
Abruzzo	82,39	79,04	73,84
Campania	78,88	63,04	60,4
Puglia	81,59	76,53	72,22
Sardegna	78,3	61,7	66,21

Fonte: Ministero della Salute

Tabella: Regioni che non garantiscono i LEA sui 3 indicatori – nuovo sistema di garanzia LEA 2019

Regioni	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
Valle d'Aosta	72,16	48,09	62,50
P.A. di Bolzano	53,78	50,80	72,70
Molise	76,25	67,91	48,73
Basilicata	76,03	50,23	77,52
Calabria	59,0	55,5	47,43
Sicila	58,18	75,2	70,47

Fonte: Ministero della Salute

La prevenzione nel nuovo sistema di garanzia dei LEA

Nel nuovo sistema di garanzia LEA, rispetto al livello prevenzione, si analizzano 6 indicatori:

1) Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
2) Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
3) Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali
da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino
4) Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale
5) Indicatore composito sugli stili di vita
6) Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto.

Come è possibile notare dalla tabella sotto riportata, diverse regioni mostrano delle criticità: Sono in particolare la **Sicilia, la PA di Bolzano e la Calabria** a mostrare i dati più bassi.
In generale negli ultimi 4 anni diverse regioni mostrano *trend* in miglioramento (dal 2016 al 2019). Erano 7 infatti le regioni nel 2016 a mostrare **punteggi inferiori a 60 (cut off garanzia dei LEA)** ma nel 2019 Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Puglia e Campania hanno raggiunto punteggi di sufficienza. **P.A di Bolzano, Calabria e Sicilia mostrano invece punteggi insufficienti** (rispettivamente: 53,78 - 59,9 e 58,8)

Tabella: Punteggio nuovo sistema di garanzia lea area prevenzione

Risultati definitivi sperimentazione 2019
Area Prevenzione (1/4)

Regione	Punteggio complessivo 2016	Punteggio complessivo 2017	Punteggio complessivo 2018	Punteggio complessivo 2019
PIEMONTE	76,30	92,90	93,04	91,72
VALLE D'AOSTA	59,16	64,12	72,30	72,16
LOMBARDIA	80,92	86,84	89,94	91,95
PROV. AUTON. BOLZANO	49,57	53,37	51,86	53,78
PROV. AUTON. TRENTO	69,41	83,56	93,02	78,63
VENETO	63,63	80,75	91,72	94,13
FRIULI VENEZIA GIULIA	52,00	53,18	73,20	80,39
LIGURIA	65,34	73,94	83,50	82,09
EMILIA ROMAGNA	70,27	93,03	93,26	94,41
TOSCANA	70,73	87,07	88,48	90,67
UMBRIA	73,90	92,89	93,92	95,65
MARCHE	61,74	69,00	82,03	89,45
LAZIO	65,24	86,18	84,99	86,23
ABRUZZO	65,29	66,54	86,24	82,39
MOLISE	68,08	74,18	79,55	76,25
CAMPANIA	50,21	72,51	74,67	78,88
PUGLIA	55,68	66,21	79,39	81,59
BASILICATA	68,71	78,69	84,16	76,93
CALABRIA	51,39	65,49	64,03	59,90
SICILIA	48,48	50,20	50,76	58,18
SARDEGNA	65,51	76,36	75,78	78,30

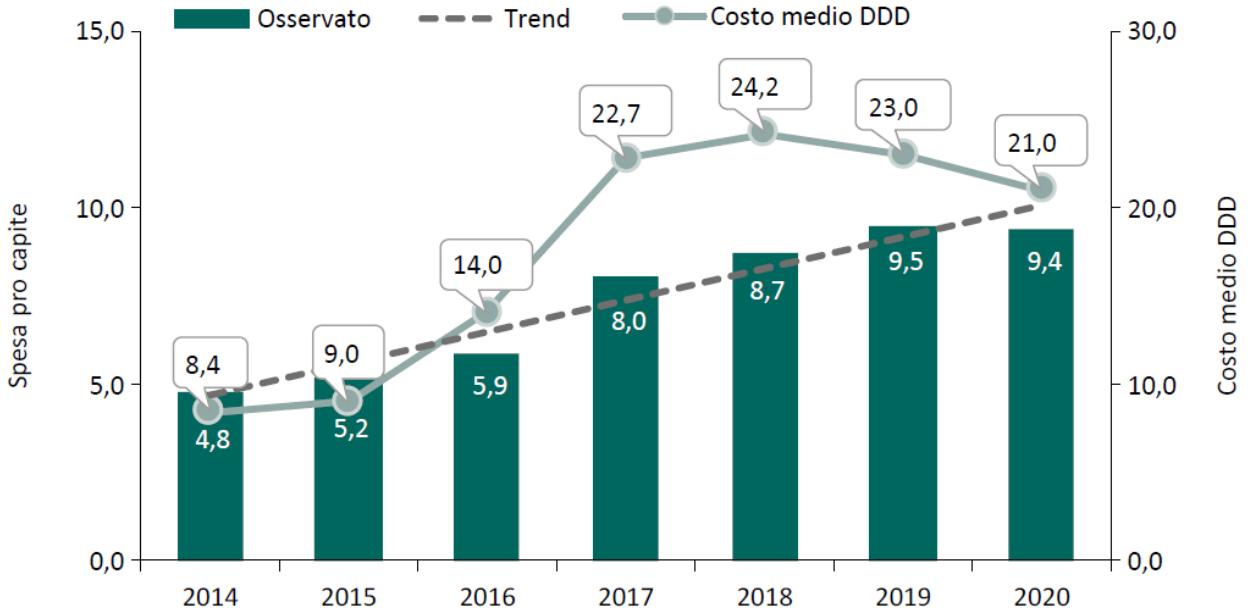
Fonte: Ministero della Salute

2.5 Le vaccinazioni

Spesa vaccini

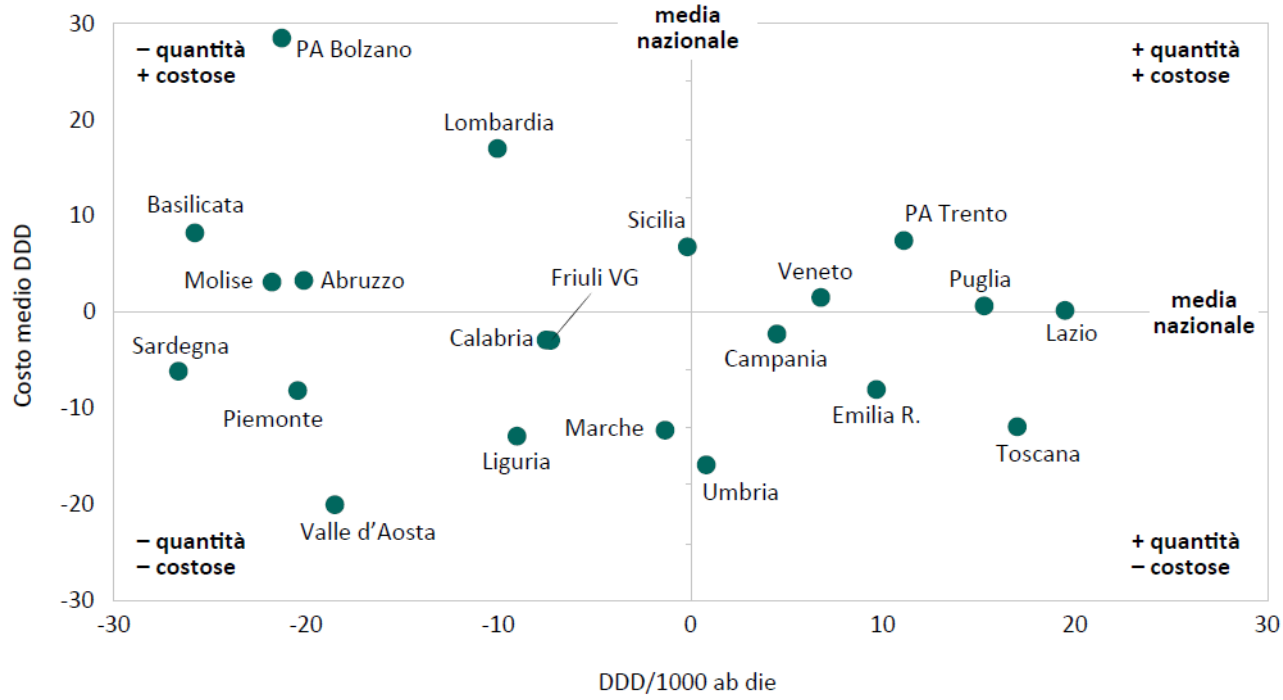
La spesa per vaccini è raddoppiata dal **2014 al 2020, passando da 4,8 a 9,4 euro pro capite**. La spesa complessiva per il 2020 è di 562,5 Milioni con una lieve flessione rispetto al 2019 dello 0,4%. Al contempo il costo medio DDD si è attestato nel 2020 a 21 euro in riduzione di 2 euro rispetto al valore osservato nel 2019. Il vaccino anti-pneumococcico polisaccaridico coniugato rappresenta la prima voce di spesa di questa categoria costituendo il 25% del totale. Questo andamento è stato determinato principalmente dall'ampliamento delle categorie a cui la vaccinazione è stata offerta gratuitamente. La quasi totalità della spesa dei vaccini pneumococcici (2,32 euro pro capite) è rappresentata dal vaccino coniugato 13valente (PCV13) indicato per i lattanti e i bambini fino a 5 anni ed efficace contro i 13 ceppi responsabili della maggior parte delle infezioni più gravi. Seguono, con 1,63 euro pro capite il vaccino per il meningococco B e con 1,54 euro pro capite i vaccini per influenza. Mentre i primi fanno osservare una contrazione del 10% della spesa, **i vaccini per l'influenza sono in aumento del 10,8%; in termini di dosi l'incremento è del 23,6**. Tra le categorie a maggior spesa si rileva una **contrazione dei vaccini per il papilloma virus (-10,8%), del vaccino esavalente (-5,1%),** del **vaccino MPRV (-10%), del meningococco tetravalente (-18,3%), del vaccino per il rotavirus (-3,7%) e del vaccino tetravalente (-16,3%).** Le motivazioni di tale andamento potrebbero essere attribuite all'impatto della pandemia da COVID-19 che ha determinato un rallentamento dell'attività dei centri vaccinali. Fa eccezione, insieme ai vaccini per il meningococco C, il vaccino per l'*Haemophilus influenzae* B che fa registrare un aumento di circa il 200% della spesa. Le Regioni del Centro con 10,10 euro pro capite e un aumento del 13,3% rispetto all'anno precedente sono l'area geografica a maggior spesa, mentre le Regioni del Nord e del Sud hanno valori abbastanza simili (9,18 e 9,38 euro pro capite rispettivamente; Tabella 3.4.3b). Il Lazio è la Regione con la spesa più elevata (11,27 euro pro capite), seguita dalla PA di Trento con 11,21 euro e dalla Puglia con 10,93 euro. Nel Lazio si registra anche il maggior incremento (+17,3%) rispetto al 2019 mentre nella PA di Bolzano la spesa si riduce del 29,7%. La PA di Trento ha il consumo e il costo medio per DDD superiori alla media nazionale, mentre **Piemonte, Liguria, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Marche, Sardegna e Calabria mostrano per entrambi gli indicatori valori inferiori alla media nazionale**. Infine, per il vaccino pneumococcico polisaccaridico coniugato si riscontra il maggior livello di variabilità regionale della spesa.

Grafico: Vaccini, andamento temporale 2014-2020 della spesa pro capite e del costo medio per giornata di terapia



Fonte: Rapporto Osmed 2020

Grafico: Vaccini, variabilità regionale dei consumi farmaceutici 2020 per quantità e costo medio per giornata di terapia (scostamenti % dalla media nazionale)



Fonte: Rapporto Osmed 2020

Coperture vaccinali

I dati di copertura vaccinale riportati dall'ultimo Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2021, evidenziano il permanere di criticità importanti sul versante dei vaccini obbligatori.

Tabella: Performance regionali su misurazione mantenimento LEA in ambito prevenzione vaccinale, 2019

Regione	Copertura 6 vaccinazioni base (a 24 mesi) % 2019 - 2018	Copertura vaccinale morbillo, parotite rosolia 2019 - 2018
Abruzzo	97,5 – 96,9	95,1 – 94,3
Basilicata	96,5 – 97,1	92,6 – 92,9
Calabria	96 - 97	93,1 – 92,7
PA Bolzano	81,1 – 83,3	75,5 – 70,8
Campania	95,1 – 95,1	94,7 – 93,4
Emilia Romagna	95,8 – 95,6	95,1 – 96,1
Friuli Venezia Giulia	93,2 – 92,9	92,5 – 91,2
Lazio	95,5 – 97,3	95,7 – 94,9
Liguria	95,6 – 97,2	93 - 94
Lombardia	95,8 – 95,1	95,5 – 94,1
Marche	94,5 – 93,8	93,7 - 92
Molise	97,1 – 95,7	93,4 – 91,9
Piemonte	95,9 – 95,7	95,5 – 94,7
Puglia	94,6 – 95,2	94,4 – 94,2
Sardegna	95,2 – 95,2	93,6 – 92,3
Sicilia	91,1 – 90,9	92,2 – 90,9
PA Trento	94,9 – 94,5	95,4 – 94,3
Toscana	96,8 – 96,8	96,1 - 95
Umbria	96,1 – 95,6	95,2 – 94,6
Valle d'Aosta	93,2 – 94,1	91,5 – 91,3
Veneto	95,2 - 95	95,1 – 96,4

Fonte: Osservatorio civico sul Federalismo in sanità su Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica, 2020

Dalla tabella si evince che la copertura del 95% per esavalente ancora non è soddisfatta in ogni regione. Sicilia, P.A Bolzano e P.A Trento e Friuli Venezia Giulia, Puglia e Valle d'Aosta non raggiungono la soglia prevista. Per quanto riguarda Morbillo Parotite e Rosolia la situazione si

conferma critica in tutta Italia. Solamente 9 Regioni su 21 quest'anno raggiungono la percentuale ottimale del 95%.

Copertura vaccinale morbillo

Rispetto alle coperture vaccinali sui singoli antigeni[13] andiamo ad analizzare in particolare quelle per il morbillo. Rispetto all'anno precedente (2019 coorte 2017) le percentuali del 2020 mostrano un generale peggioramento significativo che passa da un 94,49% ad un 92,7%. Le regioni più virtuose che superano il 95% sono solamente 3 Lazio, Toscana e P.A di Trento, le altre fanno registrare dei decrementi.
I punteggi peggiori si registrano in Abruzzo (62,16%) e nella P.A di Bolzano 77,12%

Copertura vaccinale varicella

Analizzando le coperture vaccinali sui singoli antigeni[14] proseguiamo con quelle per la varicella. Rispetto alla rilevazione del 2019 (coorte 2017), il dato nazionale del 2020 (coorte 2018) mostra un dato stabile dal 90,5% del 2019 al 90,28 del 2020.
Rispetto all'anno precedente molte regioni hanno raggiunto punteggi molto positivi, vicini alla soglia raccomandata del 95%. Tra le regioni con le percentuali migliori troviamo: Lazio (95,21), Veneto (93,36%) e P.A. Trento (92,64%). Le regioni che presentano percentuali inferiori sono: Abruzzo (55,59), la PA di Bolzano (75,74%) e Valle D'Aosta (87,30%).

Tabella: Copertura vaccinazioni età pediatrica 2020 (coorte 2018)

Vaccinazioni dell'età pediatrica. Anno 2020 (coorte 2018)
Coperture vaccinali a 24 mesi (per 100 abitanti), calcolate sui riepiloghi inviati dalle Regioni e PP.AA. (per singolo antigene)

REGIONE/P.A.	POL	DIF	TET	PER	EP B	HIB	MOR	PAR	ROS	VAR	Men C	PNC	EP A	ROTA	Men B	Men ACYW
Piemonte	94,08	94,10	94,10	94,09	94,04	93,95	93,04	92,90	93,01	90,29	88,32	90,56	0,00	75,81	78,42	1,17
Valle d'Aosta	95,51	95,39	95,39	95,39	95,39	95,39	93,93	93,82	93,93	87,30	89,55	90,56	0,00	23,71	68,76	0,11
Lombardia	94,71	94,12	94,80	94,79	94,80	94,66	94,99	93,86	93,89	90,94	90,64	92,43	3,79	74,21	25,63	4,04
Prov. Aut. Bolzano	80,83	80,79	80,77	80,79	80,79	80,72	77,12	77,18	77,18	75,74	68,74	76,21	0,13	41,69	49,87	0,82
Prov. Aut. Trento	95,48	95,48	95,50	95,48	95,45	95,43	95,34	95,34	95,34	92,64	90,86	92,18	1,32	72,89	80,94	4,01
Veneto	93,82	93,79	93,82	93,79	93,70	93,58	93,20	93,07	93,18	93,36	91,25	93,82	13,93	80,95	91,39	90,58
Friuli-Venezia Giulia	93,63	93,63	93,64	93,63	93,34	93,35	92,27	92,22	92,26	90,79	84,63	87,52	1,68	66,57	77,66	3,38
Liguria	93,30	93,32	93,32	93,30	93,27	93,19	90,41	90,37	75,99	87,73	86,65	90,68	1,30	58,08	87,60	11,54
Emilia-Romagna	95,52	95,52	95,51	95,51	95,45	95,23	94,27	94,17	94,25	91,37	91,21	92,91	5,56	73,45	87,02	90,44
Toscana	96,87	96,89	96,88	96,88	96,80	97,11	95,67	95,61	95,66	94,08	90,10	91,48	0,51	43,95	78,01	2,17
Umbria	95,54	95,77	95,77	95,75	95,90	95,83	94,87	94,70	94,82	90,66	86,96	93,66	0,30	27,62	73,30	0,62
Marche	93,82	93,60	93,62	93,60	93,64	93,45	92,66	92,62	92,62	89,98	84,54	89,78	0,78	58,99	72,35	84,06
Lazio	95,96	96,02	96,02	95,90	95,94	96,45	95,21	95,21	95,21	95,21	87,30	86,62	0,20	43,73	70,67	86,72
Abruzzo	93,09	93,09	93,09	93,09	93,09	92,96	62,16	62,16	62,16	55,59	42,57	88,53	0,17	44,46	66,35	36,83
Molise	96,67	96,67	96,67	96,67	96,67	96,67	91,95	91,95	91,95	86,53	1,61	96,14	0,00	73,97	64,63	72,57
Campania	95,09	95,09	95,09	95,09	95,09	95,09	93,52	93,51	93,52	88,48	67,31	88,99	0,04	39,89	58,15	66,50
Puglia	93,72	93,73	93,73	93,73	93,73	93,67	93,29	93,28	93,29	92,63	0,30	91,48	67,65	69,57	69,55	84,43
Basilicata	92,94	92,94	92,94	92,94	92,94	92,94	90,30	90,30	90,30	89,37	32,04	91,31	0,25	65,12	83,35	86,84
Calabria	91,69	91,69	91,69	91,69	91,69	91,69	88,97	88,98	88,99	88,91	87,87	90,81	0,09	79,91	86,82	87,87
Sicilia	89,19	89,19	89,19	89,19	89,18	89,15	90,82	90,81	90,82	88,68	5,22	85,50	0,02	59,83	66,85	71,32
Sardegna	95,48	95,48	95,48	95,48	95,48	95,48	93,92	93,92	93,92	91,59	47,80	94,37	7,10	79,19	79,15	74,96
Italia	**94,02**	**93,92**	**94,04**	**94,03**	**94,01**	**94,00**	**92,70**	**92,47**	**92,21**	**90,28**	**70,96**	**90,58**	**6,87**	**62,80**	**66,30**	**51,27**

Fonte: Ministero della Salute

Copertura antinfluenzale

In merito alla copertura per il vaccino antinfluenzale nella stagione 2020 – 2021, i dati mostrano ancora una sostanziale insufficienza in ogni regione (< 75%). In particolare sono la P.A di Bolzano, la Valle d'Aosta, e la Sardegna ad avere i dati di copertura più bassi. Le migliori

[13] *Dati di coperture vaccinali, aggiornamento 2020, Ministero della Salute*
[14] *Dati di coperture vaccinali, aggiornamento 2020, Ministero della Salute*

risultano la Calabria (79) e l'Umbria (77,4%). **Chi mostra i dati peggiori è la P.A di Bolzano (41,1%) e Valle d'Aosta (52,6%).**

Tabella: Copertura antinfluenzale 2020-2021

	Popolazione generale %	Popolazione anziana %
Piemonte	21,9	62,4
Valle d'Aosta	18,8	52,6
Lombardia	19,4	60,6
P.A. Bolzano	11,7	41,1
P.A. Trento	26,9	65,9
Veneto	21,6	59,6
Friuli Venezia Giulia	25,8	66,5
Liguria	31,3	68,4
Emilia Romagna	26,1	70,1
Toscana	28,2	65,5
Umbria	26,9	77,4
Marche	26,1	65
Lazio	27,5	67,7
Abruzzo	17,9	64,1
Molise	22,4	62,3
Campania	21,9	66,1
Puglia	25,6	61
Basilicata	19	56,4
Calabria	23,5	79
Sicilia	26,5	75,3
Sardegna	23,7	61
Italia	**23,7**	**65,3**

Fonte: Ministero della Salute

Vaccinazione HPV

Il Papillomavirus è un virus a prevalente trasmissione sessuale, classificato come secondo agente patogeno responsabile di cancro nel mondo[15]. L'infezione da papillomavirus è la più frequente sessualmente trasmessa (circa l'80% della popolazione sessualmente attiva la contrae almeno una volta nel corso della vita[16]), e può causare lesioni benigne, come verruche cutanee e condilomi genitali, lesioni pre-invasive (displasie) o lesioni invasive, quali i tumori della cervice uterina (di cui il Papillomavirus è responsabile nel 99,7% dei casi) ma anche dell'ano, della vagina, della vulva, del pene, della regione testa-collo (in particolare orofaringe).

La comunità scientifica internazionale e le autorità sanitarie di tutto il mondo sono concordi nel definire la prevenzione come carta vincente per la battaglia contro i cancri da HPV. Infatti, questi cancri sono prevenibili grazie alla prevenzione primaria tramite la vaccinazione anti-HPV e alla

[15] *American Association for Cancer Research (2018), Cancer Progress Report 2018: Harnessing research discoveries for patient benefit*

[16] *Gruppo Italiano Screening del cervicocarcinoma (2007, agg. maggio 2018). Le 100 domande sull'HPV*

prevenzione secondaria tramite i test per lo screening per il tumore del collo dell'utero, con la possibilità di curarli efficacemente se identificati tempestivamente.

Per questo motivo, il 17 novembre 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha lanciato **una strategia**[17] **per eliminare entro il 2030 il cancro cervicale causato dal Papillomavirus** attraverso il raggiungimento di obiettivi[18] di:

- **prevenzione primaria** (90% di copertura della vaccinazione da HPV negli adolescenti maschi e femmine)
- **prevenzione secondaria** (70% di copertura degli screening)
- **trattamento** (90% dei casi di cancro cervicale trattati)

A tal proposito, vista la necessità di fare in fretta e mettere in scena iniziative concrete dal punto di vista sanitario e comunicativo, **Fondazione Umberto Veronesi, Consiglio Nazionale Giovani, Cittadinanzattiva, la Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO), ThinkYoung e Incontradonna** hanno redatto il Manifesto per l'eliminazione dei tumori HPV-correlati. Il documento, presentato il 4 marzo 2021 in occasione della giornata internazionale contro l'HPV, non è stato pensato per rimanere lettera morta, ma per essere una guida per le istituzioni al fine di implementare azioni concrete per eradicare i tumori HPV-correlati entro il 2030.

Il Manifesto serve quindi a dare un orizzonte concreto alle istituzioni, con obiettivi precisi e una serie di proposte concrete per conseguirli.
Le associazioni hanno chiesto attraverso il Manifesto che il Governo italiano adotti gli obiettivi sanciti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dalla Commissione Europea nello *Europe's Beating Cancer Plan* per eliminare i tumori da HPV, prevedendo azioni e tempi definiti in linea con la strategia internazionale.

I FIRMATARI DEL PRESENTE MANIFESTO

CHIEDONO

che **il Governo italiano adotti gli obiettivi** sanciti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dalla Commissione Europea nello *Europe's Beating Cancer Plan* per **eliminare i tumori da HPV**, prevedendo azioni e tempi definiti in linea con la strategia internazionale.

L'Italia potrebbe essere il primo paese europeo a lanciare una strategia di eliminazione dei tumori causati dal Papillomavirus, ponendosi obiettivi da raggiungere su tutto il territorio nazionale entro un traguardo temporale certo.

In particolare, come già sta avvenendo in altri Paesi, al fine di raggiungere l'eliminazione entro il 2030, si rende necessario:

- vaccinare almeno il 90% della popolazione target;

[17] *World Health Organization (2020), Launch of the Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer.*

[18] *World Health Organization (dicembre 2019), Draft: Global strategy towards eliminating cervical cancer as a public health problem.*

- assicurare che almeno il 90% della popolazione target abbia accesso agli screening cervicali gratuiti (il Piano europeo contro il cancro intende tagliare questo traguardo entro il 2025);
- trattare almeno il 90% dei casi di cancro cervicale e lesione precancerosa;
- prevedere iniziative di comunicazione per aumentare la comprensione e la sensibilizzazione del pubblico, dei pazienti e degli operatori sanitari sull'HPV e sulle relative strategie di prevenzione vaccinale, screening precoce e cura.

Per poter raggiungere questi risultati, si chiede alle Istituzioni italiane:

1. Adozione di atti di politica sanitaria a livello nazionale concordati con le Regioni, per potenziare e rendere i servizi di prevenzione vaccinale e screening più accessibili, in particolare nell'ambito dei gruppi di lavoro per l'attuazione del Patto per la Salute e dell'implementazione dello *Europe's beating Cancer Plan*, a partire da:
   a. promozione di una maggiore uniformità a livello di Regioni e ASL, per esempio attraverso i parametri di verifica dell'erogazione dei LEA;
   b. mantenimento del target stabilito all'interno del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019, dove si chiede di vaccinare il 95% delle ragazze e dei ragazzi, supportando le Regioni nell'attuazione dei loro Piani di prevenzione regionali e nella realizzazione di iniziative per estendere la prevenzione primaria e secondaria;
   c. identificazione di *best practice* locali da condividere nell'ambito di tavoli istituzionali, cui far partecipare anche rappresentanti delle associazioni e società scientifiche, al fine di estenderne l'applicazione e creare un modello efficiente.

2. Attivazione di campagne di informazione ed *engagement* sulla prevenzione dei tumori da HPV:
   a. diffondendo informazioni basate sulle evidenze scientifiche, anche sui social media, al fine di aumentare la consapevolezza sulle malattie causate dall'HPV nella popolazione generale e con un'attenzione particolare ai giovani e ai genitori;
   b. programmi di corretta informazione e sensibilizzazione nelle scuole primarie, per i genitori degli studenti, e nelle scuole secondarie, per i giovani, circa le malattie sessualmente trasmissibili e la prevenzione dei tumori HPV-correlati;
   c. prevedendo il coinvolgimento di medici (in particolare MMG e PLS) e operatori sanitari per informare correttamente circa l'importanza di aderire al piano vaccinale e ai programmi di screening;
   d. attivando una rete di giovani "ambasciatori" che diffondano tra i pari l'importanza del tema, coinvolgendoli in un processo spontaneo di condivisione di buone pratiche, raccontando le proprie esperienze sul tema.

3. Promozione dei programmi di prevenzione primaria e secondaria, per garantire a tutti l'accesso in sicurezza alle opportunità del Sistema sanitario nazionale, in particolare:
   a. promuovendo campagne attive di vaccinazione e screening nei confronti delle popolazioni target, anche con strumenti innovativi e digitali;
   b. organizzando il sistema vaccinale per rendere più agevole l'accesso in un contesto di prossimità territoriale, anche utilizzando le istituzioni scolastiche e/o sedi vaccinali differenti da quelle tradizionali;
   c. attivando, come richiesto dal Ministero, un piano di recupero di tutti i giovani aventi diritto non vaccinati.

4. **Monitoraggio dei livelli di copertura vaccinale e screening attraverso strumenti digitali** almeno semestrale, e condivisione dei dati tra le classi mediche e le ASL e con una più efficace **implementazione dell'anagrafe vaccinale digitale**.

5. **Approvazione di un Piano oncologico straordinario**, con il coinvolgimento dei decisori politici, delle associazioni pazienti e delle società scientifiche, che adotti misure d'urgenza per recuperare le prestazioni arretrate e coinvolgere i giovani non vaccinati che fanno parte delle cosiddette "generazioni perdute" della pandemia, contando su risorse nuove e appositamente allocate.

Fonte: Manifesto per l'eliminazione dei tumori HPV-correlati

I dati delle coperture vaccinazione HPV

Gli ultimi dati sulle coperture vaccinali al 31 dicembre 2020 del Ministero della Salute dimostrano che **ci sono ancora forti ritardi in termini di prevenzione primaria** e che nella maggior parte dei casi i risultati raggiunti negli anni precedenti, già di per sé non troppo soddisfacenti, non sono stati eguagliati. La copertura per ciclo completo per le ragazze undicenni (coorte 2008 nel 2020) mostra una diminuzione rispetto alle coperture per ciclo completo delle undicenni dell'anno precedente, con un valore del 30,32% nel 2020 rispetto al 41,60% nel 2019 (coorte 2007, undicenni al momento della rilevazione). La differenza è presente anche rispetto alle rilevazioni storiche: nel 2018 le undicenni vaccinate erano il 40,34%, nel 2017 erano 49,9%; 53,1% nel 2016 e 56,2% nel 2015. Anche considerando le coorti d'età precedenti si assiste a una riduzione delle coperture vaccinali: le ragazze dodicenni (coorte 2007 nel 2020) mostrano un calo del tasso di vaccinazione (58,66%) rispetto alle dodicenni dell'anno precedente (60.83%) e questo trend si sviluppa fino ad arrivare alle quindicenni (coorte 2004 nel 2020), con un tasso di copertura del 63,84% in confronto al 70,35% dell'anno precedente.

I dati riferiti alla popolazione maschile segnalano invece tassi di copertura ancora molto bassi, ma con un evidente trend in crescita. A parte la coorte degli undicenni (24,17% nel 2020 rispetto al 32,25% nel 2019), che nel corso del 2020 hanno subito l'impatto della pandemia, per le altre fasce d'età si è assistito a un positivo incremento delle percentuali rispetto alle rilevazioni dell'anno precedente: per i dodicenni si passa da 44,84% nel 2019 a 46,61% nel 2020, per i tredicenni da 19,64% nel 2019 a 49,85% nel 2020 e per i quattordicenni da 17,81% nel 2019 a 20,58% nel 2020. Sia i tassi di copertura per la popolazione femminile che quelli per la popolazione maschile risultano molto lontani dai principali target ed obiettivi sanciti tanto dalle misure di sanità pubblica italiane che internazionali.

Al tema della pandemia si aggiungono poi tutte le criticità preesistenti, tra cui un alto livello di disomogeneità regionale. In primis, nei tassi di copertura vaccinale. Se infatti i tassi di copertura al 31 dicembre 2020 delle ragazze undicenni era piuttosto basso, il dato tende a variare molto da territorio a territorio. Poche Regioni superano il 50% di vaccinate con ciclo completo (Provincia Autonoma di Trento, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria), mentre nella parte inferiore della classifica si riscontrano Valle d'Aosta (6%), Friuli-Venezia Giulia (9%) e Sardegna (14,99%). La performance delle Regioni per la popolazione femminile tende a riflettersi anche nel caso della popolazione maschile dove tra le Regioni meno virtuose si aggiungono Lazio (9,59%) e Campania (12,82%).

Tabella: Copertura vaccinazioni HPV femmine

Tabella 1: Coorte di nascita 2008: CV per HPV per dose e Regione al 31/12/2020 (solo femmine)			
Regione	**Popolazione target**	**% vaccinate con almeno 1 dose**	**% vaccinate con ciclo completo**
Piemonte	19426	65,69	48,96
Valle d'Aosta	596	45,64	6,04
Lombardia	48763	42,16	17,75
Prov. Aut. Bolzano	2780	35,79	13,85
Prv. Aut. Trento	2708	74,08	61,71
Veneto	23323	46,59	17,88
Friuli-Venezia Giulia	5131	14,44	9,00
Liguria	6288	62,34	46,22
Emilia-Romagna	20472	69,29	51,11
Toscana	16544	69,99	53,38
Umbria	4020	75,65	53,93
Marche	7432	53,94	28,96
Lazio	26865	43,48	19,14
Abruzzo	5676	43,15	29,81
Molise	1269	56,90	34,83
Campania	28767	40,98	24,75
Puglia	18028	67,40	44,75
Basilicata	2310	59,31	43,64
Calabria	8790	51,09	40,90
Sicilia	24058	36,56	22,55
Sardegna	6863	26,87	14,99
Italia	280109	50,06	30,32

Fonte: Ministero della Salute

Tabella: Copertura vaccinazioni HPV fmaschi

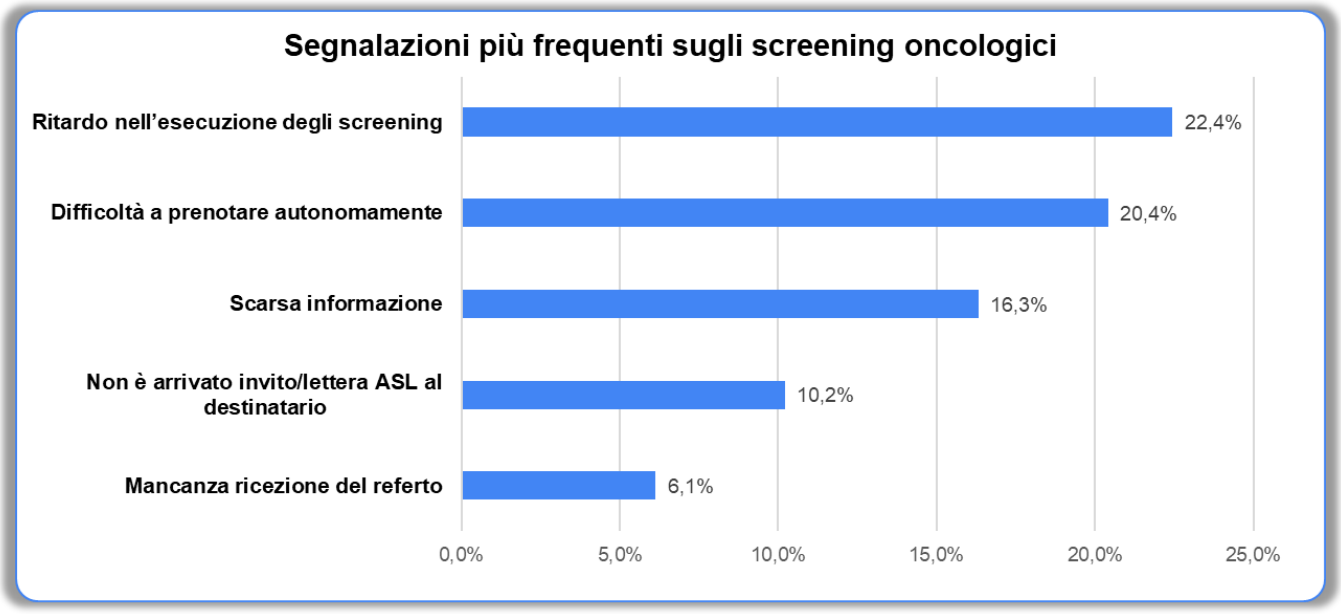
Tabella 1: Coorte di nascita 2008: CV per HPV per dose e Regione al 31/12/2020 (solo maschi)			
Regione	**Popolazione target**	**% vaccinate con almeno 1 dose**	**% vaccinate con ciclo completo**
Piemonte	20817	58,81	43,50
Valle d'Aosta	608	43,09	5,43
Lombardia	51476	39,15	16,55
Prov. Aut. Bolzano	2939	30,38	10,38
Prov. Aut. Trento	2832	66,53	55,37
Veneto	24615	42,80	16,35
Friuli-Venezia Giulia	5534	13,08	7,95
Liguria	6509	49,13	37,01
Emilia-Romagna	21848	64,02	46,89
Toscana	17899	57,90	40,54
Umbria	4156	66,99	46,87
Marche	7893	44,08	22,46
Lazio	28000	27,40	9,59
Abruzzo	6015	26,30	18,52
Molise	1415	46,78	29,54
Campania	30038	22,02	12,82
Puglia	19194	61,25	39,11
Basilicata	2510	51,87	38,17
Calabria	7563	41,41	31,22
Sicilia	25158	26,36	14,90
Sardegna	7185	22,21	12,25
Italia	294204	41,28	24,17

Fonte: Ministero della Salute

Secondariamente, disomogeneità e differenze si registrano anche per la vaccinazione offerta alle donne di 25 anni in occasione della chiamata al primo Pap-test, anche se ormai 18 tra Regioni e Province Autonome (**sono esclusi la Provincia autonoma di Bolzano, il Molise e la Valle d'Aosta**) hanno formalizzato la vaccinazione gratuita per le venticinquenni. **17 sono inoltre le Regioni che ad oggi offrono la vaccinazione gratuita per le donne con lesioni CIN2+.** Nonostante qualche progresso, si registrano ancora forti disparità in alcuni territori che richiedono un intervento mirato a livello geografico, anche considerando che la vaccinazione anti-HPV, sebbene non obbligatoria, rientra tra i Livelli Essenziali di Assistenza.

2.6 Screening oncologici organizzati

Questa seconda parte del capitolo è dedicata agli screening oncologici e, come per il tema delle vaccinazioni, abbiamo ritenuto importate partire dalle segnalazioni dei cittadini per comprendere quali siano i punti critici e da sciogliere per garantire un efficace accesso a questo importantissimo strumento di prevenzione da parte dei cittadini. Dalle segnalazioni raccolte nel 2021 da Cittadinanzattiva tramite il PIT Salute, il nostro servizio di informazione e tutela, l'8,7% dei cittadini ha incontrato problemi di accesso agli screening. Le più frequenti difficoltà si riscontrano nel ritardo nell'esecuzione degli screening. Mentre per le vaccinazioni, la riapertura dei centri vaccinali è stata più repentina, per quanto riguarda gli screening oncologici ancora oggi segnaliamo un generale rallentamento ed una difficoltà concreta nella capcità di recupero delle prestazioni perse. Più avanti nel capitolo, i dati qui riportati, sono confermati dal monitoraggio a cura dell'Osservatorio nazionale screening[19] che ci informa di centinaia di migliaia di prestazioni perse e da recuperare. Il danno di una mancata diagnosi tempestiva, che può derivare dalla mancata esecuzione di uno screening oncologico sono notevoli e l'impatto riguarda la salute dei cittadini prima di tutto, ma anche la sostenibilità del SSN che potrà trovarsi di fronte una situazione davvero difficile da fronteggiare, con un maggior numero di diagnosi di tumori avanzati, anche in termini di risorse. Oltre il 20% delle segnalazioni riguarda la difficoltà a prenotare autonomamente lo screening che se unita al 10,2% delle segnalazioni sulla mancata ricezione dell'invito da parte della asl, ci fa dedurre che oltre il 30% dei cittadini che si sono rivolti a noi avrebbero voluto sottoporsi allo screening ma di fanno non hanno potuto o hanno incontrato difficoltà. Ancora segnaliamo problemi con la scarsa informazione ed orientamento e la mancata ricezione del referto in caso di esito negativo, che lascia sempre un senso di enorme incertezza nei cittadini.



Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

[19] https://www.osservatorionazionalescreening.it/content/rapporto-sulla-ripartenza-maggio-2021

2.7 Focus segretari regionali: Interviste su Screening oncologici organizzati

I dati dei cittadini sono confermati da quelli raccolti presso le nostre segreterie regionali. Dai dati riportati in tabella notiamo che anche per il 2021, secondo l'esperienza dei nostri Segretari regionali, si sono verificate notevoli sospensioni/interruzioni. Circa il 57% dei rispondenti infatti segnala questa pratica per ogni tipologia di screening previsto (Mammella, cervicale, colorettale), confermando ancor una volta i dati riferiti al monitoraggio da parte dell'Osservatorio nazionale screening[20], aggiornato a maggio 2021.

Si sono verificati sospensioni/interruzioni nel normale svolgimento dei seguenti screening?

Mammografico	%
Si	57%
No	29%
Non risponde	14%
Totale	100%

Fonte: Cittadinanzattiva

Colon-rettale	%
Si	57%
No	29%
Non risponde	14%
Totale	100%

Cervice uterina	%

[20] https://www.osservatorionazionalescreening.it/content/rapporto-sulla-ripartenza-maggio-2021

Si	57%
No	29%
Non risponde	14%
Totale	100%

Fonte: Cittadinanzattiva

La sospensione ha riguardato tutto il territorio delle Regioni in modo sistemico nel 78% dei casi, mentre nel 22% si segnalano sospensioni/interruzioni solo da parte di alcuni territori/ASL.

Se Sì, specificare se interessa tutto il territorio regionale o ambiti territoriali/Asl in particolare:	%
Tutta la regione (in modo sistemico)	78%
Solo in alcuni territori/ASL	22%
Totale	100%

Fonte: Cittadinanzattiva

L'ultimo dettaglio è relativo al quadro regionale: Emilia Romagna, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia (non per il colorettale), Toscana, Sardegna (non per il mammografico), Trentino Alto Adige, Veneto, mostrano le più evidenti sospensioni. In particolare sono il Piemonte e la Sardegna a segnalare che le interruzioni hanno riguardato solo alcuni territori, in particolare afferenti ad aree interne delle Regioni e non su tutto il territorio in modo sistemico.

SCREENING ONCOLOGICI Si sono verificati sospensioni o interruzioni nel normale svolgimento dei seguenti screening?	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Friuli-Venezia Giulia	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Trentino-Alto Adige	Umbria	Val d'Aosta	Veneto
Mammografico		No			Si		Si	No	No	Non disponibile	Si	Si	Si	No		Si	Si	Non disponibile		Si
Colon-rettale		No			Si		Si	No	No	Non disponibile	Si	Si	No	Si		Si	Si	Non disponibile		Si
Cervice uterina		No			Si		Si	No	No	Non disponibile	Si	Non saprei	Si	Si		Si	Si	Non disponibile		Si
Se Sì, specificare se interessa tutto il territorio regionale o ambiti territoriali/Asl in particolare:	**Abruzzo**	**Basilicata**	**Calabria**	**Campania**	**Emilia Romagna**	**Friuli-Venezia Giulia**	**Lazio**	**Liguria**	**Lombardia**	**Marche**	**Molise**	**Piemonte**	**Puglia**	**Sardegna**	**Sicilia**	**Toscana**	**Trentino-Alto Adige**	**Umbria**	**Val d'Aosta**	**Veneto**
Tutta la regione (in modo sistemico)					x		x				x		x			x	x			x
Solo in alcuni territori/ASL												x		x						
	Non pervenuto		Non pervenuto	Non pervenuto		Non pervenuto				Non pervenuto					Non pervenuto				Non pervenuto	

Fonte: Cittadinanzattiva

Screening: L'adesione agli screening organizzati - i dati del 2019

Il valore considerato normale, quindi che definisce una regione adempiente rispetto ai LEA è 9; lo score che indica uno scostamento minimo è quello compreso tra 7 e 8; il punteggio 5-6, risulta rilevante; quello non accettabile è quello compreso tra 0 e 4.
Come consente di visualizzare a colpo d'occhio la tabella che segue, **sono 7 le Regioni che non raggiungono lo score ritenuto sufficiente, ovvero 9**: Calabria (2), Molise (3), Campania (3) Puglia (4), Sicilia (5), Basilicata (6), Lombardia (7). Solo una Regione mostra un miglioramento ovvero l'Umbria. **La maggior parte delle regioni mostra score invariato rispetto allo scorso anno o in peggioramento.**

Tabella: Quota residenti che aderiscono ai programmi di screening regionali per regioni in piano di rientro e non (anni 2018-2019)

Regione	Quota di residenti che hanno effettuato test in programmi di screening oncologico organizzati ≥ 9 (2018)	Quota di residenti che hanno effettuato test in programmi di screening oncologico organizzati ≥ 9 (2019)
ABRUZZO	9	9
BASILICATA	13	6
CALABRIA	2	2
CAMPANIA	3	3
EMILIA ROMAGNA	15	15
FRIULI VENEZIA GIULIA	15	np
LAZIO	9	9
LIGURIA	11	9
LOMBARDIA	9	7
MARCHE	9	9
MOLISE	7	3
PIEMONTE	13	11
PUGLIA	4	4
SARDEGNA	5	np
SICILIA	3	5
PA BOLZANO	9	np
PA TRENTO	15	np
TOSCANA	13	13
UMBRIA	11	13
VENETO	15	15
VALLE D'AOSTA	15	np

Fonte: Ministero della Salute

Screening mammografico i dati 2019

Nel 2019 il valore di copertura è aumentato di 5 punti percentuali rispetto al 2018 (89% versus 84%) con 3.658.235 inviti effettuati.
Sia al Nord (101,7%) che al Centro (98,5%) la copertura è migliorata rispetto allo scorso anno, mentre l'aumento più vistoso si è registrato al Sud con un incremento di quasi sette punti percentuali (66,3% nel 2019 versus 59% nel 2018).

Tabella: percentuale inviti screening mammografico

Nord	Centro	Sud
101,7%	98,5%	66,3%

Fonte: Osservatorio nazionale screening 2019

I dati mostrano un incremento nel numero di donne italiane invitate a effettuare una mammografia nel biennio 2017-2018 rispetto al precedente: si passa da circa 6.300.000 donne a circa 6.700.000, pari a un aumento del 6.7%.
Tuttavia l'adesione grezza all'invito tende a calare lievemente dal 55.5% al 54.8% rispetto al biennio precedente. Nel 2019 il valore si abbassa ulteriormente al 53.7%, registrando rispetto all'ultimo biennio un calo del 2%. Questo calo potrebbe essere stato determinato dalla pandemia da Covid 19: è opportuno ricordare infatti che l'adesione è stata calcolata al 30 aprile e che il primo lockdown serrato si è verificato nei mesi di marzo e aprile 2020. In quei mesi si potrebbe essere quindi verificata una riduzione alla partecipazione per paura del contagio o per il rallentamento degli ambulatori.

Tabella: numero di donne invitate/numero di adesioni alla mammografia

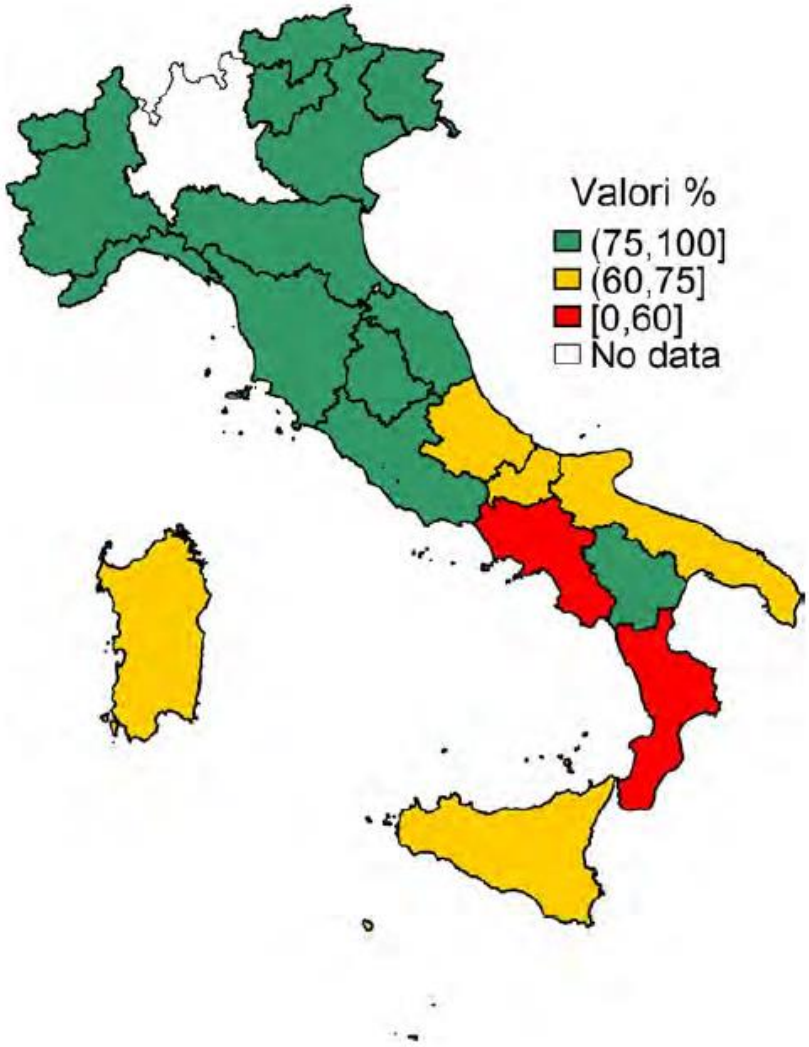
	2013 - 2014	2015 - 2016	2017 - 2018	2019
Numero donne invitate	5.475.139	6.284.314	6.705.386	3.582.635
Numero donne aderenti all'invito (% su donne invitate)	3.123.339 57%	3.487.504 55,5%	3.671.422 54,8%	1.923.151 53,7%

Fonte: Osservatorio nazionale screening 2019

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel 2017-2019 il 75% delle donne 50-69enni abbia eseguito una mammografia preventiva nel corso dei precedenti due anni. La copertura complessiva all'esame raggiunge valori più alti al Nord (84%) e al Centro (83%) ed è significativamente più bassa al Sud e nelle Isole (62%), con sensibili differenze a livello delle Regioni (range: 54% Campania - 89% Friuli Venezia Giulia). Il sistema Passi informa sulla copertura complessiva al test, comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl, sia di quella che lo ha eseguito al di fuori.
La percentuale di mammografie eseguite al di fuori dei programmi di screening organizzati è rilevante, ma inferiore a quella presente nello screening cervicale: a livello nazionale si stima infatti che una donna su cinque (19%) abbia eseguito la mammografia come prevenzione

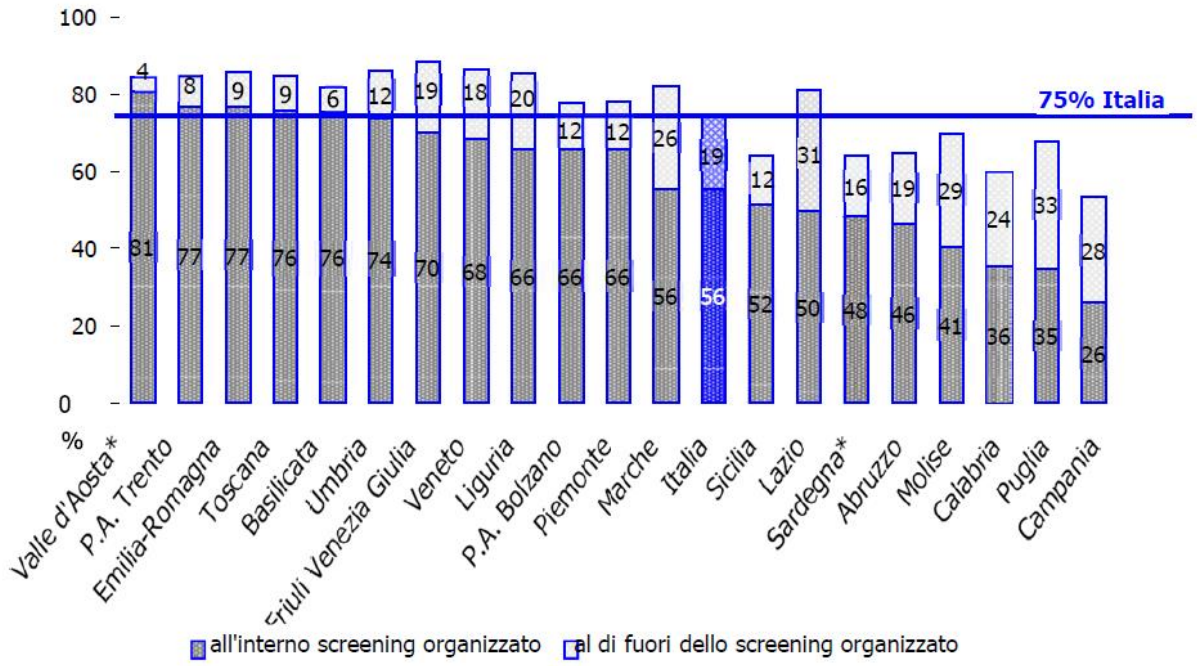
individuale rispetto a una donna su tre dello screening cervicale (33%). Sono presenti significative differenze tra le Regioni (range: 4% Valle d'Aosta - 33% Puglia).

Figura: Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%). Donne 50-69enni Passi 2017-2019 (n.19.778



Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

Figura. Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%). Donne 50-69enni Passi 2017-2019 (n.19.778)



Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

Nel periodo 2008-2019 la copertura della mammografia preventiva è in lieve aumento. Questa crescita è risultata statisticamente significativa in tutte le ripartizioni geografiche, in particolar modo nelle regioni del Centro che hanno raggiunto i livelli di quelle del Nord, mentre resta rilevante il differenziale rispetto al Sud.
È in lieve aumento la copertura all'interno dei programmi di screening e diminuisce quella al di fuori. L'andamento all'interno dei programmi di screening mostra una significatività sul piano statistico

I tempi d'attesa

Il periodo di tempo che intercorre tra la mammografia e il momento in cui è possibile riferire il referto negativo o, per i casi con dubbio diagnostico, il momento in cui si effettua una seduta di approfondimento o l'intervento chirurgico, sono indicatori fondamentali della qualità di un programma di screening. Come mostra la tabella, un gran numero di programmi italiani continua a essere in difficoltà nel garantire nel tempo la buona qualità di questi indicatori e i valori permangono ben al di sotto del livello accettabile, con i primi due indicatori che mostrano una tendenza al peggioramento. Invece l'intervento entro 60 giorni dall'esecuzione della mammografia mostra nel 2019 un aumento rispetto al 2017-2018.

Tabella: i tempi d'attesa

	2013-2014	2015-2016	2017-2018	2019	Standard accettabile GISMa
Invio dell'esito per i casi negativi entro 21 giorni dall'esecuzione della mammografia	67%	64%	61%	58%	90%
Approfondimento entro 28 giorni dall'esecuzione della mammografia	61%	57%	53%	51%	90%
Intervento entro 60 giorni dall'esecuzione della mammografia	42%	36%	31%	37%	

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

Screening colorettale i dati 2019

Nel 2019 sono stati invitati quasi 6 milioni di cittadini (5.921.032) di età compresa tra i 50 e i 69 anni a eseguire il test di per la ricerca del sangue occulto (Sof) e 68.417 soggetti di 58 anni a eseguire la rettosigmoidoscopia come test di screening. Lo screening colorettale, infatti, prevede in quasi tutta l'Italia la ricerca del sangue occulto nelle feci, mentre il Piemonte vede la proposta della rettosigmoidoscopia una volta nella vita a 58 anni di età e la ricerca del sangue occulto per coloro che non accettano l'esame endoscopico. Alcune Regioni, ed in particolare Lazio ed Umbria estendono l'invito di screening fino a 74 anni e infatti le persone di età compresa tra i 70-74 anni complessivamente invitate sono state 430.748.
La copertura della popolazione è stata del 91,4% e del 95,5% nelle regioni del Nord e del Centro, mentre al Sud si osserva un valore pari al 43,5%, stabile rispetto all'anno precedente.

Tabella: Percentuale inviti screening colorettale 2019

Nord	Centro	Sud
91,4%	95,5%	43,5%

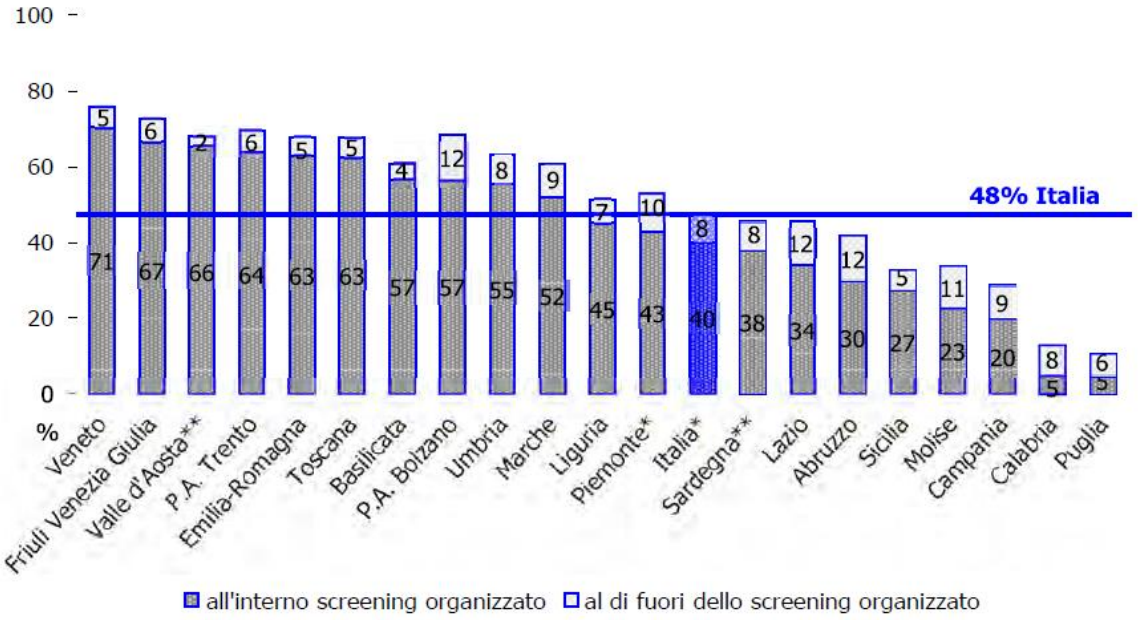
Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel triennio 2017- 2019 il 48% delle persone intervistate nella fascia di età 50-69 anni abbia eseguito un esame a scopo preventivo per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto: sangue occulto negli ultimi 2 anni o colonscopia negli ultimi 5 anni. (Il dato relativo al Piemonte viene calcolato con un algoritmo apposito che tiene conto delle diverse modalità di organizzazione dello screening: rettosigmoidoscopia a 58 anni o in alternativa ricerca del sangue occulto ogni due anni nella fascia 59-69 anni). La copertura per la diagnosi precoce dei tumori colorettali mostra un marcato gradiente geografico: 67% al Nord, 56% al Centro e 28% al Sud, con significative differenze regionali (range: 11% Puglia - 76% Veneto).

Figura: Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati (%). Persone 50-69enni. Passi 2017-2019 (n. 36.368)

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

Figura: Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati (%). Persone 50-69enni Passi 2017-2019) (n.36.368)



* Il dato relativo al Piemonte viene calcolato con un algoritmo apposito che tiene conto delle diverse modalità di organizzazione dello screening (rettosigmoidoscopia a 58 anni o in alternativa ricerca del sangue occulto ogni due anni nella fascia 59-69 anni)
** Regioni che non hanno aderito con un campione regionale.

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

I tempi d'attesa

Il tempo che intercorre tra un test positivo e l'approfondimento colonscopico deve essere il minore possibile, per ridurre il carico di ansia delle persone coinvolte. Tuttavia, una lunga attesa è un problema molto diffuso tra i programmi, e in alcune realtà questo tempo può essere addirittura superiore ai due mesi. Questo problema va gestito a livello di programmazione e soprattutto di assegnazione di risorse al programma. I carichi di lavoro indotti dallo screening possono essere stimati con precisione: il reperimento delle risorse previste rappresenta quindi una precisa azione di politica sanitaria interna alle aziende sanitarie locali.
Nel 2019 si è osservato un leggero ulteriore peggioramento della performance relativa al tempo di attesa per l'esecuzione della colonscopia. Il dato medio nazionale, che si pone su un livello molto lontano dallo standard di riferimento del GISCoR, sottende una situazione problematica in quasi tutte le Regioni.

Tabella: I tempi d'attesa

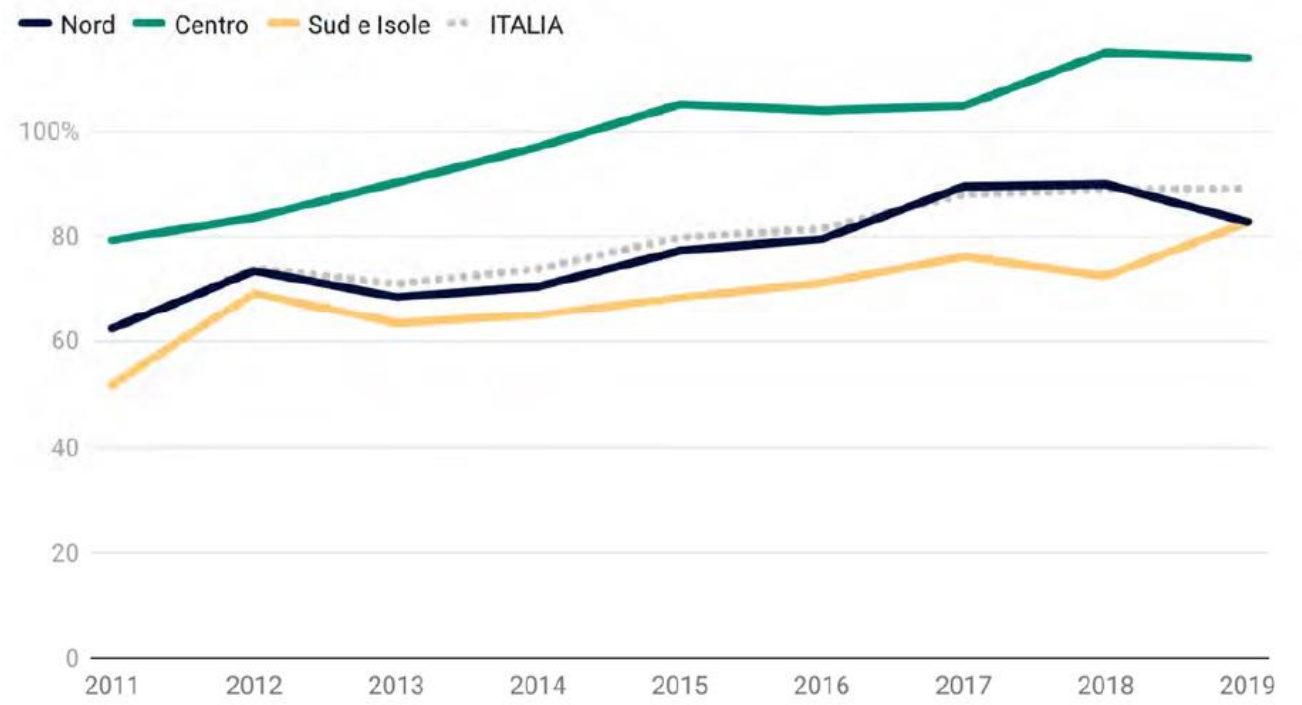
	2013-14	2015-16	2017-18	2019	Standard accettabile GISCoR
Percentuale di persone che eseguono l'approfondimento entro 30 giorni dal test positivo	44%	45%	43%	42%	>90%

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

Screening cervicale i dati 2019

La prossima figura riporta l'andamento della copertura degli inviti per lo screening cervicale. Nel 2019 sono state invitate allo screening cervicale 3.820.049 donne di età compresa tra i 25 ed i 64 anni, attestandosi quindi l'estensione degli inviti all'89%, stabile rispetto al 2018. Seppure il numero complessivo degli inviti sia diminuito rispetto all'anno precedente la copertura non si è ridotta per effetto dell'allungamento dell'intervallo di screening in seguito all'introduzione progressiva del test HPV come test primario di screening. Si conferma l'aumento dei programmi attivi con HPV a livello nazionale. Infatti, 1.623.126 donne, quasi 124.000 in più rispetto all'anno precedente, sono state chiamate a test HPV, mentre 2.196.923 sono state invitate a Pap test. Rispetto all'anno precedente si osservano fluttuazioni della copertura per macro area con un calo di circa 7 punti percentuali al Nord, una sostanziale stabilità al Centro e un aumento di 10 punti percentuali al Sud.

Figura Estensione effettiva dello screening cervicale (% delle donne fra 25 e 64 anni di età che ricevono la lettera di invito alla popolazione target dell'anno, dal 2011 al 2019)



Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

Nei trienni 2013-2015 e 2016-2018 si è osservato complessivamente un aumento del numero di donne che nell'età 25-64 anni hanno eseguito un esame di screening con Pap-test o test Hpv. Nel 2019 circa 1,5 milioni di donne ha fatto un esame di screening cervicale. Il numero degli inviti e delle donne che hanno fatto il test è in leggera riduzione rispetto agli anni precedenti, probabilmente in relazione all'allungamento dell'intervallo di screening in seguito all'introduzione progressiva del test Hpv. Si osserva anche una diminuzione dell'adesione allo screening in seguito all' invito.
La riduzione dell'adesione, osservata nel 2019, si distribuisce su tutte le fasce di età, ad eccezione di quella delle 25-34enni dove il valore è stabile rispetto al triennio 2016-2018. Come per lo screening mammografico, la riduzione della partecipazione potrebbe essere in parte spiegata dall'emergenza pandemica con la rinuncia ad effettuare il test di screening durante il periodo di marzo aprile 2020.

Tabella: Donne che hanno fatto screening con Pap-test o test Hpv e adesione all'invito

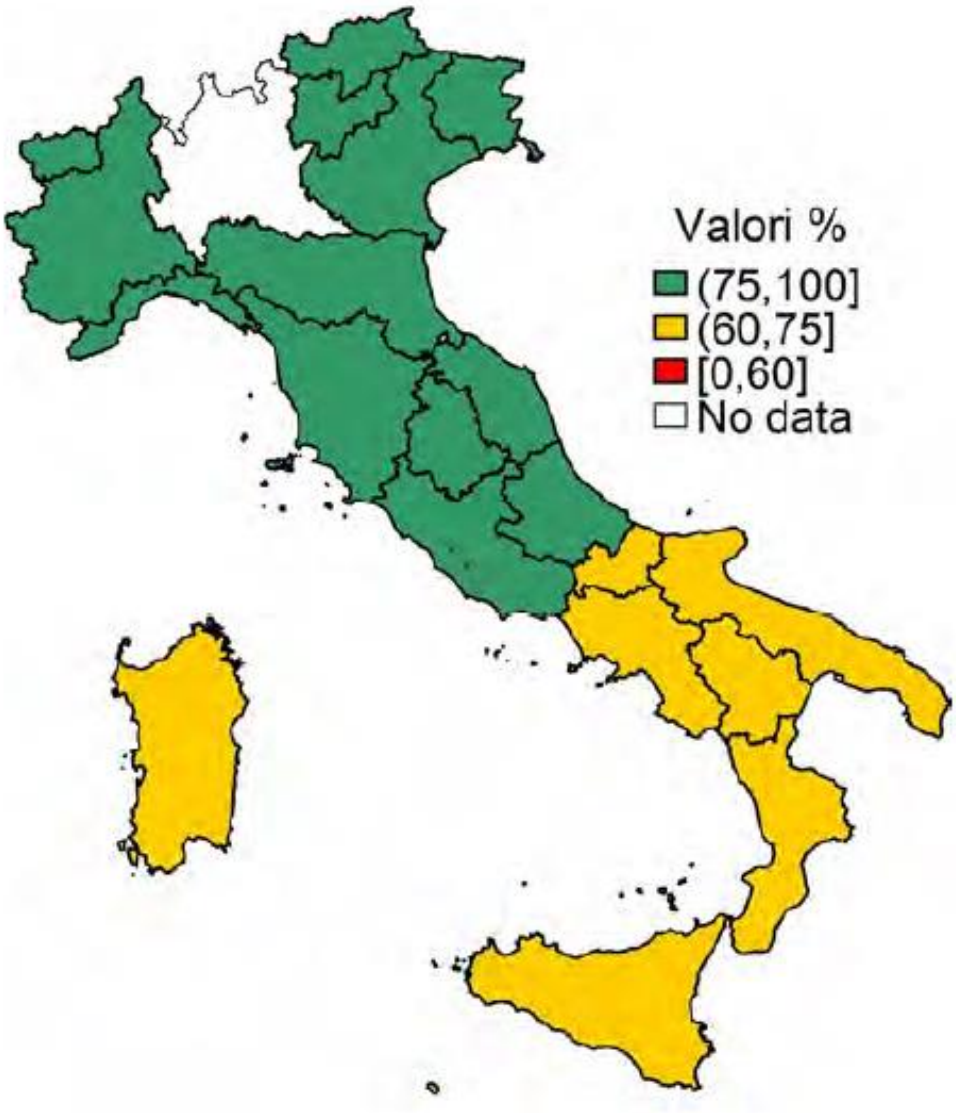
Anno attività	2013-2015	2016-2018	2019
Numero di donne invitate	11.607.450	11.916.979	3.820.049
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito*	40.6%	40,1%	38,5%
Numero di donne che hanno fatto screening	4.537.647	5.023.021	1.496.872

* sono incluse tutte le donne (incluse le donne <25 e >64 anni) che hanno partecipato allo screening

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

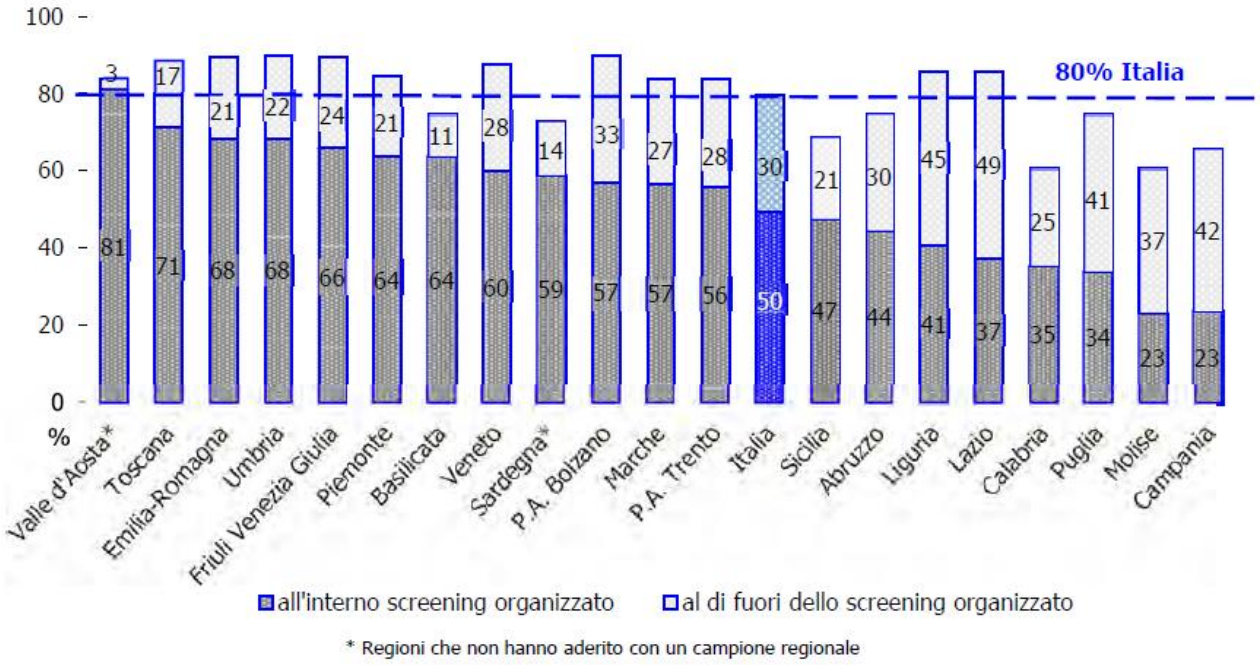
Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel 2017-2019 quattro donne 25-64enni su cinque (80%) abbiano eseguito un Pap test o un test dell'Hpv preventivo entro i tempi raccomandati.
La copertura complessiva al test preventivo raggiunge valori elevati al Nord (87%) e al Centro (87%), mentre è più bassa al Sud (69%). Tra le Regioni partecipanti al Passi sono presenti significative differenze (range: 60% Calabria - 90% P.A. Bolzano).
Il sistema Passi informa sulla copertura al test complessiva, comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl (vedi nota) sia di quella che lo ha eseguito al di fuori. Nello screening cervicale la quota al di fuori dei programmi di screening organizzati è rilevante e a livello nazionale è più della metà rispetto a quella all'interno degli screening organizzati (rispettivamente 30% e 50%). Sono presenti differenze significative tra le Regioni (range: 3% la Valle d'Aosta - 49% Lazio).

Figura: Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati. Donne 25-64enni (%). Passi 2017-2019 (n.38.150)



Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

Figura: Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati. Donne 25-64enni (%). Passi 2017-2019



Fonte: Osservatorio nazionale screening 2019

In Italia, nel triennio 2016-2018, si osserva una riduzione, rispetto al triennio precedente, del numero delle donne invitate allo screening con Pap-test come test primario, in relazione all'introduzione progressiva del test Hpv. Nel 2019 si conferma questa riduzione, insieme con una riduzione delle donne che hanno aderito all'invito. Si riduce, di conseguenza, il numero delle donne che hanno fatto un Pap-test come test primario di screening.

*Tabella: Principali indicatori: adesione agli standard di qualità attività Pap-test**

Anno attività	2013-2015	2016- 2018	2019*
Donne Invitate	10.019.317	8.311.248	2.196.923
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	39,6%	36,0%	33,4%

**il dato include sia i programmi che invitano solo 25-29 con Pap-test poiché invitano le donne 34-64enni con test primario Hpv, sia quelli che invitano tutta la popolazione con Pap-test.*
*** il denominatore della DR è inferiore rispetto al numero di screenate presenti in questa tabella perché hanno fornito i dati per questo indicatore un numero inferiore di programmi rispetto a quelli che hanno fornito i valori di screenate*
Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

Screening con Hpv test come test primario

Nel 2019, 73 programmi di screening hanno utilizzato la ricerca del Dna di tipi "ad alto rischio" di PapillomaVirus Umano (Hpv) come test primario di screening. Tutti i programmi aziendali di 13 Regioni hanno utilizzato il test Hpv. La progressiva conversione da Pap-test a test Hpv è stata raccomandata nel 2013 dal Ministero della Salute e nel Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2019 era previsto che tutte le Regioni dovessero implementare lo screening con test Hpv primario entro la fine del 2019. A tal fine si sono rese necessarie una fase di riorganizzazione a livello regionale e il passaggio diluito su 3-4 anni al fine di evitare modifiche importanti dei volumi di attività dovuti al cambio di intervallo tra due test (da 3 a 5 anni). Come atteso, si osserva un aumento modesto nei primissimi anni e più marcato successivamente: nel triennio

2013-2015 la proporzione di donne invitate allo screening con test Hpv era del 14% ed è salita al 30,3% nel triennio 2016-2018. Nel 2019 a livello italiano il 42% delle donne viene invitato ad effettuare un Hpv test come test primario di screening, rispetto al 38% dell'anno precedente. Si mantengono tuttavia importanti disparità sostanziali tra aree geografiche. In alcune regioni del Nord c'è stato un avvio tempestivo della conversione. Nel 2019 il 58% delle donne del Nord è stato invitato a screening con Hpv. Al contrario, al Sud, la proporzione di invitate al test Hpv rimane sostanzialmente inferiore nei trienni 2013-2015 e 2016-2018 confermando che in buona parte delle Regioni non c'è stato l'avvio di una conversione al di fuori di alcuni programmi pilota (anche regionali) già esistenti. Nel 2019 la proporzione sale al 18%. Al Centro, la proporzione di invitate all'Hpv è aumentata dal 13% nel triennio 2013-2015, al 34% nel triennio successivo, e al 54% nel 2019, come risultato di una media tra alcune regioni che hanno avviato tempestivamente la conversione e altre che la stanno progressivamente realizzando. L'adesione nel 2019 mostra una lieve riduzione (46%), superiore comunque a quella generale all'invito allo screening. Questo dato deriva comunque anche dal fatto che la conversione non è avvenuta in Regioni dove l'adesione era più bassa. La riduzione è più accentuata nelle regioni del Centro. La proporzione di donne positive al test è in aumento al Nord, si mantiene più elevata al Centro e al Sud, con una media italiana del 8.2%.

Tabella Introduzione del test per la ricerca del Dna del papilloma virus umano (Hpv) come test di screening

		N di donne invitate a screening con ricerca Hpv come test primario	% di donne invitate a screening con ricerca Hpv come test primario§	N. aderenti	Adesione al test Hpv	% Hpv+
2013-2015	**ITALIA**	1.588.133	13,7%	754.304	47,5%	6,9%
	Nord	671.684	13,2%	346.190	51,5%	6,5%
	Centro	518.349	17,7%	242.136	46,7%	5,2%
	Sud e Isole	398.100	11,1%	165.978	41,7%	8,4%
2016-2018	**ITALIA**	3.605.731	30,3%	1.789.253	49,6%	7,4%
	Nord	2.268.508	45,5%	1.229.764	54,2%	6,8%
	Centro	999.008	33,7%	401.732	40,2%	8,1%
	Sud e Isole	338.215	8,5%	157.757	46,6%	10,1%
2019	**ITALIA**	1.623.126	42,5%	737.584	45,4%	8,2%
	Nord	866.041	58,2%	444.244	54,1%	8,3%
	Centro	503.828	54,2%	208.659	41,4%	8,3%
	Sud e Isole	253.257	18,1%	84.681	33,4%	7,5%

§ tra tutte le invitate a screening cervicale.

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

2.8 Screening: volumi di attività in tempo di Covid 19

L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) si è proposto di monitorare l'andamento dei programmi di screening durante l'epidemia da Coronavirus. Uno degli strumenti allestiti allo scopo è stata la conduzione di specifiche indagini per misurare quantitativamente il ritardo accumulato e le capacità di recupero dei programmi in ogni Regione.

Per ogni tipo di programma di screening sono presentati:

1. il ritardo cumulato (in numeri assoluti e in %) nel numero di inviti/contatti nel periodo gennaio 2020-maggio 2021 rispetto all'atteso in base ai dati del 2019 in ogni Regione, per ciascuno dei tre screening;
2. il ritardo cumulato (in numeri assoluti e in %) nel periodo gennaio 2020-maggio 2021 rispetto al periodo di riferimento del 2019 in ogni Regione per ciascuno dei tre screening;
3. il ritardo cumulato (in mesi standard) nel numero di esami nel periodo gennaio 2020-maggio 2021 rispetto al periodo di riferimento del 2019 in ogni Regione per ciascuno dei tre screening;
4. la stima del numero di lesioni diagnosticate in meno nel periodo gennaio 2020-maggio 2021 rispetto al periodo standard di riferimento stimato relativo al 2019.

Hanno contribuito a questa quarta survey tutte le 21 Regioni o Province Autonome. In alcune specifiche situazioni i dati fanno riferimento solo a una parte delle Aziende USL coinvolte. Di seguito in dettaglio i risultati per ciascuno dei tre screening.

In sintesi

Si conferma che non vi è stato un completo recupero rispetto al ritardo accumulato precedentemente e se in alcune Regioni e per alcuni programmi nel 2021 si sarà probabilmente riusciti ad assorbire tutti i ritardi, nella maggior parte delle altre è probabile che si sia riusciti a recuperare all'invito tutta la popolazione rimasta in sospeso nel 2020, ma siano poi slittati gli inviti rivolti a parte della popolazione che doveva essere invitata nel 2021. Fra i tre screening, quello che ha reagito meglio è quello mammografico, ma anche in questo caso si registra un aumento dei ritardi.

In merito alla capacità del sistema di garantire un'adeguata offerta di screening, le differenze percentuali degli **inviti** nei 17 mesi oggetto della rilevazione (-28,4% cervice, -20,3% mammella, -24,4% colon retto) evidenziano un miglioramento rispetto alla terza survey aggiornata a dicembre 2020 (-33% cervice, -26,6% mammella, -31,8% colon retto) dimostrando come nei primi 5 mesi del 2021 si conservi sempre un ritardo, ma a una velocità decrescente rispetto al periodo precedente.

La riduzione del numero di **persone esaminate** (-35,6% cervice, -28,5% mammella, -34,3% colon retto) è piuttosto consistente per tutti e tre i programmi di screening con percentuali più contenute per lo screening mammografico. Rispetto al precedente aggiornamento al dicembre 2020 (-43,4% cervice, -37,6 mammografico, -45,5% colon retto) si osserva, analogamente alla riduzione percentuale degli inviti, un contenimento dei ritardi nella erogazione dei test di screening. La riduzione dei test erogati dipende ovviamente dalla riduzione del numero degli inviti, ma può risentire sensibilmente anche della tendenziale minore partecipazione da parte della popolazione La riduzione dei test di screening, determinata dalla riduzione degli inviti e dalla minor partecipazione, permette di stimare le lesioni tumorali che potrebbero subire un ritardo diagnostico pari a 3.504 lesioni CIN2+, 3.558 carcinomi mammari, 1.376 carcinomi colorettali e oltre 7.763 adenomi avanzati del colon retto.

Screening cervicale

Complessivamente, nel periodo in esame, si osserva una riduzione rispetto all'anno precedente di oltre un milione e mezzo di inviti (1.575.164) pari a una riduzione percentuale del 28,4% (range dal +22,7% dell'Umbria al -72,2% della Basilicata, il valore del +116,6% del Molise non può essere confrontato con quello delle altre Regioni date le specificità organizzative di questa Regione). Come si può vedere i test di screening eseguiti in meno rispetto al 2020 sono complessivamente 784.760 (-35,6%)

Tabella: Riduzione screening Cervicale

Regione	Esami in meno gennaio 2020 - maggio 2021	Esami in meno gennaio 2020 - maggio 2021	Tassi di identificazione attesi CIN2+	N. lesioni CIN2+ in meno*	Ritardo accumulato in mesi standard
	(n.)	(%)	(x 1000 esaminate)		
Abruzzo	-14.998	-35,4%	5,7	-85	-6,0
Basilicata	-18.961	-74,7%	1,8	-34	-12,7
Bolzano PA	10.561	44,1%	ND	NC	7,5
Campania	-62.295	-52,2%	2,0	-125	-8,9
Calabria	-13.406	-53,6%	10,0	-134	-9,1
Emilia Romagna	-76.850	-29,1%	5,2	-403	-5,0
FVG	-27.691	-31,6%	4,9	-136	-5,4
Lazio	-59.825	-33,5%	4,4	-262	-5,7
Liguria	-22.028	-39,8%	5,4	-119	-6,8
Lombardia	-88.056	-71,0%	3,8	-336	-12,1
Marche	-34.682	-38,7%	2,8	-98	-6,6
Molise	-1.697	-35,7%	1,0	-2	-6,1
Piemonte	-113.659	-49,5%	6,4	-727	-8,4
Puglia	-44.730	-32,8%	0,4	-17	-5,6
Sardegna	-26.643	-41,0%	5,1	-136	-7,0
Sicilia	-56.545	-38,6%	1,8	-104	-6,6
Trento PA	-14.598	-36,6%	5,2	-76	-6,2
Toscana	-40.095	-17,4%	6,4	-257	-3,0
Umbria°	-1.791	-3,2%	12,3	-22	-0,5
Valle d'Aosta	-2.559	-27,1%	3,0	-8	-4,6
Veneto	-74.212	-29,2%	4,3	-323	-5,0
ITALIA	-784760	-35,6%	4,5	-3504	-6,0

*Totale Italia per somma
ND: non disponibile
NC: non calcolabile

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening

Ci sono ampie oscillazioni fra le Regioni (da +44,1% della PA Bolzano al -74,7% della Basilicata). Relativamente alla PA Bolzano, si segnala che nel periodo gennaio-maggio 2021 si è registrato un numero di adesioni fortemente superiore all'analogo periodo standard di riferimento stimato relativo al 2019 a fronte di un numero di inviti del tutto simile tra i due

periodi. Se si esprime il dato in mesi standard di ritardo il valore complessivo italiano è di 6 mesi con un'ampia variabilità tra le Regioni di cui alcune in evidente sofferenza (Basilicata e Lombardia registrano 12 mesi standard di ritardo).
Sempre relativamente al valore complessivo italiano, confrontando la riduzione degli inviti con quella dei test erogati è possibile stimare la propensione alla partecipazione che mette in evidenza una riduzione relativa tra i due periodi in esame del 20%. Nell'ambito di questo indicatore Regioni come Lazio, Liguria, Marche, Molise, Sicilia, PA Trento, Umbria e Valle D'Aosta presentano riduzioni relative superiori al 30%.
In merito alle lesioni CIN2+ perse il numero stimato è pari a 3.504 (da -8 della Valle D'Aosta a -727 del Piemonte).

Screening mammografico

Complessivamente si registra una riduzione rispetto all'anno precedente di più di un milione di inviti (1.093.354) pari al 20,3% (range dal +6,4% della Sicilia al -63,1% della Valle D'Aosta). Nei 17 mesi relativi a gennaio 2020-maggio 2021sono 816.966 in meno le donne che hanno eseguito la mammografia in screening rispetto allo stesso periodo di riferimento, pari ad una riduzione del 28,5%.

Tabella: Riduzione screening mammografico

Regione	Esami in meno gennaio 2020 - maggio 2021	Esami in meno gennaio 2020 - maggio 2021	Tassi di identificazione attesi	N. casi diagnosticati in meno*	Ritardo accumulato in mesi standard
	(n.)	(%)	(x 1000 esaminate)		
Abruzzo^	-20.720	-38,6	4,2	-93	-6,6
Basilicata^	-17.386	-42,4	4,5	-71	-7,2
Bolzano PA	-6.978	-22,7	3,7	-33	-3,9
Campania	-55.067	-49,6	5,2	-160	-8,4
Calabria	-9.660	-65,8	2,8	-39	-11,2
Emilia Romagna	-17.410	-5,5	5,4	-96	-0,9
FVG	-15.177	-17,5	5,4	-87	-3,0
Lazio	-87.739	-35,6	3,6	-369	-6,0
Liguria	-42.996	-44,6	3,5	-133	-7,6
Lombardia	-191.445	-36,4	4,6	-842	-6,2
Marche	-26.544	-34,5	4,0	-106	-5,9
Molise	-4.776	-48,6	4,5	-17	-8,3
Piemonte	-90.641	-35,7	5,3	-499	-6,1
Puglia	-44.380	-34,3	3,2	-191	-5,8
Sardegna	-19.933	-43,4	2,0	-66	-7,4
Sicilia	-51.516	-35,5	3,4	-155	-6,0
Trento PA	-14.085	-36,4	5,3	-85	-6,2
Toscana	-34.486	-13,6	5,5	-179	-2,3
Umbria°	-6.014	-8,3	2,7	-20	-1,4
Valle d'Aosta	-6.024	-59,6	4,2	-27	-10,1
Veneto	-53.988	-17,6	5,2	-292	-3,0
ITALIA	-816.966	-28,5	4,4	-3558	-4,8

^ Per un'Azienda della regione Abruzzo e per la regione Basilicata non è noto il periodo gennaio-maggio 2019, pertanto la stima 2019 è stata effettuata considerando 5/12 dell'attività annuale
°Il dato è riferito alla fascia 50-74
*Totale Italia per somma

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening

Ci sono ampie oscillazioni fra le Regioni (dal -5,5% della Regione Emilia-Romagna al -65,8% della Calabria). I mesi standard di ritardo sono complessivamente pari a 4,8 mesi. Come per la

cervice la variabilità regionale è ampia e Calabria e Valle D'Aosta registrano ritardi superiori ai 10 mesi standard.
Il rapporto fra le percentuali di variazione delle invitate e degli esami fatti fra il 2020 e il 2019 ci dà una indicazione sulla propensione a partecipare avendo ricevuto un invito. Questo rapporto per lo screening mammografico risulta pari a 71,5%/79,7% = 0,897. Questo significa che, rispetto allo stesso periodo di riferimento del 2019, nel 2020-2021 la propensione alla partecipazione si è ridotta relativamente di circa il 10% con alcune Regioni come Lazio, Liguria, Marche, Molise e Sicilia che registrano riduzioni relative superiori al 20%. Infine, il numero di carcinomi non diagnosticati è stimato essere pari a 3.558.

Screening Colorettale

Complessivamente si registra una riduzione rispetto al periodo pre-pandemico di più di due milioni di inviti (2.175.318) pari al 24,4% (range dal +2,9% dell'Umbria al -76% della Basilicata).
Nei 17 mesi relativi a gennaio 2020-maggio 2021 sono oltre un milione (1.195.987) in meno gli uomini e le donne che hanno eseguito il test di screening (ricerca del sangue occulto fecale o rettosigmoidoscopia) pari ad una riduzione del 34,3%.

Tabella: Riduzione screening Colorettale

Regione	Esami in meno gennaio 2020 - maggio 2021		Tassi di identificazione attesi: CCR (x 1000)	N. casi^ diagnosticati in meno: CCR	Tassi di identificazione attesi: adenoma avanzato (x 1000)	Numero Casi^ diagnosticati in meno: adenoma avanzato	Ritardo accumulato in mesi standard
	(n.)	(%)					
Abruzzo§	-7.039	-12,0	3,0	-21	11,8	-83	-2,0
Basilicata§	-24.108	-72,2	1,1	-27	1,2	-29	-12,3
Bolzano PA	4.341	15,8	1,1	5	4,3	19	2,7
Campania	-83.236	-78,7	1,6	-133	4,5	-375	-13,4
Calabria	-5.105	-63,1	3,1	-16	3,4	-17	-10,7
Emilia Romagna	-10.573	-2,6	0,9	-10	7,6	-80	-0,4
FVG	-36.513	-26,5	1,0	-37	4,2	-153	-4,5
Lazio	-110.046	-36,9	1,9	-209	10,4	-1144	-6,3
Liguria	-57.625	-55,7	0,8	-46	4,4	-254	-9,5
Lombardia	-551.302	-64,5	0,9	-496	4,9	-2701	-11,0
Marche	-22.057	-22,7	1,1	-24	6,8	-150	-3,9
Molise	-3.447	-32,2	1,7	-6	5,6	-19	-5,5
Piemonte FIT	-29.788	-29,4	1,7	-51	12,2	-363	-5,0
Piemonte FS	-16.336	-66,8	2,8	-46	46,1	-753	-11,4
Puglia*	NV						
Sardegna	-27.444	-58,0	2,1	-58	6,0	-165	-9,9
Sicilia	-32.090	-30,8	1,1	-35	5,7	-183	-5,2
Trento PA	-4.324	-8,8	1,0	-4	7,4	-32	-1,5
Toscana	-77.867	-22,4	0,9	-70	5,6	-436	-3,8
Umbria°	-3.448	-4,5	0,6	-2	5,8	-20	-0,8
Valle d'Aosta	-13.859	-82,6	0,5	-7	6,0	-83	-14,0
Veneto	-84.122	-14,8	1,0	-84	8,8	-740	-2,5
ITALIA^	**-1.195.987**	**-34,3**	1,1	-1376	6,7	-7763	-5,8

§ Per un'Azienda della regione Abruzzo e per la regione Basilicata non è noto il periodo gennaio-maggio 2019, pertanto la stima 2019 è stata effettuata considerando 5/12 dell'attività annuale
* La regione Puglia ha iniziato lo screening colorettale nel secondo semestre del 2019
° Il dato è riferito alla fascia 50-74
N.V. non valutabile
^totale Italia per somma

Fonte: Osservatorio nazionale screening

Ci sono ampie oscillazioni fra le Regioni (dal -2,6% della Regione Emilia Romagna al -82,6% della Valle D'Aosta). I mesi standard di ritardo sono complessivamente pari a 5,8 mesi con 9

Regioni che hanno ben più di 6 mesi di ritardo. La propensione alla partecipazione espressa dal rapporto fra le percentuali di variazione degli invitati e degli esaminati nei due periodi di osservazione, pandemico e pre-pandemico, risulta pari a 65,7%/75,6% =0,869. Questo significa che, rispetto allo stesso periodo di riferimento stimato del 2019, nel 2020-2021 la propensione alla partecipazione si è ridotta relativamente del 13,1% con alcune Regioni come Campania, Calabria, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Sicilia e Valle D'Aosta che registrano riduzioni relative superiori al 20%. Il numero di carcinomi colorettali che si stima essere stato diagnosticato in meno ammonta a 1.376 casi, mentre la stima degli adenomi avanzati persi è di 7.763 lesioni.

2.9 Focus segretari regionali: Interviste su Partecipazione civica nell'ambito della "Prevenzione":

Tornando ai dati raccolti alle nostre segreterie regionali, in questa sezione presentiamo le esperienze di pratiche di democrazia partecipativa sul tema della prevenzione avviate dalle Regioni. Ebbene purtroppo dobbiamo segnalare che solamente nel 14% dei casi si segnala l'attivazione di tavoli istituzionali con la presenza delle Associazioni o Organizzazioni civiche e queste sono in Basilicata e Trentino Alto Adige.

Pratiche di democrazia partecipativa: presenza di Tavoli Istituzionali sul tema della Prevenzione	%
Si	14%
No	57%
Non risponde	29%
Totale	100%

Fonte: Cittadinanzattiva

In merito ad iniziative di attivismo civico segnaliamo di seguito alcune esperienze regionali portate avanti da Cittadinanzattiva o insieme ad altre Associazioni.

Iniziative di Attivismo civico. Descrizione dell'esperienza
Basilicata: Cittadinanzattiva ha avuto più incontri con tutti i direttori sanitari degli ospedali e il centro di Rionero in vulture per organizzare la prevenzione sui territori e nelle zone più svantaggiate
Emilia Romagna: campagne social sui vaccini e sull'utilità degli screening oncologici
Lombardia: iniziative per mantenere aperti ed operanti quasi a pieno regime gli ambulatori screening, con anche recupero arretrato, oltre a contribuire alla decisione di nuove aperture - gestione in stretta collaborazione con altre associazioni: caos, avo, favo, andos, lilt, fondazione veronesi, il ponte del sorriso, fondazione ascoli e tante altre"
Marche: monitoraggio civico della campagna vaccinale, attraverso una survey rivolta ai cittadini. consegnati i risultati in Regione, quest'ultima non ha mai convocato per discuterne
Piemonte: sono stati resi disponibili pulmini di varie ass. di volontariato utilizzati dalla protezione civile che poteva operare campagne di comunicazione per l'accesso ai vaccini

Puglia: Cittadinanzattiva ha promosso una campagna di sensibilizzazione sullo screening mammografico in particolare sui territori delle aree interne proponendo alla asl di foggia l'acquisto di un camper attrezzato per la promozione della medicina di prossimità. ottenendo eccellenti risultati (ha partecipato quasi il 100% delle donne)
Trentino-Alto Adige: presentazione di documenti con considerazioni e proposte all'Assessore provinciale e al direttore generale apss, direttamente da cittadinanzattiva tn e anche in collaborazione con la consulta provinciale per la salute.
Umbria: Cittadinanzattiva Umbria aps, a seguito di numerose segnalazioni, sta lavorando per il ripristino e/o nuova attivazione presso il dipartimento di sicurezza e prevenzione luoghi di lavoro dello "sportello di ascolto e consulenza mobbing" ha scritto lettere a tutte le istituzioni, e coinvolto il difensore civico regionale. dopo incontro col direttore generale asl Umbria 1 ha fatto proposte operative per l'apertura. in attesa di riscontro inviato le osservazioni al psr sul problema specifico della prevenzione

3. Accesso alle prestazioni

A cura di Isabella Mori e Valeria Fava

Nella classifica dei "disservizi" patiti dai cittadini nel corso dell'ultimo anno, la prima posizione è occupata dall'accesso alle prestazioni. I dati del Pit, relativi agli anni precedenti, ci mostravano un accesso alle prestazioni perennemente inficiato da problemi di burocrazia e di attese eccessive, le criticità rilevate nell'ultimo anno, nostrano, invece, una situazione estrema con la quasi totale impossibilità per i cittadini di accedere ai servizi.

Se il 2020 era l'anno in cui la pandemia ha investito in pieno il "sistema paese" e la fase pandemica ha mostrato l'incapacità del SSN di continuare a rispondere alla domanda di cura dei pazienti "non Covid, "il 2021 doveva essere l'anno nel quale, seppur con il perdurare dell'emergenza, si doveva tornare alla normalità e alla gestione e presa in carico dei pazienti non covid che non hanno mai smesso di esistere ed avere bisogno di cure e prestazioni che purtroppo non sono state erogate.

I dati evidenziano che a nulla sono valse le misure ed i fondi messi in campo per un piano straordinario di gestione e rientro sulle liste d'attesa[21]

Il **71,2%** di segnalazioni relative all'accesso alle prestazioni si riferisce alle **liste d'attesa**. Questo tema che da anni ormai rappresenta un elemento di enorme disagio e stress per i cittadini, nel corso degli ultimi due anni (2020-2021) è esploso in maniera incontenibile a causa di tutti i ritardi ulteriori dovuti all'emergenza da covid che si sono sommati alle "disfunzioni" già presenti nella gestione delle liste d'attesa e all'incapacità di programmare misure capaci di garantire il rispetto dei tempi nell'accesso alle cure.

Oltre alle liste d'attesa, i cittadini hanno segnalato **altre difficoltà di accesso alle prestazioni** (24,2%) che denotano una grande difficoltà e barriere d'accesso al servizio già dalla fase di prenotazione di una visita, ad esempio la difficoltà di contattare il Cup o riprogrammare visite, l'impossibilità di prenotare per liste boccate o i tempi d'attesa troppo lunghi per contattare telefonicamente il Cup.

Il 4,6% delle difficoltà di accesso riguarda **l'Intramoenia,** le segnalazioni denotano che i cittadini hanno fatto ricorso all' Intramoenia non come libera scelta ma perché costretti dalla necessità di usufruire della prestazione ed essendo impossibile accedervi tramite il SSN.

[21] *Il decreto-legge,14 agosto 2020, n.104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020 n.126 ha previsto l'erogazione di fondi destinati alle Regioni che presentino un piano di recupero sui ritardi accumulati nelle liste d'attesa.*

3.1 Accesso alle prestazioni: le segnalazioni dei cittadini

Liste d'attesa

Liste di attesa	71,2%

Come già anticipato le liste d'attesa risultano essere la principale criticità relativa all'accesso alle prestazioni.

Le liste d'attesa, già "tallone di Achille" del Sistema Sanitario Nazionale, in tempi ordinari, durante l'emergenza hanno rappresentato la principale criticità per i cittadini, in particolare per i più fragili, che di fatto non sono riusciti più ad accedere alle prestazioni.

Come noto, nella prima fase dell'emergenza sono state sospese le prestazioni cosiddette non essenziali e gli interventi chirurgici non "salva vita". Tale scelta, probabilmente inevitabile nella gestione iniziale della pandemia, oltre ad aver avuto un'enorme ricaduta sulla salute di una miriade di cittadini, ha di fatto contribuito ad accrescere la congestione del sistema nella fase della riapertura delle prestazioni.

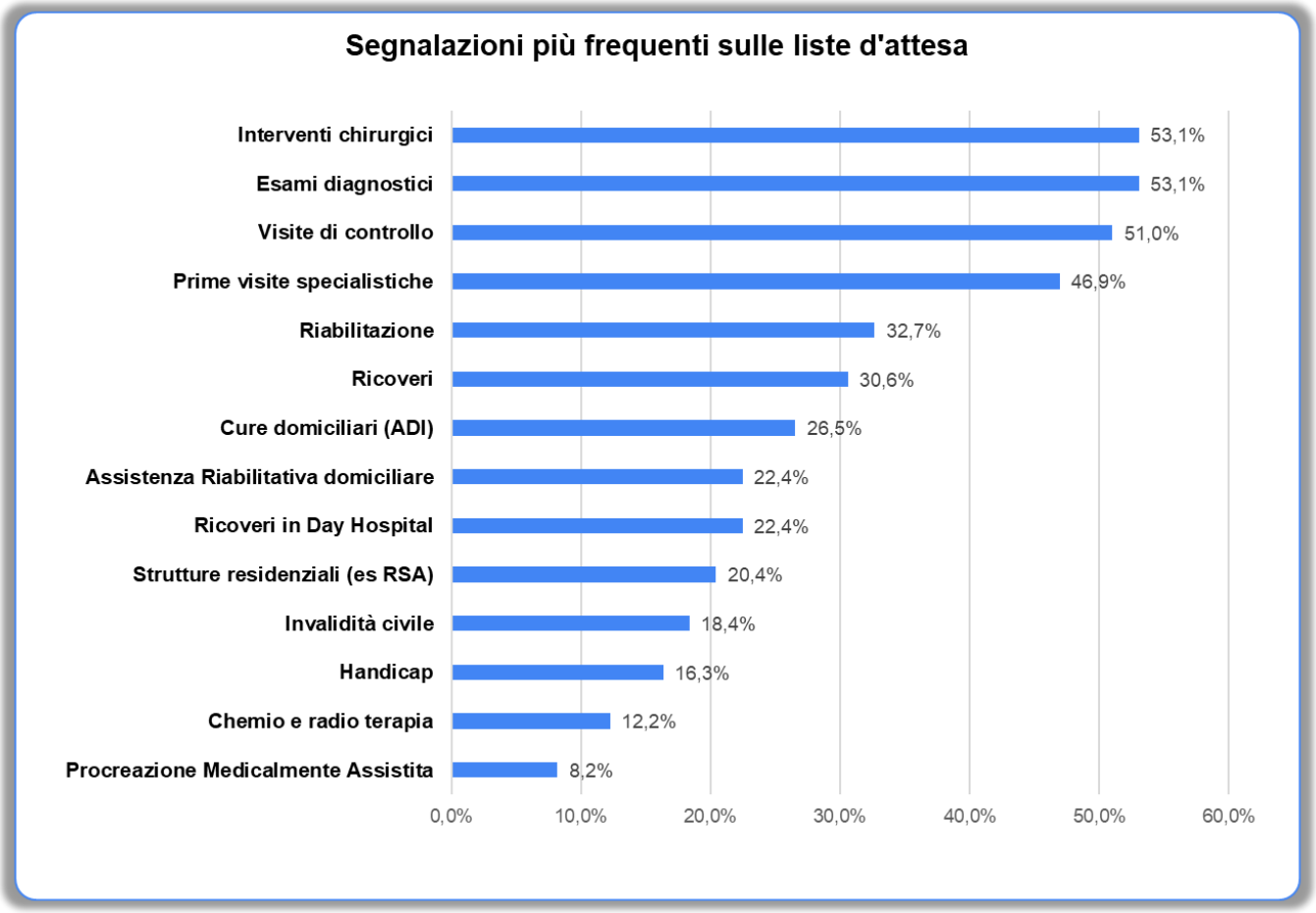
Ad oggi si registrano forti ritardi e in alcuni casi il blocco delle liste d'attesa un po' a macchia di leopardo su tutto il territorio nazionale, ciò evidenzia una grande disomogeneità da Regione a Regione ma anche nei territori di un'unica regione.

Di fatto nel 2021 le segnalazioni sulle liste d'attesa si concentrano tutte sui tempi d'attesa troppo lunghi o l'impossibilità di prenotare o riprogrammare le visite a causa delle liste bloccate. I cittadini segnalano non solo ritardi per la prenotazione ma la pratica sempre più frequente del blocco delle liste d'attesa presso gli ambulatori asl o ospedali, che impedisce la prenotazione della prestazione. Sappiamo che è una pratica vietata da una normativa di circa 15 anni fa ma nella nostra esperienza, possiamo senz'altro confermare che è una pratica che si è sempre verificata senza soluzione di continuità, caratterizzandosi forse come l'esperienza più sconcertante per il cittadino che di fatto si vede precluso l'accesso alle cure che dà l'avvio, il più delle volte, al calvario della ricerca di una soluzione.

Il grafico mostra le segnalazioni più frequenti sulle liste d'attesa, gli ambiti evidenziati sono tutti quelli nei quali il Pit riceve segnalazioni e la percentuale indica la frequenza di quanto le liste d'attesa incidano in questi ambiti.

Questo elenco ci aiuta a comprendere quale siano le tipologie di prestazioni a mostrare criticità più marcate.

Le liste d'attesa sono frequenti nel **53,1%** di casi relativamente **agli interventi chirurgici e agli esami diagnostici, nel 51%** in caso di **visite di controllo** e il **46,9%** in caso di **prime visite specialistiche.** Seguono sempre per frequenza di segnalazioni sulle singole tematiche, le liste d'attesa per **la riabilitazione (32,7%)** per i **ricoveri (30,6%)** e quelle per attivare le **cure domiciliari-ADI** (26,5%) e per **l'assistenza riabilitativa domiciliare (24,4%)**.



Fonte: XXIV Rapporto PiT Salute – Cittadinanzattiva

Prestazioni	Tempi massimi in gg
Esami diagnostici	
Mammografia	720
Ecografia	375
Tac	365
Risonanza Magnetica	180
Colonscopia	100
Esofagogastroduodenoscopia	90
Visite specialistiche	
Visita diabetologica	362
Visita dermatologica	300
Visita endocrinologica	300
Visita reumatologica	300
Visita oculistica	270
Visita cardiologica	48
Visita ginecologica	109
Visita urologica	82
Visita oncologica	64
Odontoiatria per non collaboranti	270
Interventi chirurgici	
Intervento Cardiologico	365
Intervento Ortopedico	360
Intervento Oncologico	180
Intervento Ernia	270

Fonte: XXIV Rapporto PiT Salute – Cittadinanzattiva

La tabella mostra i tempi massimi d'attesa che ci sono stati segnalati dai cittadini in merito agli esami diagnostici, alle visite specialistiche e agli interventi chirurgici.

Esami diagnostici

In merito agli esami diagnostici ci sono stati segalati **720 giorni di** attesa per una **mammografia, 375 per una ecografia e 365** per una tac, per una **risonanza magnetica** alcuni cittadini hanno aspettato anche 1**80 giorni**, è andata meglio, si far per dire, per una colonscopia che ha previsto un'attesa (massima) di 100 giorni per un'esofagogastroduodenoscopia l'attesa massima è stata di 90 giorni.

Visite specialistiche

Fortissimi i ritardi ed i disagi segnalati dai cittadini in merito alle liste d'attesa per visite specialistiche, ricordiamo che a fare le spese di questi ritardi sono spesso pazienti fragili e/o affetti da malattie croniche che richiedono controlli continui e secondo un calendario specifico. In base alle nostre segnalazioni per una **visita diabetologica** si è atteso un tempo massimo di **362** giorni, per fissare una visita **dermatologica, endocrinologica** e **reumatologica** ci sono voluti invece **300** giorni.

Sono stati attesi **270** giorni per una visita **oculistica** ed **odontoiatrica**, 109 per una visita ginecologica.

Interventi chirurgici

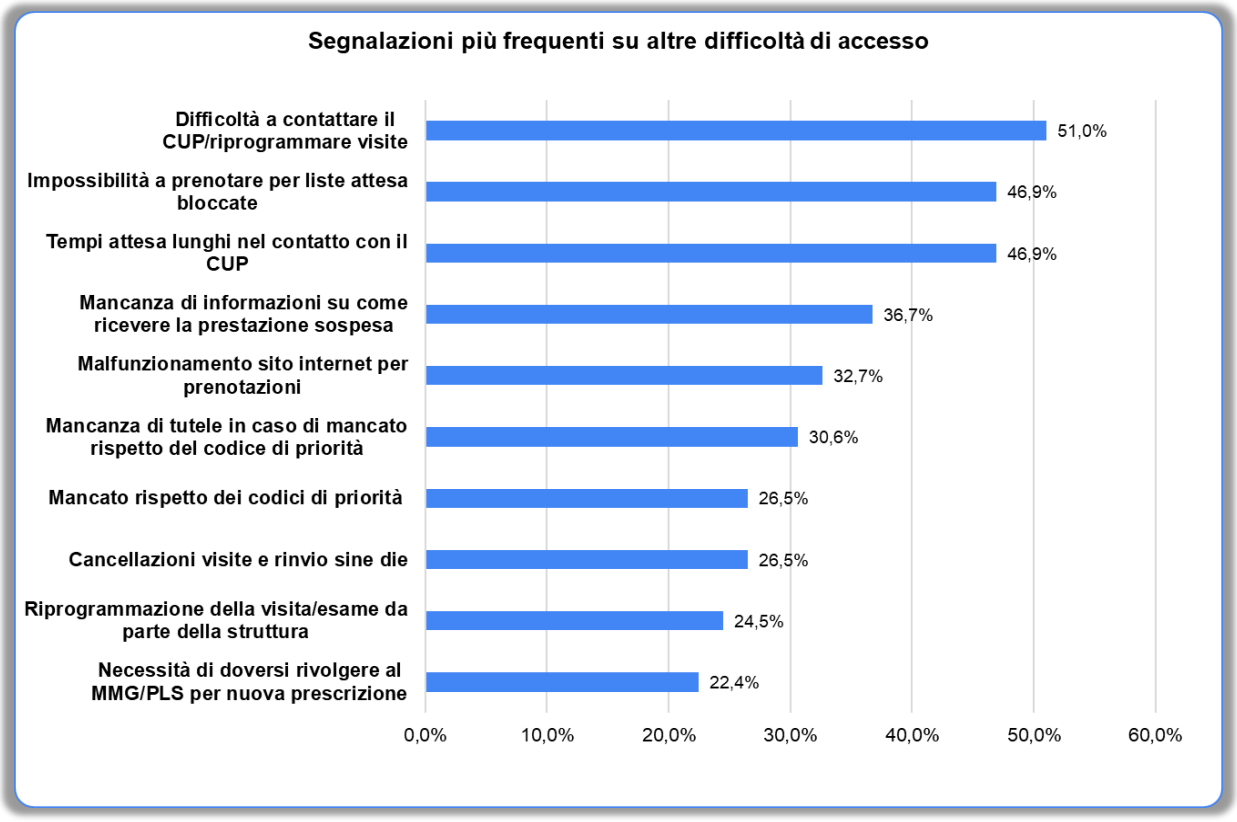
Nell'ambito degli interventi chirurgici è stata segnalata un'attesa massima di **365** giorni per un **intervento cardiologico, 360** giorni per un intervento ortopedico, 270 per un 'intervento di ernia **e 180** per un **intervento oncologico**

Altre difficoltà di accesso alle prestazioni

Le problematiche connesse all'accesso alle prestazioni non si esauriscono però con il verificarsi di un'attesa troppo lunga, altri fattori, infatti, sono vissuti come ulteriori ostacoli nel percorso di accesso alla prestazione. Queste difficoltà d'accesso sono ascrivibili principalmente ad una scarsa trasparenza delle informazioni fornite ai cittadini in merito alle prenotazioni e a difficoltà già nella fase di prenotazione dovute ad attese estenuanti per contattare il Cup o per procedere alla prenotazione tramite il sito internet della Regione.

Sul totale delle segnalazioni relative all'accesso alle prestazioni, **il 24,2% è relativo ad altre difficoltà di accesso alle prestazioni.**

Altre difficoltà di accesso alle prestazioni	24,2%



Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

La figura mostra le segnalazioni più frequenti nelle quali si verificano altre difficoltà di accesso alle prestazioni. I cittadini di frequente (51%) segnalano **difficoltà a contattare il Cup** (Centro unico di prenotazione) in particolar modo nel caso in cui debbano riprogrammare una prestazione che ad esempio è stata annullato durante la fase di emergenza del covid, per riprogrammare la prestazione i cittadini hanno dovuto molto spesso chiedere nuovamente al

medico di base di emettere una nuova ricetta per la prestazione ed iniziare l'iter da capo, forse invece, poiché le prestazione sono state cancellate per causa di forza maggior doveva essere la Asl a riprogrammarle e a chiamare i cittadini sollevandoli da questo onere ulteriore. Sempre relativamente al **Cup** i cittadini segnalano frequentemente (46,9%) **tempi di attesa lunghi** per contattarlo, si tratta spesso di estenuanti attese telefoniche nelle quale i cittadini attendono in linea diversi minuti prima di poter parlare con un operatore e procedere con la prenotazione. Frequenti (46,9%) i casi in cui viene segnalata **l'impossibilità a prenotare a causa delle liste bloccate**, fenomeno del quale abbiamo già parlato in merito al tema generale delle liste d'attesa.

Frequenti (36,7%) i casi in cui i cittadini lamentano la **mancanza d'informazioni su come ricevere la prestazione sospesa,** anche in questo caso come per la riprogrammazione delle visite, i cittadini non solo hanno subito un disservizio, appunto la sospensione della prestazione, ma debbono anche farsi carico dell'onere di reperire con molte difficoltà le informazioni su come ricevere la prestazione sospesa.

Nei casi in cui è possibile prenotare la prestazione tramite il sito interne, questa modalità di prenotazione che dovrebbe agevolare i cittadini con procedure rapide ed immediate, può di fatto si trasformarsi in una barriera all'accesso alla prestazione come nei casi in cui frequentemente (32,7%) **è segnalato il mal funzionamento del sito internet.**

Significate le segnalazioni relative alla **mancanza di tutele in caso di mancato rispetto dei codici di priorità** (30,6%) e quelle relative al **mancato rispetto dei codici di priorità** (26,5%). Queste segnalazioni mostrano entrambe due esigenze legittime da parte dei cittadini, da una parte l'esigenza di vedere rispettato il proprio diritto di ricevere le prestazioni nel rispetto dei tempi giusti, e dall'altro, nel caso di mancato rispetto dei tempi, l'attivazione di forme di tutela adeguate. Purtroppo, in entrambi i casi, nel corso dell'ultimo anno, le aspettative dei cittadini sono state tradite, anche per la nostra associazione è stato difficile mettere in campo gli ordinari strumenti di tutela poiché ci siamo trovati di fronte ad un *collasso* generale del sistema. Appare superfluo sottolineare che i tempi massimi per il primo accertamento diagnostico, specialistico o di intervento; quei tempi massimi (U,B,D,P) che stabiliscono le priorità per le prestazioni sanitarie, nati come strumento di appropriatezza, previsti dal Piano di Governo delle Liste d'attesa, recepiti nei Piani regionali di governo delle liste d'attesa, declinati nei Piani aziendali, semplicemente non sono rispettati.

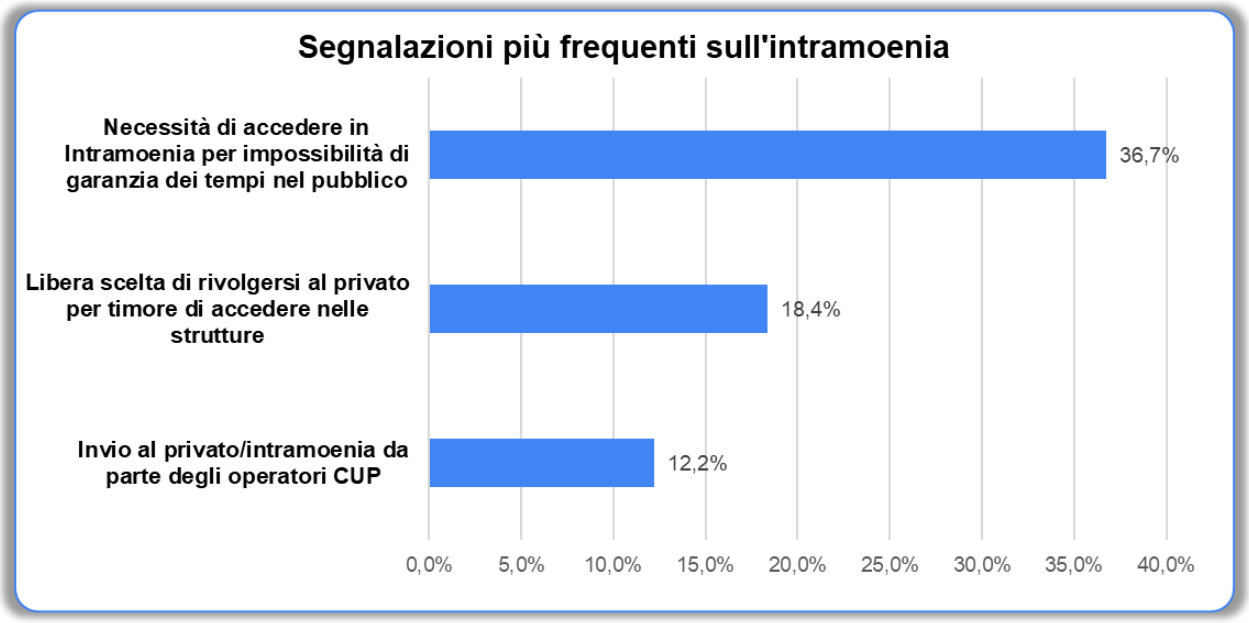
Intramoenia

Ultimo tema relativo all'accesso alle prestazioni è quello dell'**Intramoenia** (4,6%)

Intramoenia	4,6%

La figura mostra le segnalazioni più frequenti relative a questo tema, la scelta di ricorrere alle prestazioni in intramoenia è stata determinata dalla **necessità di accedere in Intramoenia per impossibilità di garanzia dei tempi nel pubblico** (36,75) per quei cittadini che hanno deciso di non aspettare e di svolgere la visita ricorrendo al privato o all'intramoenia. Il timore di recarsi presso strutture in cui vi fossero reparti dedicati ai malati Covid e di essere contagiati ha inciso fortemente sulla **scelta di rivolgersi al privato** (18,4%).

Infine, con una frequenza del 12% riscontriamo segnalazione di cittadini che riferiscono di essere stati inviati al **Privato/Intramoenia** da parte degli operatori dei Cup.



Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

3.2 Focus segretari regionali: Interviste sul tema dell'accesso alle prestazioni

Le criticità evidenziate dai cittadini e raccolte tramite il nostro servizio Pit, sono in gran parte confermate dai dati che provengono dalle sedi regionali di Cittadinanzattiva che monitorano in maniera diretta ciò che accade nelle regioni di riferimento.

I dati del nostro Osservatorio regionale, confermano una situazione molto critica sulle liste d'attesa e mostrano, quasi in ogni regione, fenomeni sistemici e duraturi di liste bloccate e la quasi totale assenza di percorsi alternativi per i cittadini che non riescono ad accedere alle prestazioni.

Il focus compara i dati di 14 Regioni[22]: Basilicata, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Trentino Alto Adige, Umbria, Veneto.

Il grafico mostra che in tutte le regioni monitorate dalle sedi regionali di Cittadinanzattiva (ad accezione della Toscana per cui il dato non è disponibile) **sono presenti criticità e fenomeni sistemici di ritardi e blocco delle Liste d'attesa** presenti a livello regionale o dei singoli territori/asl. **l'Ospedale (**in tutte le regioni del Focus tranne che in Emilia) ed il **Territorio** (tranne che in Sardegna) sono gli ambiti più critici nei quali le liste d'attesa e il blocco delle stesse si verificano. Ritardi e Liste d'attesa bloccate si verificano anche per i **Centri riabilitativi** (in Emilia, Lazio, Liguria, Molise, Toscana, Trentino) e per **l'Assistenza Domiciliare Integrata** (Lazio, Liguria, Molise, Toscana Veneto).

Il fenomeno interessa tutta la regione in maniera sistemica in: Basilicata, Lazio Liguria Marche Molise Puglia, Toscana, Trentino Alto Adige, Umbria, Veneto. L'Emilia Romagna invece è interessata dal fenomeno solo in alcuni territori.

Le risultanze del nostro monitoraggio regionale mostrano dunque una situazione molto critica in quasi tutti le regioni, sconfortante anche l'esito delle verifiche relative ai percorsi di tutela attivati dalla Regione/ Asl per arginare il fenomeno delle liste bloccate, infatti tali percorsi risultano attivi solo in Basilicata, Marche, Trentino Alto Adige ed Umbria. Nessuna misura risulta essere stata attiva in: Liguria, Lombardia, Molise, Paglia, Sardegna e Toscana. Nessun dato è disponibile per le altre regioni, a conferma di quanto sia urgente introdurre misure di maggiore trasparenza sul blocco delle liste d'attesa.

[22] Dati non disponibili per: Abruzzo, Calabria, Campania, Friuli Venezia Giulia, Sicilia, Valle D'Aosta.

LISTE ATTESA	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Friuli-Venezia Giulia	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Trentino-Alto Adige	Umbria	Val d'Aosta	Veneto
Criticità sistemiche a livello regionale e/o aziendale - Fenomeni sistematici e/o duraturi di Liste di attesa bloccate:																				
		Sì			Sì		Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì		Non disponibile	Sì	Sì		Sì
Se sì, in quali dei seguenti ambiti:																				
Ospedale		x					x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x		x
Territorio, es. Poliambulatori		x			x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x		x
Centri riabilitativi					x		x	x			x					x	x			x
Domicilio (ADI)							x	x			x					x				x
Specificare se interessano tutto il territorio regionale o ambiti territoriali/Asl in particolare																				
Tutta la regione (in modo sistemico)		x					x	x	Non disponibile	x	x	Non disponibile	x	Non disponibile		x	x	x		x
Solo in alcuni territori/ASL					x															
Presenza di Percorsi di tutela attivati dalle Regioni/ASL	**Abruzzo**	**Basilicata**	**Calabria**	**Campania**	**Emilia Romagna**	**Friuli-Venezia Giulia**	**Lazio**	**Liguria**	**Lombardia**	**Marche**	**Molise**	**Piemonte**	**Puglia**	**Sardegna**	**Sicilia**	**Toscana**	**Trentino-Alto Adige**	**Umbria**	**Val d'Aosta**	**Veneto**
		Sì			Non disponibile		Non disponibile	No	No	Sì	No	Non disponibile	No	No		No	Sì	Sì		Non disponibile
	Non pervenuto		Non pervenuto	Non pervenuto		Non pervenuto									Non pervenuto				Non pervenuto	

Fonte: Cittadinanzattiva

3.3 I tempi d'attesa in prima della pandemia

I tempi d'attesa secondo le SDO (2019) del Ministero della Salute

Il Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (SDO 2019) riporta interessanti dati sulle attese per ricoveri in regime ordinario e in day hospital. Dalla analisi è possibile individuare importanti difformità regionali nella tempestività di accesso ad alcune prestazioni, oggetto dell'analisi del Ministero.

Per quanto riguarda i tempi d'attesa per le procedure in regime ordinario, abbiamo preso in analisi i dati del trattamento di alcuni interventi per**: tumore al colon retto, mammella, prostata e angioplastica.** Nell'ambito di questa breve analisi dei tempi vi sono alcune convergenze che ci sembra interessante commentare. A colpo d'occhio sono la Sardegna, l'Umbria e il Friuli Venezia Giulia a mostrare in modo costante dei tempi ben al di sopra delle medie per ogni tipo di intervento.

Tempi erogazioni interventi chirurgici

	Tumore al colon retto		Tumore alla mammella		Tumore alla prostata		angioplastica	
		2019		2019		2019		2019
Piemonte		22,9		25,6		51,7		25
Valle D'Aosta		**24,1**		33,6		28,8		23,7
Lombardia		23		29,9		67,1		41
PA Bolzano		18,6		16,9		27,3		14,2
PA Trento		19		17,3		**32,7**		**36,1**
Veneto		15,9		15,6		31,3		29
Friuli Venezia Giulia		**30,2**		**32,9**		51,2		**34,1**
Liguria		29,1		31,9		53,1		22,1
Emilia Romagna		19,2		20,4		53,2		23,6
Toscana		25,4		27,3		54,2		17,4
Umbria		**28,2**		**38,4**		**94,5**		18,7
Marche		29		25,8		44,4		28,8
Lazio		19,3		26,7		48,1		30,8
Abruzzo		18,8		31,1		79,2		18,4
Molise		26,1		16,2		15,1		29,2
Campania		31,3		27,8		43,1		13,4
Puglia		15,2		**29,3**		57,4		16,2
Basilicata		22,9		**20,9**		57,3		34,6
Calabria		21,1		20,5		35,6		23,6
Sicilia		24,7		26,9		49,2		24,4
Sardegna		**38,4**		55,6		**53,4**		**19,7**
Totale		**23,1**		**26,6**		**52,8**		**27,3**

Fonte: SDO 2019 Ministero della Salute

Il rispetto dei tempi per la specialistica ambulatoriale

Il Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (2019 - 2021) ribadisce la necessità di governare i tempi secondo un approccio appropriato all'urgenza del singolo cittadino. Per questo motivo vengono introdotto i codici di priorità per i primi accessi: U (urgente prestazione da eseguirsi entro 72 ore), B (breve entro 10 giorni), D (differibile entro 30 (visite specialistiche) o 60 (prestazioni diagnostiche), P (Programmabile entro 120 giorni).

In questa tabella mostriamo i risultati relativi al **monitoraggio degli indicatore *core* previsti dal nuovo sistema di garanzia LEA per l'area distrettuale**, al fine di mostrare il livello di adempimento per gli specifici indicatori.

In questo spazio ci soffermiamo sulla **percentuale di prestazioni ambulatoriali, garantite entro i tempi, della classe di priorità B** (10 giorni) in rapporto al totale di prestazioni di classe B nel 2019.

Tabella: monitoraggio degli indicatore core previsti dal nuovo sistema di garanzia LEA per l'area distrettuale

Regione	2015	2016	2017	2018	2019
PIEMONTE	68,98	68,20	69,73	67,91	73,21
VALLE D'AOSTA	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	94,29
LOMBARDIA	51,35	57,09	77,75	75,70	84,68
PROV. AUTON. BOLZANO	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
PROV. AUTON. TRENTO	90,00	84,51	38,05	27,51	0
VENETO	90,65	93,35	94,91	94,56	100,00
FRIULI VENEZIA GIULIA	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
LIGURIA	86,17	86,49	86,30	85,05	96,65
EMILIA ROMAGNA	82,06	88,54	87,60	87,24	98,62
TOSCANA	69,41	74,30	79,98	84,09	94,60
UMBRIA	99,69	99,37	99,58	97,47	97,00
MARCHE	88,19	90,57	89,07	87,63	98,83
LAZIO	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	100,00
ABRUZZO	92,54	95,71	90,00	89,71	100,00
MOLISE	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	100,00
CAMPANIA	100,00	100,00	93,61	61,77	81,42
PUGLIA	52,15	61,78	59,64	58,45	78,55
BASILICATA	99,15	98,58	97,56	n.c.	0
CALABRIA	n.c.	n.c.	20,00	35,00	99,62
SICILIA	76,35	75,06	71,64	70,03	65,95
SARDEGNA	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	83,20

Fonte: Ministero della Salute

Dalla tabella appena mostrata, emergono delle percentuali relative alla garanzia del rispetto dei tempi per le prestazioni ambulatoriali in classe B, nel complesso positive. Tuttavia non ci esimiamo dal commentare alcune criticità rispetto al dato generale.

Solamente 4 Regioni, Veneto, Lazio, Abruzzo e Molise mostrano percentuali pari al 100%, ovvero di pieno rispetto dei tempi massimi previsti. Alcune Regioni invece, si discostano da valori ottimali, è il caso del **Piemonte con un valore pari al 73%, Campania 81% ma soprattutto Sicilia con un 65%; in pratica su 10 prestazioni circa 4 sono oltre tempo massimo stabilito**.

3.4 Le prestazioni perse in fase emergenziale e le misure per il recupero

I ricoveri persi

Appare ormai noto che la pandemia abbia inciso in misura molto severa sul funzionamento del sistema sanitario è stato messo in evidenza di recente dall'analisi condotta dalla Direzione generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute[23], che ha quantificato la riduzione nel 2020 rispetto all'anno precedente dei volumi e dei valori delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture sia pubbliche che private accreditate.
Sono oltre **1,3 milioni i minori ricoveri** calcolati rispetto al 2019 (-17 per cento guardando alle consistenze riportate nel Rapporto SDO 2019). Si tratta di circa **682 mila ricoveri con DRG medico e di poco meno di 620 mila con DRG chirurgico per un totale in valore di 3,7 miliardi**. I mancati ricoveri urgenti rappresentano il 42,6 %, di cui l'83,1 % sono riferibili a DRG medici.

Tabella: Differenziale ricoveri ospedalieri 2019-2020

(DRG MEDICI E CHIRURGICI -VOLUMI E VALORI)

	variazioni Volumi			variazione Valore (in milioni di euro)		
Ricoveri	DRG Medici	DRG Chirurgici	Totale	DRG Medici	DRG Chirurgici	Totale
Urgenti	-460.599	-93.524	-554.123	-664,5	-449,9	-1.114,4
Programmati	-221.253	-525.758	-747.011	-390,1	-2.205,1	-2.595,2
Totale	-681.852	-619.282	-1.301.134	-1.054,6	-2.655,0	-3.709,5

Fonte: Corte dei Conti rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2021

Le specialità chirurgiche maggiormente interessate dal fenomeno sono quelle con DRG afferenti alle branche di **Chirurgia Generale** (con particolare riferimento alle colecistectomie, sia laparoscopiche che tradizionali), **Otorinolaringoiatria e Chirurgia Vascolare**. Sul versante cardiovascolare si è assistito ad un calo di circa il 20% degli impianti di defibrillatori, pacemaker ed interventi cardiochirurgici maggiori. Anche i ricoveri di **chirurgia oncologica**, nonostante questa tipologia di ricoveri fosse stata esplicitamente esclusa dal gruppo di prestazioni programmate che potevano essere considerate procrastinabili, si è registrata una riduzione del 13%. Dell'8 per cento si sono ridotti anche i trapianti d'organi.

[23] *L'analisi è stata condotta dall'Ufficio 6 DGSISS del Ministero della Salute sulla base dati del flusso informativo NSIS relativo alle Schede di Dimissione Ospedaliera (flusso SDO) degli anni 2019 (dato consolidato) e 2020 (dato disponibile al 24/03/2021) e dall'Ufficio 3 DGSISS del Ministero della Salute secondo le specifiche individuate dall'Ufficio 3 DGPROGS a partire dal flusso informativo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale del Sistema Tessera Sanitaria. I valori economici si riferiscono alla valorizzazione teorica in base alle tariffe nazionali per le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti ex D.M. 18 ottobre 2012. Per le prestazioni ambulatoriali la valorizzazione economica si riferisce agli importi lordi, e quindi comprensivi dell'eventuale quota di compartecipazione alla spesa da parte del cittadino.*

Tabella: Differenziale ricoveri ospedalieri programmati afferenti a discipline chirurgiche 2019 - 2020

	variazioni Volumi			variazione Valore (in milioni di euro)		
Specialità chirurgiche	DRG Chirurgici	DRG Medici	Totale	DRG Chirurgici	DRG Medici	Totale
Chirurgia generale	-128.784	-9.685	-138.469	-404,4	-18,4	-422,8
Chirurgia naso-bocca-faringe	-41.366	-3.328	-44.694	-74,6	-2,0	-76,6
Chirurgia vascolare	-24.737	-1.503	-26.240	-132,7	-3,8	-136,5
Chirurgia dell'orecchio	-5.644	-341	-5.985	-11,5	-0,2	-11,7
Cardiochirurgia	-5.947	-8	-5.955	-131,1	0,0	-131,1
Chirurgia sistema respiratorio	-5.102	-594	-5.696	-22,0	-0,3	-22,3

Fonte: Corte dei Conti rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2021

Nel caso dei **ricoveri medici**, forte è la riduzione dei trattamenti di malattie cardiovascolari, di quelli volti alla gestione del paziente oncologico (con una riduzione del 30% per il tumore della mammella e circa il 20% per i tumori di polmone, pancreas e apparato gastro intestinale), mentre i ricoveri per radioterapia si sono ridotti di circa il 15% e del 10% quelli per chemioterapia.
Una flessione significativa hanno registrato anche i ricoveri per la gestione del paziente internistico-geriatrico legati al paziente cronico con polimorbidità e fragilità (insufficienza renale, disturbi della nutrizione, psicosi, demenza, BPCO).
L'analisi del case-mix del percorso nascita, neonatologia e pediatria evidenzia una riduzione di circa il 30% dei ricoveri pre- e post-parto, dovute probabilmente alla volontà di ridurre al minimo ricoveri di osservazione. Per quanto riguarda i ricoveri neonatali, si sono ridotti del 20% tranne i trattamenti per le affezioni maggiori che si sono sostanzialmente mantenuti costanti. I ricoveri pediatrici hanno registrato un calo fino al 50%.

Le prestazioni ambulatoriali perse

Per quel che riguarda la specialistica ambulatoriale si è assistito a una riduzione complessiva di oltre **144,5 milioni di prestazioni** per un valore di 2,1 miliardi. Si tratta per il 90 per cento di prestazioni di strutture pubbliche. La riduzione maggiore, in questo caso, riguarda gli esami di laboratorio (il 67 per cento delle prestazioni), mentre quelle per visite e diagnostica rappresentano rispettivamente il 12,5 e il 13 per cento. Nel caso delle strutture private oltre alla diagnostica e l'attività di laboratorio (responsabili rispettivamente del 27 e 20 per cento delle riduzioni) sono di rilievo le minori riabilitazione che incidono per il 27 percento.
Certamente, tuttavia anche in questo caso guardando all'utilizzo che sembra sia stato fatto dei fondi stanziati l'impressione è che, complice la ripresa a fine anno della crisi sanitaria, la misura non sia riuscita a cogliere i risultati sperati. Anche in questo caso pur risentendo di un qualche sopravalutazione degli utilizzi dichiarati, le somme accantonate e quindi di cui non è stato fatto uso (nonostante gli elevati numeri di prestazioni da recuperare) rappresentano poco meno del 67 per cento complessivo, con quote che crescono, in media, a poco meno del 96 per cento di quanto attribuito in sede di riparto nelle regioni meridionali e insulari. La quota è superiore al 54 per cento nel Nord e al 45 per cento nel centro del Paese. Ma è bene ricordarlo al netto

della armonizzazione dei criteri di imputazione dei costi di cui si è sottolineata la necessità in occasione dei lavori dei Tavoli di monitoraggio.

Tabella: Differenziale prestazioni ambulatoriali 2019 - 2020

	Var. volume prestazioni strutture private		var volume prestazioni strutture pubbliche		var in valore (in milioni di Euro)	
	n. in migliaia	comp %	n. in migliaia	comp %	Strutture private	Strutture pubbliche
Diagnostica	-3.834,3	26,9	-16.238,4	12,5	-179,3	-632,8
Laboratorio	-2.895,9	20,3	-87.556,4	67,2	-11,9	-435,4
Riabilitazione	-3.794,2	26,7	-4.519,0	3,5	49,5	-62,3
Terapeutica	-1.960,1	13,8	-5.068,0	3,9	-103,7	-428,6
Visite	-1.748,6	12,3	-16.947,7	13,0	-33,8	-297,0
Subtotale	-14.233,1	100,0	-130.329,6	100,0	-279,2	-1.855,9
Totale	-144.563				-2.135,1	

Fonte: Corte dei Conti rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2021

Che il calo dell'attività sia stato particolarmente netto, anche guardando alle attività indifferibili, è desumibile dall'analisi svolta più di recente, da Agenas e dall'Istituto MeS - Sant'Anna **sulla capacità di resilienza dei sistemi sanitari regionali**[24]. Agenas e Mes hanno infatti esteso, pubblicando a luglio 2021, l'analisi all'intero 2020, a seguito di una prima rilevazione parziale (dei soli primi mesi del 2020) pubblicata ad aprile 2021 e fornendo indicazioni su andamenti in flessione rispetto al 2019 anche in quelle prestazioni definite **non comprimibili come quelle relative alle malattie oncologiche e cardiovascolari più gravi**.

La capacità di resilienza dei sistemi sanitari regionali: una analisi di Agenas e Laboratorio MeS Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

L' interessante analisi condotta da Agenas e il Laboratorio MeS della Scola Superiore Sant'Anna di Pisa, ha messo a confronto le prestazioni ospedaliere erogate nel corso del 2019 con quelle di tutto il 2020[25], completando l'analisi relativa al primo semestre 2020, già presentata nel mese di aprile 2021

L'obiettivo dell'analisi è stata la valutazione della capacità di resilienza dei sistemi sanitari regionali, misurata quale capacità di mantenimento dei livelli di erogazione delle prestazioni del 2019.

Agenas e MeS hanno quindi messo sotto la lente le attività **non procrastinabili** (quindi quelle oncologiche e cardiocircolatorie), quella **paradigmatiche della qualità del processo offerto (es, fratture di femore operate entri le 48 ore) e la tenuta complessiva del sistema**.

[24] *chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://95.110.234.53/qs_dnl/analisi_capacita_resilienza_ss_regionali.pdf*

[25] *I dati frutto dall'analisi delle Sdo sono provvisori al 16 aprile 2021*

Dalla tabella riportata è possibile osservare un quadro di insieme del volume dei ricoveri erogati (ordinari e in DH) nelle strutture pubbliche o private nel 2019 a confronto con i volumi registrati nel 2020. Nel complesso la riduzione del volume delle prestazioni oggetto di analisi tra il 2019 e il 2020 è stata di circa **1.775.000 prestazioni** un – **21% rispetto al 2019**.

Dopo il forte impatto iniziale e il recupero dei mesi centrali, nell'ultimo periodo dell'anno 2020, con la nuova recrudescenza autunnale e invernale della epidemia, non sono stati riassorbiti i ritardi accumulati.
Naturalmente nell'esame non mancano anche casi di eccellenza: regioni in cui nell'anno si è riusciti a contenere le perdite o in cui, ma in pochi casi, si è riusciti a mantenere un profilo di miglioramento.

Le variazioni più marcate in termini percentuali riguardano la **Calabria con un – 30,6%, Puglia con – 28,1%, Basilicata con – 27,1%, Campania – 25%**. Le Regioni che hanno fatto registrare una riduzione di volumi più contenuta sono state: **Veneto – 15,2%, Lazio – 16,4%, Friuli Venezia Giulia – 16,6%, Emilia Romagna, Abruzzo e Toscana con circa un – 18%.**

Tabella: Volumi ricoveri pubblici e privati 2019 - 2020

Regioni	Volumi 2019	Volumi 2020	Delta	Variazione Percentuale
Abruzzo	181.207	148.039	-33.168	-18,3 %
Basilicata	70.600	51.435	-19.165	-27,1 %
Calabria	212.725	147.562	-65.163	-30,6 %
Campania	799.841	599.542	-200.299	-25,0 %
Emilia Romagna	754.028	616.133	-137.895	-18,3 %
Friuli Venezia Giulia	181.848	151.734	-30.114	-16,6 %
Lazio	821.261	686.327	-134.934	-16,4 %
Liguria	259.765	199.920	-59.845	-23,0 %
Lombardia	1.453.039	1.107.511	-345.528	-23,8 %
Marche	223.405	177.473	-47.932	-21,3 %
Molise	46.996	36.108	-10.888	-23,2 %
PA Bolzano	86.338	70.512	-15.826	-18,3 %
PA Trento	82.110	66.482	-15.628	-19,0 %
Piemonte	614.638	490.053	-124.585	-20,3 %
Puglia	477.648	343.362	-134.286	-28,1 %
Sardegna	236.105	188.384	-47.721	-20,2 %
Sicilia	584.531	472.263	-112.268	-19,2 %
Toscana	546.754	443.673	-103.081	-18,9 %
Umbria	135.525	106.965	-28.561	-21,1 %
Valle d'Aosta	20.666	15.900	-4.766	-23,1 %
Veneto	677.242	574.078	-103.164	-15,2 %
Italia	8.468.273	6.693.456	-1.774.817	-21,0 %

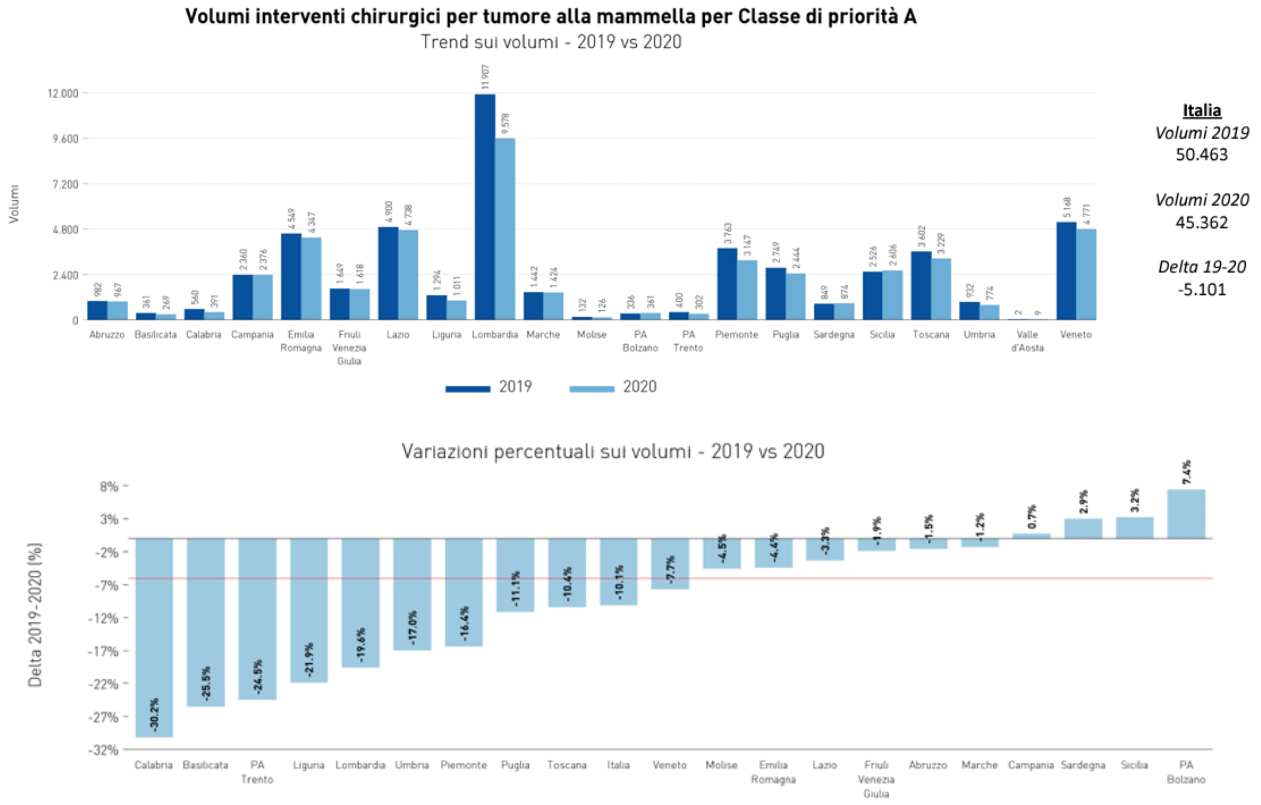
Fonte: Analisi Agenas e MeS Sant'Anna di Pisa- Luglio 2021

In questo capitolo vogliamo concentrarci sulle attività non procrastinabili ed in particolare sull'area **oncologica e cardiologica** per comprendere quali Regioni abbiano mostrato migliori capacità di tenuta dei volumi e resilienza nei confronti dell'impatto della pandemia.

Area Oncologica

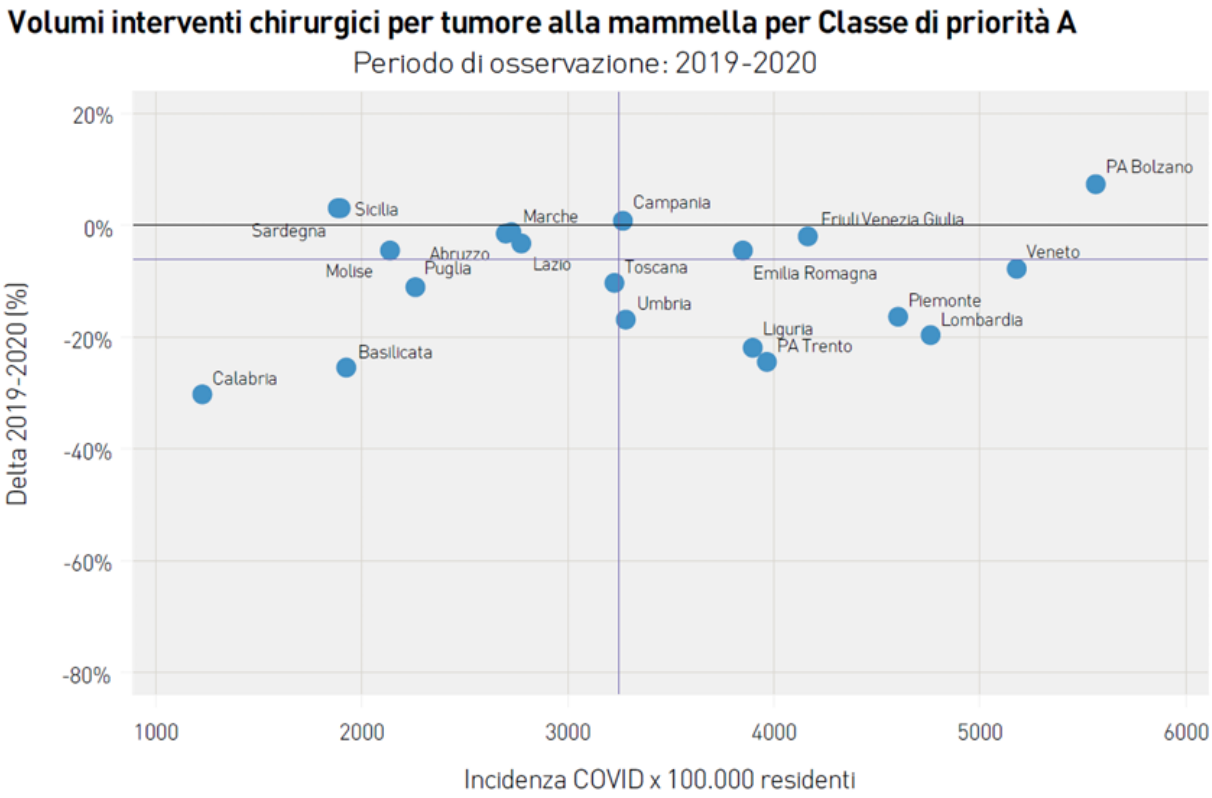
Partiamo quindi dall'area oncologica ed in particolare dal volume di interventi chirurgici per **tumore alla mammella**. Dal grafico che segue è possibile notare come ci sia stata una riduzione dei volumi per circa 5.100 prestazioni e relativo dettaglio regionale (-10,1%). Nella tabella successiva invece si mostra la variazione percentuale dei volumi suddivisi per regione tra il 2019 e il 2020.

la Regione Calabria è quella che fa registrare la maggiore variazione tra i due anni con un –30,2%, seguono basilicata, P.A. di Trento e Liguria. Le variazioni minori si registrano invece ella P.A di Bolzano che ha addirittura incrementato i volumi con un +7,6%, seguono Sicilia, Sardegna e Campania che fanno registrare anch'esse un incrmento anche se più modesto.



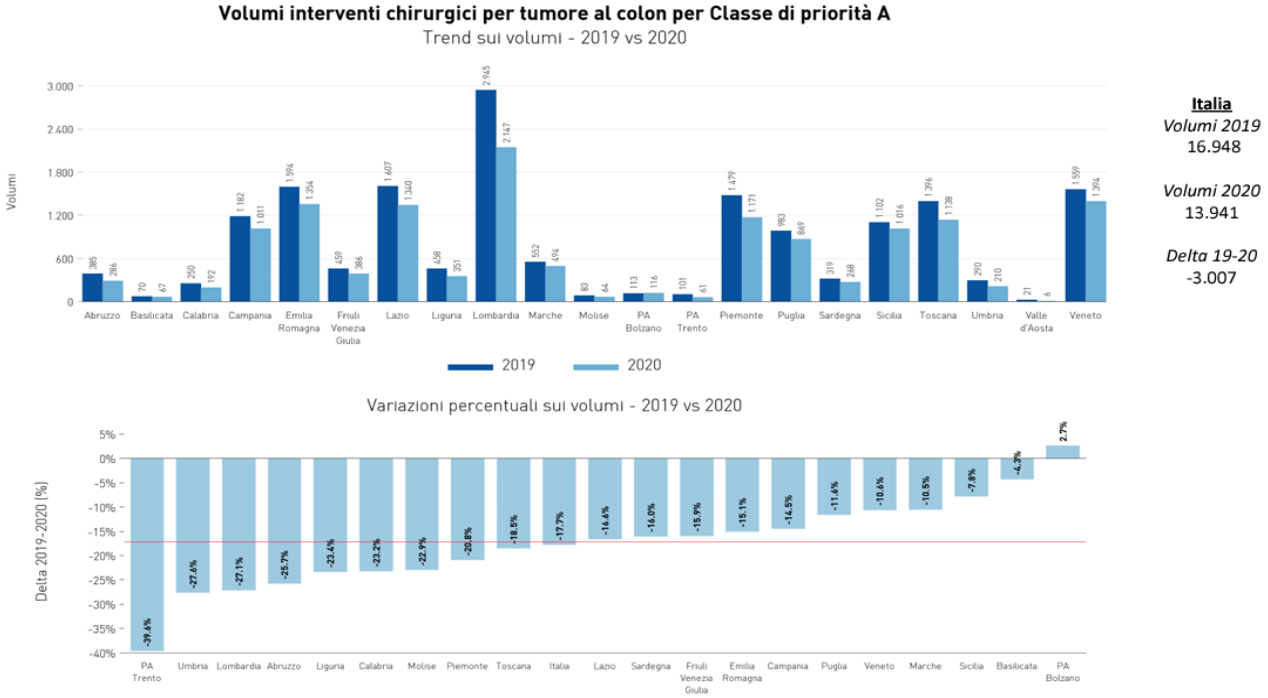
Fonte: Analisi Agenas e MeS Sant'Anna di Pisa- Luglio 2021

L'ultimo grafico mostra la capacità di mantenere i volumi di attività in relazione all'incidenza del virus. In partica nei due quadranti in alto troviamo le Regioni che sono riuscite a garantire lo stesso livello di servizi erogati rispetto all'anno precedente, o che registrano una minore contrazione rispetto alle altre Regioni. In particolare, le Regioni che ricadono nel secondo quadrante (in alto a destra) riescono a essere resilienti, nonostante una maggiore incidenza del virus. Nel terzo quadrante (in basso a destra) troviamo le Regioni che hanno registrato una maggiore incidenza del virus e una maggiore contrazione dei volumi erogati. Infine, nel quarto quadrante (in basso a sinistra) troviamo le Regioni che hanno registrato una minore incidenza del virus e, nonostante questo, una maggiore contrazione dei volumi erogati. Dal grafico possiamo quindi concludere che regioni come la Calabria, la Puglia e la Basilicata, nonostante una minore incidenza del virus, non sono riuscite a mantenere volumi in linea con l'anno precedente. Buona invece la reazione della PA di Bolzano, del Friuli Venezia Giulia e di Emilia Romagna e Veneto che nonostante la maggiore incidenza del virus hanno saputo mantenere livelli adeguati di prestazioni erogate. In questo scenario va segnalata, durante la seconda ondata, la grande capacità di resilienza del Molise che nel trimestre ottobre dicembre ha incrementato i volumi di attività di circa il 52% e delle Marche (+29% circa), solo per citarne alcune.



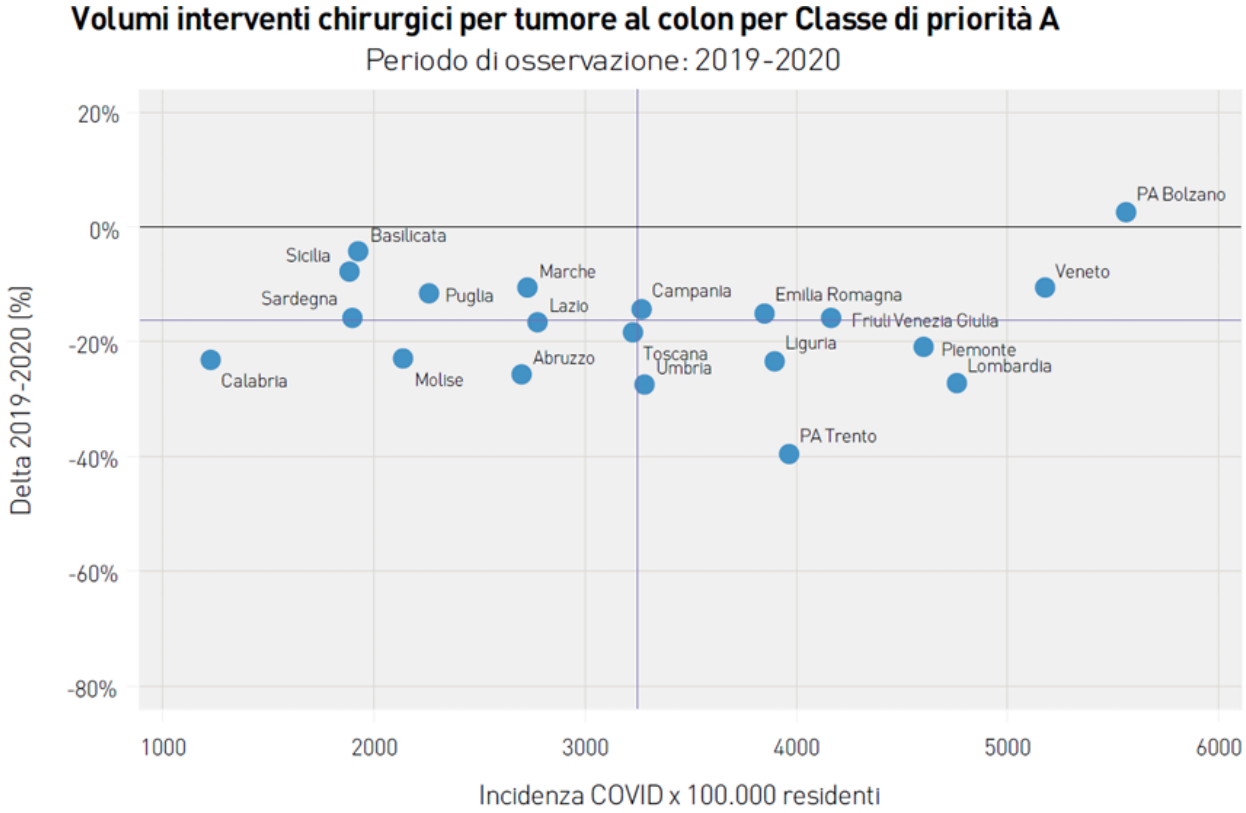
Fonte: Analisi Agenas e MeS Sant'Anna di Pisa- Luglio 2021

Venendo al **tumore del colon** vediamo dal grafico che sono stati ridotti i volumi di attività per interventi chirurgici per un totale di circa 3.000 casi (- 17,7%). La riduzione maggiore si mostra presso le regioni P.A. di Trento (- 39,6%), Umbria, Lombardia e Abruzzo, mentre solamente la P.A. di Bolzano, ancora una volta fa registrare un lieve incremento con un + 2,7%. Migliori nelle performance anche Basilicata, Sicilia e Marche con riduzioni meno marcate.



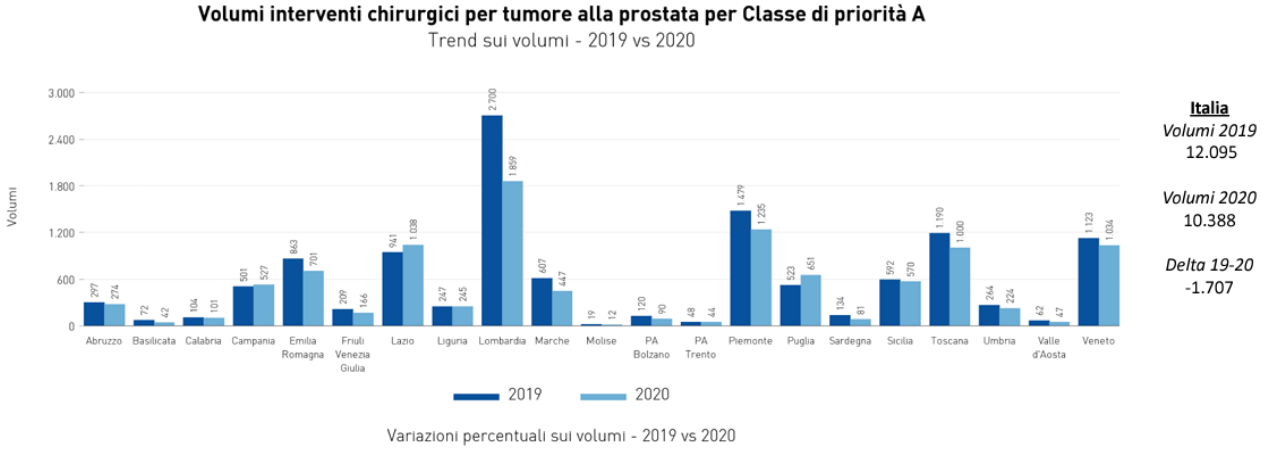
Fonte: Analisi Agenas e MeS Sant'Anna di Pisa- Luglio 2021

Anche qui mostriamo la capacità di mantenere i volumi di attività in relazione all'incidenza del virus. Dal grafico si evidenzia che Calabria, Molise ed Abruzzo hanno mostrato la maggiore variazione di prestazioni in negativo nonostante la minore incidenza del virus mentre regioni come P.A di Bolzano e Veneto, nonostante la maggiore pressione del virus hanno mantenuto volumi soddisfacenti.



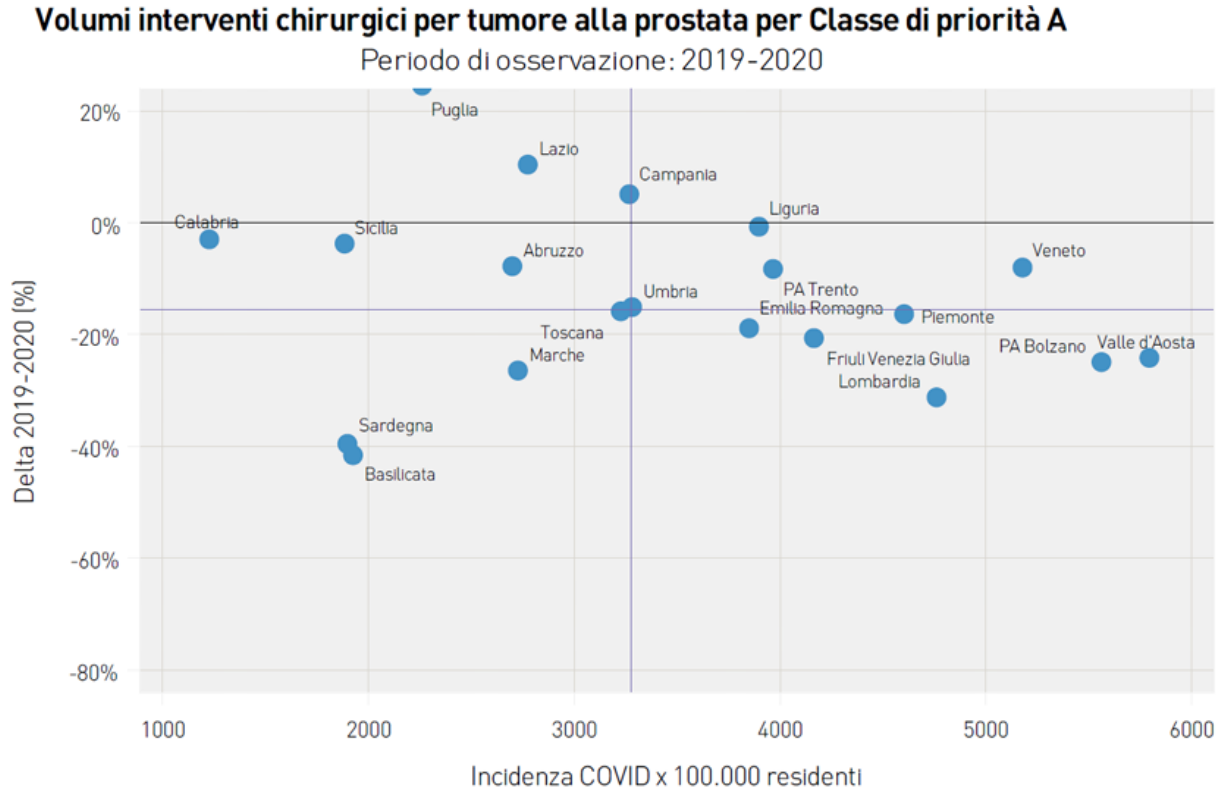
Fonte: Analisi Agenas e MeS Sant'Anna di Pisa- Luglio 2021

In ultimo mostriamo la variazione dei volumi per gli **interventi chirurgici alla prostata** dove si evidenzia dal grafico la riduzione per circa 1.700 interventi. Nel grafico sottostante si può notare che sono in particolare Basilicata (-41,7%), Sardegna (39,6%) e Lombardia (31,1%) a far registrare i maggiori decrementi di prestazioni nel confronto con il 2019 mentre sono Puglia (+24,5%), Lazio (+10,3%) e Campania (+ 5,2%) a far registrare dati addirittura in incremento.



Fonte: Analisi Agenas e MeS Sant'Anna di Pisa- Luglio 2021

Anche qui sotto riportiamo la capacità di mantenere i volumi di attività in relazione all'incidenza del virus e possiamo osservare che la Basilicata e la Sardegna nonostante la minore incidenza del virus contraggono maggiormente i volumi di prestazioni mentre Liguria, Campania, Lazio e Puglia mostrano una migliore capacità di tenuta.

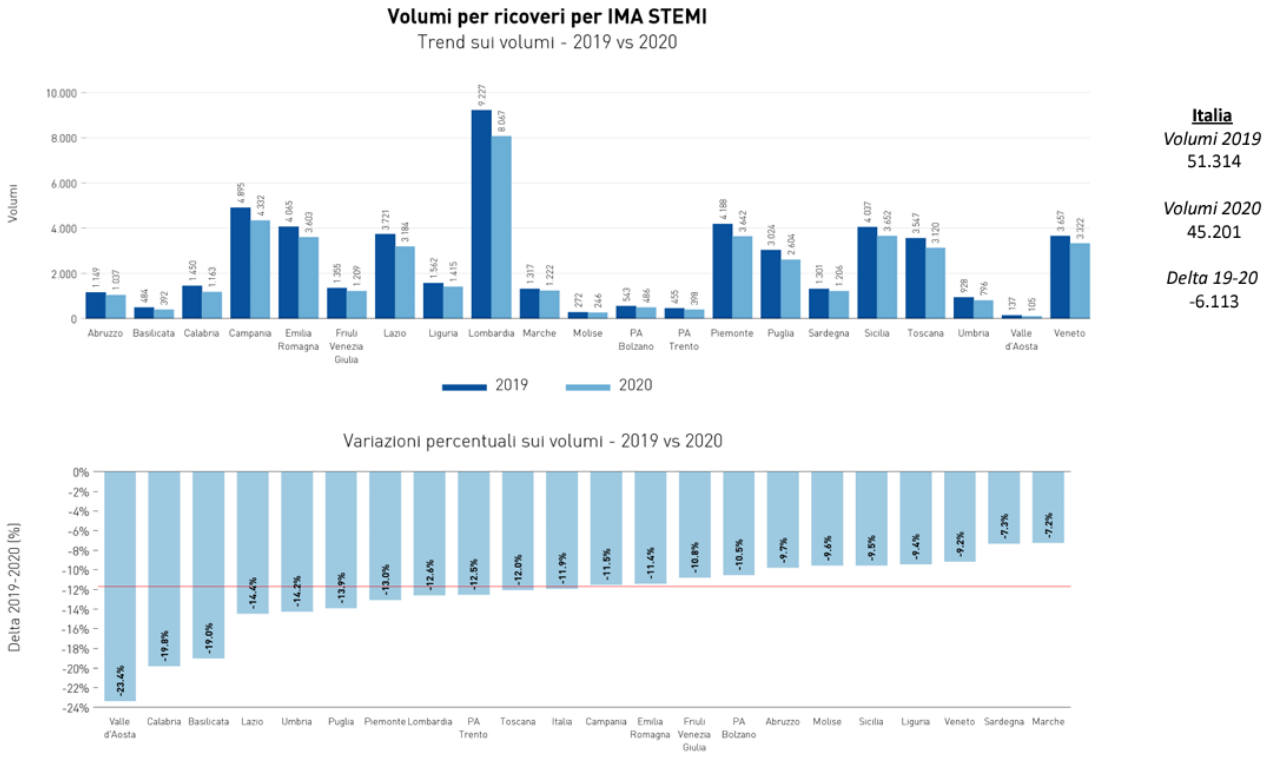


Fonte: Analisi Agenas e MeS Sant'Anna di Pisa- Luglio 2021

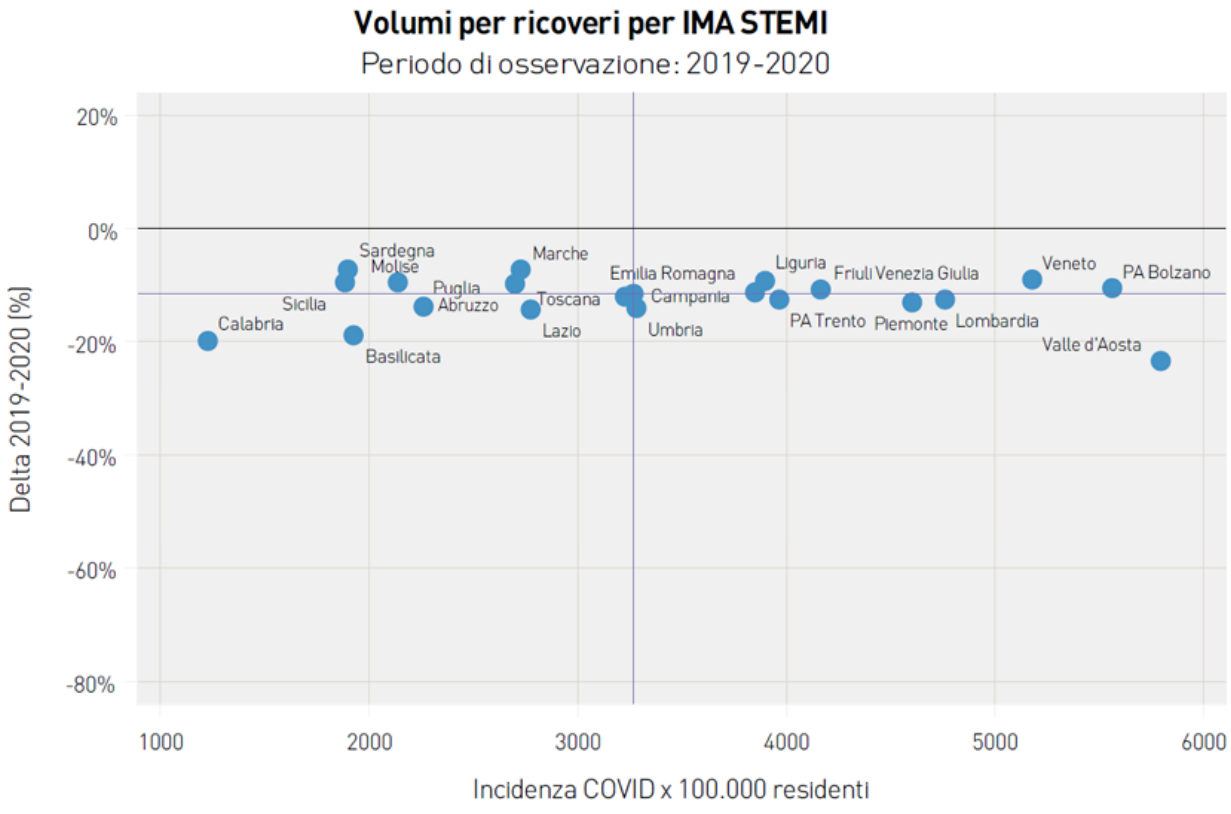
Area Cardiovascolare

In ultimo veniamo all'area cardiovascolare mostrando i dati per i **ricoveri per infarto**. Mediamente sono scesi dell'11,9% dimezzando le perdite registrate durante la prima ondata pandemica. Tuttavia mancano all'appello **6.113 ricoveri** per infarto. In particolare i ricoveri per Ima Stemi sono scesi del 23,4% in Valle d'Aosta, del 19,8% in Calabria e del 19% in Basilicata. Cali superiori alla media nazionale si sono registrati nel Lazio, Umbria, Puglia, Piemonte, Lombardia,

Trento e Toscana. Hanno mostrato capacità di resilienza tutte le altre regioni. La regione Marche ha incrementato i ricoveri da luglio a dicembre.



Fonte: Analisi Agenas e MeS Sant'Anna di Pisa- Luglio 2021



Fonte: Analisi Agenas e MeS Sant'Anna di Pisa- Luglio 2021

Misure straordinarie di Recupero sulle liste d'attesa: le norme introdotte nel 2020-2021

Per fronteggiare la situazione relativa ai ritardi e alle mancate prestazioni non erogate nel 2020 da parte delle strutture pubbliche e private accreditate a causa dell'emergenza epidemiologica sono state messe in campo delle misure straordinarie per il recupero delle liste di attesa.

Le norme introdotte dal d.l. n. 104/2020 hanno l'obiettivo di recuperare i ritardi accumulati nell'attività ospedaliera e ambulatoriale nei mesi più critici della crisi sanitaria, quando più stretta è risultata la limitazione degli accessi alle strutture ospedaliere e sanitarie in genere.

Con le misure messe in campo dal d.l 104/2020 si mirava a rafforzare il processo di riassorbimento dei mancati screening, delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero ospedaliero rimaste inevase. Per tale obiettivo si prevedeva che, fino al 31 dicembre 2020, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e gli enti del Servizio sanitario nazionale potessero avvalersi di strumenti straordinari, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa del personale.

In particolare, si è voluto incentivare il ricorso, per il recupero dei ricoveri ospedalieri, alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del CCNL 2016-2018 della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie dipendenti del Servizio sanitario nazionale, aumentando la tariffa oraria riconosciuta nel contratto da 60 euro a 80 euro lordi omnicomprensivi (al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione). Un aumento della tariffa oraria (a 50 euro lordi omnicomprensivi) che è stato previsto anche per le prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 6, comma 1, lettera d), del CCNL 2016-2018 del personale del comparto sanità. Era inoltre prevista la possibilità di reclutare personale, attraverso assunzioni a tempo determinato o attraverso forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, o impiegando anche le figure professionali di cui agli articoli 2-bis e 2-ter, del d.l. 18/2020.

Secondo i dati contenuti nel Rapporto della Corte dei conti sulla finanza pubblica 2021 (p. 294 e ss.) sono **oltre 1,3 milioni i minori ricoveri calcolati rispetto al 2019** (-17 per cento guardando alle consistenze riportate nel Rapporto SDO 2019 - Scheda di Dimissione Ospedaliera). Si tratta di circa 682 mila ricoveri con DRG medico e di poco meno di 620mila con DRG chirurgico per un totale in **valore di 3,7 miliardi**. I mancati ricoveri urgenti rappresentano il 42,6%, di cui l'83,1% sono riferibili a DRG medici (Diagnosis Related Groups - Raggruppamenti omogenei di diagnosi).

Gli **interventi straordinari** previsti hanno riguardato la possibilità, per le Regioni, di adottare nel 2020 specifiche deroghe ai vincoli della legislazione vigente sulla spesa di personale, vedendo stanziate allo scopo apposite risorse che incrementano di **478 milioni** il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per il medesimo anno. La scelta degli strumenti da utilizzare resta in capo all'autonomia delle regioni che, tuttavia, per accedere alle risorse, devono presentare un Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, da inserire nel Programma Operativo per la gestione dell'emergenza da COVID-19 previsto dal decreto legge n. 18 del 2020 (DL. Crescita).

Con riferimento ai **limiti massimi di spesa per ciascuna regione e provincia autonoma**, si riportano gli allegati A e B al decreto-legge che riepilogano, rispettivamente, l'articolazione del finanziamento degli incrementi connessi alle prestazioni aggiuntive e le quote d'accesso 2020 delle singole regioni e province autonome precedentemente alla pandemia da COVID-19. Pertanto, nel caso in cui l'importo della tabella A per l'attuazione dei commi 2 e 3 si dovesse

presentare superiore a quella assegnata a ciascuna regione e provincia autonoma sulla base dell'allegato B, il limite massimo di spesa deve essere inteso quello rappresentato da quest'ultimo allegato. Ne consegue che - fermo restando l'importo complessivo assegnato - alcune regioni potranno utilizzare le tre tipologie di intervento in materia di spesa del personale, di cui all'allegato A, nei limiti massimi delle risorse loro assegnate secondo l'allegato B e per le altre regioni, per le quali l'importo assegnato è superiore a quello derivante dalla somma dei limiti di spesa per le tre tipologie di intervento di cui all'allegato A. Il maggior importo assegnato potrà essere utilizzato esclusivamente per recuperare le liste di attesa per esempio attraverso: i) il ricorso all'acquisto di prestazioni dal privato accreditato, nel rispetto dei tetti di spesa assegnati agli erogatori; ii) il ricorso alle figure professionali previste in incremento, ai sensi dei predetti articoli 2-bis e 2-ter del dl 18/2020 (L. 27/2020).

ALLEGATO A - LIMITE DI SPESA PERSONALE DI CUI ALL'ART.29, COMMI 2 e 3 - ANNO 2020					ALLEGATO B - RIPARTO PER QUOTA ACCESSO ANNO 2020		(in euro)
Regione	Recupero ricoveri ospedal. (co. 2)	Recupero prestaz. spec. ambul. (co. 3 lett. a) e b) al netto lett. c) dati IV trim.2019)	Incremento monte ore assistenza spec. ambul. convenz. interna (co. 3)	Totale	Quota accesso 2020 (in %)	Totale	DIFF. PER REGIONE
Piemonte	10.824.697	28.219.185	706.338	39.750.220	7,36	35.219.754	**-4.530.466**
Valle d'Aosta	330.975	876.766	8.960	1.216.701	0,21	1.004.475	**-212.226**
Lombardia	18.950.578	72.752.900	614.860	92.318.338	16,64	79.595.816	**-12.722.522**
PA di Bolzano	1.232.869	3.070.545	8.031	4.311.445	0,86	4.104.097	**-207.348**
PA di Trento	1.051.423	2.955.094	64.844	4.071.361	0,89	4.257.256	**185.895**
Veneto	11.679.406	34.483.028	682.791	46.845.225	8,14	38.935.696	**-7.909.529**
Friuli V. Giulia	3.636.675	8.402.347	67.828	12.106.850	2,06	9.872.508	**-2.234.342**
Liguria	3.571.124	8.925.028	256.341	12.752.493	2,68	12.819.945	**67.452**
Emilia Romagna	12.388.480	34.792.246	662.671	47.843.397	7,46	35.665.198	**-12.178.199**
Toscana	10.129.665	24.729.595	656.469	35.515.729	6,3	30.123.070	**-5.392.659**
Umbria	2.213.223	6.043.933	147.430	8.404.586	1,49	7.125.589	**-1.278.997**
Marche	3.834.217	8.106.880	178.265	12.119.362	2,56	12.258.402	**139.040**
Lazio	5.392.542	27.612.176	1.168.678	34.173.396	9,68	46.283.767	**12.110.371**
Abruzzo	2.417.357	7.060.022	173.201	9.650.580	2,19	10.472.048	**821.468**
Molise	235.407	2.878.377	60.244	3.174.028	0,51	2.454.194	**-719.834**
Campania	6.963.530	25.674.793	2.172.286	34.810.609	9,3	44.483.036	**9.672.427**
Puglia	5.265.334	17.584.594	645.995	23.495.923	6,62	31.666.469	**8.170.546**
Basilicata	1.204.049	3.998.325	66.040	5.268.414	0,93	4.468.358	**-800.056**
Calabria	2.225.211	7.423.738	508.964	10.157.913	3,19	15.257.629	**5.099.716**
Sicilia	6.255.376	21.085.255	725.177	28.065.808	8,16	39.029.447	**10.963.639**
Sardegna	2.604.843	9.136.965	424.587	12.166.395	2,74	13.122.020	**955.625**
Totale	**112.406.981**	**355.811.792**	**10.000.000**	**478.218.773**	**100**	**478.218.772**	-

Fonte: Ministero della Salute

Per l'accesso alle risorse previste nel 2020, le Regioni e le Province autonome sono chiamate a provvedere (entro il termine ordinatorio di trenta giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento), alla presentazione al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze, di un **Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa**. Tale Piano Operativo deve essere recepito nell'ambito del programma operativo per la gestione dell'emergenza da COVID-19 previsto dall'articolo 18 del decreto legge.

Successivamente l'articolo 26 del decreto legge 73 del 2020 (c.d. Sostegno bis) ha previsto la **proroga**, fino al **31 dicembre 2021**, del **regime tariffario straordinario**, introdotto per corrispondere alle finalità del **Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa** in relazione a prestazioni non erogate nel 2020 da parte di strutture pubbliche e private accreditate, a causa dell'intervenuta emergenza epidemiologica. Gli oneri, in termini di fabbisogno e indebitamento netto, sono quantificati in 477,75 milioni di euro. Allo scopo di ridurre le liste di attesa, si prevede la possibilità per le Regioni e le Province autonome, a partire dalla data dell'entrata in vigore del Decreto Sostegno bis (26 maggio 2021) e **fino al 31 dicembre 2021**, di **derogare ai regimi tariffari ordinari**, utilizzando alcuni istituti già previsti dall'articolo 29 del DL. 104/2020 (cd. Agosto) per il recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione (vale a dire a carattere programmabile e non urgente) e di specialistica ambulatoriale e di screening. Inoltre, le Regioni e le Province autonome, per le finalità di recupero dei ricoveri ospedalieri e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening, possono **integrare da privato accreditati gli acquisti delle predette prestazioni**, mediante **accordi contrattuali** stipulati per l'anno 2021.

3.5 Le azioni messe in campo da Cittadinanzattiva: l'indagine civica sui piani regionali per il recupero delle liste d'attesa

Nonostante le misure straordinarie messe in campo per fronteggiare l'emergenza delle liste d'attesa che sono state approfondite nel paragrafo precedente, buona parte delle risorse messe a disposizione delle regioni non sono state utilizzate, anzi, alcune regioni non hanno neanche presentato il Piano Operativo regionale per il recupero delle Liste d'Attesa. Nel corso del 2021, Cittadinanzattiva ha cercato per mesi di reperire informazioni ufficiali in merito all'erogazione dei fondi alle regioni e alle richieste che le regioni hanno presentato al Ministero della Salute sul piano di rientro e sulla conseguente erogazioni dei fondi, tuttavia, non è stato possibile reperire alcuna informazione né sui siti delle Regioni né su altri siti istituzionali.

Avere informazioni in merito al piano di rientro delle Regioni sulle liste d'attesa è fondamentale per i cittadini delle singole regioni che quotidianamente contattano Cittadinanzattiva lamentando ritardi nell'erogazione delle prestazioni o ancor peggio l'impossibilità di accedere alle prestazioni erogate dal SSN a causa di liste chiuse o tempi di attesa troppo lunghi.

Come hanno evidenziato le segnalazioni giunte al Pit e le risultanze del focus regionale, l'accesso alle prestazioni risulta essere il problema principale. La fase pandemica ha mostrato l'incapacità del SSN di continuare a rispondere alla domanda di cura dei pazienti "non Covid" e ciò ha stimolato
un'intensa reazione da parte di Cittadinanzattiva ponendosi in prima linea, sin dall'inizio dell'emergenza, per tutto il periodo del lockdown e nelle fasi successive, mediante la promozione di iniziative politiche e di mobilitazione sul "ritorno alle cure" al fine di rispondere ai bisogni emersi dall'emergenza sociosanitaria legata al coronavirus e concretizzare il processo di pieno recupero delle prestazioni sanitarie arretrate. In particolare l'impegno si è concretizzato nella promozione di una fitta attività di comunicazione, nella circolazione di informazioni corrette, nell'attivazione di servizi sostitutivi e più in generale, garantendo uno stretto rapporto con le istituzioni ai diversi livelli di governo per contribuire ad assicurare la migliore tutela della salute possibile.

Partendo da queste premesse e con l'obiettivo di reperire dati ed informazioni utili da poter restituire ai cittadini, a luglio 2021 è stata avviata **un'indagine civica in merito al piano regionale di recupero sulle liste d'attesa e sui fondi ripartiti alle Regioni.**

L'indagine civica è stata condotta tramite lo strumento dell'accesso civico generalizzato, (noto come Foia italiano) che a partire dal 2016[26] permette anche ai singoli cittadini e alle associazioni come Cittadinanzattiva di chiedere conto alle pubbliche amministrazioni di dati da esse detenuti e che devono essere accessibili a tutti.

Le amministrazioni sono tenute a rispondere alle richieste (a meno che queste non ricadano nei pochi casi di esclusione previsti dalla legge per motivi di sicurezza nazionale o segreti di Stato), le pubbliche amministrazioni hanno 30 giorni per rispondere alle richieste.
Le istanze di accesso civico generalizzato sono state indirizzate tramite l'invio di *PEC* ai Presidenti
delle Regioni e delle Provincie autonome di Trento e Bolzano, abbiamo scritto ai presidenti perché le decisioni sul piano di rientro delle liste d'attesa sono frutto di una scelta politica che poi sarà attuata tramite gli organi regionali preposti, era necessario però in questa fase avere contezza dell'insieme delle misure messe in atto dalle regioni per avere un quadro d'insieme e al contempo entrare nel dettaglio di alcune richieste molto specifica da poter restituire ai cittadini.
Alle Regioni abbiamo posto un set di domande specifiche e domande di carattere più generale relative alla richiesta dei fondi in riparto e alle misure mette in atto e al programma di rientro sulle liste d'attesa.

Le Regioni avevano la possibilità di rispondere entro il 20 agosto 2021, l'elaborazione dei dati prende in considerazione le risposte ricevute entro il 7 ottobre.

[26] *Decreto Legislativo 25 maggio 2016 n. 97.*

Le richieste

Nella tabella riportata di seguito elenchiamo i quesiti posti alla Regione e se l'ente ha risposto o meno:

Regione	La Regione ha emanato un proprio piano regionale per il recupero delle Liste d'Attesa e chiesto lo stanziamento dei fondi previsti dalla normativa?	La quota precisa che le è stata assegnata (rispetto al fondo totale di 478 milioni di euro)	Il dettaglio delle azioni/ attività messo in atto- programmato per recuperare le liste di attesa (cup, acquisto prestazioni, ampliamento orari, assunzioni)	Il numero preciso e la tipologia di prestazioni che sono state effettivamente recuperate e quante siano ancora quelle da recuperare	Nel caso in cui la Regione non abbia ricevuto i fondi per il recupero delle lista d'attesa quali siano le motivazioni.
Abruzzo	SI	SI	SI	SI	NO
Basilicata	NO	NO	NO	NO	NO
Calabria	NO	NO	NO	NO	NO
Campania	SI	NO	NO	NO	NO
Emilia Romagna	SI	SI	SI	SI	NO
Friuli V. G.	SI	SI	SI	SI	NO
Lazio	NO	NO	NO	NO	NO
Liguria	SI	SI	SI	SI	SI
Lombardia	NO	NO	NO	NO	NO
Marche	SI	SI	SI	SI	NO
Molise	SI	SI	SI	SI	NO
Piemonte	SI	SI	SI	NO	NO
Puglia	SI	SI	SI	NO	NO
Sardegna	SI	SI	SI	NO	NO
Sicilia	SI	SI	SI	SI	NO
Toscana	NO	NO	NO	NO	NO
Umbria	SI	SI	SI	SI	NO
Valle Aosta	SI	SI	SI	SI	NO
Veneto	NO	NO	NO	NO	NO
P.a. Bolzano	SI	SI	SI	SI	NO
P.a. Trento	SI	SI	SI	SI	NO

Fonte: Indagine sulle liste di attesa post covid – Cittadinanzattiva (Ottobre 2021)

Alla nostra istanza di accesso civico generalizzato hanno risposto tutte le regioni ad eccezione di: Basilicata, Calabria, Lazio[27], Lombardia, Toscana e Veneto.

Volendo trarre una prima considerazione solo sulle risposte alle istanze, possiamo sicuramente valutare positivamente il fatto che 15 regioni abbiano risposto alle nostre richieste, questo a riprova che oramai l'accesso civico generalizzato è uno degli strumenti più adeguati a reperire informazioni detenute dalle PA, altrimenti irreperibili.

Tuttavia, dal dettaglio delle risposte che abbiamo ricevuto si denota una grande disomogeneità delle regioni, per alcune la trasparenza rimane più formale che sostanziale. Nonostante tutte le regioni abbiano ricevuto lo stesso set di domande soltanto Abruzzo, Emilia Romagna, FVG, Liguria, Marche, Molise, Trento, hanno risposto a tutti i nostri quesiti. Le altre regioni hanno risposto in maniera parziale, invece, Campania e Sardegna mettono a

[27] *Il Lazio e la Toscano hanno risposto successivamente ad indagine conclusa.*

disposizione solo le delibere senza fornire alcun dato sulle azioni poste in essere, sulle prestazioni non erogate e recuperate.

Dunque, Cittadinanzattiva a partire dai dati ricevuti (disomogenei, parziali e frammentati), ha elaborato dati omogenei tra le regioni per fornire un quadro d'insieme. Nonostante i risultati e l'importanza delle informazioni ottenute, non possiamo non rilevare che la pubblica amministrazione è tenuta a rendere omogenei i propri dati e a pubblicarli e a renderli disponibili in formati open e accessibili ai cittadini, la nostra indagine, invece ha dimostrato, ancora una volta che sono i cittadini a dover richiedere, elaborare e semplificare dati che dovrebbero essere messi a disposizione di tutti. Nei prossimi anni la Pubblica amministrazione dovrà essere all'altezza delle sfide che sono richieste al nostro Paese e previste nel PNRR e la trasparenza è senz'altro un campo di prova molto importante.

Visione d'insieme:

In termini di qualità dell'informazione ricevuto (risposta a tutti i quesiti dell'accesso civico) notiamo: regioni rispondono a tutti quesiti: Abruzzo, Emilia Romagna, FVG, Liguria, Marche, Molise, Trento.

Risposta a singoli quesiti:

1) le regioni hanno emanato un proprio piano regionale per il recupero delle Liste d'Attesa e chiesto lo stanziamento dei fondi previsti dalla succitata normativa di riferimento:

Tutte le regioni rispondenti hanno emanato un proprio atto. Tuttavia Emilia Romagna, Liguria, Marche, Puglia, Sardegna riportano i riferimenti alla normativa ma non allegano atti.

2) quali azioni sono state messe in campo per recupero liste d'attesa:

le regioni: **Marche, Molise, Puglia, Trento, VDA** rimandano genericamente ad azioni previste dall'art 29 del decreto 104 senza mostrare altre evidenze

le regioni: **Campania, Piemonte, Sardegna** non forniscono dati in merito alle azioni poste in essere per il recupero delle liste d'attesa

le regioni: **Abruzzo, Bolzano, Emilia, Fvg, Liguria, Sicilia, Umbria** mostrano anche dati più precisi in merito alle disposizioni prese

3) recupero effettivo su prestazioni da recuperare

Si evidenzia che, ad esclusione della provincia di Trento che ha inviato i dati aggiornati al 30 giugno 2021, tutte le altre regioni hanno inviato dati aggiornati al 31/12/2020.
Considerato che in tutti i casi, i piani operativi per il recupero delle liste di attesa riguardano il triennio 2019-2021 e avendo le regioni fissato obiettivi di rientro del numero delle prestazioni entro quella data e siamo a settembre 2021, molte cose, nel frattempo, potrebbero essere cambiate.
In nessuna regione sono stati indicati i tempi di attesa medi per i ricoveri, gli screening e le prestazioni.

Visione d'insieme

Risposte complete ed esaustive	Abruzzo, FVG, Trento, Molise, Marche
Nessuna risposta	Campania, Piemonte, Puglia, Sardegna
Risposte parziali	P.A Bolzano, Emilia Romagna, Sicilia, VDA, Umbria

Vediamo le risposte più nel dettaglio

EMILIA ROMAGNA: nessun approfondimento sui dati.
Commento alla domanda 3: Su oltre 1.600.000 prestazioni sospese (prestazioni con classi di priorità D e P), il 95% sono state riassorbite al 31/12/2020.

- Non sono mai state sospese, al fine di garantirle entro i tempi appropriati:

• le prestazioni con classe di priorità U (72 H) e B (10 GG)
• le prestazioni non procrastinabili (patologie croniche e rare)
• le prestazioni onco-ematologiche, radioterapiche e chemioterapiche
• le prestazioni individuate come indispensabili dallo specialista di riferimento (tra queste si segnalano i controlli post-operatori e le prestazioni riabilitative post-chirurgiche e post dimissione ospedaliera).

- L'attività chirurgica programmata per gli interventi chirurgici non procrastinabili e per quelli inseriti in Classe A ed oncologici non è mai stata sospesa.
Al 31/12/2020 la quota di ricoveri recuperati per la parte di chirurgia programmata in regime ordinario è stata del 35%

MARCHE: è importante sottolineare il livello di dettaglio altissimo sui dati inviati dalla Regione. I dati relativi al numero delle prestazioni da recuperare non sono complessivi per la Regione ma suddivisi per ASL e per patologia. È impossibile, dunque, riportarne una sintesi quantitativa.
In generale, la regione Marca dichiara che sono state recuperate il 50-70% delle prestazioni e dei ricoveri

MOLISE: la Regione Molise dichiara che la stima delle prestazioni da recuperare è quantificata in circa 10.000 tra prestazioni specialistiche ed indagini diagnostiche. Con riguardo agli interventi chirurgici ed alle prestazioni di chirurgia ambulatoriale, gli stessi si quantificano in circa 1.100 interventi. Nessun dato su ricoveri, prestazioni ambulatoriali e screening oncologici recuperati.

UMBRIA: i dati inviati sono superficiali e incompleti ed è difficile, dunque, restituire un quadro quantitativo della Regione Umbria. Nella risposta all'istanza, tuttavia, dichiarano che le prestazioni sospese sono 148.729, quelle recuperate 3030, quelle inserite nei percorsi di tutela 66.009.

Abbiamo provato a sintetizzare i dati relativi alle mancate prestazioni erogate e quelle recuperate laddove le tipologie di dati inviati erano uguali. Il dato relativo ai ricoveri comprende i ricoveri ordinari medici e chirurgici e i ricoveri diurni medici e chirurgici.
Gli screening oncologici sono la somma di: screening cervicale, screening mammografico, screening tumori del colon-retto. Le prestazioni specialistiche ambulatoriali sono la somma di visite e prestazioni strumentali.

Tabella: Quadro di sintesi accesso civico

REGIONE	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	N. PRESTAZIONI NON EROGATE	N. PRESTAZIONI RECUPERATE	% delle prestazioni recuperate sul totale delle non erogate
ABRUZZO	Ricoveri	30.997	7.785	24,9 %
	Screening oncologici	60.099	37.385	64,33%
	Prestazioni specialistiche ambulatoriali	256.402	11.262	43,3%
P.A. BOLZANO	Ricoveri	14.111	-	-
	Screening oncologici	15.827	-	-
	Prestazioni specialistiche ambulatoriali	1.608.153	1349	11,9%
EMILIA ROMAGNA	1.600.000 prestazioni totali sospese			95 %
FRIULI VENEZIA GIULIA	Ricoveri	6.241	49	1,27%
	Screening oncologici	77.470	-	-
	Prestazioni specialistiche ambulatoriali	215. 535	1.686	0,78%
LIGURIA	Ricoveri	-	-	-
	Screening oncologici	-	-	-
	Prestazioni specialistiche ambulatoriali	448.237	173.908	38,14%
MARCHE	-	-	-	50-70%
MOLISE	1.100	CIRCA 10.000	-	-
SICILIA	Ricoveri	62.896	-	-
	Screening oncologici	-	-	-
	Prestazioni specialistiche ambulatoriali	3.134.496	-	-
TRENTO	Ricoveri	14.671	191	1,3%
	Screening oncologici	36.275	14.401	39,7%

	Prestazioni specialistiche ambulatoriali	24.683	18.018	73%
UMBRIA	-	148.729	3.030	2,03%
VALLE D'AOSTA	Ricoveri	2.041	653	32%
	Screening oncologici	12.620	4.985	49,6%
	Prestazioni specialistiche ambulatoriali	9.220	3.642	39,5%

Fonte: Indagine di Cittadinanzattiva sulle Liste d' attesa post covid (ottobre 2021)

I risultati dell'indagine In sintesi

Nella provincia di Trento si è recuperato il 73% delle prestazioni ambulatoriali (18 mila su circa 24mila), ma solo il 39% degli screening oncologici e appena l'1% dei ricoveri. In Abruzzo il 64% degli screening oncologici sospesi è stato erogato (su un totale di 60 mila), assieme al 43% delle prestazioni ambulatoriali e a quasi il 25% dei ricoveri. In Friuli Venezia Giulia solamente lo 0,7% delle prestazioni specialistiche ambulatoriali è stato recuperato (su un totale di circa 215 mila), insieme al 1% di circa 6 mila ricoveri. In Sicilia sono oltre 3 milioni le prestazioni ambulatoriali e 63 mila i ricoveri non erogati, ma non si sa quanti siano stati recuperati.

Così pure in Molise, dove non si hanno notizie certe sul recupero di circa 10 mila prestazioni, fra specialistica e diagnostica, e circa 1100 interventi. Meglio in Valle D'Aosta, dove è stato possibile recuperare il 32% dei ricoveri, il 49% degli screening oncologici (su un totale di circa 12 mila) e il 39% delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (su un totale di circa 9 mila). I dati relativi al numero di prestazioni recuperate, sul totale di quelle da recuperare, sono stati forniti anche da Emilia Romagna (95% delle prestazioni e 35% dei ricoveri recuperati al 31/12/2020), Marche (50/70% delle prestazioni e dei ricoveri).

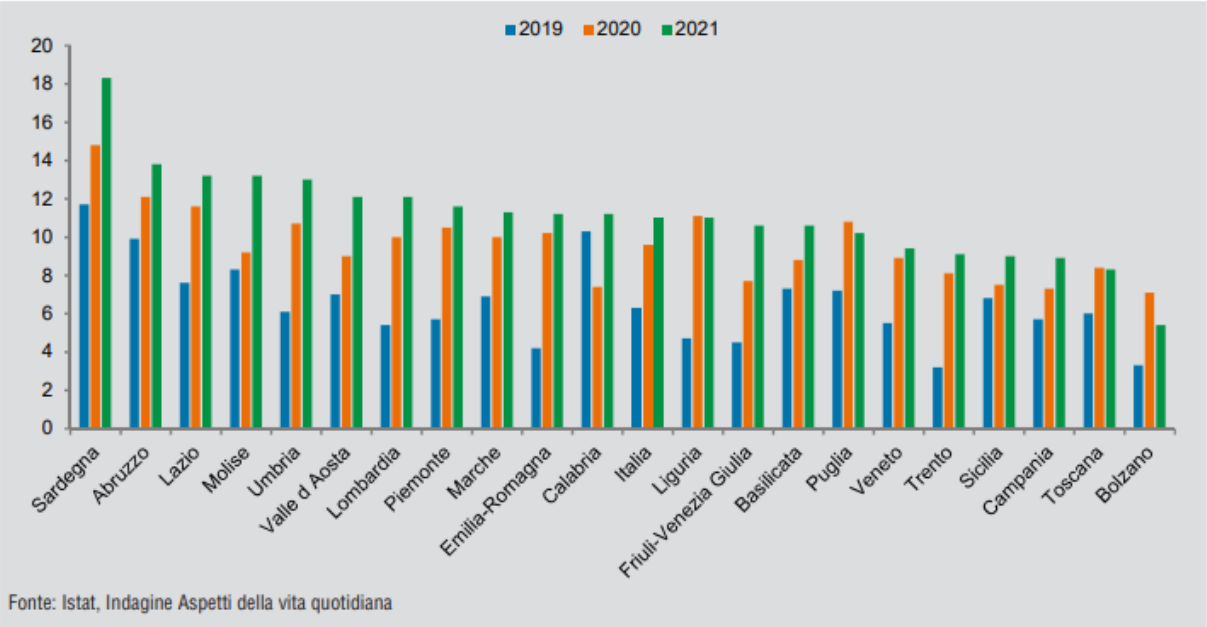
3.6 La rinuncia alle cure

Nel secondo anno di pandemia continuano ad aumentare le rinunce alle prestazioni sanitarie. Nel 2021, l'11,0% delle persone che avevano bisogno di visite specialistiche (escluse le visite dentistiche) o esami diagnostici ha dichiarato di averci rinunciato per problemi economici o legati alle difficoltà di accesso al servizio[28]. Nel 2021 cresce la quota di persone che ha dovuto rinunciare a visite o accertamenti di 1,5 punti percentuali, 765 mila persone in più (+ 1,5 punti percentuali), confermando l'aumento già osservato nel 2020, pari a +3,3 punti percentuali rispetto al 2019. La quota di quanti riferiscono di aver dovuto rinunciare per motivi legati al COVID-19 è aumentata passando dal 51,4% del 2020 al 53,3% del 2021 (valore che sale al 60,1% nel Nord-est). Queste rinunce e il loro incremento destano preoccupazione, in quanto sottintendono un rinvio nelle prestazioni, che potrebbe da un lato comportare un futuro aumento delle richieste, con un impatto sulle liste di attesa, dall'altro causare incrementi in termini di mortalità evitabile per la mancata tempestività delle cure.

Fino al 2019 la rinuncia a prestazioni sanitarie mostrava un gradiente territoriale Nord Mezzogiorno, a svantaggio di quest'ultimo mentre negli ultimi 2 anni, la situazione pandemica ha reso il problema della rinuncia a visite e accertamenti omogeneo sul territorio. Al livello regionale, permangono comunque alcune situazioni particolarmente critiche, come ad esempio in Sardegna, dove la percentuale di persone che hanno rinunciato a visite o accertamenti nel 2021 è pari al 18,3%, con un aumento di 6,6 punti percentuali rispetto al 2019; in Abruzzo la quota si stima pari al 13,8%; in Molise e nel Lazio la quota è pari al 13,2% con un aumento di circa 5 punti percentuali rispetto a due anni prima. Vivere in un comune centro dell'area metropolitana è un'altra condizione che determina maggiori incrementi nella rinuncia a prestazioni, infatti, negli anni della pandemia la percentuale di chi ha dovuto rinunciare a una visita o a un accertamento sale al 12,8% in queste aree (era il 7,3% nel 2019).

[28] *chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1650530891.pdf*

Figura: Percentuale di persone che negli ultimi 12 mesi hanno rinunciato a prestazioni sanitarie pur avendone bisogno, per regione. anni 2019 - 2020



Fonte: Rapporto Istat sul BES 2022

Le fasce di età con maggiori problemi di accesso a prestazioni sanitarie si registra per le persone più anziane: si passa dal 14,6% dei 55-59enni che hanno dichiarato di aver dovuto rinunciare ad almeno una prestazione sanitaria di cui aveva bisogno al 17,8% nella fascia con più di 74 anni, mentre la percentuale è più contenuta tra i più giovani (7,9% nella fascia di età 25-34). Il titolo di studio è una variabile discriminate nel ricorso alle visite mediche, poiché i più istruiti sono generalmente più attenti al controllo della propria salute, e di conseguenza anche la rinuncia a esse è condizionata dai livelli di istruzione, ma la situazione pandemica ha messo tutti nella condizione di dovervi rinunciare.

3.7 L'intramoenia

Nell'ambito dell'analisi relativa alle difficoltà d'accesso alle prestazioni da parte dei cittadini mostrata ad inizio capitolo, si segnala spesso il necessario ricorso all'intramoenia per potersi curare in tempi contenuti. Spesso infatti, a fronte di lunghe attese per esami diagnostici o visite specialistiche, vengono proposte, dalle stesse strutture sanitarie, soluzioni in intramoenia con erogazione in tempi molto ridotti.

Come mostrato dalla "Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria 2020" trasmessa al Parlamento, l'attesa per ottenere un esame in tempi congrui è quasi sempre minima in intramoenia, evidenziando la sproporzione che c'è con i tempi prospettati attraverso il canale istituzionale.

Tempi di attesa delle prestazioni prenotate

La rilevazione delle prenotazioni in ALPI effettuate nei monitoraggi di gennaio, luglio ed ottobre 2020, ha evidenziato che la maggior parte delle richieste riguardano le visite specialistiche (rispetto alle prestazioni diagnostiche) che rappresentano circa il 78% del totale. Le visite più prenotate in intramoenia sono: la visita cardiologica, la visita ginecologica e la visita ortopedica. Per quanto riguarda le prestazioni strumentali, quelle maggiormente richieste sono l'ecografia

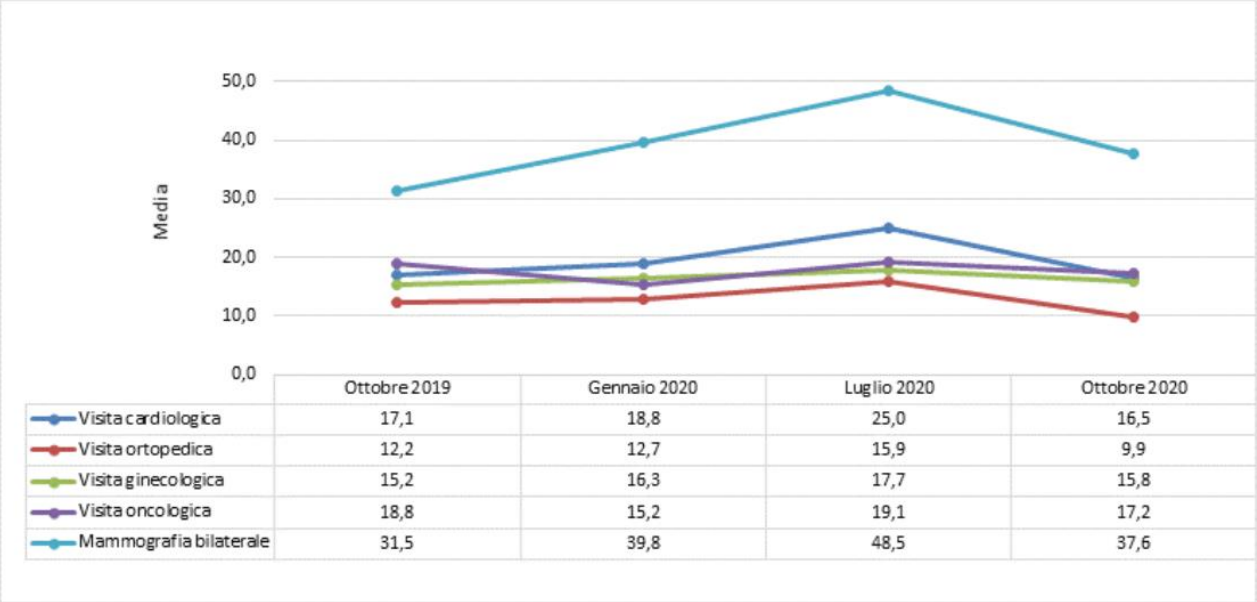
all'addome inferiore, superiore e completo, l'ecografia monolaterale e bilaterale della mammella e la mammografia monolaterale e bilaterale.

Confrontando i dati a livello nazionale nei 3 monitoraggi:

- **circa il 57,1% delle prenotazioni ha un tempo di attesa inferiore ai 10 giorni;**
- circa il 28,4% delle prenotazioni viene fissato tra gli 11 e i 30/60 giorni (a seconda che si tratti di una visita specialistica o di una prestazione strumentale);
- solo per il 14,5% delle prenotazioni si deve attendere oltre i 30/60 giorni.

La mammografia si conferma essere la prestazione che registra invece la percentuale più bassa di prenotazioni entro i 10 giorni (mammografia monolaterale 33%, mammografia bilaterale 35%), seguito dalla visita endocrinologica (42%) e dalla ecografia della mammella (45%). L'osservazione delle medie dei tempi di attesa delle prestazioni prenotate nelle settimane indice, per alcune prestazioni più critiche, mostra come, dopo un peggioramento riscontrato a luglio 2020 a causa dell'emergenza Covid, ci sia stato un netto miglioramento nella settimana indice di ottobre 2020 (con valori medi più bassi rispetto ad ottobre 2019). Solo nel caso delle mammografie i valori registrati sono più alti nel confronto ottobre 2019 vs ottobre 2020.

Grafico: Trend delle medie dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali rilevate nel monitoraggio ALPI di ottobre 2019 e di gennaio, luglio e ottobre 2020



	Ottobre 2019	Gennaio 2020	Luglio 2020	Ottobre 2020
Visita cardiologica	17,1	18,8	25,0	16,5
Visita ortopedica	12,2	12,7	15,9	9,9
Visita ginecologica	15,2	16,3	17,7	15,8
Visita oncologica	18,8	15,2	19,1	17,2
Mammografia bilaterale	31,5	39,8	48,5	37,6

Fonte: Monitoraggio ALPI - 2022

Luogo di erogazione dell'attività libero professionale

Il Decreto Legge del 13 settembre 2012 n. 158 art.2, convertito con modificazioni dalla Legge n. 189 dell'8 novembre 2012, ha modificato e integrato la Legge n. 120 del 2007 delineando strumenti e metodi per favorire il superamento della possibilità di erogare prestazioni in studi privati ancora eccezionalmente in corso di collegamento in rete. I monitoraggi del 2020, tra le varie informazioni, raccolgono anche quelle utili alla verifica del superamento di tale tipologia d'intramoenia. Nella Tabella che segue vengono riportati il numero totale di prenotazioni erogate in ALPI, a livello regionale e nazionale suddivise per le diverse tipologie:

• esclusivamente all'interno degli spazi aziendali (entro le mura, comprendendo in questa tipologia anche l'attività svolta negli spazi in locazione) (1);

• all'esterno degli spazi aziendali (che comprende l'attività svolta in studi privati collegati in rete e l'attività svolta presso altre strutture pubbliche attraverso la stipula di convenzioni) (2);

• in via residuale, in studi privati ancora eccezionalmente in corso di collegamento in rete (3).

Molte Regioni hanno mostrato segnali di un progressivo adeguamento agli adempimenti normativi, in quanto l'utilizzo di studi privati non ancora collegati in rete pare totalmente superata. Considerando i tre monitoraggi insieme (gennaio, luglio, ottobre 2020) il 91% delle prestazioni viene erogato esclusivamente all'interno degli spazi aziendali, l'8% esternamente all'azienda ma secondo le tipologie previste (studi privati collegati in rete o presso altre strutture pubbliche previa convenzione). Solo un residuale 1% di attività viene svolta ancora presso studi non ancora collegati in rete. Tale criticità è circoscritta in sei Regioni (Calabria 2%, Campania 17%, Lazio 5%, Molise 12%, Piemonte 2% e Sicilia 1%)

Tabella: n° di prenotazioni rilevate delle diverse tipologie nel monitoraggio nazionale ALPI effettuate nei monitoraggi di gennaio, luglio e ottobre 2020

MONITORAGGIO	gennaio 2020						luglio 2020						ottobre 2020					
REGIONE	Tipologia 1	Tipologia 2	Tipologia 3	% Tipologia 1	% Tipologia 2	% Tipologia 3	Tipologia 1	Tipologia 2	Tipologia 3	% Tipologia 1	% Tipologia 2	% Tipologia 3	Tipologia 1	Tipologia 2	Tipologia 3	% Tipologia 1	% Tipologia 2	% Tipologia 3
ABRUZZO	2.263	0	0	100%	0%	0%	1.312	0	0	100%	0%	0%	1.450	0	0	100%	0%	0%
BASILICATA	432	295	0	59%	41%	0%	444	316	0	58%	42%	0%	490	208	0	70%	30%	0%
CALABRIA	1.032	181	58	81%	14%	5%	458	237	0	66%	34%	0%	604	275	8	68%	31%	1%
CAMPANIA	2.070	1.403	363	54%	37%	9%	1.781	1.428	549	47%	38%	15%	762	1.265	180	35%	57%	8%
EMILIA-ROMAGNA	14.335	0	0	100%	0%	0%	10.857	0	0	100%	0%	0%	10.904	0	0	100%	0%	0%
FRIULI-VENEZIA GIULIA	4.602	0	0	100%	0%	0%	2.895	0	0	100%	0%	0%	2.436	0	0	100%	0%	0%
LAZIO	5.292	579	590	82%	9%	9%	3.875	742	50	83%	16%	1%	3.862	550	135	85%	12%	3%
LIGURIA	3.266	836	0	80%	20%	0%	1.674	901	18	65%	35%	1%	1.848	956	4	66%	34%	0%
LOMBARDIA	16.569	0	0	100%	0%	0%	11.910	0	0	100%	0%	0%	11.281	0	0	100%	0%	0%
MARCHE	6.083	0	0	100%	0%	0%	4.609	0	0	100%	0%	0%	4.725	0	0	100%	0%	0%
MOLISE	148	0	15	91%	0%	9%	60	0	0	100%	0%	0%	87	0	26	77%	0%	23%
P. A. BOLZANO	297	0	0	100%	0%	0%	43	0	0	100%	0%	0%	50	0	0	100%	0%	0%
P. A. TRENTO	2.371	0	0	100%	0%	0%	1.724	0	0	100%	0%	0%	1.754	0	0	100%	0%	0%
PIEMONTE	4.297	3.973	107	51%	47%	1%	2.312	2.780	167	44%	53%	3%	1.915	2.939	81	39%	60%	2%
PUGLIA	3.001	496	0	86%	14%	0%	2.321	579	0	80%	20%	0%	3.033	1.076	0	74%	26%	0%
SARDEGNA	1.722	254	0	87%	13%	0%	964	335	0	74%	26%	0%	1.070	249	0	81%	19%	0%
SICILIA	3.628	90	34	97%	2%	1%	2.324	96	17	95%	4%	1%	2.200	181	38	91%	7%	2%
TOSCANA	12.924	0	0	100%	0%	0%	11.041	0	0	100%	0%	0%	10.796	0	0	100%	0%	0%
UMBRIA	1.447	726	0	67%	33%	0%	1.236	580	0	68%	32%	0%	1.019	641	0	61%	39%	0%
VALLE D'AOSTA	307	0	0	100%	0%	0%	252	0	0	100%	0%	0%	360	0	0	100%	0%	0%
VENETO	10.214	0	0	100%	0%	0%	10.197	0	0	100%	0%	0%	12.654	3	0	100%	0%	0%
ITALIA	96.300	8.833	1.167	91%	8%	1%	72.289	7.994	801	89%	10%	1%	73.300	8.343	472	89%	10%	1%

Tipologia di erogazione	
1	Erogate in ALPI esclusivamente all'interno degli spazi aziendali (entro le mura, comprendendo in questa tipologia anche l'attività svolta negli spazi in locazione) (1)
2	Erogate in ALPI all'esterno degli spazi aziendali (che comprende l'attività svolta in studi privati collegati in rete e l'attività svolta presso altre strutture pubbliche attraverso la stipula di convenzioni) (2)
3	Erogate in ALPI in via residuale, in studi privati ancora eccezionalmente in corso di collegamento in rete (3)

Fonte: Monitoraggio ALPI - 2022

Agende di prenotazione

A livello nazionale nel 2020, si rileva che la maggior parte delle prenotazioni viene effettuata attraverso l'agenda gestita dal sistema CUP (con percentuali superiori al 90% in tutti i monitoraggi). In particolare, nel 2020 si conferma che 11 Regioni/PA (Abruzzo, Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Marche, PA di Bolzano, PA di Trento, Puglia, Toscana, Umbria, Valle D'Aosta e Veneto) utilizzano esclusivamente l'agenda gestita dal sistema CUP.

Per 7 Regioni (Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Sardegna e Sicilia) si registrano prenotazioni attraverso il CUP per più dell'80% del totale.

Le rimanenti Regioni riportano una percentuale intorno al 60%. In sintesi, è possibile notare come nel corso degli anni si stia via via consolidando l'utilizzo del sistema CUP per le prenotazioni delle prestazioni, così come auspicato dalle Linee Guida del Ministero della Salute.

Tabella: percentuale di prestazioni secondo la tipologia di agenda utilizzata

	ott-19					gen-20					lug-20					ott-20				
Regione	Totale numero prenotazioni	1	2	3	4	Totale numero prenotazioni	1	2	3	4	Totale numero prenotazioni	1	2	3	4	Totale numero prenotazioni	1	2	3	4
Abruzzo	1.958			100,0%		2.263			100,0%		1.312			100,0%		1.450			100,0%	
Basilicata	898			100,0%		727			100,0%		760			100,0%		698			100,0%	
Calabria	1.345	14,1%		85,9%		1.271	5,3%		94,7%		695	17,4%		82,6%		887	17,0%		83,0%	
Campania	4.302	17,1%	0,7%	82,2%	0,0%	3.836	11,3%	0,5%	88,2%	0,0%	3.758	8,9%	0,3%	90,8%		2.207	2,5%		97,5%	
E-R	14.499			85,2%	14,8%	14.335			84,5%	15,5%	10.857			89,6%	10,4%	10.904			89,2%	10,8%
FVG	3.389			100,0%		4.602			100,0%		2.895			100,0%		2.436			100,0%	
Lazio	6.965	6,5%	0,5%	92,9%		6.461	7,3%	0,5%	92,3%	0,0%	4.667	13,0%	0,3%	86,5%	0,2%	4.547	11,5%	5,7%	82,8%	
Liguria	2.974		1,4%	65,4%	33,2%	4.102		0,6%	73,5%	26,0%	2.593	0,5%	5,0%	59,4%	35,1%	2.808			67,3%	32,7%
Lombardia	15.383	0,3%		93,6%	6,1%	16.569	0,4%		94,2%	5,4%	11.910	0,5%		92,7%	6,6%	11.281	0,1%	0,9%	91,7%	7,3%
Marche	6.037			100,0%		6.083			100,0%		4.609			100,0%		4.725			100,0%	
Molise	326	25,8%		74,2%		163	39,3%		60,7%		60			100,0%		113	35,4%		64,6%	
PA di BZ*	316			100,0%		297			100,0%		43			100,0%		50			100,0%	
PA di TN	1.099			100,0%		2.371			100,0%		1.724			100,0%		1.754			100,0%	
Piemonte	8.020			69,3%	30,7%	8.377	0,3%		68,9%	30,8%	5.259			67,4%	32,6%	4.935			63,4%	36,6%
Puglia	3.346			100,0%		3.497			100,0%		2.900			100,0%		4.109			100,0%	
Sardegna	1.872			88,6%	11,4%	1.976			84,3%	15,7%	1.299			92,8%	7,2%	1.319			81,3%	18,7%
Sicilia	3.645	11,1%	1,2%	87,7%	0,0%	3.752	14,8%	1,4%	83,8%		2.437	4,0%	0,5%	95,6%		2.419	8,9%	1,4%	89,7%	
Toscana	12.020			100,0%		12.924			100,0%		11.041			100,0%		10.796			100,0%	
Umbria	2.084			100,0%		2.173			100,0%		1.816			100,0%		1.660			100,0%	
VdA	343			100,0%		307			100,0%		252			100,0%		360			100,0%	
Veneto	10.531			100,0%		10.214			100,0%		10.197			100,0%		12.657			100,0%	
Italia	101.352	1,9%	0,1%	91,3%	6,7%	106.300	1,6%	0,1%	91,6%	6,7%	81.084	1,5%	0,2%	92,5%	5,7%	82.115	1,2%	0,5%	92,2%	6,1%

1	AGENDA CARTACEA GESTITA DAL PROFESSIONISTA
2	AGENDA CARTACEA GESTITA DALLA STRUTTURA
3	AGENDA GESTITA DAL SISTEMA CUP
4	ALTRO

Fonte: Monitoraggio ALPI - 2022

Volumi erogati in attività istituzionale e in alpi nel 2019 e nel 2020

I dati richiesti da AGENAS alle Regioni/Province Autonome per le rilevazioni nazionali includono anche i volumi semestrali delle 69 prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI e in attività istituzionale. Tale richiesta nasce dall'esigenza di verificare "il previsto rispetto dell'equilibrio tra prestazioni rese dal professionista in regime istituzionale e, rispettivamente, in libera professione intramuraria", come previsto dal PNGLA 2010-2012.

Dall'analisi del rapporto percentuale si nota che il rapporto tra i volumi di visite specialistiche erogate in ALPI e i volumi di quelle erogate in regime istituzionale registra, a livello nazionale, valori compresi tra il 3% (visita fisiatrica e visita oncologica) e il 29% (visita ginecologica), mentre quello tra i volumi di prestazioni strumentali – diagnostica per immagini – altri esami specialistici, ha valori compresi tra l' 1% (TC, elettrocardiogramma dinamico (holter), Elettromiografia, mammografia monolaterale, RM, spirometria globale) e il 42% (ecografia ginecologica). La prestazione più erogata in ALPI, come per il 2019, risulta essere la visita cardiologica (402.829) seguita dalla visita ginecologica (364.522), da quella ortopedica (303.843), dalla visita oculistica (242.511). Nel 2020 l'elettrocardiogramma (3.474.291) è la prestazione più erogata in attività istituzionale, seguita, dalla visita oculistica (2.917.910), dalla visita cardiologica (2.657.571) e dalla visita ortopedica (2.640.968).

La riduzione dei volumi in regime istituzionale e alpi tra il 2019 e il 2020

Nel complesso, si osserva una forte riduzione dei volumi sia in regime istituzionale che in ALPI dal 2019 al 2020, dovuto all'emergenza Covid; nello specifico nel 2019 le prestazioni erogate in ALPI erano 4.765.345 e quelle in istituzionale 58.992.277, mentre nel 2020 quelle erogate in ALPI erano 3.204.061 mentre quelle erogate in istituzionale 43.398.623.

Equilibrio ALPI/istituzionale

L'analisi dettagliata dei volumi di prestazioni a livello aziendale consente di monitorare l'equilibrio del rapporto tra le attività erogata in ALPI e quella erogata in regime istituzionale. Tale rapporto non deve superare il 100%. **In 13 regioni su 21 si rilevano situazioni (puntiformi) in cui il suddetto rapporto è superiore a 100%** soprattutto nell'ambito della visita e della ecografia ginecologica.

Analizzando le percentuali delle prestazioni erogate in ALPI sulle prestazioni erogate in istituzionale in ogni singola struttura nel 2019 e nel 2020 emerge che in alcune Aziende il rapporto alpi/istituzionale supera il 100%; mentre nel 2020 in alcune aziende si registrano segni di miglioramento, dove la percentuale si è ridotta al di sotto del 100%,

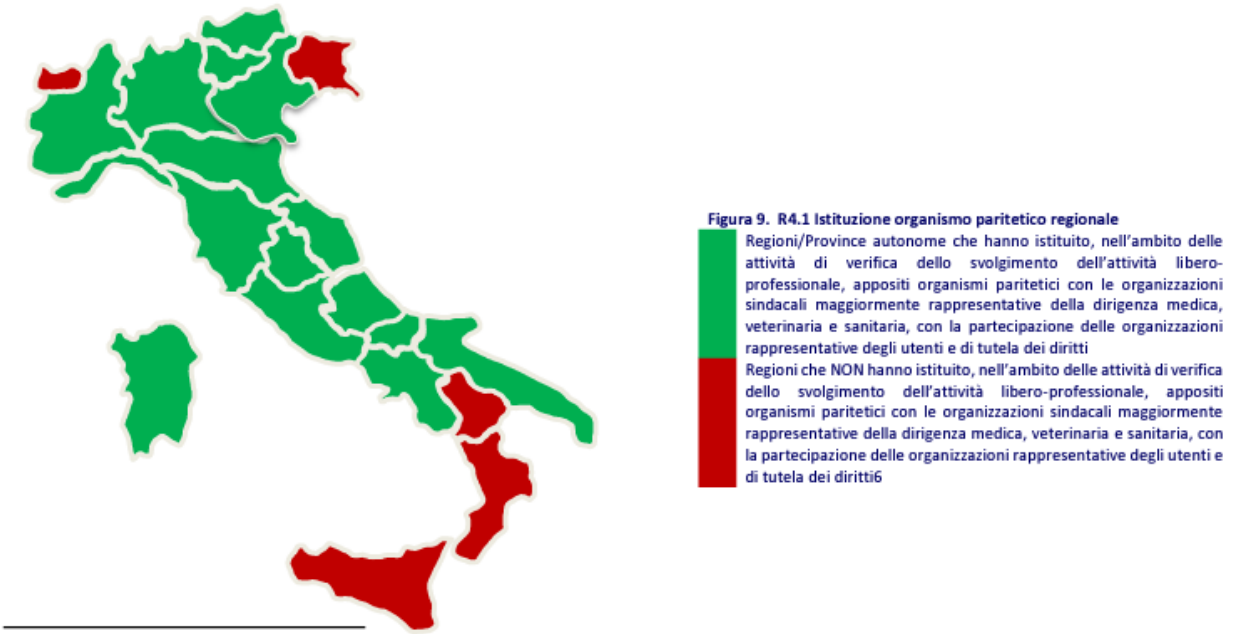
Nello specifico alcuni esempi:

- ECOGRAFIA OSTETRICA E GINECOLOGICA: si nota un miglioramento in un'azienda della Regione **Campania dal 750% nel 2019 al 26% nel 2020**
- VISITA ENDOCRINOLOGICA: in un'azienda della Regione Sicilia il rapporto ALPI/ISTITUZIONALE passa dal 70% nel 2019 **al 296% nel 2020**
- VISITA CARDIOLOGICA/ELETTROCARDIOGRAMMA: un'azienda della Regione **Campania dal 72% nel 2019 al 206% nel 2020**
- VISITA UROLOGICA Un'azienda marchigiana dal 147% nel 2019 al 228% nel 2020;
- MAMMOGRAFIA (MONOLATERALE E BILATERALE) Una azienda **piemontese dal 16% nel 2019 al 142% nel 2020**

Organismi paritetici

Alle Regioni e Province Autonome è riconosciuto il compito di stabilire le modalità di verifica dello svolgimento dell'attività libero professionale e dell'insorgenza del conflitto di interessi o di situazioni che comunque implichino forme di concorrenza sleale, determinando le relative misure sanzionatorie (così come stabilito dell'Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome in data 18 novembre 2010). La verifica rappresenta una fase determinante del processo di governance in quanto permette alla Regione/PA di valutare l'effettiva implementazione delle misure organizzative individuate e di determinarne l'efficacia, l'efficienza e l'economicità. Tale fase strategica richiede la partecipazione e il coinvolgimento dei portatori di interesse per favorire processi decisionali congiunti in grado di promuovere un'assistenza di qualità e il miglioramento continuo. L'Accordo citato identifica la sede ideale di confronto e condivisione nell'organismo paritetico e individua quali portatori di interessi da coinvolgere, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria e le **organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti**. In questo ambito la rilevazione del 2020 mostra un miglioramento rispetto alla precedente rilevazione con 16 Regioni/Province autonome (+ 3) che dichiarano di aver istituito l'organismo paritetico (Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Veneto)

Figura: Regioni con istituzione di organismi paritetici



5 La Regione Basilicata precisa che: *"Non è ancora attivato l'Organismo paritetico regionale che è comunque operativo a livello aziendale. Le funzioni di controllo regionale sono esercitate nell'ambito dei compiti istituzionali".*

La Regione Friuli-Venezia Giulia precisa che: *"I confronti con la componente sindacale hanno subito un rallentamento nel 2020 a causa della nota situazione pandemica e di conseguenza non risulta ancora licenziato il documento regionale recante le Linee guida e dell'organismo paritetico regionale"*

Fonte: Monitoraggio ALPI - 2022

Se si vanno ad analizzare la composizione e la funzionalità di tali organi è possibile osservare quanto di seguito riportato schematicamente:

- in tutte le 16 Regioni/Province autonome che hanno attivato l'organismo paritetico è garantita la partecipazione delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative;
- in 14 Regioni (Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria e Veneto) sono presenti i rappresentanti della Regione/Provincia autonoma;
- in 12 Regioni/Province autonome (Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Sardegna, Toscana) è previsto il coinvolgimento dei rappresentanti delle Aziende;
- 11 Regioni (Abruzzo, Campania, Emila- Romagna, Lazio, Liguria, Piemonte, P.A. Trento, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria) riferiscono la partecipazione delle organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela della salute.
- Una Regione/Provincia Autonoma ha indicato la presenza di altre tipologie di persone coinvolte (Lombardia)

Un primo tentativo di accertamento dell'effettivo funzionamento dell'organismo paritetico è stato realizzato attraverso la rilevazione delle date di prima e ultima convocazione.

Tutte le 16 Regioni/Province autonome rispondenti hanno segnalato le date richieste e i risultati hanno evidenziato quanto segue:

- l'insediamento più datato risale al 2004, mentre quello più recente al 2021;
- per quanto riguarda la data dell'ultima riunione, per 4 Regioni (Liguria, Lombardia, Puglia, Toscana) coincide con quella di insediamento, per le rimanenti le date si distribuiscono nel periodo compreso tra il 2013 e il 2021.

Tabella: Data insediamento e ultima riunione organismi paritetici

Regione	Data insediamento	Data ultima riunione
ABRUZZO	09/10/2013	18/02/2019
CAMPANIA	26/03/2019	28/01/2021
EMILIA-ROMAGNA	09/04/2013	04/04/2014
LAZIO	04/06/2015	21/11/2017
LIGURIA	04/10/2019[7]	04/10/2019
LOMBARDIA	29/06/2021	29/6/2021
MARCHE	15/11/2018	08/06/2021
MOLISE	28/06/2021	28/06/2021
PIEMONTE	30/09/2020	30/12/2020
PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	28/09/2010	29/10/2020
PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	29/11/2004	15/06/2021
PUGLIA	02/12/2014	02/12/2014
SARDEGNA	07/03/2013	23/07/2013
TOSCANA	30/06/2009	30/06/2009
UMBRIA	11/04/2017	23/10/2018
VENETO	28/04/2016	28/12/2020

Fonte: Monitoraggio ALPI - 2022

Aumentano rispetto alla precedente rilevazione i contesti regionali in cui il funzionamento degli organismi paritetici appare più attivo, come rilevabile dall'indicazione di incontri più recenti. Permangono tuttavia dei contesti regionali in cui si riscontra un'operatività dell'organismo critica (dove cioè si evidenzia l'effettuazione di un'unica riunione coincidente con la data di insediamento). Si rileva complessivamente, rispetto al 2019, un miglioramento sia in termini di numero di regioni che hanno istituito l'organismo paritetico che in termini dell'attività degli stessi che di ampliamento della partecipazione alle istituzioni e organizzazioni previste.

Assistenza territoriale di prossimità

4. PNRR: le risorse previste per la Missione 6

A cura di Michela Liberti

Il PNRR attinge alle ingenti risorse messe a disposizione nell'ambito del progetto Next Generation EU; a tali risorse se ne aggiungono peraltro altre, in primis quelle del programma di finanziamento React-EU e quelle del cosiddetto "Fondo complementare".

L'Italia ha previsto nel Piano di investire € 191,5 mld., pari all'ammontare massimo che poteva essere richiesto.

Non si deve dimenticare che di essi, € 68,9 mld. (il 36,0%) sono erogati sotto forma di sostegno non rimborsabile e € 122,6 mld. (il rimanente 64,0%) in prestito: quindi, per quasi due terzi, le risorse per il PNRR si configurano come un prestito e, quindi, determinano un debito a carico del Paese.

Nello specifico, alla Sanità (Missione 6 del PNRR), sono destinate risorse per € 20,2 mld. (complessivamente sui tre "fondi" sopra citati): un somma rilevante che, però, in percentuale del totale (10,5%), rappresenta più o meno l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL nazionale;

è pur vero, come vedremo, che anche in altre Missioni si ritrovano finanziamenti di cui, "in qualche modo", beneficerà anche il settore sanitario: ad esempio citiamo i benefici indiretti che possono derivare dagli investimenti tesi a realizzare la transizione digitale e quelli per la protezione dell'ambiente; ma anche, certamente, le risorse per l'Housing Sociale e la disabilità, contenute nella Missione 5 (Inclusione e Coesione).

Nello specifico la Missione 6 (Salute) si articola in due cosiddette Componenti: da un lato, il potenziamento dell'assistenza "territoriale", tramite la creazione di nuove strutture (Strutture intermedie e Case della Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e lo sviluppo della telemedicina; dall'altro, l'innovazione e il rafforzamento del capitale umano del SSN attraverso il potenziamento della ricerca e della formazione.

La prima Componente (M6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale), complessivamente è finanziata per € 9 mld.; a questa si aggiunge la seconda Componente (M6C2: innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN), con un ulteriore "budget" di € 11,2 mld.

Tabella: PNRR: finanziamenti settore salute

M6. Salute	PNRR (€ mld.)	React EU (€ mld.)	Fondo complementare (€ mld.)	Totale (€ mld.)
M6C1: reti pross., strutture e telemed. per ass. territoriale	7,00	1,50	0,50	9,00
M6C2: innovaz. e ricerca e digitalizzazione del SSN	8,63	0,21	2,39	11,23
Totale Missione Salute	15,63	1,71	2,89	20,23
Missione Inclusione e Coesione *M5C1.1 Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale*	1,45			
Totale	17,08			

Fonte: PNRR 2021 – 17° Rapporto Crea Sanità

A ben vedere, sarebbe miope affermare che all'Assistenza territoriale siano dedicate solo le risorse della prima componente: in alcuni degli interventi previsti nella seconda componente, possiamo aspettarci un impatto anche sull'assistenza territoriale: pensiamo ad esempio al Fascicolo Sanitario elettronico; inoltre, come anticipato, anche (almeno) la Missione 5 interviene in parte su ambiti di assistenza territoriale: a titolo di esempio ricordiamo che in questa Missione € 1,45 mld. sono destinati a interventi di contrasto alla non autosufficienza, come è il caso dell'Housing sociale e delle misure in favore delle disabilità.
In definitiva, nell'ambito della Missione Salute (6) circa il 45,0% delle risorse sono finalizzate all'implementazione della prima Componente (M6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale) e il 55% alla realizzazione della seconda Componente (M6C2: innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN). Considerando anche le risorse della Missione 5, si aggiunge un altro 8-10% di risorse utili per sostenere l'assistenza territoriale, ivi inclusa quella per la Long Term Care (ovvero la non autosufficienza).

Tabella: PNRR: composizione finanziamenti settore salute

M6. Salute	PNRR (%)	React EU %)	Fondo complementare (%)	Totale (%)
M6C1: reti pross., strutture e telemed. per ass. territoriale	44,8	87,7	17,3	44,5
M6C2: innovaz. e ricerca e digitalizzazione del SSN	55,2	12,3	82,7	55,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
Missione Salute	91,5			
Altre Missioni	8,5			
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: PNRR 2021 – 17° Rapporto Crea Sanità

Entrando nello specifico degli interventi/investimenti previsti nell'ambito della prima Componente, è previsto il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali, come le Case della Comunità (CdC) e gli Ospedali di Comunità (OdC), il rafforzamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

M6C1 (COMPONENTE 1) –RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE, 7 MLD

Ambiti di intervento	Misure e risorse (mld)
Riforma 1	Servizi sanitari di prossimità, strutture e standard per l'assistenza sul territorio
Investimento 1	Case della comunità e presa in carico della persona
Investimento 2	Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina
Investimento 3	Sviluppo delle cure intermedie (Ospedali di comunità)

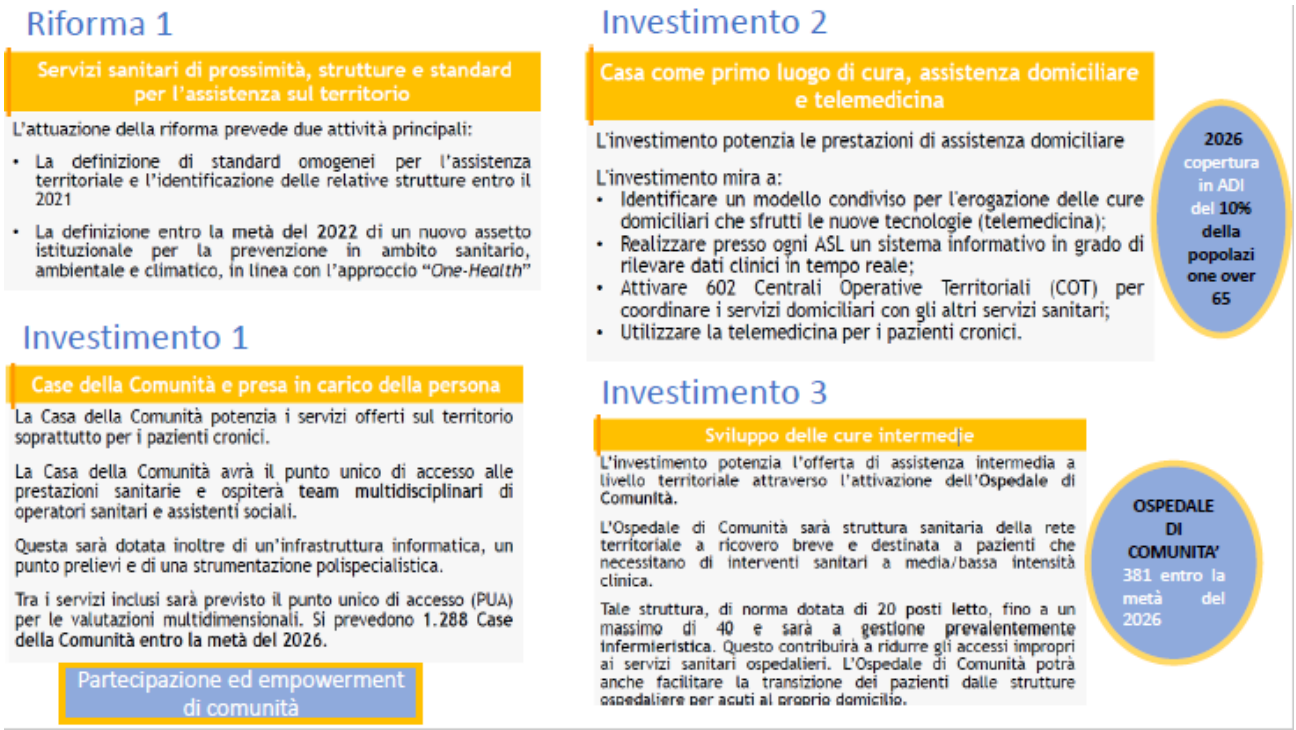


Tabella: PNRR-M6C1: proposta riparto risorse

Regioni	M6C1 (€ mln.)	CdC (%)	COT / intercon. (%)	OdC (%)
Italia	3.204,5	62,4	6,4	31,2
Nord	1.354,4	62,0	6,9	31,0
Centro	580,5	62,0	7,0	31,0
Sud	1.269,5	63,0	5,5	31,5
Piemonte	214,0	62,1	6,9	31,0
Valle d'Aosta	6,1	62,9	5,6	31,5
Lombardia	488,0	62,0	7,1	31,0
P.A. di Bolzano	25,2	62,2	6,8	31,1
P.A. di Trento	26,2	62,3	6,5	31,2
Veneto	238,3	62,0	7,0	31,0
Friuli Venezia Giulia	60,1	62,1	6,8	31,1
Liguria	77,2	62,2	6,6	31,1
Emilia Romagna	219,3	62,0	7,0	31,0
Toscana	183,1	62,1	6,9	31,0
Umbria	43,3	61,9	7,1	31,0
Marche	74,6	62,1	6,8	31,1
Lazio	279,5	61,9	7,2	30,9
Abruzzo	83,0	63,1	5,3	31,6
Molise	19,4	63,2	5,3	31,6
Campania	352,7	62,9	5,6	31,5
Puglia	249,9	63,0	5,5	31,5
Basilicata	35,4	62,8	5,8	31,4
Calabria	119,4	63,0	5,4	31,5
Sicilia	306,0	63,0	5,5	31,5
Sardegna	103,7	63,2	5,3	31,6

Fonte: PNRR 2021 – 17° Rapporto Crea Sanità

Le misure previste nella seconda Componente, invece, sono prioritariamente destinate al rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti; seguono il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi, la formazione del personale e la ricerca in ambiti specifici.

Tabella: PNRR-M6C2: proposta riparto risorse

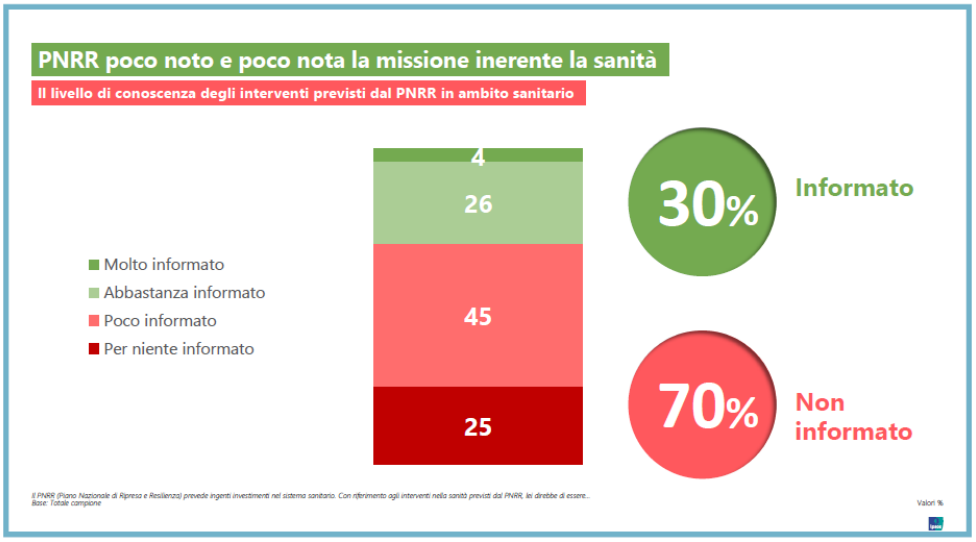
Regioni	M6C2 (€ mil.)	Parco tecnolog. digit. (%)	Adeguam. norme sismic. (%)	Adozione nuovi flussi inform. (%)	Formazione pers. infezioni (%)
Italia	4.838,4	54,5	43,2	0,6	1,7
Nord	2.034,1	54,5	43,1	0,6	1,7
Centro	868,9	54,6	43,2	0,6	1,5
Sud	1.935,4	54,5	43,2	0,6	1,7
Piemonte	321,9	54,5	43,1	0,6	1,8
Valle d'Aosta	9,3	54,1	42,8	0,6	2,5
Lombardia	729,9	54,7	43,3	0,6	1,4
P.A. di Bolzano	38,3	54,1	42,8	0,6	2,5
P.A. di Trento	39,8	54,3	43,0	0,6	2,1
Veneto	357,6	54,5	43,1	0,6	1,7
Friuli Venezia Giulia	91,0	54,2	42,9	0,6	2,3
Liguria	116,7	54,3	43,0	0,6	2,1
Emilia Romagna	329,8	54,4	43,1	0,6	1,9
Toscana	275,8	54,4	43,1	0,6	1,9
Umbria	65,0	54,4	43,1	0,6	1,8
Marche	112,3	54,5	43,1	0,6	1,8
Lazio	415,9	54,9	43,4	0,6	1,1
Abruzzo	127,0	54,4	43,1	0,6	1,9
Molise	29,6	54,6	43,2	0,6	1,6
Campania	535,3	54,7	43,3	0,6	1,3
Puglia	381,2	54,5	43,2	0,6	1,7
Basilicata	54,2	54,2	42,9	0,6	2,2
Calabria	182,3	54,5	43,1	0,6	1,8
Sicilia	466,4	54,6	43,2	0,6	1,6
Sardegna	159,4	54,2	42,9	0,6	2,3

Fonte: PNRR 2021 – 17° Rapporto Crea Sanità

4.1 Il coinvolgimento dei cittadini

Quanto emerso dall'indagine sull'opinione pubblica italiana condotta da Ipsos per conto di Consumers' Forum conferma quanto rileviamo dai nostri osservatori, e cioè che il PNRR non fa parte di un patrimonio conoscitivo diffuso presso l'opinione pubblica italiana. La proporzione di italiani che ne è al corrente è pari al 26% con un residuale 4% che si dichiara "molto informato" sul tema. La maggioranza relativa, 45% dell'opinione pubblica si ritiene poco informata, e pertanto sono 7 italiani su 10 ad essere ignari.

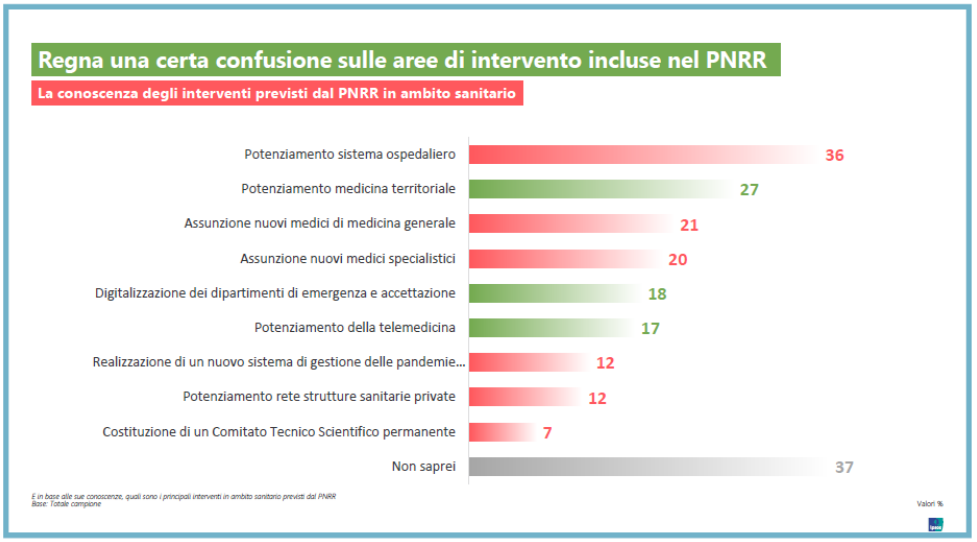
Figura: Livello di conoscenza degli interventi previsti dal PNRR in ambito sanitario



Fonte, Consumers' Forum - Ipsos, 2022

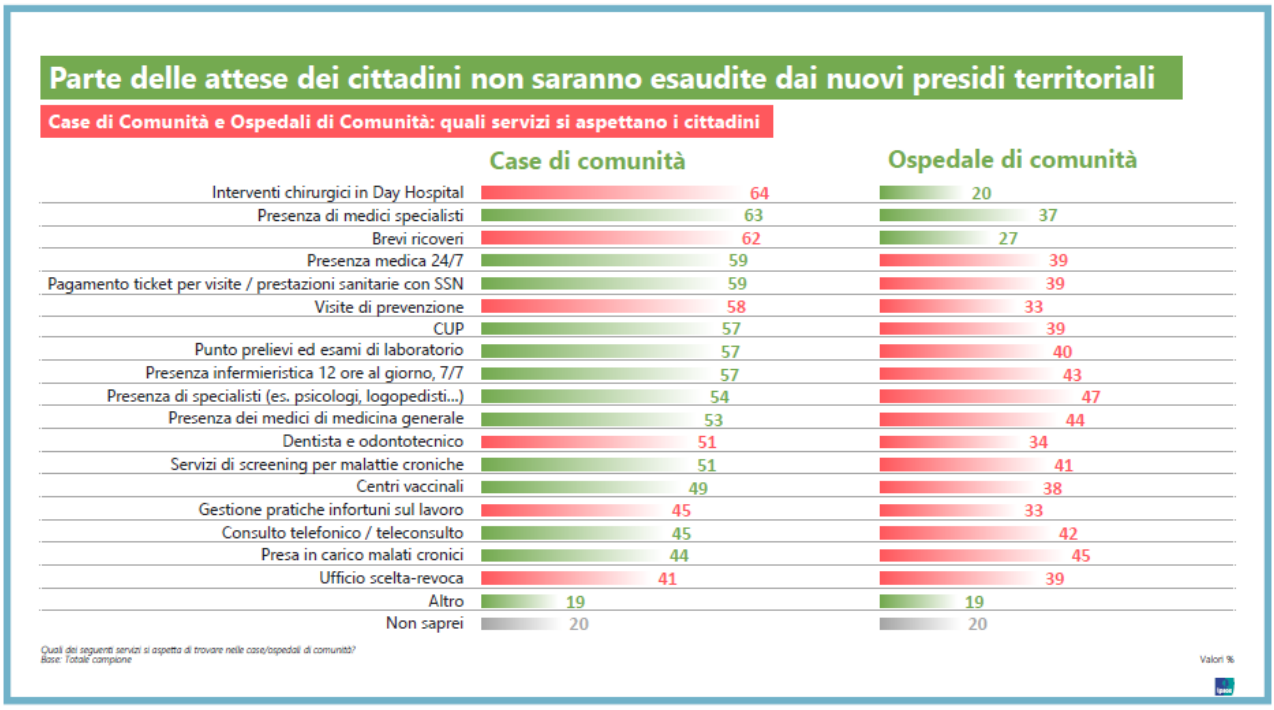
L'approfondimento dedicato alle aree passibili di intervento via PNRR, dà conto di questi scarsi livelli di consapevolezza e la voce che raccoglie la proporzione più elevata di adesioni – 36% per il "potenziamento del sistema ospedaliero" – sembra interpretare più che altro un desiderio, un'aspettativa dell'opinione pubblica a questo riguardo. Le reali aree di potenziamento progettate raccolgono un livello di riconoscimento più limitato (27% per la medicina territoriale, 18% la digitalizzazione di ER e accettazione e 17% la telemedicina). Quasi quattro italiani su dieci (37%) non hanno idea della destinazione dei fondi nell'ambito della sanità

Figura: Livello di conoscenza degli interventi previsti dal PNRR in ambito sanitario



Fonte, Consumers' Forum - Ipsos, 2022

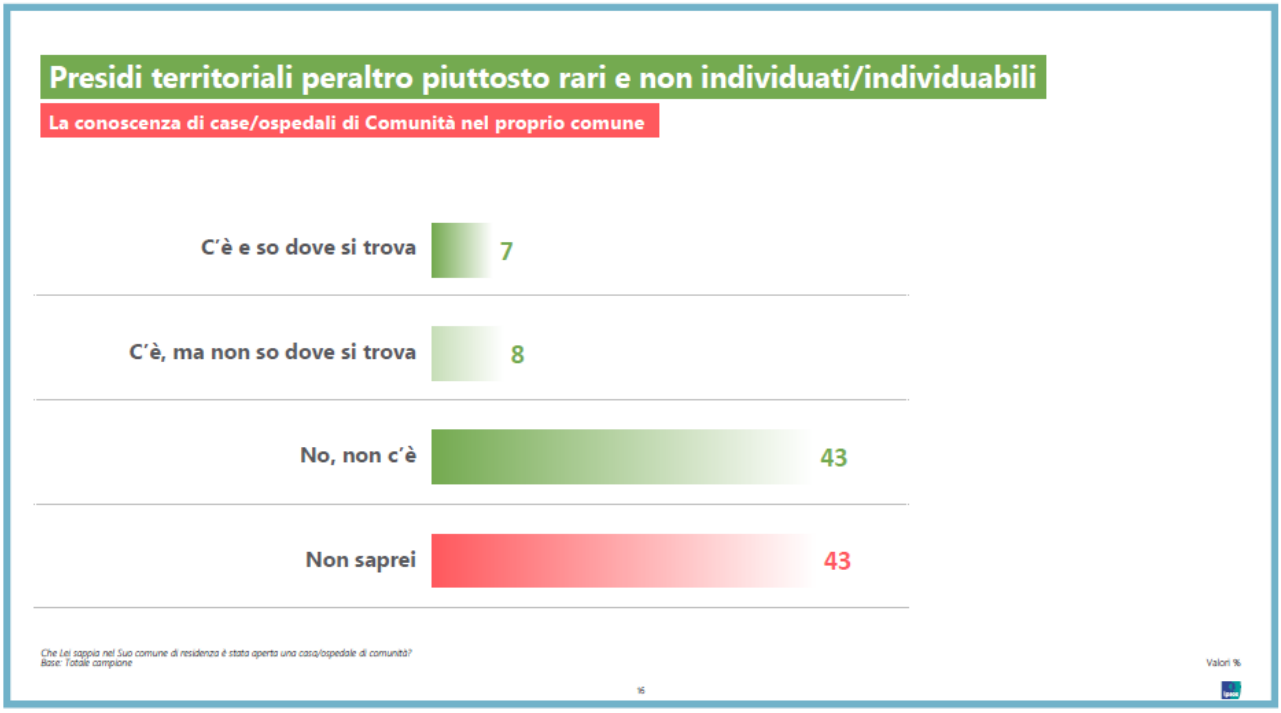
Figura: CdC e OdC: quali servizi si aspettano di trovare



Fonte, Consumers' Forum - Ipsos, 2022

Poco chiara anche la distribuzione delle responsabilità di erogazione dei singoli servizi da parte di Case e Ospedali di Comunità, prova che i cittadini hanno bisogno di una massiccia campagna informativa per essere portati a bordo delle novità previste dalla riorganizzazione, anche solo per poterne individuare la collocazione (7% sa dove si trovano, 8% è al corrente dell'esistenza ma non ne conosce l'ubicazione e la stragrande maggioranza - 85% - non ne sa nulla).

Figura: CdC e OdC: quali servizi si aspettano di trovare



Fonte, Consumers' Forum - Ipsos, 2022

4.2 L'Osservatorio Civico sul PNRR[29]

L'Osservatorio nasce nel settembre del 2020 all'interno della V edizione del Festival della Partecipazione promosso da Cittadinanzattiva, Action Aid e Legambiente e nell'ambito di una campagna più generale a cui abbiamo dato il nome di Follow the money. Una campagna che nasce da una **constatazione** e da un **desiderio**:

- la constatazione riguardava il fatto che il processo di definizione del PNRR era stato sino ad allora un processo escludente, poiché aveva tenuto fuori tutte le componenti della società che non fossero le istituzioni stesse, ma non solo: in realtà anche il Parlamento, le Regioni e gli enti locali hanno lamentato uno scarsissimo coinvolgimento da parte del Governo.
- Invece noi volevamo - e vogliamo - avere un ruolo, in un processo che riguarda l'utilizzo di così tante risorse per il Paese. E per questo motivo abbiamo deciso di avviare una **grande mobilitazione civica sul monitoraggio dei fondi del PNRR**, monitoraggio inteso sia in relazione ai progetti nella loro fase attuativa, sia come valutazione civica, per capirne il reale impatto sui territori e quali benefici ne trarranno le comunità.

Quindi abbiamo deciso di dotarci di uno strumento che ci aiutasse a realizzare questa campagna e nasce quindi l'Osservatorio civico, cioè un luogo aperto di lavoro e confronto, a cui sinora hanno aderito circa **70 soggetti della società civile**.

In una prima fase, l'Osservatorio civico si è concentrato sostanzialmente sul **METODO** scelto dal Governo nella definizione del Piano, ponendosi l'obiettivo di monitorare essenzialmente tre cose: la **QUALITA'**, l'**INCLUSIVITA'** e la **TRASPARENZA** del processo decisionale del Piano. E, in quest'ottica, le richieste che abbiamo fatto al Governo in tutti questi mesi sono state principalmente due: la **pubblicazione di tutte le informazioni e di tutti i dati del Piano**, in formato aperto e interoperabile, e questo perché chiaramente senza i dati diventa estremamente difficile monitorare l'uso dei fondi; il **coinvolgimento** delle organizzazioni della cittadinanza attiva.

Ma ora che il Piano sta entrando nel vivo, ora che sono in scadenza i primi bandi e che iniziano a circolare informazioni sui progetti, possiamo iniziare il monitoraggio. E l'obiettivo è di farlo non da soli, ma insieme alle comunità che sono direttamente impattate dai progetti del Piano, che conoscono meglio di chiunque altro le caratteristiche e i bisogni dei territori e che quindi sono in grado di indirizzare al meglio i progetti nella loro fase attuativa.

Così le prime attività che si è deciso avviare sono:

- le scuole di monitoraggio civico dedicate al Piano, per favorire e promuovere un monitoraggio il più diffuso possibile;
- la mappatura delle nuove strutture sanitarie previste dalla "Missione 6", con informazioni dettagliate sulla dislocazione delle 1350 Case della Comunità (CdC), dei 400 Ospedali di Comunità (OdC) e delle 600 Centrali Operative Territoriali (COT) che il PNRR ha individuato, presente nel capitolo "Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali: il Monitoraggio Civico di Cittadinanzattiva".

[29] https://www.osservatoriocivicopnrr.it/

5. Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali: il Monitoraggio Civico di Cittadinanzattiva

A cura di Maria Eugenia Morreale e Maria Vitale

Il capitolo ospita la prima mappatura - realizzata da una organizzazione civica - delle nuove strutture sanitarie previste dalla "Missione 6" dedicata alla Salute del PNRR, con informazioni dettagliate sulla dislocazione delle 1350 Case della Comunità (CdC), dei 400 Ospedali di Comunità (OdC) e delle 600 Centrali Operative Territoriali (COT) che il PNRR ha individuato.
Il lavoro, realizzato dall'Agenzia di Valutazione Civica[30], rientra tra le attività promosse da Cittadinanzattiva nell'ambito dell'Osservatorio Civico sul PNRR[31], ed è ovviamente in linea e in continuità col nostro storico impegno in tema di assistenza territoriale.

5.1 La riforma dell'Assistenza territoriale

A riguardo, come è risaputo, in relazione alla Missione 6, il PNRR prevede la riforma[32] dell'assistenza sanitaria territoriale finalizzata alla creazione e al potenziamento di strutture di prossimità.
In particolare, a febbraio 2022 sono stati resi noti i nuovi standard per l'assistenza sanitaria sul territorio, contenuti nella bozza del decreto ministeriale "*Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*". Il documento, ribattezzato "DM71"[33], delinea la riforma dell'assistenza sanitaria territoriale ispirata dal nuovo Patto per la Salute 2019-2021[34] e aggiornata con le indicazioni e i progetti del PNRR, ed ha assunto da subito un ruolo strategico nella ripartenza del sistema socio-sanitario.

[30] L'Agenzia di Valutazione Civica è una struttura interna a Cittadinanzattiva creata nel 2010 per promuovere la cultura della valutazione civica a livello teorico e pratico e sostenere l'empowerment e la partecipazione dei cittadini nei processi di governo e di produzione delle politiche pubbliche, e promuovere l'Audit Civico® come metodologia riconosciuta. Cfr. www.cittadinanzattiva.it/multimedia/import/files/notizie/giustizia/pres_avc_agg_25-11-15.pdf.

[31] www.osservatoriocivicopnrr.it

[32] www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf

[33] Soprannominato così dagli addetti ai lavori Intendendo con tale sigla l'omologo per l'assistenza territoriale del DM 70 del 2015 sugli standard ospedalieri. Cfr. www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=102725

[34] Cfr. www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=null&id=4001

Il decreto ministeriale citato rappresenta nella sostanza la riforma degli attuali assetti delle cure primarie e ha il compito decisivo di indirizzare come spendere le risorse del PNRR. In data 21 aprile 2022 il Consiglio dei Ministri autorizza il Ministero della Salute ad adottare il citato documento nonostante non si sia potuto raggiungere un'intesa in seno alla Conferenza Stato-Regioni a causa del permanere del no della Regione Campania, motivato dalla mancanza di risorse a copertura delle assunzioni necessarie.
Per la prima volta vengono definiti degli standard che dovranno essere rispettati in ogni regione (a vigilare sarà l'Agenas che presenterà una relazione semestrale). Il perno del sistema sarà il Distretto sanitario al cui interno rivestirà un ruolo fondamentale la Casa della Comunità dove i cittadini potranno trovare assistenza h24 ogni giorno della settimana. All'interno del Distretto vi saranno poi gli Ospedali di Comunità con un forte assistenza infermieristica e saranno decisivi ad esempio per la presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero o in tutti quei casi dove c'è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente. Nel nuovo sistema un forte ruolo rivestiranno gli infermieri di famiglia che saranno impiegati in molte delle nuove strutture definite dal decreto. A coordinare i vari servizi presenti nel Distretto vi saranno poi le Centrali operative territoriali. Vengono poi fissati gli standard per l'assistenza domiciliare e viene definito l'utilizzo dei servizi di Telemedicina.
Sin dalle primissime battute del testo della riforma dell'assistenza territoriale troviamo il richiamo ai principi basilari del nostro SSN – universalità, uguaglianza ed equità – come anche l'intento di rafforzare un'assistenza territoriale messa a dura prova dalla pandemia causata dal Covid-19 al fine di perseguire la garanzia dei Lea e il contrasto alle disuguaglianze. Figura anche il riferimento esplicito alla "valorizzazione della co-progettazione con gli utenti" e alla "valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.).
Dal punto di vista civico e dei pazienti, le ragioni per vigilare sulla riforma dell'assistenza territoriale sono davvero molte, e non solo per rivendicare un ruolo nella definizione delle priorità. Al riguardo, per esempio, a detta delle Segreterie Regionali di Cittadinanzattiva, le organizzazioni civiche sono state poco o nulla coinvolte dalle istituzioni, come anche nel caso specifico nel percorso di definizione, programmazione e implementazione delle Case ella Comunità.
Da più parti ci si domanda se le nuove strutture previste dal PNRR saranno davvero di prossimità? In quali tipologie di ambienti sorgeranno/saranno collocate? E ancora, saranno di "facile individuazione" e accessibili come recita il testo della Riforma? Quanto realmente prossime (si parla di 15 minuti nei centri urbani). Il loro numero sarà effettivamente congruo rispetto ai bisogni di salute della popolazione? Data l'atavica carenza di personale sanitario, ci saranno medici di famiglia, infermieri, specialisti, e altro personale a sufficienza perché tutto funzioni secondo le previsioni? E saranno adeguatamente preparati per il nuovo modello organizzativo territoriale? L'assistenza territoriale verrà davvero garantita senza diseguaglianze? E i cittadini: quanto ne sanno, cosa ne pensano e come possono partecipare attivamente a tutto questo processo di trasformazione?
Senza avere l'ambizione di rispendere a queste domande, il presente lavoro vuole essere un contributo al dibattito pubblico sul tema, uno stimolo a mantenere un alto grado di informazione e consapevolezza – anche nell'opinione pubblica – su novità, riforme e investimenti in via di attuazione, nonché uno strumento di azione civica tanto a livello nazionale che locale.

5.2 Strutture di prossimità: regioni a confronto

Come già sottolineato, in tema di assistenza territoriale si punta moltissimo sul ruolo che dovranno giocare le Case della Comunità (CdC): il PNRR ne prevede una ogni 40.000/50.000 abitanti, il rapporto è quindi abbastanza fluido.
La tabella che segue illustra, per ogni regione, il numero (a regime) delle CdC, dei medici di medicina generale e degli infermieri[35]; dati rapportati non solo alla popolazione totale ma anche agli over 65 e soprattutto alle persone con patologia cronica, identificati come i principali destinatari dei nuovi servizi, categorie fragili su cui potrebbero impattare maggiormente i cambiamenti previsti dalla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale. D'altra parte, al punto 3 della riforma figura proprio la "stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori come strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico".

[35] Non è stato possibile distinguere gli infermieri territoriali da quelli ospedalieri.

CASE DELLA COMUNITA'							
Regioni	Popolazione totale (EUROSTAT 2020)	Popolazione 65 anni e oltre (EUROSTAT 2020)	Persone con almeno una patologia cronica (ISTAT patologie croniche anno 2020)	Medici di Medicina Generale (EUROSTAT 2020)	Personale Infermieristico[36] (Personale ANNUARIO STATISTICO 2020)	CASE DELLA COMUNITA' previste da PNRR (GU n.57 del 09-03-2022)	Altre CdC da fondi non PNRR
Piemonte	4.311.217	1.115.960	1.763.288	2.946	22.116	82	9
Valle d'Aosta	125.034	30.309	53.014	82	669	2	2
Liguria	1.524.826	438.344	692.271	1.109	35.574	30	3
Lombardia	10.027.602	2.295.835	4.181.510	5.984	3.407	187	31
P.A. Bolzano	532.644	105.656	188.023	292	3.175	10	
P.A. Trento	545.425	122.248	203.444	334	24.584	10	
Veneto	4.879.133	1.135.667	1.961.411	3.070	7.079	91	
Friuli Venezia Giulia	1.206.216	319.905	506.611	790	6.536	23	29
Emilia Romagna	4.464.119	1.079.476	1.937.428	2.947	26.092	84	
Toscana	3.692.555	950.428	1.465.944	2.644	20.770	70	8
Umbria	870.165	225.810	367.210	729	4.667	17	
Marche	1.512.672	381.026	614.145	1.083	7.757	29	
Lazio	5.755.700	1.276.877	2.434.661	4.350	18.512	107	63
Abruzzo	1.293.941	314.288	521.458	1.065	5.776	40	
Molise	300.516	75.887	126.517	247	1.346	9	4
Campania	5.712.143	1.099.634	2.204.887	3.732	17.310	169	
Puglia	3.953.305	891.842	1.605.042	3.247	15.416	120	
Basilicata	553.254	130.001	236.239	466	2.727	17	
Calabria	1.894.110	419.874	708.397	1.494	7.057	57	
Sicilia	4.875.290	1.056.210	1.906.238	3.928	17.503	146	
Sardegna	1.611.621	393.813	720.395	1.168	8.356	50	
ITALIA	59.641.488	13.859.090	24.393.369	41.707	256.429	1.350	

[36] Sia territoriale che ospedaliero

A regime, in totale le CdC saranno ben 1350 (le vecchie case della salute non raggiungevano le 500 unità): in media una casa della comunità ogni 18.069 malati cronici. Inevitabili risultano le disparità territoriali: si va da un minimo di una 1 casa della comunità ogni 12.428 malati cronici in Calabria a un massimo di una casa ogni oltre 23mila malati cronici in Emilia Romagna, Liguria e Valle d'Aosta.
In valori assoluti, il numero maggiore di CdC è previsto in Lombardia, il minore in Valle d'Aosta. Diverse regioni hanno comunicato di aver stanziato altri fondi per ulteriori CdC a seconda della popolazione e delle specifiche esigenze territoriali.

Regioni	Persone con almeno una patologia cronica (ISTAT patologie croniche anno 2020)	Numero Case della Comunità previste PNRR (GU n.57 del 09-03-2022)	Popolazione con patologie croniche, potenzialmente afferente a ciascuna CdC
Valle d'Aosta	53014	2	26507
Liguria	692271	30	23076
Emilia Romagna	1937428	84	23065
Lazio	2434661	107	22754
Lombardia	4181510	187	22361
Friuli Venezia Giulia	506611	23	22027
Umbria	367210	17	21601
Veneto	1961411	91	21554
Piemonte	1763288	82	21504
Marche	614145	29	21177
Toscana	1465944	70	20942
P.A. Trento	203444	10	20344
P.A. Bolzano	188023	10	18802
ITALIA	24393369	1.350	18069
Sardegna	720395	50	14408
Molise	126517	9	14057
Basilicata	236239	17	13896
Puglia	1605042	120	13375
Sicilia	1906238	146	13056
Campania	2204887	169	13047
Abruzzo	521458	40	13036
Calabria	708397	57	12428

Analogamente a quanto illustrato per le CdC, la tabella che segue presenta, per ogni regione, il numero (a regime) degli Ospedali di Comunità (OdC) e degli infermieri; dati rapportati non solo alla popolazione totale ma anche agli over 65 e soprattutto alle persone con patologia cronica.

OSPEDALI DI COMUNITA'						
Regioni	Popolazione totale (EUROSTAT 2020)	Popolazione 65 anni e oltre (EUROSTAT 2020)	Malati cronici (ISTAT patologie croniche anno 2020)	Personale Infermieristico[37] (Personale ANNUARIO STATISTICO 2020)	OSPEDALI DI COMUNITA' previsti da PNRR (GU n.57 del 09-03-2022)	Altri OdC da fondi non PNRR
Piemonte	4.311.217	1.115.960	1.853.824	22.116	27	2
Valle d'Aosta	125.034	30.309	53.764	669	1	
Liguria	1.524.826	438.344	655.675	35.574	10	1
Lombardia	10.027.602	2.295.835	4.311.869	3.407	60	11
P.A. Bolzano	532.644	105.656	229.037	3.175	3	
P.A. Trento	545.425	122.248	234.533	24.584	3	1
Veneto	4.879.133	1.135.667	2.098.027	7.079	30	
Friuli Venezia Giulia	1.206.216	319.905	518.673	6.536	7	22
Emilia Romagna	4.464.119	1.079.476	1.919.571	26.092	27	
Toscana	3.692.555	950.428	1.587.798	20.770	23	1
Umbria	870.165	225.810	374.171	4.667	5	
Marche	1.512.672	381.026	650.449	7.757	9	
Lazio	5.755.700	1.276.877	2.474.951	18.512	35	9
Abruzzo	1.293.941	314.288	556.395	5.776	10	1
Molise	300.516	75.887	129.222	1.346	2	
Campania	5.712.143	1.099.634	2.456.222	17.310	45	
Puglia	3.953.305	891.842	1.699.921	15.416	31	5
Basilicata	553.254	130.001	237.899	2.727	5	
Calabria	1.894.110	419.874	814.467	7.057	15	
Sicilia	4.875.290	1.056.210	2.096.375	17.503	39	
Sardegna	1.611.621	393.813	692.997	8.356	13	22
ITALIA	59.641.488	13.859.090	25.645.840	256.429	400	

[37] *Sia territoriale che ospedaliero*

In particolare, il PNRR prevede 400 ospedali di comunità, in pratica una struttura ogni 64.115 malati cronici. Anche in questo caso le differenze tra le Regioni sono rilevanti: la situazione migliore si registrerebbe in Basilicata (rapporto 1 a 47mila), la situazione peggiore (rapporto 1 a oltre 74mila malati cronici) in Friuli-Venezia Giulia, Umbria, P.A. Bolzano e P.A. Trento.
Come per le CdC, anche per gli OdC il numero è in rapporto alla popolazione. Diverse regioni ne hanno previsti molti di più da realizzare con fondi aggiuntivi, in particolare un'alta densità si registra in Friuli-Venezia Giulia (ne avrebbe 1 ogni 41.500 abitanti) e Sardegna (sarebbero 1 ogni 46.000 abitanti), a fronte ad esempio del Veneto che ne avrebbe 1 ogni 160.000 abitanti. Stime, queste ultime, invero assai precarie, non sapendo se alcuni ospedali preesistenti verranno riconvertiti in OdC.

Regioni	Malati cronici (ISTAT patologie croniche anno 2020)	OSPEDALI DI COMUNITA' previsti da PNRR (GU n.57 del 09-03-2022)	Popolazione con patologie croniche, potenzialmente afferente a ciascun Ospedale di Comunità
P.A. Trento	234.533	3	78178
P.A. Bolzano	229.037	3	76346
Umbria	374.171	5	74834
Friuli Venezia Giulia	518.673	7	74096
Marche	650.449	9	72272
Lombardia	4.311.869	60	71864
Emilia Romagna	1.919.571	27	71095
Lazio	2.474.951	35	70713
Veneto	2.098.027	30	69934
Toscana	1.587.798	23	69035
Piemonte	1.853.824	27	68660
Liguria	655.675	10	65568
Molise	129.222	2	64611
ITALIA	25.645.840	400	64115
Abruzzo	556.395	10	55640
Puglia	1.699.921	31	54836
Campania	2.456.222	45	54583
Calabria	814.467	15	54298
Valle d'Aosta	53.764	1	53764
Sicilia	2.096.375	39	53753
Sardegna	692.997	13	53307
Basilicata	237.899	5	47580

Anche per le Centrali operative Territoriali (CoT) esiste un rapporto numerico basato sulla popolazione, dovrebbe sorgere una CoT ogni 100.000 abitanti. Come per le CdC, anche per le CoT si registrano regioni che ne prevedono in numero maggiore a quanto previsto: nello specifico la Sardegna è quella che avrà la maggior densità (circa 1 per 70.000 abitanti), mentre in Valle d'Aosta si registra la densità minore (1 per 125.000 abitanti).

CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI			
Regioni	Popolazione totale (EUROSTAT 2020)	CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI previste da PNRR (GU n.57 del 09-03-2022)	Altre CoT da fondi non PNRR
Piemonte	4.311.217	43	
Valle d'Aosta	125.034	1	
Liguria	1.524.826	15	1
Lombardia	10.027.602	101	
P.A. Bolzano	532.644	5	
P.A. Trento	545.425	5	
Veneto	4.879.133	49	
Friuli Venezia Giulia	1.206.216	12	
Emilia Romagna	4.464.119	45	
Toscana	3.692.555	37	
Umbria	870.165	9	
Marche	1.512.672	15	
Lazio	5.755.700	59	5
Abruzzo	1.293.941	13	
Molise	300.516	3	
Campania	5.712.143	58	
Puglia	3.953.305	40	
Basilicata	553.254	6	
Calabria	1.894.110	19	
Sicilia	4.875.290	49	
Sardegna	1.611.621	16	8
ITALIA	59.641.488	600	

A regime, se manterrà le promesse, la riforma potrebbe consentire al Sud di ridurre almeno parzialmente il divario col resto del Paese. Infatti, la proporzione tra persone addette da patologie cronica e strutture previste dal PNRR (case e ospedali di comunità) premia indiscutibilmente Basilicata, Calabria, Campania, Puglia, Sicilia, oltre ad Abruzzo e Sardegna. Un dato che trova conferma nella ripartizione su base regionale delle risorse economiche previste dal PNRR, in particolare degli investimenti pro-capite.
La tabella che segue illustra gli investimenti regionali per le strutture, rapportati alla popolazione. Nel dettaglio, osservando l'investimento rapportato alla popolazione, per le CoT non vi sono apprezzabili differenze tra Centro-Nord e Sud-isole. Per CdC e OdC la spesa al Sud è decisamente più elevata rispetto al Nord, con un rapporto di circa 5/3 per le Case della Comunità e di 4/3 per gli Ospedali di Comunità. Questo conferma la volontà del legislatore di prevedere un investimento maggiore nelle regioni del mezzogiorno, con l'obiettivo di cercare di ridurre i divari territoriali che storicamente affliggono quest'area del Paese.

Regioni	Popolazione totale	Investimento CdC – 2.000.000.000 euro	Investimento COT – 103.845.000 euro	Investimento OdC – 1.000.000.000 euro	Investimento pro capite (in euro)		
	FONTE: EUROSTAT 2020	FONTE: https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/03/09/22A01552/sg			CdC	CoT	OdC
Piemonte	4.311.217	121.794.657,55	7.442.225,00	66.433.449,57	28,3	1,7	15,4
Valle d'Aosta	125.034	3.493.579,03	173.075,00	1.905.588,56	27,9	1,4	15,2
Liguria	1.524.826	44.030.926,66	2.596.125,00	24.016.869,09	28,9	1,7	15,8
Lombardia	10.027.602	277.203.041,64	17.480.575,00	151.201.659,08	27,6	1,7	15,1
P.A. Bolzano	532.644	14.376.609,77	865.375,00	7.841.787,15	27,0	1,6	14,7
P.A. Trento	545.425	14.996.634,75	865.375,00	8.179.982,59	27,5	1,6	15,0
Veneto	4.879.133	135.401.849,69	8.480.675,00	73.855.554,38	27,8	1,7	15,1
Friuli Venezia Giulia	1.206.216	34.256.093,22	2.076.900,00	18.685.141,76	28,4	1,7	15,5
Emilia Romagna	4.464.119	124.671.950,69	7.788.375,00	68.002.882,19	27,9	1,7	15,2
Toscana	3.692.555	104.214.655,81	6.403.775,00	56.844.357,72	28,2	1,7	15,4
Umbria	870.165	24.570.823,57	1.557.675,00	13.402.267,40	28,2	1,8	15,4
Marche	1.512.672	42.494.802,81	2.596.125,00	23.178.983,35	28,1	1,7	15,3
Lazio	5.755.700	158.494.374,81	10.211.425,00	86.451.477,17	27,5	1,8	15,0
Abruzzo	1.293.941	58.901.493,13	2.249.975,00	26.178.441,39	45,5	1,7	20,2
Molise	300.516	13.775.507,72	519.225,00	6.122.447,88	45,8	1,7	20,4
Campania	5.712.143	249.721.198,08	10.038.350,00	110.987.199,15	43,7	1,8	19,4
Puglia	3.953.305	177.224.470,44	6.923.000,00	78.766.431,31	44,8	1,8	19,9
Basilicata	553.254	25.046.297,48	1.038.450,00	11.131.687,77	45,3	1,9	20,1
Calabria	1.894.110	84.677.262,22	3.288.425,00	37.634.338,76	44,7	1,7	19,9
Sicilia	4.875.290	216.998.374,36	8.480.675,00	96.443.721,94	44,5	1,7	19,8
Sardegna	1.611.621	73.655.396,58	2.769.200,00	32.735.731,81	45,7	1,7	20,3

Un ulteriore elemento di riflessione riguarda la situazione pre-PNRR, data dalla presenza delle Case della Salute, o altre strutture assimilabili, come censite al 2020. La tabella seguente ci mostra come alcune regioni avessero già un certo numero di Case della Salute attive sul proprio territorio, cosa che in qualche modo le potrebbe avvantaggiare, a patto che non si limitino a cambiarne nome senza la necessaria riorganizzazione come da riforma.

Regioni	Case della Salute (o assimilabili) già esistenti (anno 2020)
Piemonte	71
Valle d'Aosta	-
Liguria	4
Lombardia	-
P.A. Bolzano	-
P.A. Trento	-
Veneto	77
Friuli Venezia Giulia	-
Emilia Romagna	124
Toscana	76
Umbria	8
Marche	21
Lazio	22
Abruzzo	-
Molise	6
Campania	-
Puglia	-
Basilicata	1
Calabria	13
Sicilia	55
Sardegna	15
ITALIA	493

Fonte: http://documenti.camera.it/leg18/dossier/testi/AS0207.htm?_1651058263185

5.3 Il ruolo del Distretto

Come definito nel testo della Riforma, il Distretto rappresenta un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio disciplinato dalla legge regionale, e costituisce il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL. Tra i suoi compiti, anche attraverso la Casa di Comunità, vi è il perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta. Il Distretto dovrà garantire inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. Al fine di svolgere tali funzioni la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento risulta centrale e rientra pertanto tra le attività del Distretto.

Regioni	Distretti attivi [38]	Standard per 100.000 abitanti	Distretti mancanti
Piemonte	38	43,1	-5,1
Valle d'Aosta	4	1,3	2,7
Liguria	19	15,2	3,8
Lombardia	44	100,3	-56,3
P.A. Bolzano	20	5,3	14,7
P.A. Trento	1	5,5	-4,5
Veneto	26	48,8	-22,8
Friuli Venezia Giulia	20	12,1	7,9
Emilia Romagna	38	44,6	-6,6
Toscana	26	36,9	-10,9
Umbria	12	8,7	3,3
Marche	13	15,1	-2,1
Lazio	46	57,6	-11,6
Abruzzo	24	12,9	11,1
Molise	3	3	0
Campania	73	57,1	15,9
Puglia	45	39,5	5,5
Basilicata	27	5,5	21,5
Calabria	13	18,9	-5,9
Sicilia	55	48,8	6,2
Sardegna	24	16,1	7,9
ITALIA	571	596,4	-25,4

Fonte: Cittadinanzattiva su rielaborazione Annuario statistico 2020.

Sulla base dell'ultimo Annuario statistico pubblicato dal Ministero della Salute, ci sarebbero 571 distretti attivi sul territorio nazionale, come riportato dalla tabella che precede. Ne mancherebbero pertanto ancora 25 di distretti per soddisfare lo standard di un distretto ogni 100mila abitanti, probabilmente necessari per coordinare al meglio i mutamenti in corso, l'attivazione e la messa a regime delle strutture di prossimità individuate. Anche in questo caso non mancano le disparità: Lombardia (-56), Veneto (-22) e Lazio (-11) sono quelle più distanti dallo standard, di contro Campania (+15), Abruzzo (+11, 1) e la PA di Bolzano (+14) vanno oltre lo standard delineato.

5.4 Trasparenza delle informazioni e *open data*

Nel lavoro di mappatura si è cercato di attingere sempre alle fonti ufficiali istituzionali, e solo ove impossibile si è fatto ricorso a quanto riportato dai media. Come riportato in appendice, sono state mappate e censite le strutture di prossimità (Case della comunità, Centrali Operative Territoriali e Ospedale di comunità) rappresentate oltre che nella dimensione regionale, anche

[38] *Fonte: Annuario Statistico 2020 – Ministero Salute*
www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=5448&area=statisticheSSN&menu=annuario

provinciale nonché per ASL di afferenza. La difficoltà maggiore è stata raggiungere il maggior livello di dettaglio possibile (a livello di Amministrazioni comunali se non proprio di indirizzi), ed attualmente tale dettaglio è stato raggiunto per l'80% circa delle regioni.
La richiesta avanzata da tempo di costruire una piattaforma web sul PNRR che renda trasparenti i dati, aperti e accessibili da chiunque, si giustifica anche alla luce delle difficoltà riscontrare nella mappatura di case/ospedali di comunità realizzata da Cittadinanzattiva. A titolo esemplificativo:

- i continui aggiornamenti, a partire dalla Gazzetta Ufficiale (GU) di gennaio 2022 che ha ritoccato e rifinito i numeri delle strutture inizialmente previsti fino al 2021;
- tra gennaio e aprile 2022 alcune regioni comunicavano dati ancora riferiti a prima della pubblicazione della GU di marzo 2022, ed è stato necessario contattare le regioni per avere conferme in caso di dati mancanti e/o dubbi;
- i dati aggiornati dalle regioni sono variati più volte, ed è stato necessario ritoccare ogni volta le informazioni;
- non sempre sono state incluse nei dati comunicati regionali anche le CoT (esempio Puglia o Basilicata);
- alcune regioni a tutt'oggi non hanno dettagliato i numeri a livello di provincia ma solo a livello regionale (di fatto nessuna info in più rispetto alla GU, vedi ad esempio Campania e Friuli-Venezia Giulia);
- alcune regioni non hanno fornito i numeri per provincia bensì per ASL (esempio Lombardia e Toscana);
- le informazioni sono difficili da reperire, non esiste un luogo unico (in teoria dovrebbe essere il sito *Italia domani*) di raccolta dei dati bensì vi è chi pubblica su Conferenza delle Regioni, chi sul sito regionale, chi tramite la stampa, chi fa delibere che escono nei Bollettini Ufficiali delle Regioni (BUR).

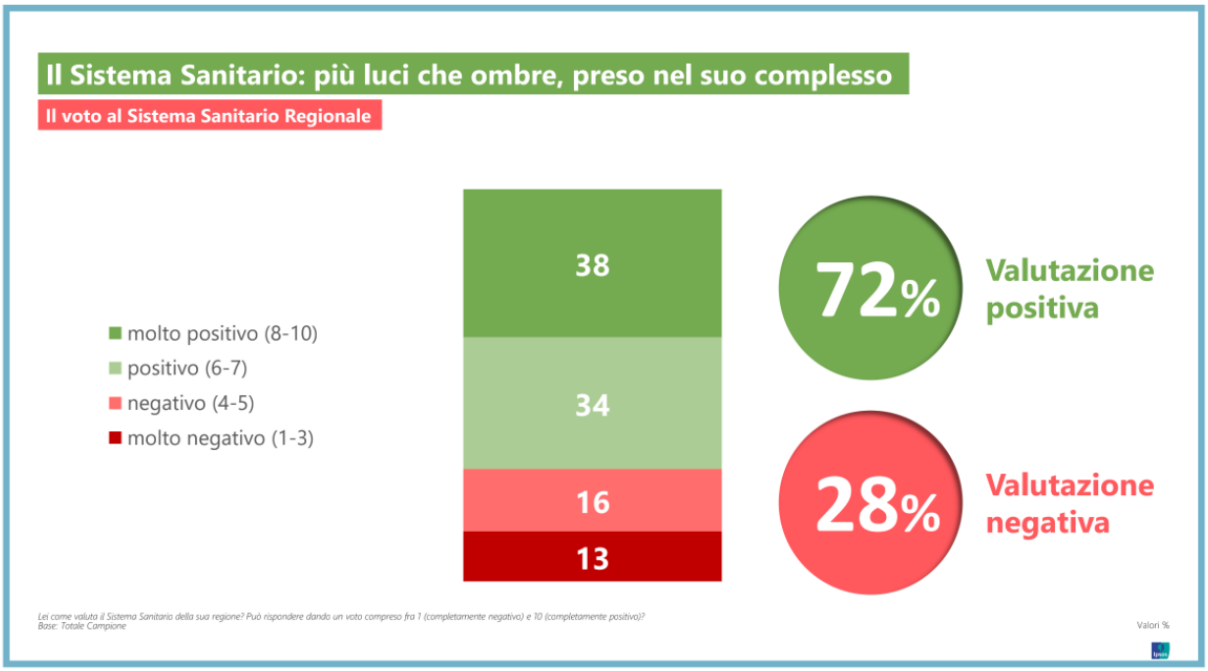
D'altra parte l'idea di un portale *open data* in teoria è già prevista per legge. Come spiegato dai rappresentanti dell'Osservatorio Civico del PNRR in occasione dell'audizione alla Camera del 21 giugno 2021, "per far questo non bisogna partire da zero, né investire particolari risorse poiché, ad esempio, rispetto alle politiche di coesione, presso il relativo Dipartimento della Presidenza del Consiglio dei Ministri è operante una attività di open government – OpenCoesione– che dal 2012 garantisce la pubblica disponibilità dei dati presenti nel Sistema Nazionale di Monitoraggio gestito dalla Ragioneria Generale dello Stato (dati aggiornati bimestralmente sul portale www.opencoesione.gov.it) e promuove progetti di monitoraggio civico a partire dalle informazioni pubblicate in formato open data". In attesa di una apertura in tal senso, ad ottobre 2021 nel contesto del Festival della Partecipazione 2021[39] è stato organizzato un momento formativo in tema di monitoraggio civico a cui hanno partecipato 36 organizzazioni da tutta Italia. Attraverso il contributo di esperti e attivisti e con un approccio laboratoriale, il workshop sul monitoraggio civico si è occupato di trasparenza e accountability, indagando come i cittadini possano avere accesso ad informazioni e documenti della Pubblica Amministrazione attraverso l'applicazione pratica dello strumento del FOIA e di come sia possibile utilizzare e "sfruttare" i dati e le informazioni una volta ottenuti dai soggetti detentori.
Un'esperienza che ha avuto un seguito con la prima scuola di monitoraggio dell'Osservatorio civico PNRR, inaugurata nel febbraio 2022[40].

[39] www.osservatoriocivicopnrr.it/news/15-al-festival-della-partecipazione-2021-si-parla-di-osservatorio-civico-pnrr.html

[40] www.cittadinanzattiva.it/comunicati/14762-parte-oggi-la-prima-scuola-di-monitoraggio-dellosservatorio-civico-pnrr.html

5.5 Il punto di vista dei cittadini, tra aspettative e criticità segnalate

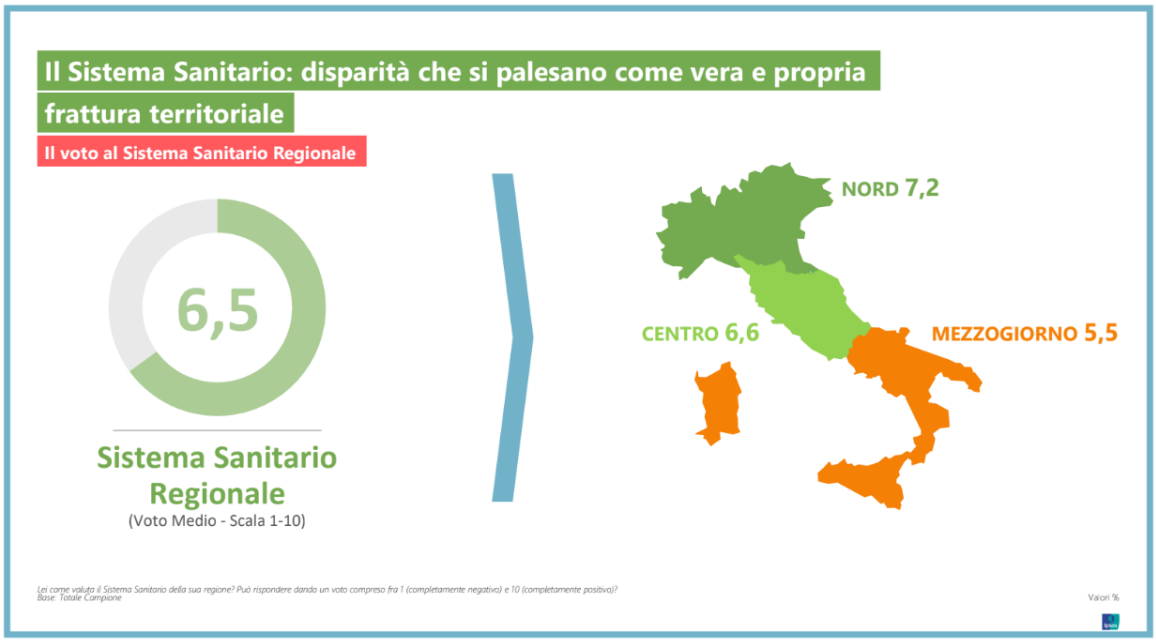
Uno dei motivi per cui Cittadinanzattiva – e così molti altri attori della società civile - si occupa di monitorare gli aspetti legati alla Missione 6 del PNRR è l'impatto sulla salute e sul vissuto dei cittadini. Con riferimento alle nuove Case della Comunità, per esempio, le persone hanno particolarmente a cuore il mantenimento del rapporto col proprio medico di famiglia.
Per quanto riguarda il sistema sanitario nel suo complesso, i cittadini ne hanno attualmente un'opinione tutto sommato positiva, sebbene questo non si verifica su tutto il territorio nazionale. Abbastanza positivi sono infatti i risultati raccolti da IPSOS in una indagine presentata ad Aprile 2022[41].



Fonte: IPSOS 2022

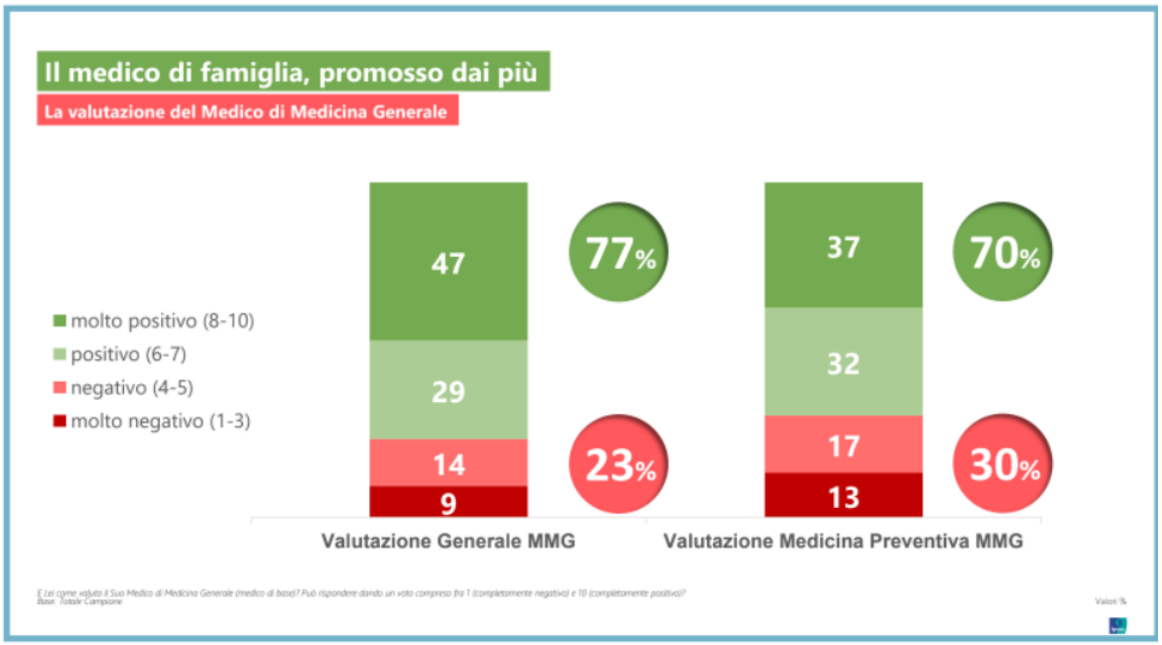
Se si chiede infatti di paragonare il proprio Sistema Sanitario Regionale con quello di altre regioni, si ottiene una vera e propria spaccatura tra Centro-Nord (dove i cittadini ritengono che il proprio sistema regionale sia migliore di altri) e Sud (dove invece avviene il contrario). Positive in generale sono anche le valutazioni degli utenti circa le principali prestazioni (esami, visite, prescrizioni, …) sanitarie fruite negli ultimi 12 mesi.

[41] www.consumersforum.it/files/eventi/2022/IPSOS_SALUTE_21_04_22.zip



Fonte: IPSOS 2022

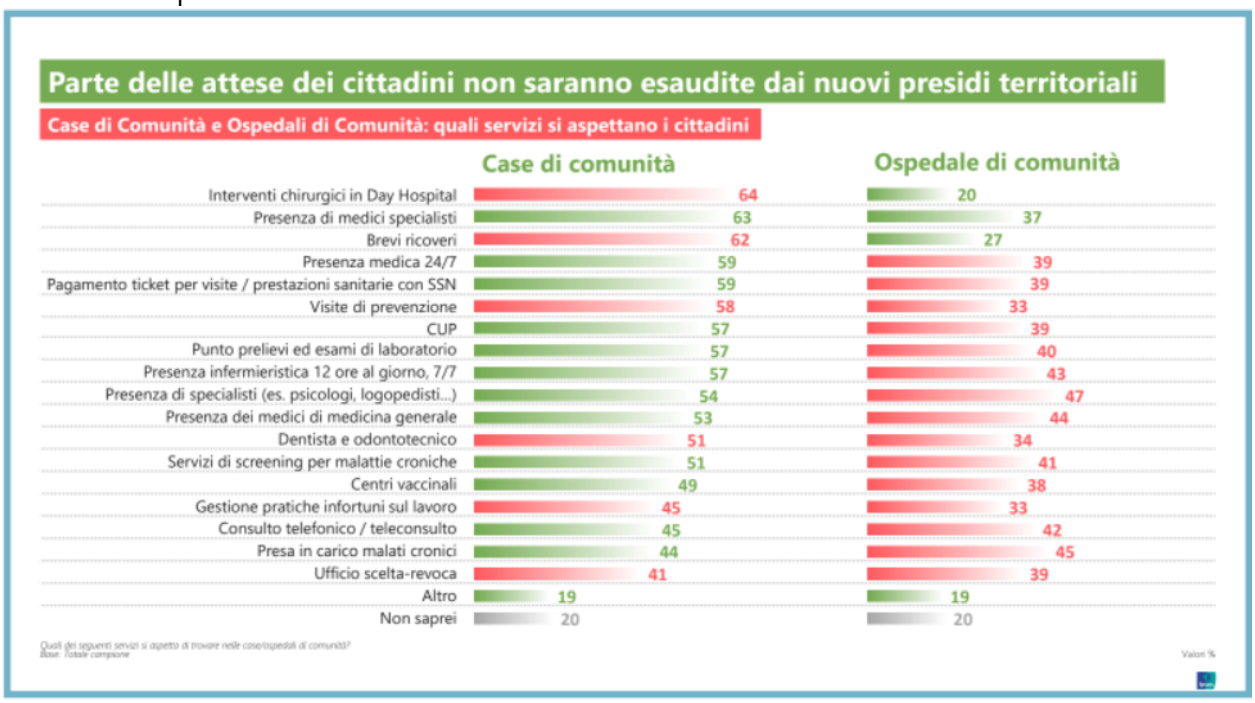
Dall'indagine condotta da IPSOS esce positivamente anche la figura del medico di famiglia, che per la maggioranza dei cittadini interpellati viene considerato punto di riferimento alla base del proprio stato di salute, e il cui ruolo viene giudicato utile sia dal punto di vista delle cure che da quello della prevenzione.



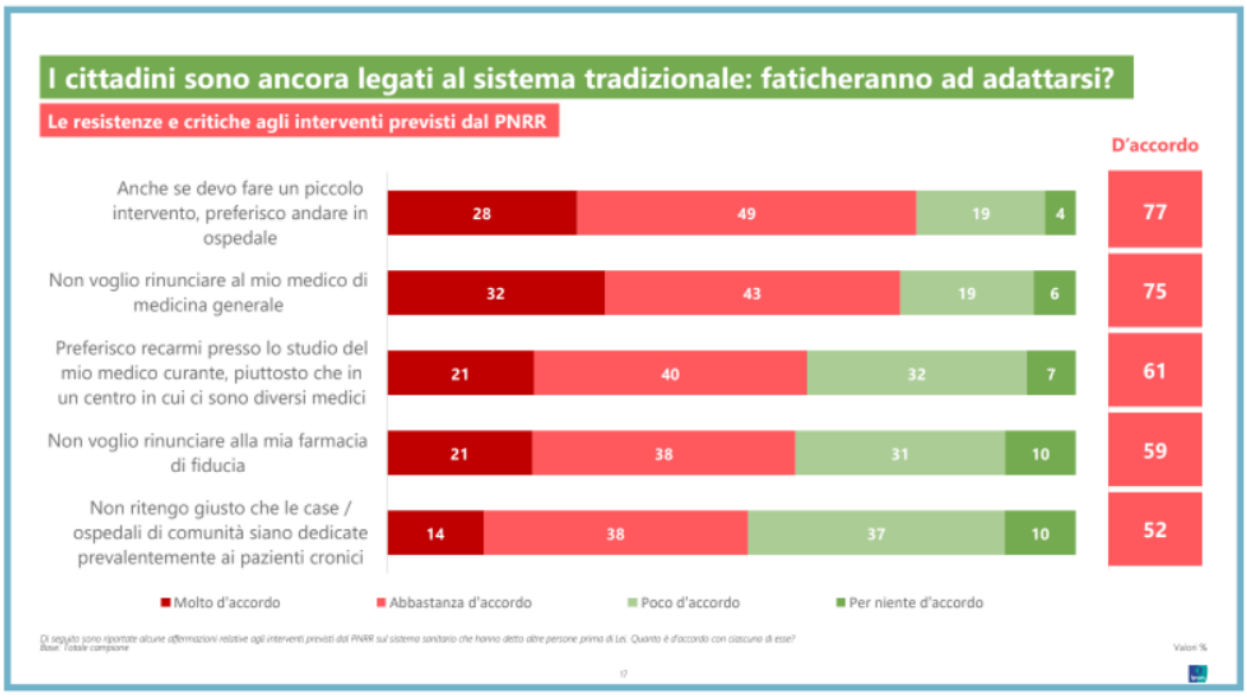
Fonte: IPSOS 2022

Queste valutazioni generalmente positive rivelano un certo attaccamento dei cittadini al sistema sanitario "tradizionale" e lasciano prevedere una probabile resistenza al nuovo modello di assistenza territoriale e ai cambiamenti che il PNRR porterà con sé.
Sempre secondo l'indagine di IPSOS, la prima evidenza è che i cittadini sono ancora poco informati (non informato il 70%) e confusi sul contenuto del PNRR, così come sulle aree di intervento da esso previste, ed è loro poco chiaro quali servizi potranno aspettarsi dalle nuove

strutture di prossimità: i presidi territoriali previsti anche all'interno del proprio comune sono sconosciuti ai più.

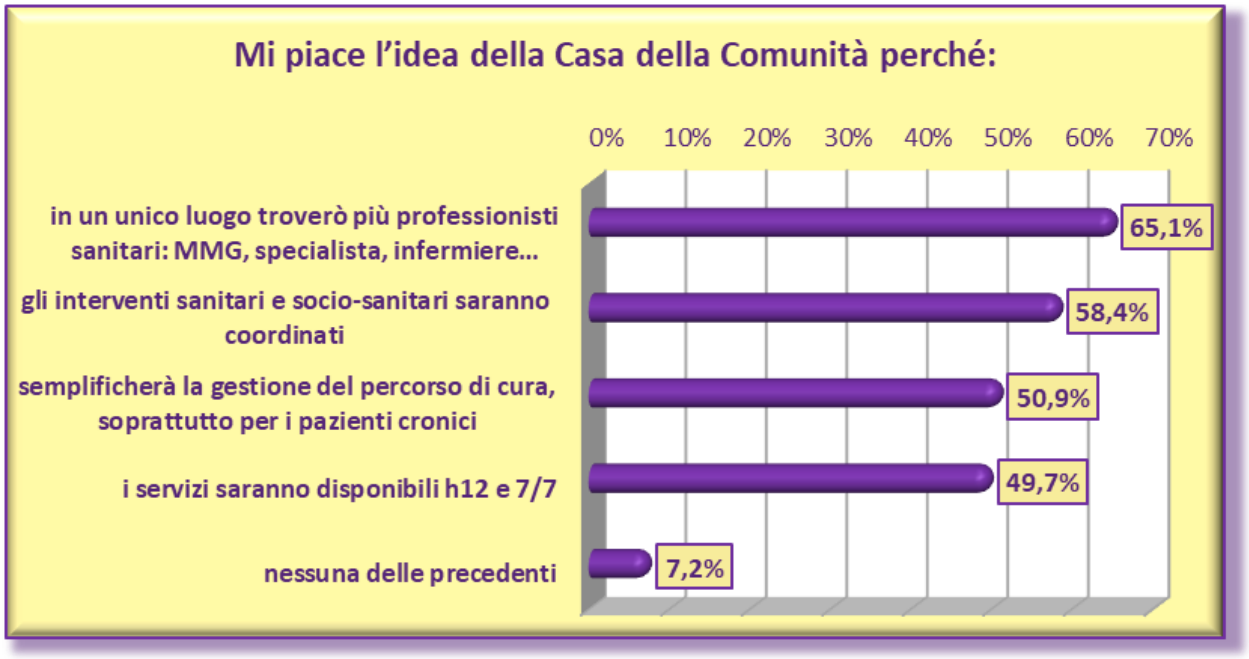


Fonte: IPSOS 2022

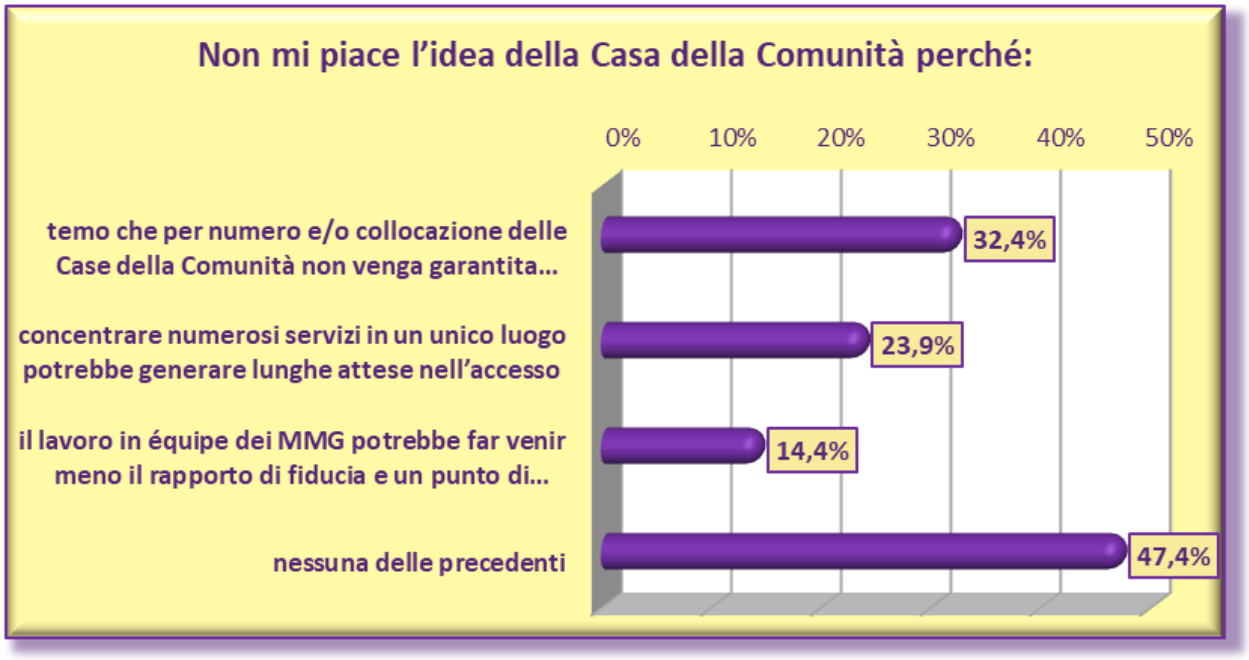


Fonte: IPSOS 2022

Le risultanze di IPSOS non fanno che confermare nella sostanza quanto emerso dall'indagine "La sanità che vorrei", condotta da Cittadinanzattiva e Meridiano Sanità[42]: se da un lato i cittadini si dichiarano favorevoli in linea generale alle Case della Comunità previste dal PNRR, tante sono anche le perplessità e i dubbi sul loro reale funzionamento.

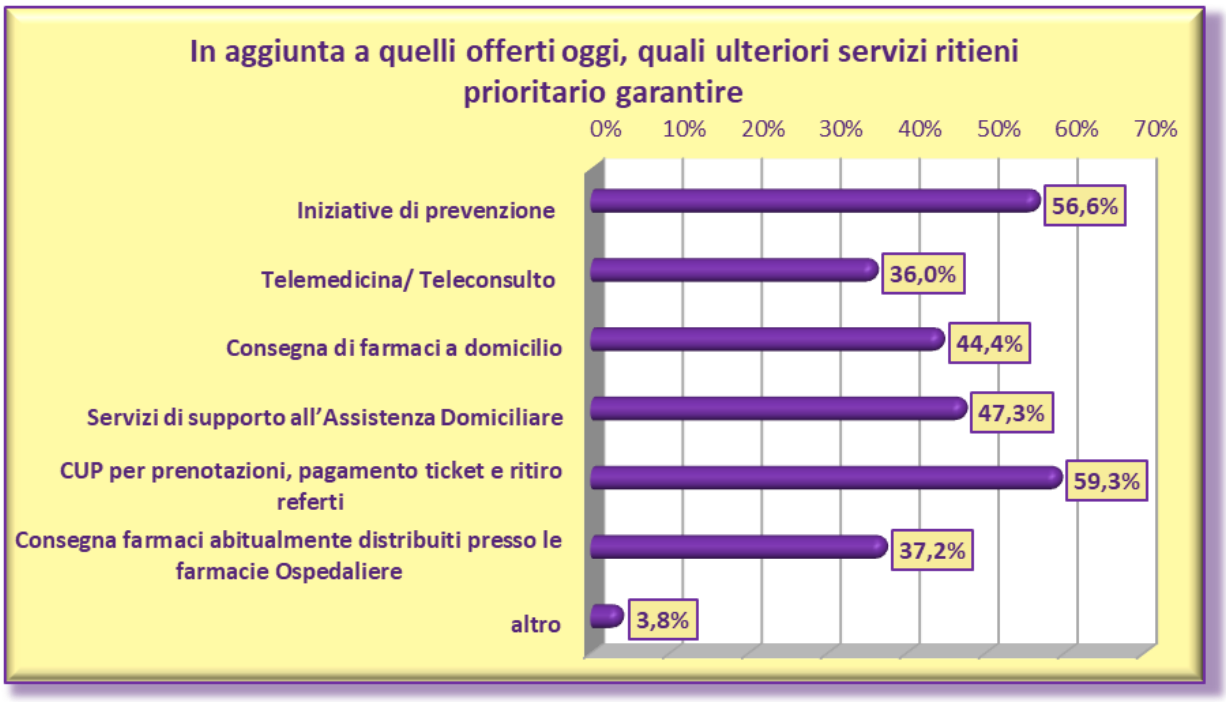


Fonte: Survey "la sanità che vorrei", Meridiano Sanità & Cittadinanzattiva 2022



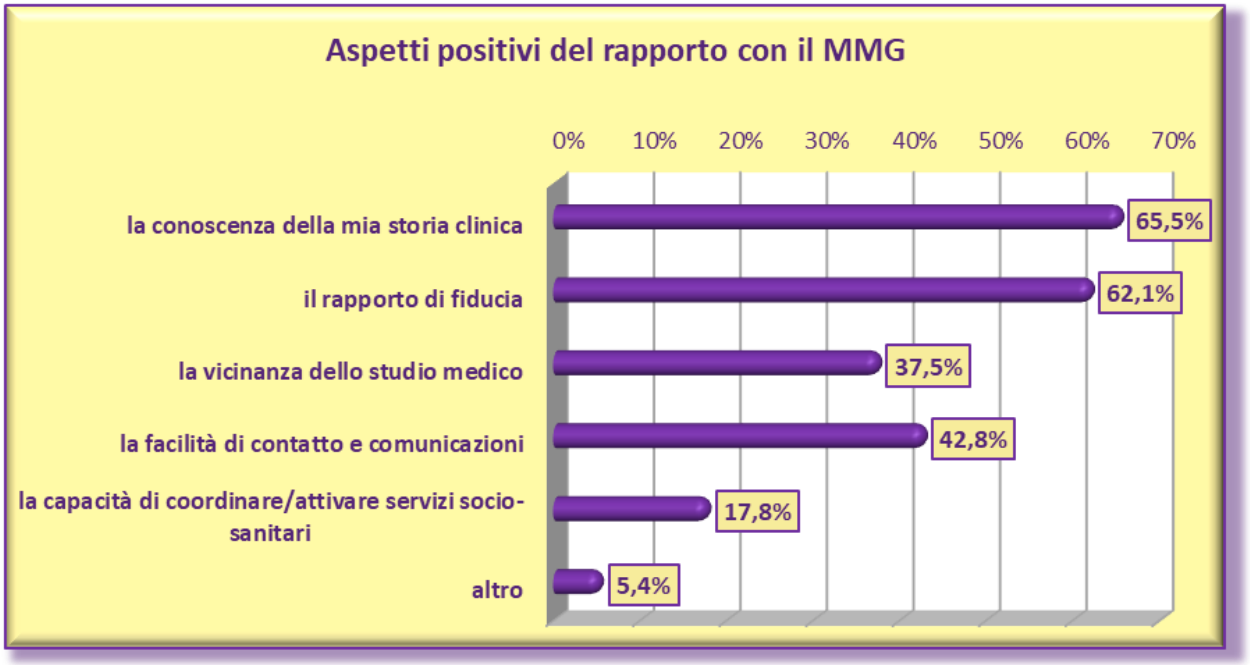
Fonte: Survey "la sanità che vorrei", Meridiano Sanità & Cittadinanzattiva 2022

[42] www.ambrosetti.eu/healthcare/meridiano-sanita/

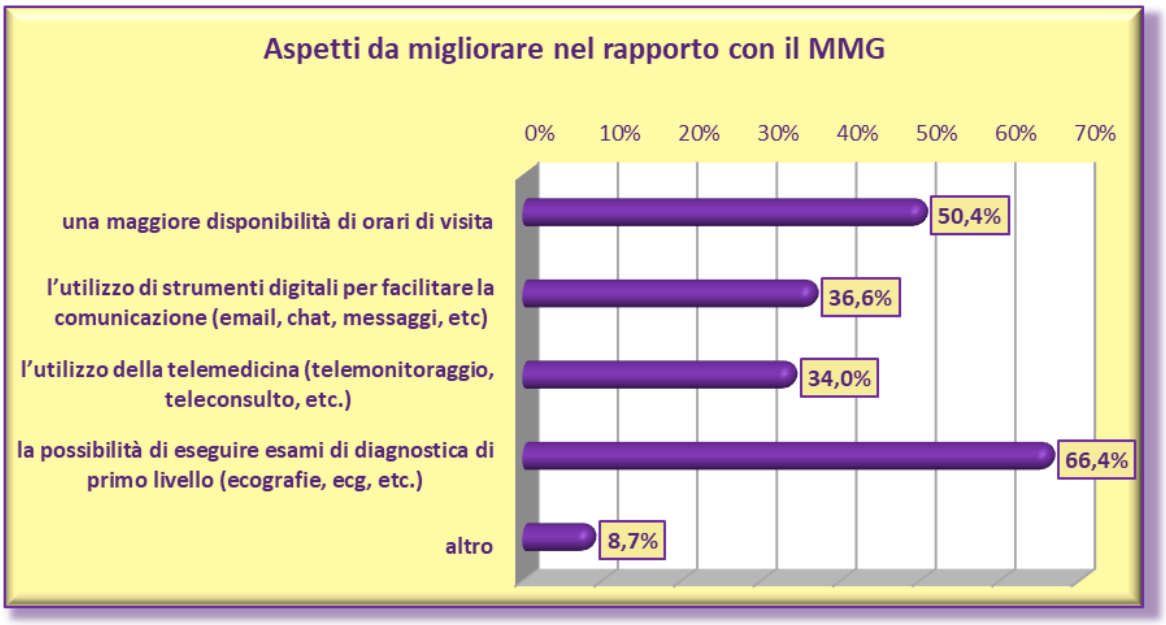


Fonte: Survey "la sanità che vorrei", Meridiano Sanità & Cittadinanzattiva 2022

Sempre da questa ultima indagine, in particolare la figura del medico di famiglia torna ad essere descritta positivamente, soprattutto per il rapporto di conoscenza e di fiducia, nonché per la prossimità; questo si incrocia con le perplessità espresse a proposito delle Case della Comunità, dove proprio la prossimità e il rapporto uno-a-uno col proprio medico di famiglia come abbiamo osservato sono tra i punti di resistenza. Tuttavia, qui i cittadini hanno espresso anche ampie possibilità di miglioramento nel rapporto col proprio medico di famiglia.

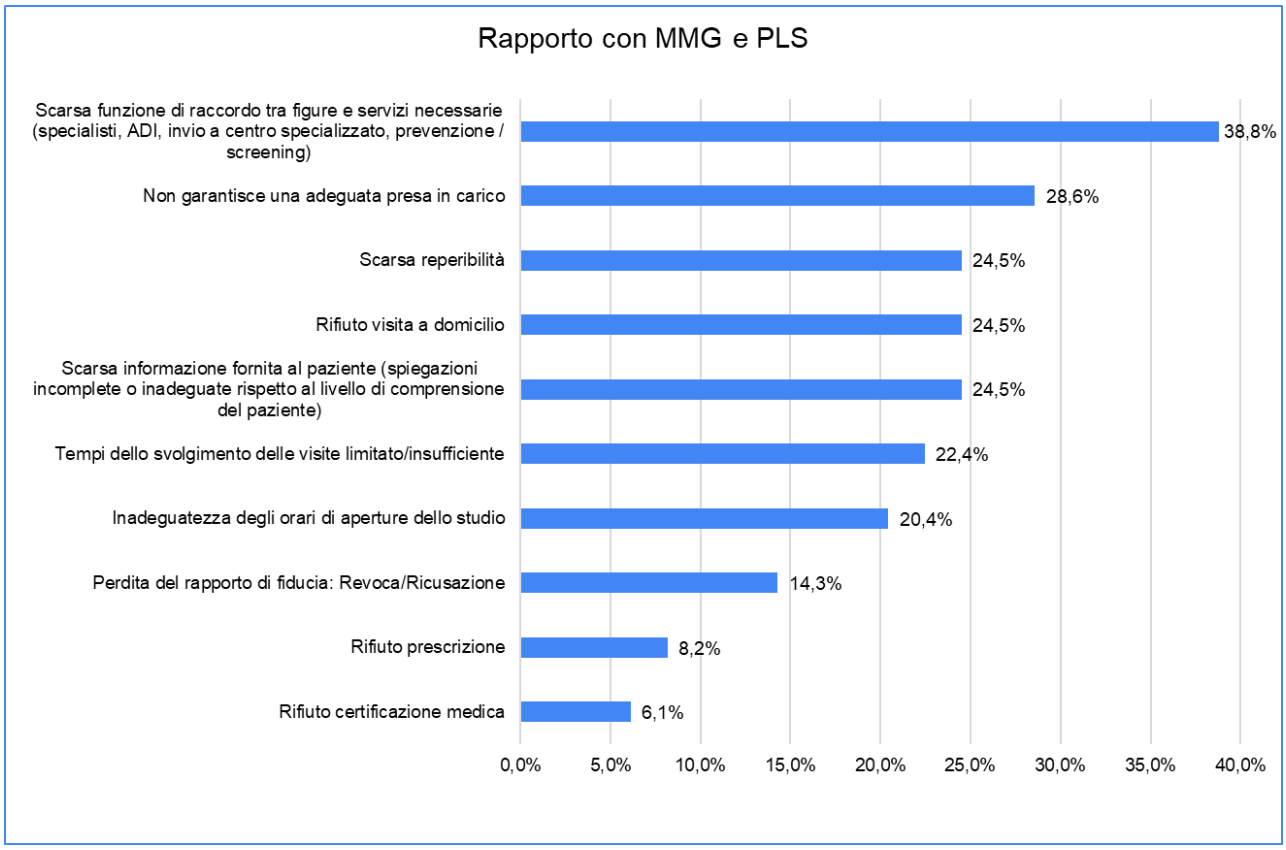


Fonte: Survey "la sanità che vorrei", Meridiano Sanità & Cittadinanzattiva 2022



Fonte: Survey "la sanità che vorrei", Meridiano Sanità & Cittadinanzattiva 2022

Nel grafico seguente vediamo invece le criticità che i cittadini hanno espresso nei confronti del proprio medico di medicina generale (MMG), o pediatra di libera scelta (PLS) per gli utenti più piccoli, nelle segnalazioni giunte alle sedi di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del Malato: quando il rapporto - generalmente buono - con il proprio MMG si incrina, le criticità più segnalate sono proprio relative al venir meno del punto di riferimento considerato centrale nel percorso di cura.



Fonte: Cittadinanzattiva, segnalazioni PIT anno 2021

5.6 Appendice: mappatura a livello provinciale di Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali operative Territoriali

Le tabelle che seguono riportano i dati delle strutture (CdC, OdC, CoT) a livello di regioni e province. Il prossimo aggiornamento del presente monitoraggio permetterà di rappresentare il dettaglio delle strutture per singolo Comune, in taluni casi anche comprensivo degli indirizzi presso cui i servizi sorgeranno. Ciò ci permetterà di monitorare capillarmente lo stato di avanzamento della riforma e di verificare inoltre se verrà nei fatti rispettata la prossimità territoriale anche, per esempio, nelle Aree Interne del Paese.

Province	Popolazione totale EUROSTAT 2020)	N° ASL	Nome ASL	Numeri previsti- rilevati	CASE DELLA COMUNITA'	CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	OSPEDALI DI COMUNITA'	*Altro con FONDI diversi dal PNRR*
Piemonte	**4.311.217**	**12**		**Previsto PNRR**	**82**	**43**	**27**	
				Rintracciato[(1)]	*91*	*43*	*29*	2 Odc , 9 CdC
Torino	2.230.946	4	Asl Città di Torino Asl TO3 Asl TO4 Asl TO5		48	23	15	5 CdC
Vercelli	169.390	1	Asl VC		3	2	1	
Biella	174.170	1	Asl BI		3	2	1	
Verbano-Cusio-Ossola	156.320	1	Asl VCO		3	1	1	
Novara	364.980	1	Asl NO		7	3	2	
Cuneo	586.113	2	Asl CN1 - Asl CN2		14	6	5	4Cdc; 2 OdC
Asti	212.010	1	Asl AT		4	2	1	
Alessandria	417.288	1	Asl AL		9	4	3	

(1) Fonte: Comunicato stampa Giunta Regionale e tabelle allegate in: https://www.regione.piemonte.it/web/pinforma/notizie/anche-consiglio-approva-piano-delle-strutture-prossimita

Province	Popolazione totale EUROSTAT 2020)	N° ASL	Nome ASL	Numeri previsti-rilevati	CASE DELLA COMUNITA'	CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	OSPEDALI DI COMUNITA'	*Altro con FONDI diversi dal PNRR*
Valle d'Aosta	**125.034**	**1**		**Previsto PNRR**	**2**	**1**	**1**	
				Rintracciato[2]	*4*	*1*	*1*	*2 CdC*
Aosta	125.034	1	Usl Aosta		4	1	1	

(2) Fonte: Comunicato stampa Giunta regionale Valle d'Aosta,8 marzo 2022, in http://www.regioni.it/dalleregioni/2022/03/08/valle-daosta-approvati-dalla-giunta-gli-indirizzi-regionali-per-gli-investimenti-a-valere-sul-pnrr-salute-646630/

Province	Popolazione totale EUROSTAT 2020)	N° ASL	Nome ASL	Numeri previsti-rilevati	CASE DELLA COMUNITA'	CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	OSPEDALI DI COMUNITA'	*Altro con FONDI diversi dal PNRR*
Liguria	**1.524.826**	**5**		**Previsto PNRR**	**30**	**15**	**10**	
				Rintracciato[3]	*33*	*16*	*11*	*3 Cdc; 1 CoT; 1 OdC*
Imperia	209.382	1	Asl 1 Imperiese		5	2	1	
Savona	271.832	1	Asl 2 Savonese		6	3	2	
Genova	826.194	2	Asl 3 Genovese + Asl 4 Chiavarese (GE)		17	8	6	
La Spezia	217.418	1	Asl 5 Spezzino		5	3	2	

(3) Fonte: Comunicato stampa Regione Liguria in https://www.regione.liguria.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=53512:slide-conf-stampa-pnrr.pdf

Province	Popolazione totale EUROSTAT 2020)	N° ASL	Nome ASL	Numeri previsti-rilevati	CASE DELLA COMUNITA'	CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	OSPEDALI DI COMUNITA'	*Altro con FONDI diversi dal PNRR*
Lombardia	**10.027.602**	**8**		**Previsto PNRR**	**187**	**101**	**60**	
				Rintracciato[5]	*218*	*101*	*71*	31 CdC; 11 OdC
Varese	884.876		ATS Insubria		31	14	8	
Como	597.642		ATS della Montagna		18	2	7	
Sondrio	180.425							
Bergamo	1.108.126		ATS Bergamo		20	12	6	
Brescia	1.255.437		ATS Brescia		26	12	7	
Pavia	540.376		ATS Pavia		11	5	4	
Cremona	355.908		ATS Valpadana		15	9	9	
Mantova	406.919							
Milano	3.265.327		ATS Città Metropolitana di Milano		71	36	23	
Lodi	227.412							
Lecco	334.961		ATS Brianza		26	11	7	
Monza e Brianza	870.193							

(4) Nella fonte il numero di CdC, OdC e CoT viene specificato per ATS e non per provincia. Nella tabella la corrispondenza tra province e ATS è puramente indicativa, poiché alcune province fanno riferimento ad ATS diverse

(5) Fonte: Delibera regionale in https://www.lombardianotizie.online/wp-content/uploads/2021/12/DELIBERA-CDC-ODC-COT_15.12.2021-ok.pdf

Province	Popolazione totale EUROSTAT 2020)	N° ASL	Nome ASL	Numeri previsti-rilevati	CASE DELLA COMUNITA'	CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	OSPEDALI DI COMUNITA'	*Altro con FONDI diversi dal PNRR*
P.A. Bolzano	**532.644**	**1**		**Previsto PNRR**	**10**	**5**	**3**	
				Rintracciato[6]	*10*	*5*	*3*	
Bolzano	532.644	1	A.S. PA Bolzano		10	5	3	

(6) Fonte: nessuna ufficiale dalla P.A.; unica conferma in *https://www.openpolis.it/gli-investimenti-del-pnrr-per-la-sanita-territoriale/*

Province	Popolazione totale EUROSTAT 2020)	N° ASL	Nome ASL	Numeri previsti-rilevati	CASE DELLA COMUNITA'	CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	OSPEDALI DI COMUNITA'	*Altro con FONDI diversi dal PNRR*
P.A. Trento	**545.425**	**1**		**Previsto PNRR**	**10**	**5**	**3**	
				Rintracciato[7]	*10*	*5*	*4*	1 OdC
Trento	545.425	1	A.S. PA Trento		10	5	4	

(7) Fonte: la P.A. conferma i numeri previsti in *https://www.provincia.tn.it/Argomenti/Focus/PNRR-Piano-Nazionale-di-Ripresa-e-Resilienza/Missione-6-Salute#* ***e su alcuni media (es. in*** *https://www.ladige.it/cronaca/2022/03/01/ecco-dove-sorgeranno-le-dieci-nuove-case-della-comunita-1.3144089* ***) si parla di un ulteriore OdC con fondi diversi da PNRR***

Province	Popolazione totale EUROSTAT 2020)	N° ASL	Nome ASL	Numeri previsti-rilevati	CASE DELLA COMUNITA'	CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	OSPEDALI DI COMUNITA'	*Altro con FONDI diversi dal PNRR*
Veneto	**4.879.133**	**9**		**Previsto PNRR**	**91**	**49**	**30**	
				Rintracciato[8]	*91*	*49*	*30*	
Verona	924.742	1	ULSS 9 Scaligera		15	8	7	
Vicenza	855.297	2	ULSS 7 Pedemontana ULSS 8 Berica		17	9	6	
Belluno	201.309	1	ULSS 1 Dolomiti		4	2	3	
Treviso	883.522	1	ULSS 2 Marca Trevigiana		16	8	5	
Venezia	848.829	2	ULSS 3 Serenissima ULSS 4 Veneto orientale		16	10	4	
Padova	933.700	1	ULSS 6 Euganea		18	9	4	
Rovigo	231.734	1	ULSS 5 Polesana		5	3	1	

(8) Fonte: DGR 368 dell'8 aprile 2022, in https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=474544

Province	Popolazione totale EUROSTAT 2020)	N° ASL	Nome ASL	Numeri previsti-rilevati	CASE DELLA COMUNITA'	CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	OSPEDALI DI COMUNITA'	*Altro con FONDI diversi dal PNRR*
Friuli Venezia Giulia	**1.206.216**	**3**		**Previsto PNRR**	**23**	**12**	**7**	
				Rintracciato[9]	*52*	*12*	*29*	*29CdC; 22 OdC*
Pordenone	310.502	1	ASU Friuli Occidentale ASFO		16	3	7	
Udine	526.474	1	ASU Friuli Centrale ASUFC		25	5	12	
Gorizia	137.795	1	ASU Giuliano Isontina ASUGI		11	4	10	
Trieste	231.445							

(9) ***Fonte:*** *https://www.regione.fvg.it/asp/delibere/layout2008_2.asp?pag=1&cerca=true&anno=2022&num=550&tx_dataDel=&key=&uf=*

Province	Popolazione totale EUROSTAT 2020)	N° ASL	Nome ASL	Numeri previsti-rilevati	CASE DELLA COMUNITA'	CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	OSPEDALI DI COMUNITA'	*Altro con FONDI diversi dal PNRR*
Emilia Romagna	**4.464.119**	**8**		**Previsto PNRR**	**84**	**45**	**27**	
				Rintracciato (10)	*84*	*45*	*27*	
Piacenza	286.433	1	USL PIACENZA		6	3	2	
Parma	454.873	1	USL PARMA		8	5	3	
Reggio Emilia	529.609	1	USL REGGIO EMILIA		10	5	3	
Modena	707.119	1	USL MODENA		13	7	4	
Bologna	1.021.501	2	USL BOLOGNA USL IMOLA		20	10	6	
Ferrara	344.510	1	USL FERRARA		6	4	2	
Ravenna	387.970	1	USL DELLA ROMAGNA		21	11	7	
Forlì-Cesena	395.306							
Rimini	336.798							

(10) Fonte: Comunicato stampa della Regione: *https://notizie.regione.emilia-romagna.it/comunicati/2022/febbraio/sanita-a-due-anni-dal-primo-caso-di-covid-nel-territorio-in-emilia-romagna-nasce-la-sanita-del-futuro-investimenti-per-oltre-mezzo-miliardo-di-euro-per-nuove-case-della-salute-e-ospedali-di-comunita-telemedicina-infrastrutture-tecnologiche-e-digitali-per/*

Province	Popolazione totale EUROSTAT 2020)	N° ASL	Nome ASL	Numeri previsti-rilevati	CASE DELLA COMUNITA'	CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	OSPEDALI DI COMUNITA'	*Altro con FONDI diversi dal PNRR*
Toscana	**3.692.555**	**3**		**Previsto PNRR**	**70**	**37**	**23**	
				Rintracciato (11)	*78*	*37*	*24*	8 CdC; 1 Odc
Pistoia	291.697		Usl Toscana centro		5	16	12	
Firenze	995.517				22			
Prato	257.073				5			
Massa-Carrara	191.685		Usl Toscana nord ovest		3	13	6	
Lucca	382.543				5			
Livorno	331.877				8			
Pisa	418.122				11			
Arezzo	339.172		Usl Toscana sud est		6	8	6	
Siena	265.179				6			
Grosseto	219.690				7			

(11) Fonte: Comunicato stampa della Regione: *http://www.regioni.it/dalleregioni/2022/01/13/toscana-sanita-territoriale-giani-il-nostro-impegno-sara-per-oltre-200-milioni-di-investimento-di-pnrr-645166/*

Province	Popolazione totale EUROSTAT 2020)	N° ASL	Nome ASL	Numeri previsti-rilevati	CASE DELLA COMUNITA'	CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	OSPEDALI DI COMUNITA'	*Altro con FONDI diversi dal PNRR*
Umbria	**870.165**	**2**		**Previsto PNRR**	**17**	**9**	**5**	
				Rintracciato (12)	*17*	*9*	*5*	
Perugia	646.710	1	AUSL Umbria 1		7	5	2	
Terni	223.455	1	AUSL Umbria 2		10	4	3	

(12) Fonte: DGR 152 DEL 28/02/2022: PSR 2021-2025 - PNRR 2021-2026: dislocazione Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali https://www.regione.umbria.it/documents/18/25300210/Allegato+1+DGR+152+2022+Dislocazione+e+finanziamenti+CdC_OdC_COT.pdf/0c605039-b0fe-4655-b071-7f7db53e860c?version=1.0

Province	Popolazione totale EUROSTAT 2020)	N° ASL	Nome ASL	Numeri previsti-rilevati	CASE DELLA COMUNITA'	CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	OSPEDALI DI COMUNITA'	*Altro con FONDI diversi dal PNRR*
Marche	**1.512.672**	**1**		**Previsto PNRR**	**29**	**15**	**9**	
				Rintracciato (13)	*29*	*15*	*9*	
Pesaro e Urbino	356.497		ASUR Area Vasta 1		4	3	2	
Ancona	467.451		ASUR Area Vasta 2		9	5	3	
Macerata	310.815		ASUR Area Vasta 3		7	3	2	
Ascoli Piceno	206.172		ASUR Area Vasta 5		5	2	2	
Fermo	171.737		ASUR Area Vasta 4		4	2	0	

(13) Fonte: Comunicato stampa Regione in *https://www.regione.marche.it/News-ed-Eventi/Post/83053/Salgono-a-quasi-1-miliardo-gli-investimenti-per-la-sanit%C3%A0-marchigiana-approvata-la-mission-del-PNRR-per-la-rete-territoriale-con-68-milioni-e-aggiornato-il-Masterplan-di-edilizia-sanitaria-con-ulteriori-157-milioni*

Province	Popolazione totale EUROSTAT 2020)	N° ASL	Nome ASL	Numeri previsti-rilevati	CASE DELLA COMUNITA'	CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	OSPEDALI DI COMUNITA'	*Altro con FONDI diversi dal PNRR*
Lazio	**5.755.700**	**10**		**Previsto PNRR**	**107**	**59**	**35**	
				Rintracciato (14)	*170*	*64*	*44*	63 CdC; 5 CoT; 9 OdC
Viterbo	309.795	1	Asl Viterbo		12	5	4	
Rieti	152.497	1	Asl Rieti		7	4	2	
Roma	4.253.314	6	ASL Roma 1 ASL Roma 2 ASL Roma 3		60	27	10	
			ASL Roma 4 (Civitavecchia) ASL Roma 5 (Tivoli) ASL Roma 6 (Albano Laz.)		56	18	16	
Latina	562.592	1	Asl Latina		18	5	6	
Frosinone	477.502	1	Asl Frosinone		17	5	6	

(14) Fonte: DGR in BURL - N. 2 del 04/01/2022, https://www.salutelazio.it/gli-investimenti-del-pnrr-per-il-lazio

Province	Popolazione totale EUROSTAT 2020)	N° ASL	Nome ASL	Numeri previsti-rilevati	CASE DELLA COMUNITA'	CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	OSPEDALI DI COMUNITA'	*Altro con FONDI diversi dal PNRR*
Abruzzo	**1.293.941**	**4**		**Previsto PNRR**	**40**	**13**	**10**	
				Rintracciato (15)	*40*	*13*	*11*	1 OdC
L'Aquila	294.838	1	Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila		11	3	3	
Teramo	303.900	1	Asl Teramo		8	3	2	
Pescara	316.363	1	Asl Pescara		6	3	3	
Chieti	378.840	1	Asl Lanciano-Vasto-Chieti		15	4	3	

(15) Fonte: Comunicato stampa Regione in https://www.regione.abruzzo.it/content/sanit%C3%A0-marsilio-e-ver%C3%AC-presentano-piano-interventi-pnrr

Province	Popolazione totale EUROSTAT 2020)	N° ASL	Nome ASL	Numeri previsti-rilevati	CASE DELLA COMUNITA'	CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	OSPEDALI DI COMUNITA'	*Altro con FONDI diversi dal PNRR*
Molise	**300.516**	**1**		**Previsto PNRR**	**9**	**3**	**2**	
				Rintracciato (16)	*13*	*3*	*2*	4 Cdc
Isernia	83.154		ASREM		4	1	1	
Campobasso	217.362		ASREM		9	2	1	

(16) Fonte: DCA n. 9 del 22/02/2022, in https://www.regione.molise.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/18530

Province	Popolazione totale EUROSTAT 2020)	N° ASL	Nome ASL	Numeri previsti-rilevati	CASE DELLA COMUNITA'	CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	OSPEDALI DI COMUNITA'	*Altro con FONDI diversi dal PNRR*
Campania	5.712.143	7		**Previsto PNRR**	169	58	45	
				Rintracciato (17)	*169*	*58*	*45*	
Caserta	913.666	1	ASL Caserta		-	-	-	
Benevento	272.318	1	ASL Benevento		-	-	-	
Napoli	3.034.410	3	ASL Napoli 1 Centro		-	-	-	
			ASL Napoli 2 Nord		-	-	-	
			ASL Napoli 3 Sud		-	-	-	
Avellino	410.369	1	ASL Avellino		-	-	-	
Salerno	1.081.380	1	ASL Salerno		-	-	-	

(17) Fonte: rintracciato solo un video istituzionale della Regione che conferma i numeri regionali previsti da PNRR ma non fornisce però alcun dettaglio nè a livello provinciale nè aziendale, in http://regione.campania.it/regione/it/multimedia/web-tv/la-nuova-sanit-territoriale

Province	Popolazione totale EUROSTAT 2020)	N° ASL	Nome ASL	Numeri previsti-rilevati	CASE DELLA COMUNITA'	CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	OSPEDALI DI COMUNITA'	*Altro con FONDI diversi dal PNRR*
Puglia	**3.953.305**	**6**		**Previsto PNRR**	**120**	**40**	**31**	
				Rintracciato (18)	*120*	*40*	*36*	*5 OdC*
Taranto	563.995	1	ASL TA		17	-	4	
Brindisi	385.235	1	ASL BR		9	-	6	
Lecce	782.165	1	ASL LE		24	-	6	
Foggia	606.904	1	ASL FG		26	-	5	
Bari	1.230.205	1	ASL BA		36	-	9	
Barletta-Andria Trani	384.801	1	ASL BT		9	-	6	

(18) Fonte: DGR 134-2022, in https://burp.regione.puglia.it/documents/20135/1835728/DEL_134_2022.pdf

Province	Popolazione totale EUROSTAT 2020)	N° ASL	Nome ASL	Numeri previsti-rilevati	CASE DELLA COMUNITA'	CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	OSPEDALI DI COMUNITA'	*Altro con FONDI diversi dal PNRR*
Basilicata	**553.254**	2		**Previsto PNRR**	**17**	**6**	**5**	
				Rintracciato (19)	*17*	*6*	*5*	
Potenza	358.401	1	ASL Potenza		11	-	3	
Matera	194.853	1	ASL Matera		6	-	2	

(19) Fonte: Comunicato stampa Giunta regionale Basilicata, in http://www.regioni.it/dalleregioni/2022/02/16/pnrr-salute-in-basilicata-5-ospedali-di-comunita-e-16-case-della-comunita-646034/

Province	Popolazione totale EUROSTAT 2020)	N° ASL	Nome ASL	Numeri previsti-rilevati	CASE DELLA COMUNITA'	CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	OSPEDALI DI COMUNITA'	*Altro con FONDI diversi dal PNRR*
Calabria	**1.894.110**	5		**Previsto PNRR**	**57**	**19**	**15**	
				Rintracciato (20)	*57*	*19*	*15*	
Cosenza	690.503	1	ASP Cosenza		21	7	6	
Crotone	168.581	1	ASP Crotone		5	1	1	
Catanzaro	349.344	1	ASP Catanzaro		10	4	3	
Vibo Valentia	154.715	1	ASP Vibo Valentia		5	1	1	
Reggio Calabria	530.967	1	ASP Reggio Calabria		16	6	4	

(20) Fonte: DCA 15 DEL 1/03/2022, in https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3152637.pdf***, tab.pag 10***

Province	Popolazione totale EUROSTAT 2020)	N° ASL	Nome ASL	Numeri previsti-rilevati	CASE DELLA COMUNITA'	CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	OSPEDALI DI COMUNITA'	*Altro con FONDI diversi dal PNRR*
Sicilia	**4.875.290**	**9**		**Previsto PNRR**	**146**	**49**	**39**	
				Rintracciato (21)	*146*	*49*	*39*	
Trapani	421.256	1	ASP Trapani		13	4	3	
Palermo	1.222.988	1	ASP Palermo		36	12	10	
Messina	613.887	1	ASP Messina		18	6	5	
Agrigento	423.488	1	ASP Agrigento		13	4	3	
Caltanissetta	255.931	1	ASP Caltanissetta		8	3	2	
Enna	160.161	1	ASP Enna		5	2	1	
Catania	1.072.634	1	ASP Catania		32	11	9	
Ragusa	315.601	1	ASP Ragusa		9	3	3	
Siracusa	389.344	1	ASP Siracusa		12	4	3	

(21) Fonte: Regione Sicilia, https://static.gedidigital.it/repubblica/pdf/2022/locali/palermo/promemoria_pnrr.pdf

Province	Popolazione totale EUROSTAT 2020)	N° ASL	Nome ASL	Numeri previsti-rilevati	CASE DELLA COMUNITA'	CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	OSPEDALI DI COMUNITA'	*Altro con FONDI diversi dal PNRR*
Sardegna	**1.611.621**	**8**		**Previsto PNRR**	**50**	**16**	**13**	
				Rintracciato (22)	*50*	*24*	*35*	8Cot; 22 OdC;
Sassari	325.288	1	ASL 1 Sassari		10	3	7	
Olbia-Tempio	159.119	1	ASL 2 Olbia		9	3	3	
Nuoro	150.913	1	ASL 3 Nuoro		6	3	5	

Ogliastra	55.535	1	ASL 4 Lanusei		1	2	1	
Oristano	155.764	1	ASL 5 Oristano		5	3	3	
Medio Campidano	94.988	1	ASL 6 Salnuri		2	2	2	
Carbonia-Iglesias	121.097	1	ASL 7 Carbonia		2	3	2	
Cagliari	548.917	1	ASL 8 Cagliari		15	5	12	

(22) Fonte: Bozza PRSS 2022-2024 in https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato5777976.pdf; aggiornamento solo per Case della Comunità da Comunicato stampa Regione del 13-4-2022, in http://www.regione.sardegna.it/j/v/2568?s=435164&v=2&c=286&t=1

6. L'ADI, la riforma per gli anziani non autosufficienti e il ruolo dei caregiver

A cura di Michela Liberti

L'investimento 1.2 (Componente 1, Missione 6) mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 percento della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee). L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.

L'investimento mira a:

• Identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione);

• Realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale;

• Attivare 600 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza;

• Utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche.

Riparto dell'investimento 1.2.2 per interventi e regione

	PNRR Mission 6 Component 1 *Intervento 1.2.2 (COT, Interconnessione aziendale, device) – 204.517.588 euro			
Regioni e PP.AA	Riparto Risorse COT	Riparto Risorse Interconnessione aziendale	Riparto Risorse device	Target regionale obiettivo (n. COT)
Piemonte	7.442.225,00	3.056.072,71	4.158.796,10	43
Valle d'Aosta	173.075,00	71.071,46	96.716,19	1
Lombardia	17.480.575,00	7.178.217,29	9.768.335,02	101
PA Bolzano	865.375,00	355.357,29	483.580,94	5
PA Trento	865.375,00	355.357,29	483.580,94	5
Veneto	8.480.675,00	3.482.501,46	4.739.093,23	49

Friuli Venezia – Giulia	2.076.900,00	852.857,50	1.160.594,26	12
Liguria	2.596.125,00	1.066.071,88	1.450.742,83	15
Emilia – Romagna	7.788.375,00	3.198.215,63	4.352.228,48	45
Toscana	6.403.775,00	2.629.643,96	3.578.498,97	37
Umbria	1.557.675,00	639.643,13	870.445,70	9
Marche	2.596.125,00	1.066.071,88	1.450.742,83	15
Lazio	10.211.425,00	4.193.216,04	5.706.255,11	59
Abruzzo	2.249.975,00	923.928,96	1.257.310,45	13
Molise	519.225,00	213.214,38	290.148,57	3
Campania	10.038.350,00	4.122.144,58	5.609.538,92	58
Puglia	6.923.000,00	2.842.858,33	3.868.647,53	40
Basilicata	1.038.450,00	426.428,75	580.297,13	6
Calabria	3.288.425,00	1.350.357,71	1.837.607,58	19
Sicilia	8.480.675,00	3.482.501,46	4.739.093,23	49
Sardegna	2.769.200,00	1.137.143,33	1.547.459,01	16
Totale	**103.845.000,00**	**42.642.875,00**	**58.029.713,00**	**600**

Fonte, PNRR

Tabella: Centrali operative territoriali

CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI						
Regione	**Popolazione totale (EUROSTAT 2020)**	**Popolazione 65 anni e oltre (EUROSTAT 2020)**	**Malati cronici (AGENAS, Monitor n° 46, pag 29)**	**Fondi PNRR in € Intervento 1.2.2 (COT)**	**CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI previste da PNRR**	**Altre da fondi non PNRR**
Piemonte	4.311.217	1.115.960	1.853.824	7.442.225,00	43	
Valle d'Aosta	125.034	30.309	53.764	173.075,00	1	1
Liguria	1.524.826	438.344	655.675	2.596.125,00	15	1
Lombardia	10.027.602	2.295.835	4.311.869	17.480.575,00	101	
P.A. Bolzano	532.644	105.656	229.037	865.375,00	5	5
P.A. Trento	545.425	122.248	234.533	865.375,00	5	
Veneto	4.879.133	1.135.667	2.098.027	8.480.675,00	49	
Friuli Venezia Giulia	1.206.216	319.905	518.673	2.076.900,00	12	
Emilia Romagna	4.464.119	1.079.476	1.919.571	7.788.375,00	45	
Toscana	3.692.555	950.428	1.587.798	6.403.775,00	37	
Umbria	870.165	225.810	374.171	1.557.675,00	9	
Marche	1.512.672	381.026	650.449	2.596.125,00	15	
Lazio	5.755.700	1.276.877	2.474.951	10.211.425,00	59	5
Abruzzo	1.293.941	314.288	556.395	2.249.975,00	13	
Molise	300.516	75.887	129.222	519.225,00	3	
Campania	5.712.143	1.099.634	2.456.222	10.038.350,00	58	
Puglia	3.953.305	891.842	1.699.921	6.923.000,00	40	
Basilicata	553.254	130.001	237.899	1.038.450,00	6	
Calabria	1.894.110	419.874	814.467	3.288.425,00	19	
Sicilia	4.875.290	1.056.210	2.096.375	8.480.675,00	49	
Sardegna	1.611.621	393.813	692.997	2.769.200,00	16	
ITALIA	**59.641.488**	**13.859.090**	**25.645.840**	**103.845.000**	**600**	

Fonte, elaborazione Cittadinanzattiva su dati PNRR, Agenas, Eurostat

6.1 L'ADI: i dati ufficiali

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è tra le funzioni di cui si fanno carico i distretti socio-sanitari, con risorse specificatamente destinate (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29/11/2001). Da un punto di vista assistenziale l'ADI è considerata una delle forme assistenziali alternative al ricovero da privilegiare, in quanto rispondente ai criteri di efficacia, economicità e umanizzazione, ed essendo anche in grado di assicurare la riduzione degli sprechi derivanti dalle ospedalizzazioni evitabili.
La possibilità di erogare prestazioni specialistiche al paziente presso il proprio domicilio era già prevista nell'art. 25 della Legge (L.) n. 833/78, ma a quarant'anni di distanza, nonostante la copiosa normativa finalizzata ad incentivarne l'utilizzo (Piani Sanitari Nazionali 2001/2003, 2003/2005 e 2006/2008, etc.), e sebbene ci siano stati importanti miglioramenti in termini di ricorso, il suo livello in Italia è ancora basso.

Gli obiettivi principali delle cure domiciliari si possono così riassumere:

- fornire assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio, al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;
- garantire la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- fornire supporto alla famiglia;
- promuovere il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- migliorare la qualità di vita anche nella fase terminale.

L'ADI si articola in quattro differenti livelli di intensità assistenziale, la quale viene misurata in termini di Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA)43.

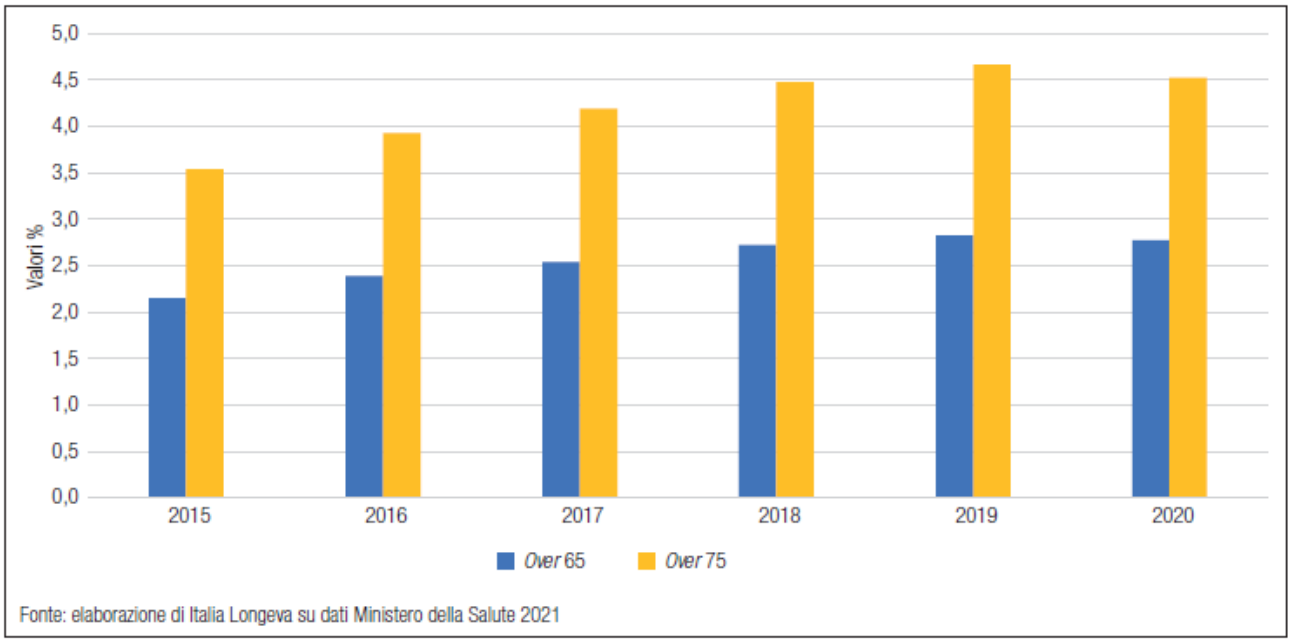
Nel 2020 sono state riportate dalle Regioni italiane e dalla Provincie Autonome un totale di 1.094.959 prese in carico (PIC) effettuate. Di queste, 941.553 (86%) riguardavano persone over 65. Sul totale delle PIC registrate:

- il 27% presentavano un CIA base (<0,14),
- il 22% un CIA 1,
- il 22% un CIA 2,
- il 3% un CIA 3
- il12% un CIA 4.

Al restante 14% delle PIC è stato attribuito un CIA 0, una categoria introdotta per registrare PIC a carattere episodico con attivazione e chiusura delle attività registrate avvenute nel corso della stessa giornata.

[43] Il CIA si ottiene dal rapporto tra numero di Giornate Effettive di Assistenza (GEA) e numero di Giornate di Cura (GdC), ovvero tra il numero di giornate in cui viene eseguito almeno un accesso al domicilio e il numero totale di giornate di presa in carico dell'assistito. Il valore del CIA può andare da 0 (nessuna assistenza) a 1 (assistenza quotidiana); tanto più vicino ad 1 è il CIA tanto maggiore è l'intensità assistenziale di cui il paziente necessita. Le cure domiciliari di livello base (CIA inferiore a 0,14) si caratterizzano per prestazioni a basso livello di intensità assistenziale, anche a carattere episodico, di solito non facenti fattivamente parte dell'ADI, in quanto non richiesta normalmente un'integrazione socio-sanitaria. Gli altri tre livelli (CIA rispettivamente compreso tra 0,14 e 0,30 - I livello, tra 0,31 e 0,50 - II livello, > 0,50 - III Livello) riguardano esplicitamente cure domiciliari integrate di intensità assistenziale crescente. In questo caso i servizi sanitari al paziente si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia.

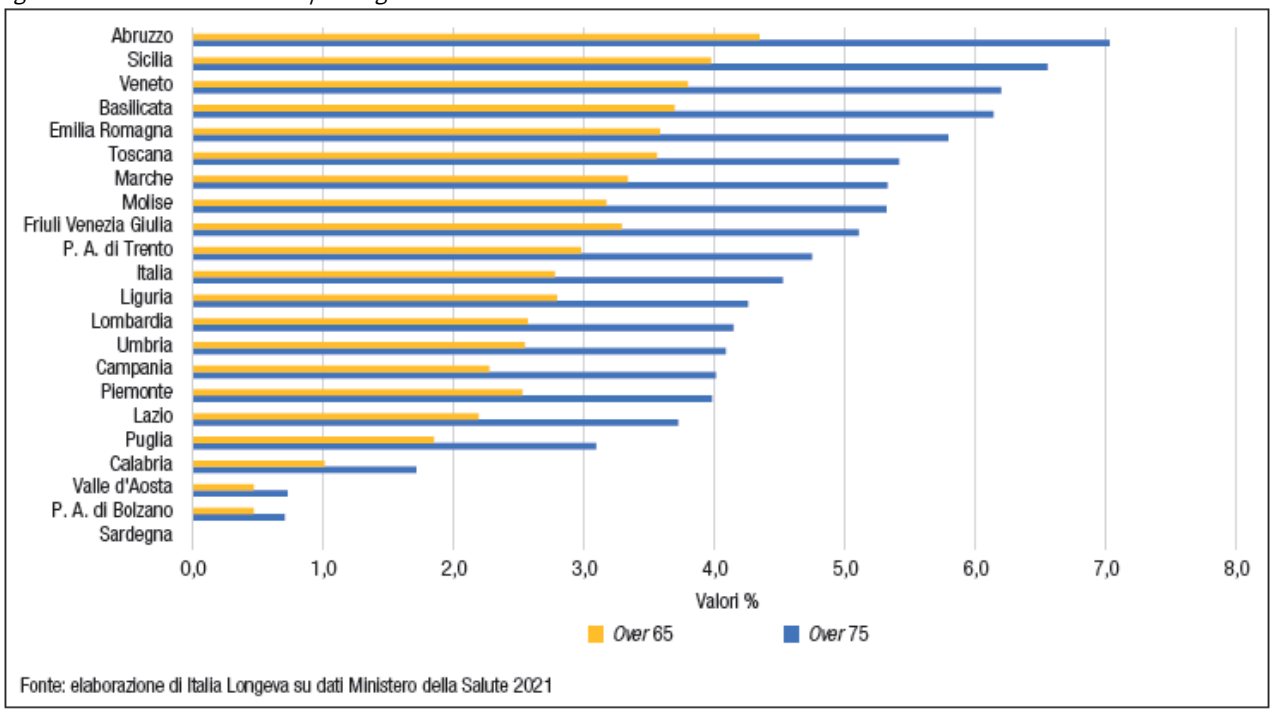
Figura: Anziani (per 100) assistiti in ADI



Fonte: Crea Sanità, 17°Rapporto

La figura mostra il tasso di anziani assistiti in ADI durante il quinquennio 2015-2020, dove si nota una progressiva crescita dei volumi di attività durante il corso del tempo. Ad esempio, mentre nel 2015 il tasso di over 65 assistiti in ADI era del 2,2% e quello degli over 75 del 3,5%, nel 2019 si registrano, rispettivamente, tassi del 2,8% e del 4,7%. Tuttavia, l'analisi del dato relativo all'anno 2020 fa notare una deflessione dei numeri. Nel 2020, anno di esplosione della pandemia da COVID, veniva registrato un tasso di over 65 assistiti in ADI pari al 2,8% e di over 75 pari al 4,5%.

Figura: Anziani assistiti in ADI per Regione. Anno 2020



Fonte: Crea Sanità, 17°Rapporto

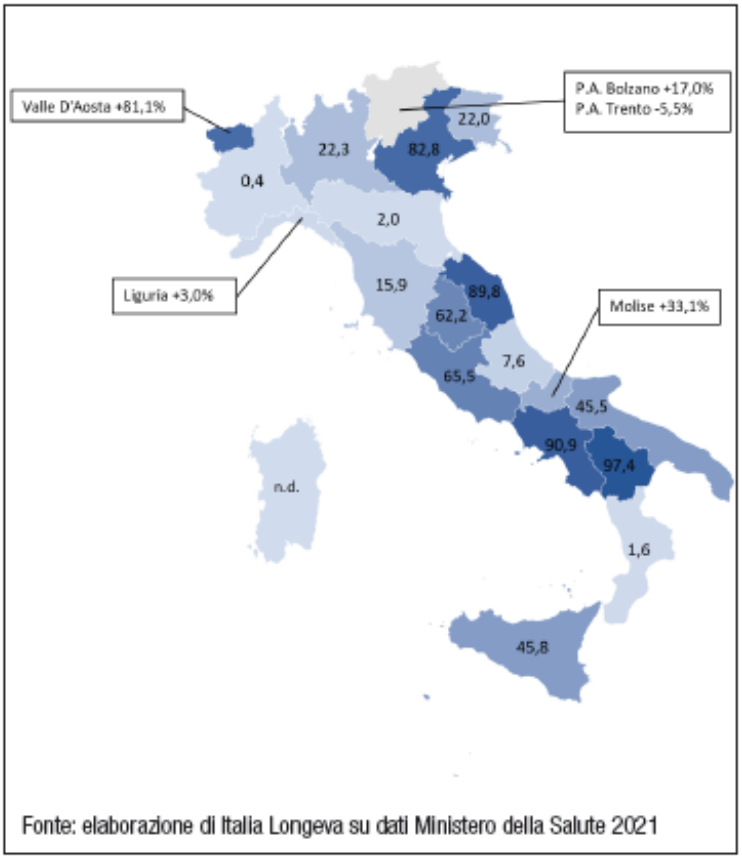
Come mostrato nella figura il divario tra le varie Regioni e Provincie Autonome circa l'offerta di servizi ADI è estremamente variegato. Le cinque Regioni che nel 2020 hanno riportato una maggiore copertura sono:

Abruzzo (4,4% degli over 65 e 7,0% degli over 75),
Sicilia (4,0% e 6, 6%),
Veneto (3,8% e 6,2%),
Basilicata (3,7% e 6,1%)
Emilia Romagna (3,6% e 5,8%).

Le coperture più basse di ADI tra la popolazione anziana sono state riportate da:

P.A. di Bolzano (0,5% tra gli over 65 e 0,7% tra gli over 75),
Valle D'Aosta (0,5% e 0,7%),
Calabria (1,0% e 0,7%),
Puglia (1,9% e 3,1%)
Lazio (2,2% e 3,7%).
I dati relativi ai flussi SIAD della Regione Sardegna risultano non trasmessi.

Figura: Incremento percentuale assistiti in ADI over 65 nel periodo 2016-2019

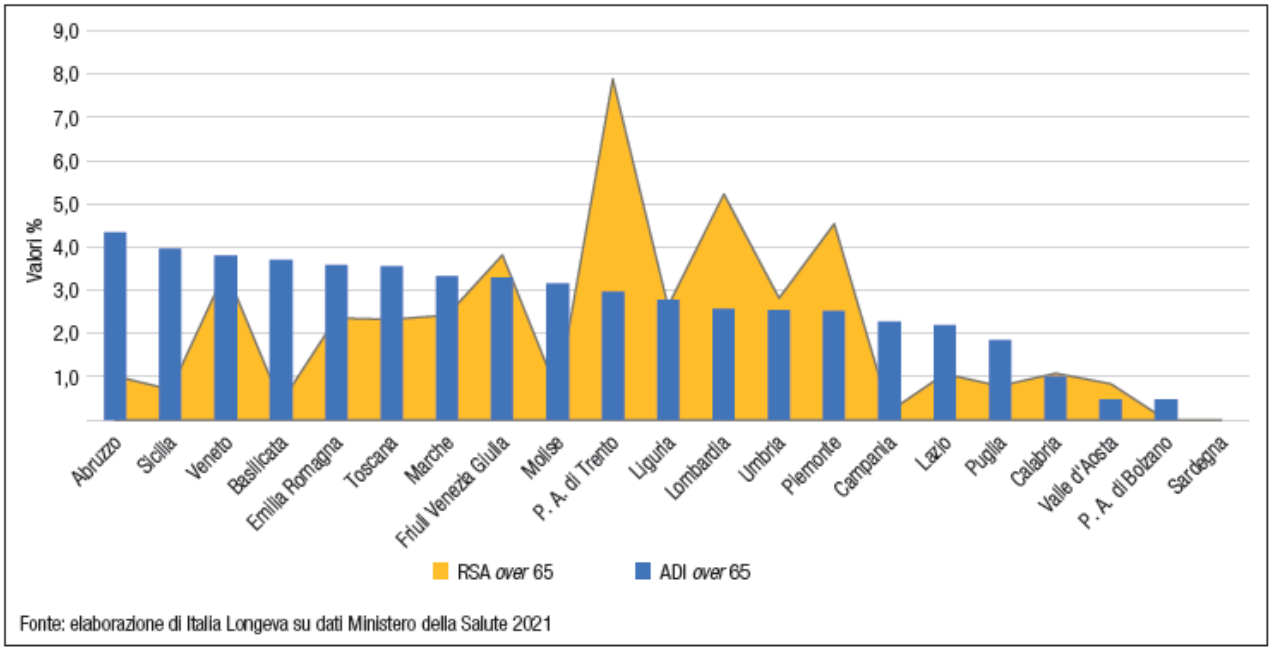


Fonte: Crea Sanità, 17°Rapporto

La figura mostra l'incremento percentuale, nel periodo 2015-2019, nell'offerta di ADI ai cittadini over 65. L'anno 2020 non è stato incluso nell'analisi relativa ai trend per l'evidente anomalia generata dall'inizio della pandemia da COVID. Nel quadriennio in esame si registra un incremento del tasso di over 65 assistiti in ADI pari a circa il 24%, tuttavia, con evidenti divergenze tra le varie realtà esaminate. Le Regioni che hanno presentato un maggiore

incremento sono Basilicata (+ 97,4%), Campania (+ 90,9%), Marche (+ 89,5%) e Veneto (+ 82,8%). Quelle che hanno registrato un incremento minore sono invece Piemonte (+ 0,4%), Calabria (+ 1,6%), Emilia Romagna (+2,0%) e Liguria (+ 3,0%). Si segnala al contrario una riduzione del tasso di over 65 assistiti pari al - 5,5% riportata dalla P.A. di Trento. Si fa presente che il dato va letto alla luce di variazioni nel tempo nella qualità della trasmissione dei flussi informativi e non solo in considerazione della reale variazione nell'erogazione di servizi ADI.

Figura: Confronto tra cittadini over 65 (per 100) assistiti in ADI e residenti in RSA. Anno 2020



Fonte: Crea Sanità, 17°Rapporto

La figura mette in evidenza la relazione tra tasso di over 65 assistiti in ADI e quelli residenti in RSA durante l'anno 2020.
In particolare, non appare evidente una proporzionalità tra l'offerta di ADI e di cure residenziali, con Regioni quali ad esempio Abruzzo, Sicilia e Basilicata che presentano un modello prevalentemente fondato sull'offerta di cure domiciliari, e Regioni quali Lombardia, Umbria e Piemonte – così come la P.A. di Trento - che presentano un profilo opposto, con prevalenza di offerta di cure residenziali.

Ma il dato più rilevante rimane probabilmente che **riscontrano importanti divergenze tra le varie aree del Paese**. Tali divari includono ad esempio differenze nel tasso di anziani assistiti che va dallo 0,5% della P.A. di Bolzano al 4,4% dell'Abruzzo.

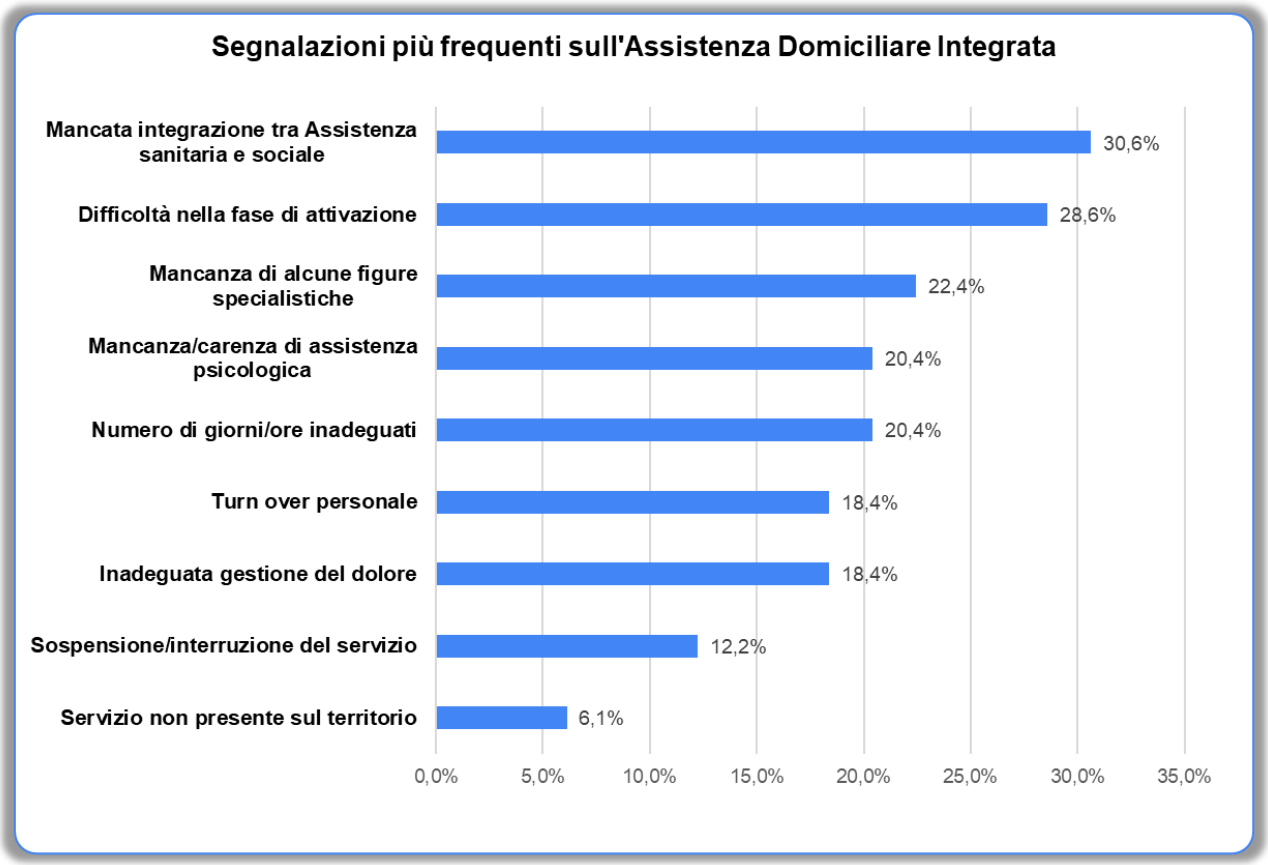
Nonostante i trend degli ultimi anni registrino un progressivo incremento del tasso di anziani che usufruiscono di cure domiciliari, la media nazionale (2,8% nel 2020) rimane al di sotto di quella di altri Paesi europei, quali Finlandia, Olanda, Spagna, Danimarca, Norvegia, Svezia e Germania che riescono ad offrire cure domiciliari a più del 5% dei propri cittadini over 65, e che in alcuni casi superano anche il 10% (OECD 2020).

6.2 L'Osservatorio di Cittadinanzattiva: le segnalazioni raccolte dal servizio PIT e l'osservatorio regionale

Le segnalazioni che riceviamo tramite il servizio PIT ci permettono di conoscere quali sono le difficoltà che incontrano chi riceve l'assistenza domiciliare, così da avere uno spaccato sulla qualità del servizio ricevuto.

Di seguito le segnalazioni più frequenti ricevute nel 2021.

Figura: Segnalazioni sull'ADI



Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

L'integrazione socio-sanitaria rappresenta una nota dolente delle cure domiciliari in Italia. La sinergia tra Aziende Sanitarie e Comuni spesso non si realizza come previsto, con un'importante disgregazione tra la componente di assistenza sanitaria e quella sociale, o addirittura l'assenza di quella sociale. A seguire, i cittadini segnalano difficoltà nella fase di attivazione dell'ADI, a causa delle lunghe liste d'attesa.
Le altre segnalazioni riguardano il tipo di servizio ricevuto: in particolare viene segnalata la mancanza di alcune figure specialistiche come lo psicologo, il turn over del personale che non permette di instaurare una relazione continuativa con il paziente e i loro caregivers.
Infine, la quantità di assistenza ricevuta viene segnalata come inadeguata, rispetto ai loro bisogni, da un numero significativo di cittadini.

Le difficoltà segnalate dai cittadini, tramite il servizio Pit, sono confermate dai dati raccolti presso le nostre segreterie regionali.

Tabella: Quali le principali criticità rilevate nell'Assistenza Domiciliare Integrata?

Quali le principali criticità rilevate nell'Assistenza Domiciliare Integrata?	%
Assenza del servizio sul territorio	9%
Insufficienza del servizio	32%
Presa in carico non continuativa/Discontinuità del servizio	26%
Mancata/insufficiente integrazione tra sociale e sanitario: prestazioni erogate solo di tipo sanitario e assenza della componente sociale	29%
Altro	3%
Totale	100%

Fonte: Cittadinanzattiva 2021

Tabella: È possibile individuare le cause delle criticità rilevate nell'ambito dell'ADI?

È possibile individuare le cause delle criticità rilevate nell'ambito dell'ADI?	%
Risorse umane	48%
Risorse economiche	26%
Esternalizzazione del servizio (difficoltà contrattuali, es. con Cooperative, dove si blocca il servizio fino a nuovo accordo)	26%
Totale	100%

Fonte: Cittadinanzattiva 2021

Infine, l'uso delle tecnologie nei processi amministrativi e assistenziali è ad oggi poco diffuso nella maggior parte delle Regioni. L'informatizzazione della cartella clinica con possibilità di accesso da parte dei diversi professionisti sanitari e integrazione tra diversi setting assistenziali è un processo ancora in itinere.

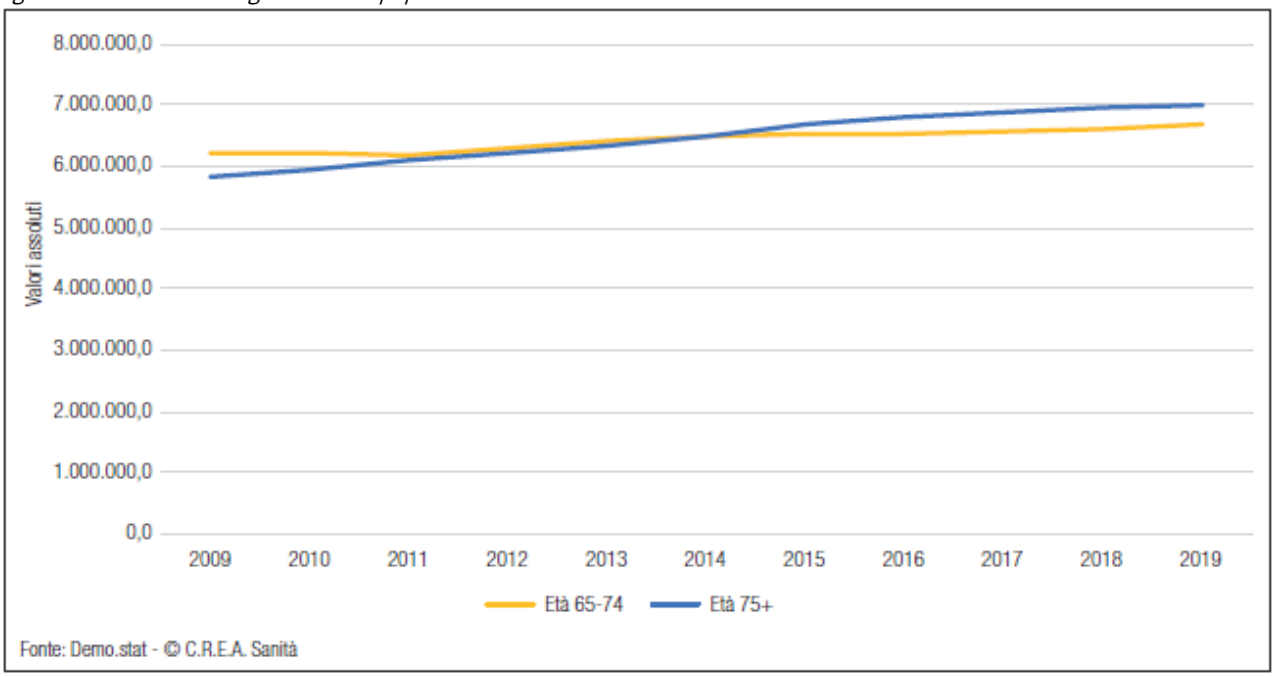
6.3 La riforma dell'assistenza per gli anziani non autosufficienti

Le misure previste nell'investimento 1.2 (Componente 1 Missione 6) presentato in precedenza, sono in linea e rafforzano quanto promosso e previsto dagli investimenti 1.1 e 1.2 della Componente 2 della Missione 5. Infatti, solo attraverso l'integrazione dell'assistenza sanitaria domiciliare con interventi di tipo sociale si potrà realmente raggiungere la piena autonomia e indipendenza della persona anziana/disabile presso la propria abitazione, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati. Ciò sarà possibile anche grazie all'introduzione di strumenti di domotica, telemedicina e telemonitoraggio.
A questo proposito è importante ricordare un dato presentato precedentemente: nel 2020 sono state riportate dalle Regioni italiane e dalla Provincie Autonome un totale di 1.094.959 prese in carico (PIC) effettuate. Di queste, 941.553 (86%) riguardavano persone over 65.
L'Italia nel 2020 si conferma il Paese europeo con la percentuale maggiore di popolazione anziana,
pari al 23%. L'indice di vecchiaia, che descrive la percentuale di persone anziane rispetto alla popolazione infantile (0-14 anni), può essere utile per illustrare l'andamento demografico degli

ultimi anni: nel periodo tra il 2005 e il 2015 questo indicatore è cresciuto del 14,2% passando dal 138,1 a 157,7 (Anziani.stat). Ciò significa che in Italia ci sono 158 anziani ogni 100 bambini, con un trend che è destinato a crescere a causa dell'aumento dell'aspettativa di vita e del calo delle nascite;
le previsioni per il 2065 riportano infatti un indice di vecchiaia pari a 257,9.

Nel 17° Rapporto Crea Sanità, è presente uno studio riguardo le risposte del SSN ai bisogni degli anziani, che evidenzia come sebbene lo stato di salute della popolazione anziana, in media, migliori, la pressione sul SSN non si allenta, per effetto dell'invecchiamento della popolazione: la figura illustra la crescita demografica per le due fasce d'età considerate fra il 2009 e il 2019. Il dato che preoccupa maggiormente è l'incremento della quota di over 75, che è aumentata più del 20%, superando in numero assoluto la categoria degli anziani under 65. Nel corso del decennio considerato, i primi crescono di quasi 1.200.000 unità e superano la quota dei 7 milioni; per i giovani anziani la crescita è più moderata, 470.000 unità con un aumento relativo del 7,5%. La pressione sul SSN rimane, quindi, notevole e rappresenta una sfida per le Regioni, che devono dotarsi di reti territoriali e residenziali capaci di captare il bisogno ed accompagnare i soggetti fragili e le loro famiglie nel percorso di cura

Figura: incremento demografico della popolazione anziana



Fonte: Crea Sanità, 17°Rapporto

Di seguito presentiamo **la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti promossa da Cittadinanzattiva** e numerose altre Associazioni al fine di offrire una delle risposte necessarie a governare questo nuovo scenario.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede, alla Missione 5, che il Governo debba compiere, entro la fine naturale della legislatura, la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti – una riforma storica, attesa in Italia dalla fine degli anni Novanta – con l'obiettivo primario di integrare le prestazioni sanitarie erogate dal SSN e quelle sociali, di competenza dei comuni, in un'ottica di presa in carico multidimensionale della persona e di massima conservazione della sua autonomia.

La riforma va compiuta per il tramite di un disegno di legge delega da definirsi in collaborazione tra Governo nella sua interezza, Ministero della Salute e Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

La previsione di questa riforma è entrata nel PNRR grazie a una proposta redatta nel 2020 dal Network non autosufficienza che, insieme a circa 50 soggetti della società civile, nel luglio 2021 ha dato vita al Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, un'ampia coalizione sociale, autonoma rispetto alle istituzioni, ma che rappresenta un fronte compatto di advocacy verso il decisore pubblico con l'obiettivo di offrire un contributo di contenuti per la definizione e l'implementazione della Riforma.

In questi anni il Patto ha seguito con costanza l'evolversi degli scenari istituzionali legati alla Riforma, intervenendo con proposte puntuali che contribuissero al suo disegno e interloquendo costantemente con tutti i soggetti istituzionali coinvolti in questo percorso, in una cornice di estrema complessità dovuta a un deficit di confronto proprio tra le principali istituzioni che - insieme - dovrebbero dar vita alla Riforma.

Nel corso dei mesi, il Patto è intervenuto nel dibattito pubblico con proposte relative sia alla Riforma nel suo complesso, sia alle azioni transitorie, da compiere prima della sua approvazione, ma altrettanto importanti per garantire coerenza all'intero percorso.

Fra queste ultime, va senz'altro menzionata la proposta per un nuovo **Piano Nazionale di Domiciliarità integrata per gli anziani non autosufficienti**, i cui obiettivi sono:

- superare le separazioni tra Ministeri e servizi, per connettere le attività degli attori responsabili della domiciliarità, a livello locale (Comuni e Asl) così come nazionale (i Ministeri competenti per la non autosufficienza, Welfare e Salute), con l'obiettivo di costruire risposte e servizi che siano integrati e basati su una valutazione multidimensionale della persona;
- superare il modello di ADI attualmente vigente in Italia, di tipo puramente prestazionale, che prevede l'erogazione di singole prestazioni di natura medico-infermieristico-riabilitativa per far fronte a specifiche – e circoscritte – esigenze sanitarie, in assenza di una risposta che prenda in considerazione le molteplici dimensioni della vita legate alla non autosufficienza e la loro complessità. Si tratta di un modello caratterizzato da livelli d'intensità e durata molto bassi, quando invece la realtà degli anziani non autosufficienti richiede interventi più ampi e articolati, quindi un sostegno più frequente assicurato per periodi ben più lunghi;
- incrementare i fondi del SAD, il Servizio di Assistenza Domiciliare erogato dai comuni, che allo stato attuale copre solo l'1,3% degli anziani, e ripensare il suo modello di intervento, oggi rivolto principalmente agli anziani disagiati ma che, in prospettiva futura, dovrà estendersi a tutti gli anziani non autosufficienti, che dovranno averne diritto in quanto tali. Tale aspetto ha costituito l'oggetto di una proposta di emendamento alla legge di bilancio 2022, redatta dal Patto stesso, e finalizzata a incrementare le risorse del SAD, legando questo incremento a un suo riconoscimento come livello essenziale delle prestazioni, in modo da strutturarne la presenza sui territori in modo stabile.

Per quanto riguarda invece la Riforma nel suo complesso, da ultimo, in occasione dell'avvio del suo iter istituzionale – i cui primi atti consisteranno nella presentazione del Disegno di Legge Delega da parte del Governo e nella sua successiva discussione in Parlamento – il Patto per un

nuovo welfare sulla non autosufficienza ha elaborato una sua proposta di Legge delega, che prevede una **nuova governance delle politiche per la non autosufficienza.**
Con l'obiettivo di semplificare l'accesso degli anziani all'assistenza pubblica ed evitare che le famiglie debbano peregrinare tra una varietà di sportelli, luoghi e sedi, la proposta mira alla costruzione di una filiera di risposte differenziate e complementari tra loro: servizi residenziali, semiresidenziali, domiciliari, trasferimenti monetari, adattamenti delle abitazioni, sostegni ai caregiver familiari e alle assistenti familiari.

Il suo cuore è rappresentato dall'istituzione di un **Sistema Nazionale di Assistenza agli anziani non autosufficienti** che, attraverso uno stretto coordinamento fra Stato, Regioni e Comuni, definisca un percorso unico e chiaro ed integri le prestazioni sanitarie e quelle sociali a favore dei quasi 4 milioni di anziani non autosufficienti e delle loro famiglie.
Nello stesso tempo la riforma punta a promuovere la **permanenza degli anziani al proprio domicilio**, garantendo agli stessi e alle famiglie le prestazioni sociali e sanitarie di cui necessitano in un'ottica integrata, riconoscendo la funzione di cura del caregiver familiare e tutelandone il benessere psico-sociale. La domiciliarità è promossa anche attraverso la diffusione sull'intero territorio delle cosiddette **Soluzioni Abitative di Servizio**, previste anche dal PNRR, ossia civili abitazioni – individuali, in coabitazione, condominiali o collettive – che garantiscano sicurezza e qualità alla vita agli anziani ed integrino servizi di supporto alla socialità e alla vita quotidiana, servizi alla persona, ausili tecnologici e tecnologie di assistenza. E per le **Residenze Sanitarie Assistenziali**, le RSA, la proposta del Patto prevede misure che ne riformino organizzazione e operatività affinché assicurino qualità ed appropriatezza delle cure e qualità di vita agli anziani residenti.

La riforma prevede anche l'istituzione di una **Prestazione Universale per la Non Autosufficienza**, un contributo economico che assorbe l'indennità di accompagnamento e al quale si accede in base e esclusivamente al bisogno di cura (universalismo).

La proposta è stata presentata ai principali attori istituzionali responsabili della Riforma, che si sono mostrati molto aperti al dialogo e alla possibilità di acquisire parte dei suoi contenuti del Disegno di legge delega che sarà varato nelle prossime settimane dal Governo.

6.4 Diritti e qualità di vita dei caregiver [44]: la survey di Cittadinanzattiva

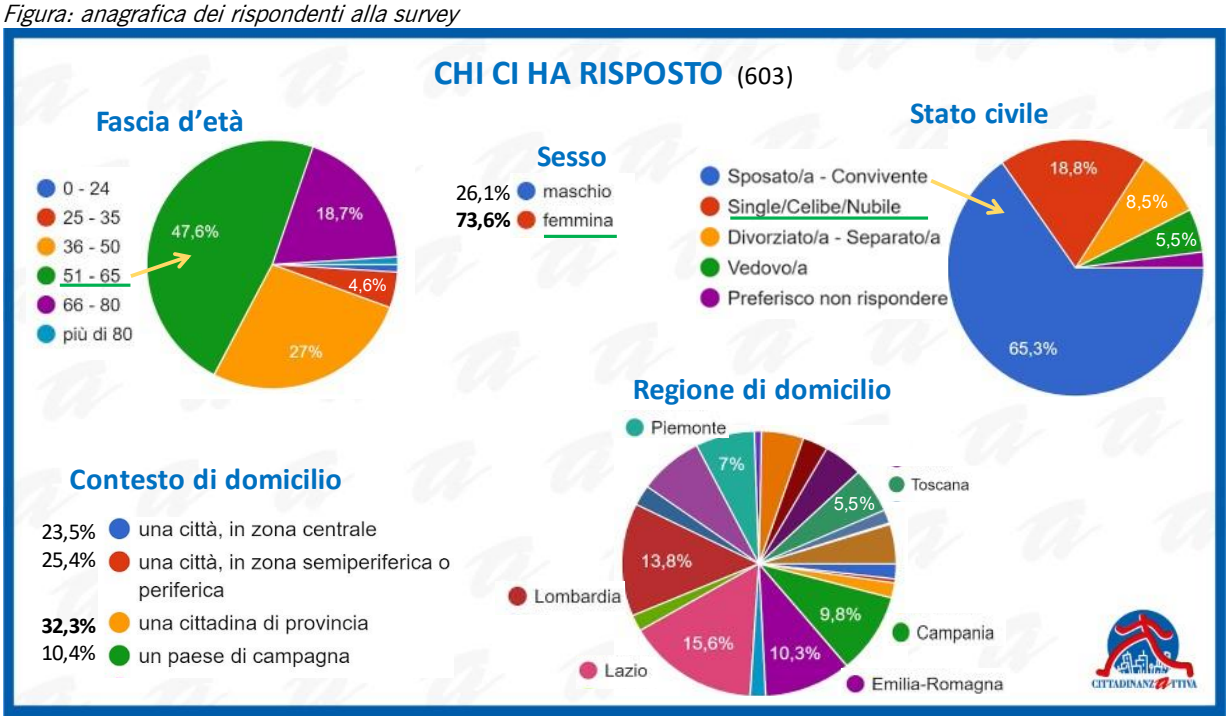
La survey, "Diritti e qualità di vita dei caregiver. Essere caregiver non è una scelta, ci si diventa e basta!" è stata promossa da Cittadinanzattiva per raccogliere informazioni e approfondire i bisogni specifici di chi si trova a svolgere il ruolo del caregiver.

Dal nostro osservatorio raccogliamo molto storie di caregiver alle prese con le difficoltà di prendersi di un proprio familiare. Assistere un anziano al proprio domicilio richiede tempo e risorse, e spesso obbliga i familiari, in particolare i figli, a rinunce sia sul piano lavorativo che sul piano personale e familiare: riguardo alle ultime due dimensioni, meno tempo per la cura della propria casa e famiglia, meno tempo libero, che in termini economici si traduce in un costo-opportunità molto alto, pagato sia dalle famiglie che dalla collettività.

[44] Info e contatti: caregiver@cittadinanzattiva.it

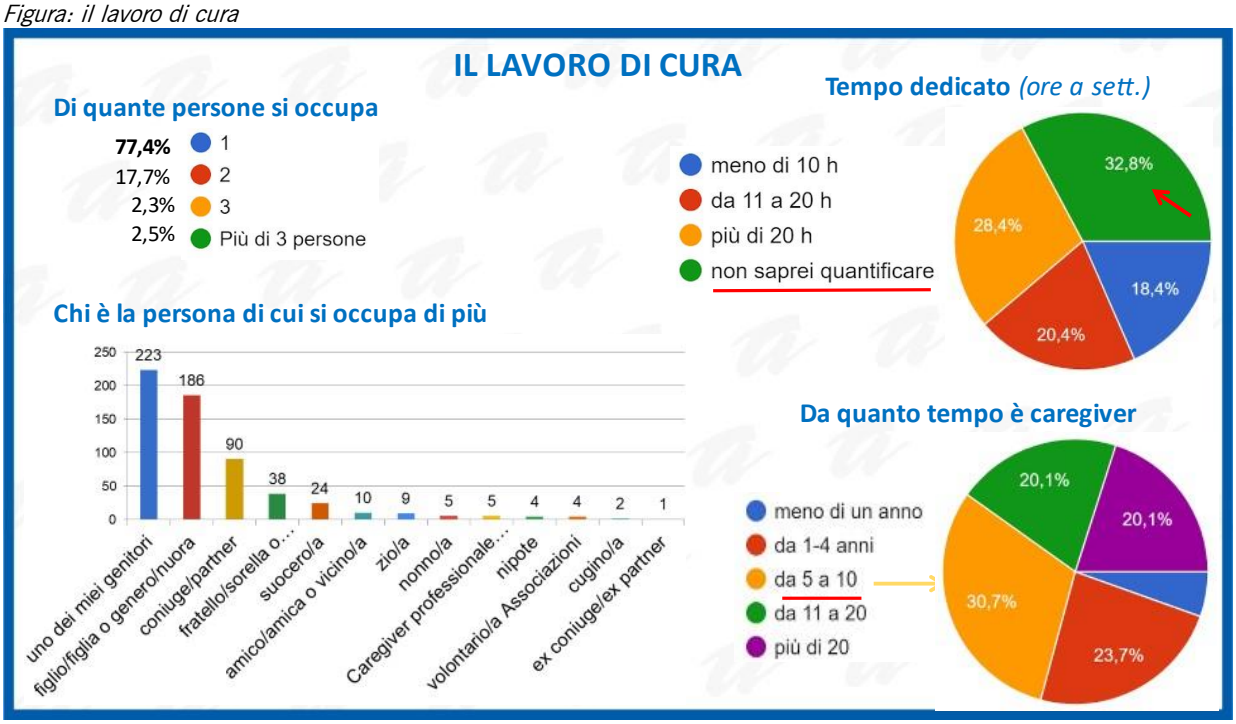
Oltre 8,5 mln di invisibili che sostengono il Welfare: genitori, figli, fratelli, partner, amici che - mettendo anche a rischio equilibrio personale e benessere familiare - dedicano quotidianamente tempo ed energie a persone bisognose di cure e supporto per le attività quotidiane o altre necessità, a causa di condizioni di salute psico-fisica, disabilità, non autosufficienza o età avanzata. Molti CAREGIVER sono a loro volta anziani, ma più di 390.000 hanno < 24 anni.
A 7 anni dal riconoscimento della figura del Caregiver in una Legge regionale (Emilia-Romagna, 2014) e a 2 dall'istituzione del Fondo ad essi dedicato, l'atteso Disegno di Legge N. 1461 - purtroppo al momento fermo al Senato - ha formulato una "prima fase di normazione, finalizzata al riconoscimento e alla tutela del lavoro svolto dal caregiver familiare", riconoscendo loro un valore sociale ed economico per il Paese.

Figura: anagrafica dei rispondenti alla survey



Fonte, Cittadinanzattiva 2021

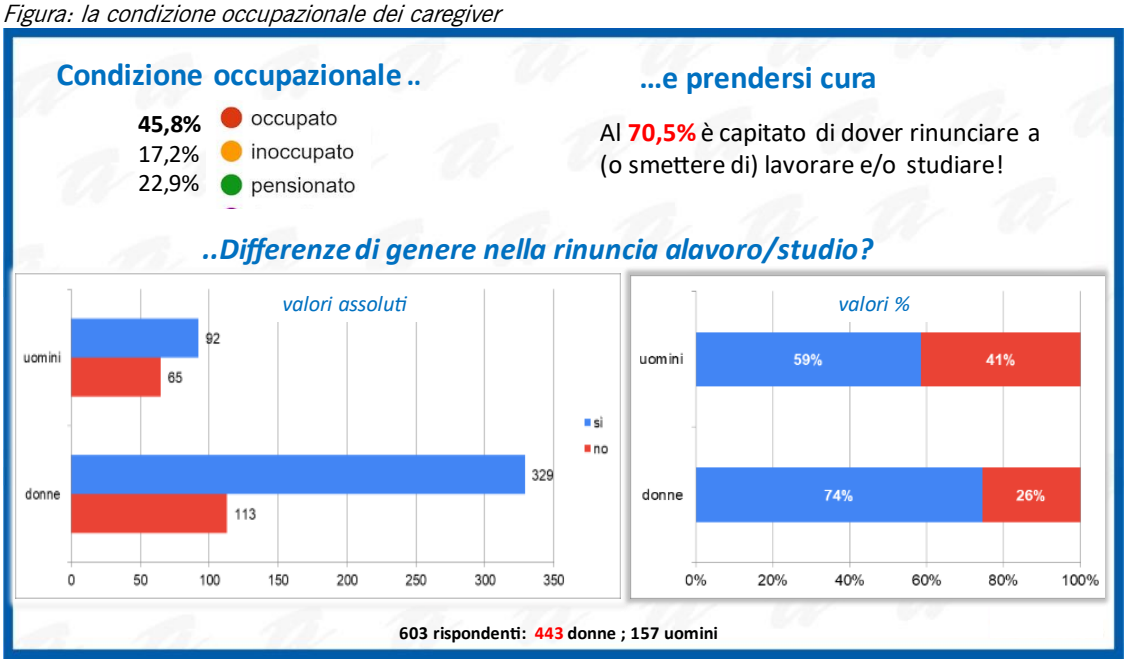
Figura: il lavoro di cura



Fonte, Cittadinanzattiva 2021

Un dato importante è quello relativo al **tempo** che i rispondenti dedicano mediamente ad attività legate alla salute al benessere della persona di cui si prendono cura: ben il 28,4% dedica più di 20 h a settimana, a cui si aggiunge la quota, costituita da 1/5 dell'insieme, di coloro che dedicano tra le 11 e le 20 h. Significativo, però, che la fetta più corposa (32,8%) dichiara di non essere in grado di quantificare questo tempo: presumibilmente perché è diluito e spesso l'impegno assume una modalità costante, latentemente sempre presente, e che è impossibile stimare.

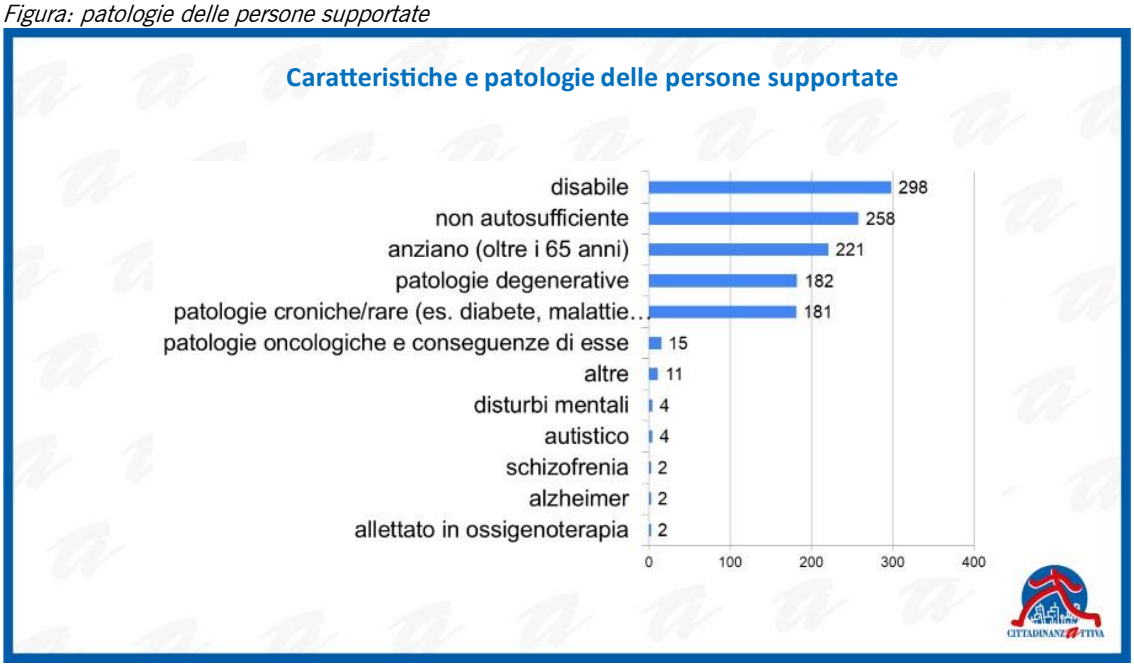
Figura: la condizione occupazionale dei caregiver



Fonte, Cittadinanzattiva 2021

Abbiamo osservato un differente comportamento tra uomini e donne rispetto alla rinuncia al lavoro o allo studio. Il 74% delle donne ha dovuto rinunciare a (o smettere di) lavorare e/o studiare, mentre per gli uomini questa percentuale è pare al 59%.

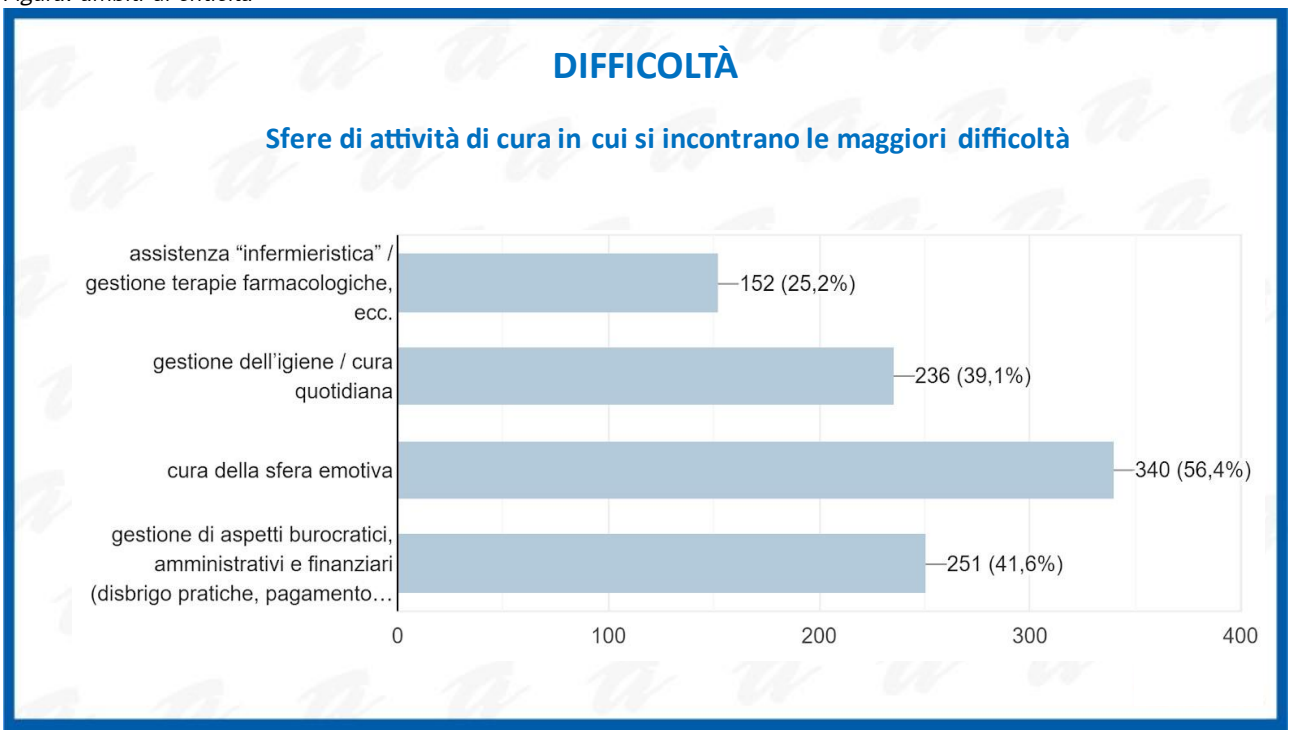
Figura: patologie delle persone supportate



Fonte, Cittadinanzattiva 2021

La somma è molto più di 603 (1180) perché, chiaramente, una stessa persona di cui ci si prende cura ha spesso più di una caratteristica/patologia: è proprio questo a rendere le cose ancor più complesse per un caregiver.

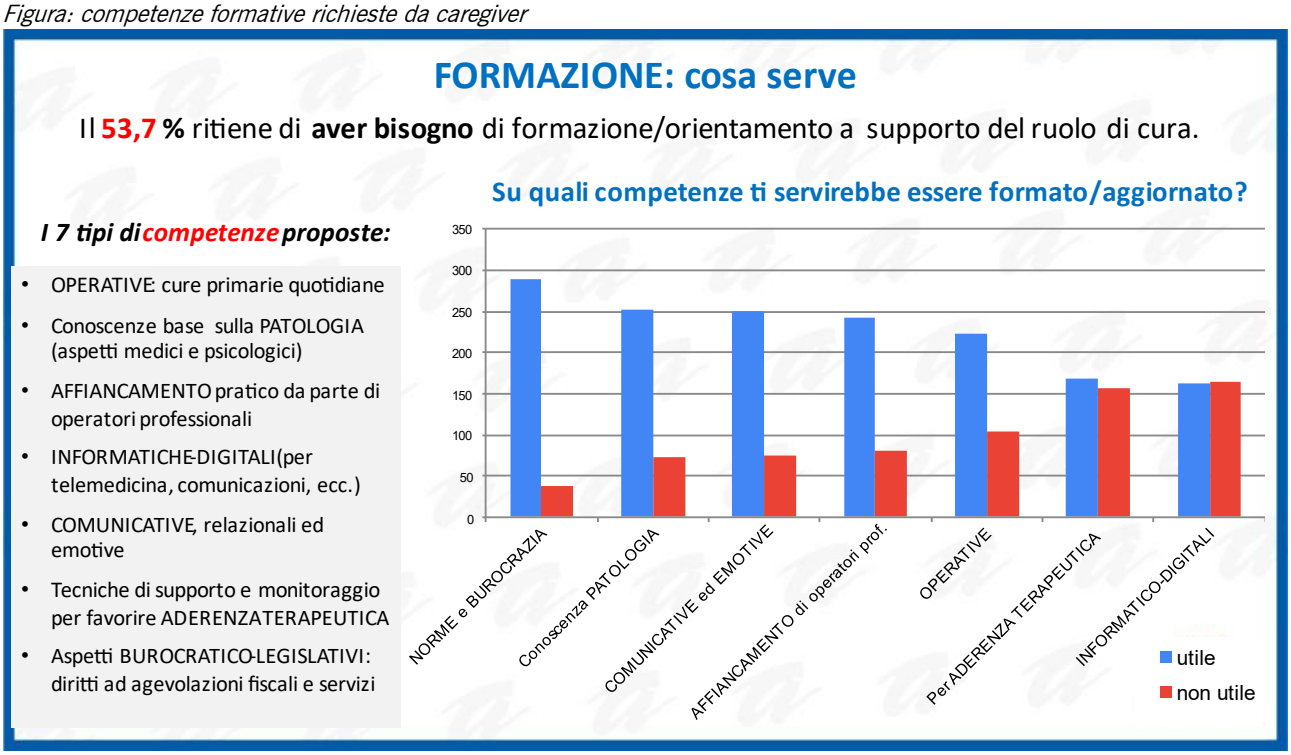
Figura: ambiti di criticità



Fonte, Cittadinanzattiva 2021

Come emerge nettamente, la cura della sfera emotiva è l'ambito più faticoso per i caregiver (56,4%): sia la sfera emotiva della persona di cui ci si prende cura, che le proprie emozioni e il carico psicologico che il ruolo di caregiver comporta.
Seguono la pesantezza di dover gestire gli aspetti burocratici, amministrativi e finanziari (disbrigo pratiche, pagamento bollette, gestione conto corrente, ecc.), che toglie tempo ed energie alla cura di altri aspetti, e la gestione dell'igiene e la cura personale quotidiana dell'accudito.

Figura: competenze formative richieste da caregiver



Fonte, Cittadinanzattiva 2021

Il 53,7% ritiene di aver bisogno di formazione/orientamento a supporto del ruolo di cura. In particolare gli ambiti più richiesti sono: norme e burocrazia (agevolazioni fiscali (es. bonus utenze, ecc.) e diritto a servizi previsti dalle norme e procedure per accedervi), conoscenza base sulla patologia, ecc.

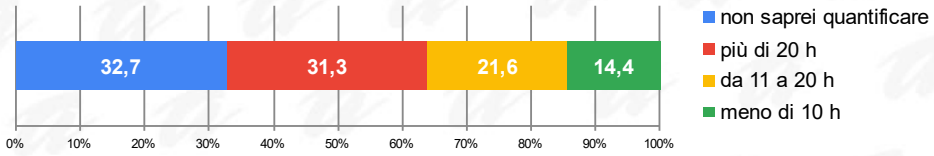
Figura: Formazione

Chi non ha bisogno di formazione

Sorprende che il **46,3%** dei rispondenti ritiene di **NON** aver bisogno di formazione a supporto del ruolo di cura.

*Perché? Si potrebbe ipotizzare l'influenza di altri fattori, quali la **scarsità di tempo** da poter dedicare alla formazione a causa dell'entità dell'impegno di cura e/da condizione lavorativa..*

Non bisogno di formazione per tempo dedicato alla cura – *valori % (N=279)*



Nella nostra indagine non emerge - nel caso di questo sottoinsieme di caregiver che dichiarano di **non** aver bisogno di formazione - una schiacciante preponderanza di coloro che sono molto impegnati nella cura. Si osserva, comunque, una tendenza crescente man mano che aumenta il grado di impegno. (Ma ciò non costituisce una correlazione).

Si riportano, tuttavia, due testimonianze segnaletiche:

*«Non ho mai fatto corsi, anche perchè **non ne avrei il tempo**...*
Vivere quotidianamente con la persona malata è di per se istruttivo e ti forma a risolvere i problemi che si presentano.
Sono tutte cose estremamente interessanti, ma ho già poco tempo per studiare le mie,
quindi immaginiamoci se dovessi spendere del tempo anche per fare una formazione da OS.

Fonte, Cittadinanzattiva 2021

Sorprende la consistenza numerica di coloro che rispondono di NON aver bisogno di formazione: ben il 46,3% dei rispondenti. Abbiamo provato ad approfondire per capire se si può ipotizzare qualche influenza di altri fattori: ad esempio la scarsità di tempo da poter dedicare alla formazione a causa dell'entità dell'impegno di cura e/o della condizione lavorativa.

Figura: Testimonianze

"Sogni & bisogni"

- *Il mio sogno/bisogno è quello di mettere a disposizione, per mia figlia e altre persone fragili come lei, risorse economiche, professionali e umane per creare una struttura di **cohousing***
- *Vorrei far capire alla società che esistono malattie ancora non conosciute/riconosciute*
- *Avrei bisogno di **formazione progressiva** con aggiornamenti: man mano che la malattia degenera*

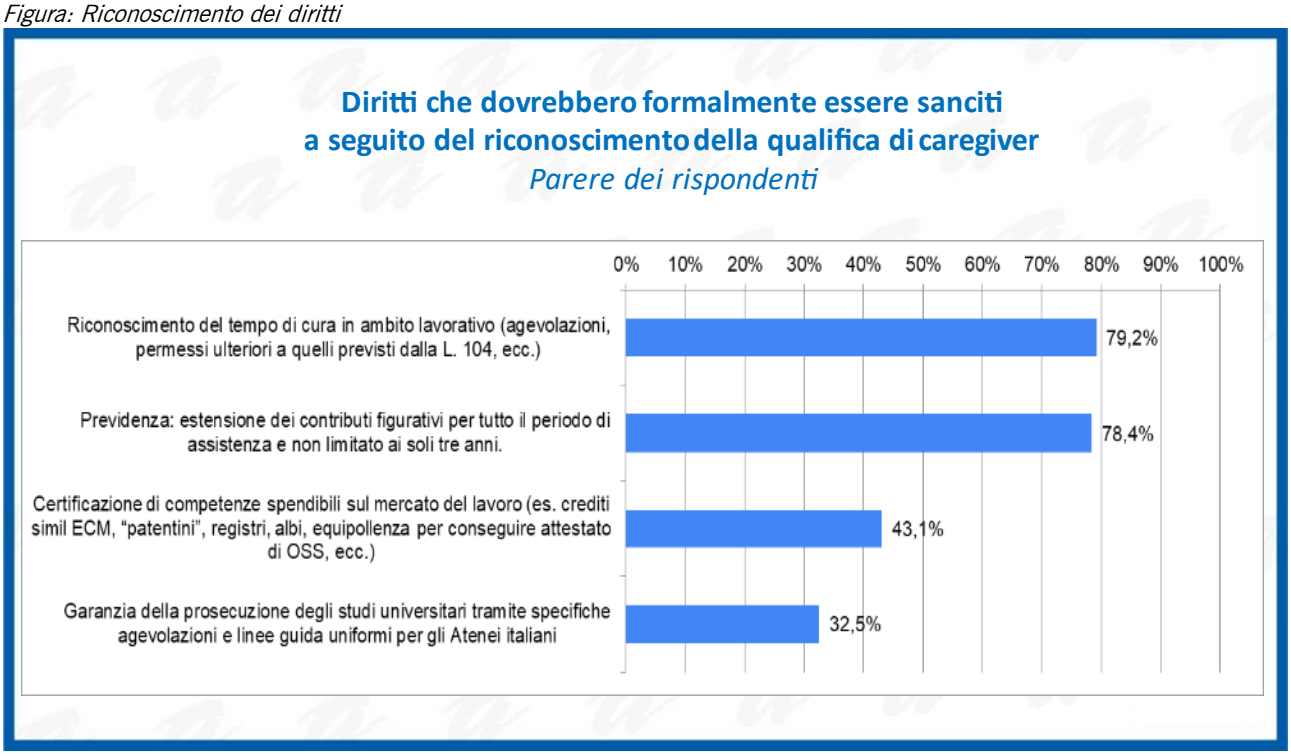
- *una più diffusa terapia domiciliare*
- *Vorrei maggior supporto dai terapisti della Asl per condividere obiettivi e modalità di terapia.*

- *supporto educativo*
- *«La **scuola** DEVE avere sostegni a sufficienza e non subire dallo stato tagli che incidono sui deboli privando i ragazzi di ore necessarie in base al loro problema. Non si possono sempre portare i bambini fuori dalla classe nei corridoio con le bidelle perchè disturbano visto che non riescono a gestirli dato la **carenza di personale. I bambini hanno diritti che vanno rispettati.** Vanno fatti interagire con gli altri compagni, non isolandoli da loro.*
- *Aiutare le famiglie con centri diurni NON A PAGAMENTO in quanto i bimbi autistici necessitano di continui stimoli come musica o contatto con animali ma è tutto a pagamento.*

- *Vacanze accessibili*

Fonte, Cittadinanzattiva 2021

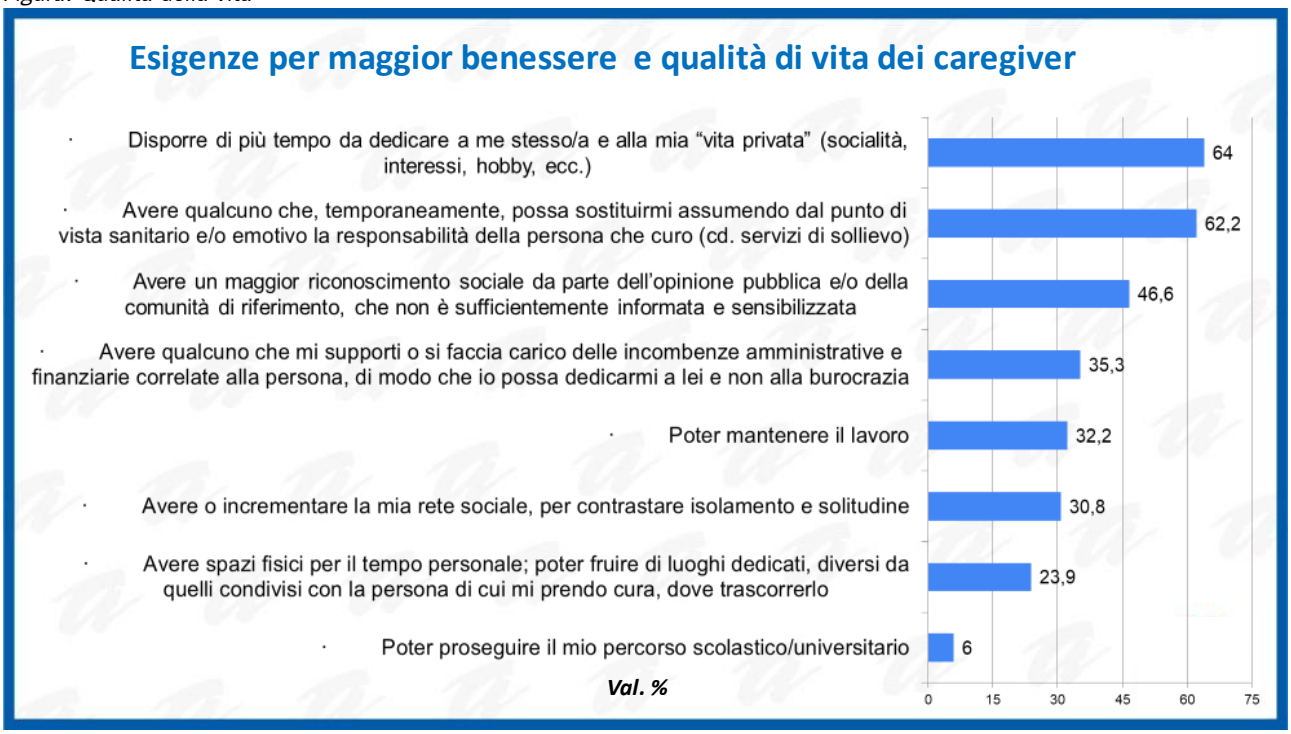
Figura: Riconoscimento dei diritti



Fonte, Cittadinanzattiva 2021

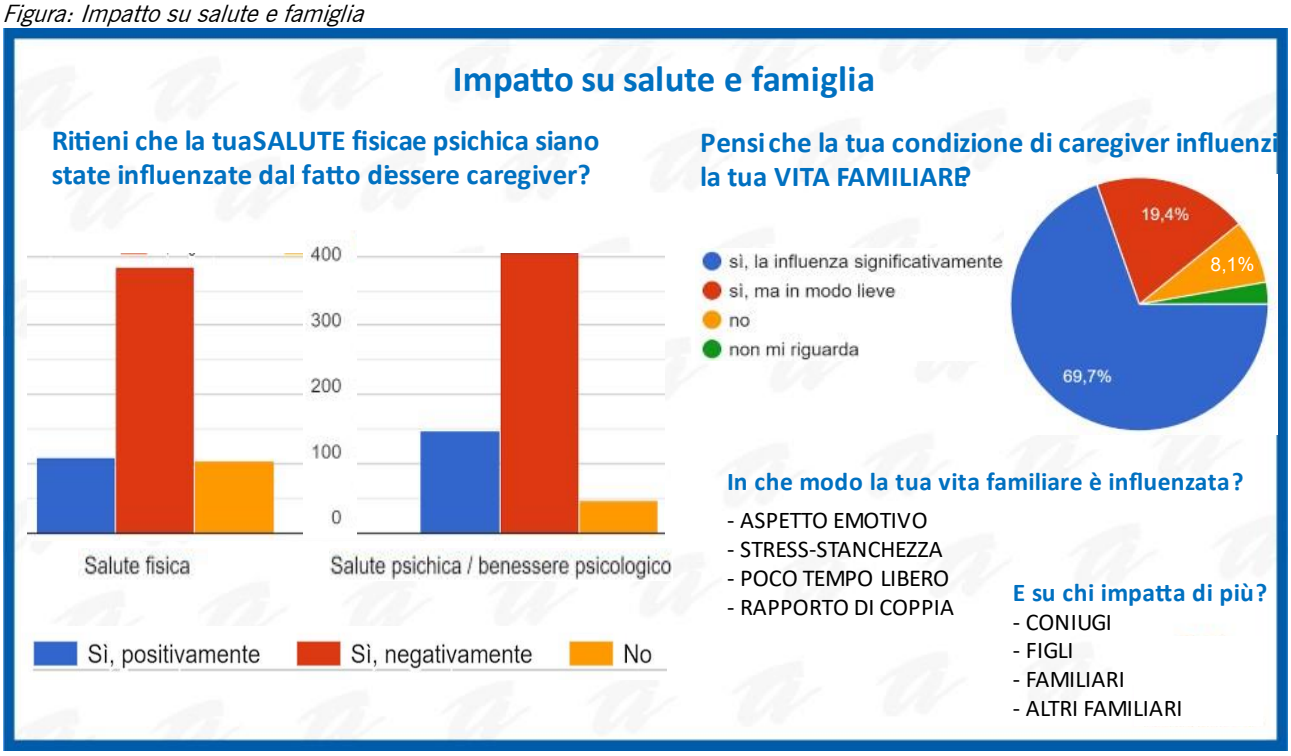
I diritti che dovrebbero formalmente essere riconosciuti a seguito del riconoscimento della figura del caregiver sono: il riconoscimento del tempo di cura e dei contributi previdenziali.

Figura: Qualità della vita



Fonte, Cittadinanzattiva 2021

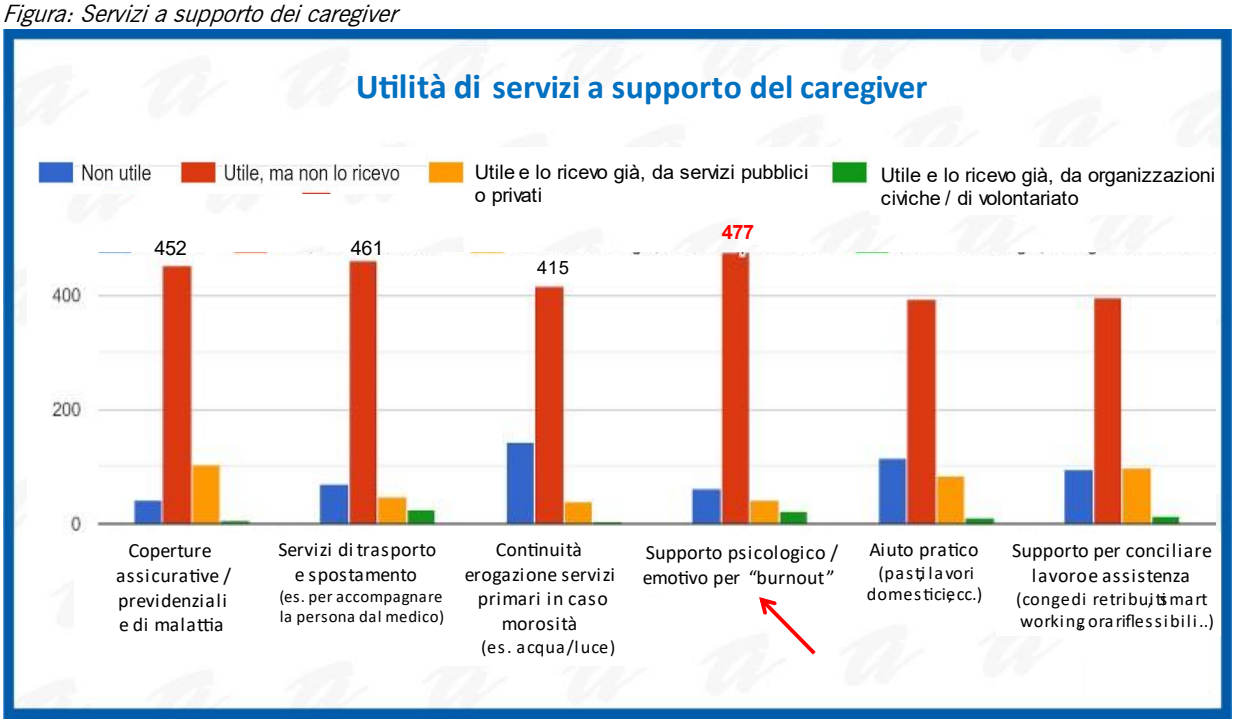
Figura: Impatto su salute e famiglia



Fonte, Cittadinanzattiva 2021

La maggioranza dei caregiver ha dichiarato che la propria salute fisica e mentale è influenzata negativamente dal fatto di essere un caregiver.

Figura: Servizi a supporto dei caregiver

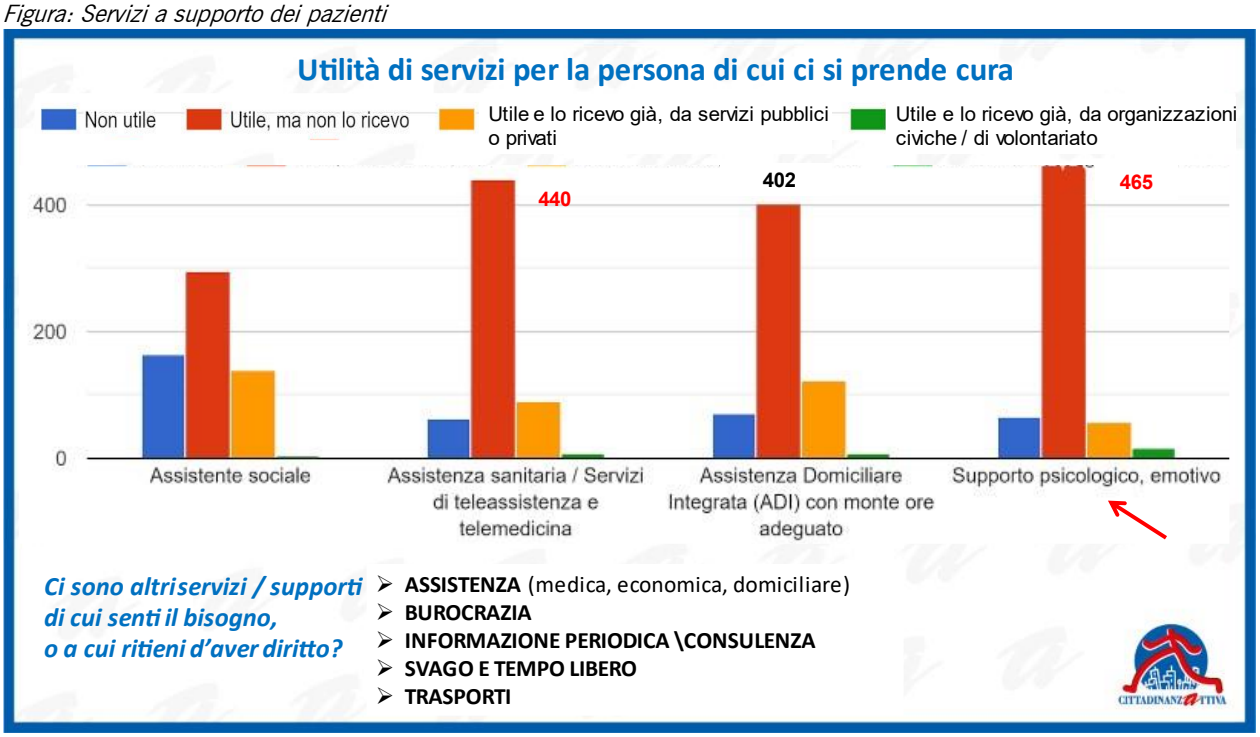


Fonte, Cittadinanzattiva 2021

Come si vede, tra i servizi utili ma non fruiti, quello più scelto è il supporto psicologico / emotivo (per contrastare o prevenire depressione e "burnout"* (477 risposte), seguito a ruota da «servizi di trasporto e spostamento» e da «Coperture assicurative/previdenziali e di malattia».

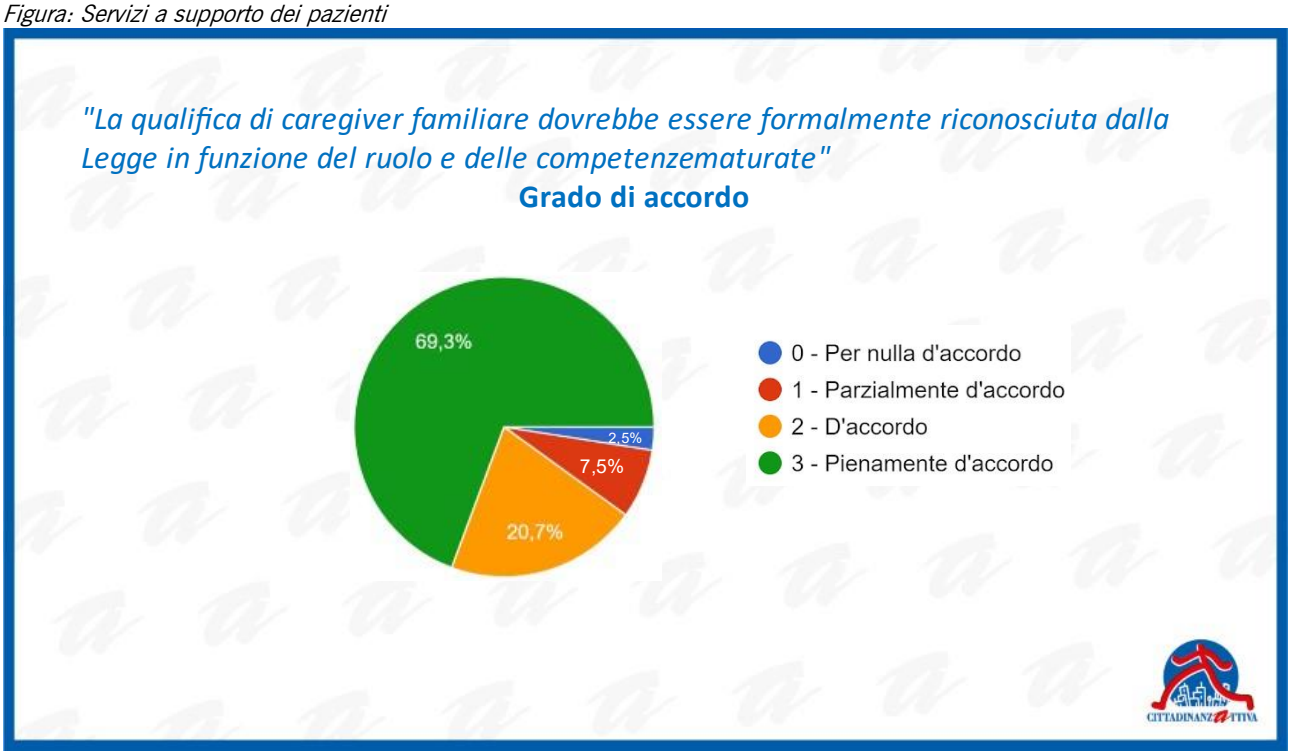
L'88,7% dei rispondenti riteneva opportuno, inoltre, che i caregiver venissero inseriti nella lista di categorie PRIORITARIE per il VACCINO anti-Covid.

Figura: Servizi a supporto dei pazienti



Fonte, Cittadinanzattiva 2021

Figura: Servizi a supporto dei pazienti



Fonte, Cittadinanzattiva 2021

Nell'insieme, emerge dalla survey un fil rouge: la maggior difficoltà dei caregiver è quella legata alla propria sfera personale ed emotivo-psicologica, che coincide anche con l'attività più faticosa

e impattante di cura della persona, in quanto richiede competenze e sostegno. Ciò si riflette nei bisogni formativi espressi.
Peraltro, emerge più ingenerale una questione di solitudine / isolamento sociale mancanza di rete di supporto, che incide sul malessere psicologico.
Sebbene risulti, infatti, che le Associazioni giocano un ruolo importante nella formazione dei caregiver e nel supporto ad essi, appare nel complesso molto e opportuno un potenziamento del collegamento dei caregiver a reti e realtà associative.
Minor isolamento, supporto, condivisione permetterebbero di potersi concedere di dedicarsi di più a se stessi e alla vita privata.
Anche la gestione della burocratica (diritti, agevolazioni, invalidità, ecc.) incide sulla qualità di vita e sulla qualità e quantità del tempo da poter dedicare alla cura della persona.

7. Sanità digitale: telemedicina e FSE

A cura di Michela Liberti

All'interno dell'investimento 1.2 (Componente 1 Missione 6) si inserisce anche l'intervento rivolto alla telemedicina. I servizi di telemedicina, contribuendo ad affrontare le principali sfide dei Sistemi Sanitari Nazionali, rappresentano un formidabile mezzo per:

(i) contribuire a ridurre gli attuali divari geografici e territoriali in termini sanitari grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia;
(ii) garantire una migliore "esperienza di cura" per gli assistiti;
(iii) migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto.

Tabella: investimenti previsti per la Componente 1 Missione 6 e riparto regionale

	PNRR Mission 6 Component 1 *Intervento 1.2.2 (COT, Interconnessione aziendale, device) – 204.517.588 euro			
Regioni e PP.AA	Riparto Risorse COT	Riparto Risorse Interconnessione aziendale	Riparto Risorse device	Target regionale obiettivo (n. COT)
Piemonte	7.442.225,00	3.056.072,71	4.158.796,10	43
Valle d'Aosta	173.075,00	71.071,46	96.716,19	1
Lombardia	17.480.575,00	7.178.217,29	9.768.335,02	101
PA Bolzano	865.375,00	355.357,29	483.580,94	5
PA Trento	865.375,00	355.357,29	483.580,94	5
Veneto	8.480.675,00	3.482.501,46	4.739.093,23	49
Friuli Venezia–Giulia	2.076.900,00	852.857,50	1.160.594,26	12
Liguria	2.596.125,00	1.066.071,88	1.450.742,83	15
Emilia–Romagna	7.788.375,00	3.198.215,63	4.352.228,48	45
Toscana	6.403.775,00	2.629.643,96	3.578.498,97	37
Umbria	1.557.675,00	639.643,13	870.445,70	9

Marche	2.596.125,00	1.066.071,88	1.450.742,83	15
Lazio	10.211.425,00	4.193.216,04	5.706.255,11	59
Abruzzo	2.249.975,00	923.928,96	1.257.310,45	13
Molise	519.225,00	213.214,38	290.148,57	3
Campania	10.038.350,00	4.122.144,58	5.609.538,92	58
Puglia	6.923.000,00	2.842.858,33	3.868.647,53	40
Basilicata	1.038.450,00	426.428,75	580.297,13	6
Calabria	3.288.425,00	1.350.357,71	1.837.607,58	19
Sicilia	8.480.675,00	3.482.501,46	4.739.093,23	49
Sardegna	2.769.200,00	1.137.143,33	1.547.459,01	16
Totale	**103.845.000,00**	**42.642.875,00**	**58.029.713,00**	**600**

L'intervento si traduce nel finanziamento di progetti di telemedicina proposti dalle Regioni sulla base delle priorità e delle linee guida definite dal Ministero della Salute. I progetti potranno riguardare ogni ambito clinico e promuovere un'ampia gamma di funzionalità lungo l'intero percorso di prevenzione e cura: tele-assistenza, tele-consulto, tele-monitoraggio e tele-refertazione. Per ottenere i finanziamenti, tuttavia, i progetti dovranno innanzitutto potersi integrare con il Fascicolo Sanitario Elettronico, raggiungere target quantitativi di performance legati ai principali obiettivi della telemedicina e del Sistema Sanitario Nazionale, nonché garantire che il loro sviluppo si traduca in una effettiva armonizzazione dei servizi sanitari. Saranno infatti privilegiati progetti che insistono su più Regioni, fanno leva su esperienze di successo esistenti, e ambiscono a costruire vere e proprio "piattaforme di telemedicina" facilmente scalabili. Tale investimento è in linea con quanto previsto negli investimenti 1.3 della Componente 2 della Missione 6.

7.1 La telemedicina

La Telemedicina è entrata finalmente nelle agende dei decisori, anche a livello politico. Si è compreso quanto sia fondamentale per garantire la continuità delle cure, anche a domicilio, e l'integrazione tra ospedale e territorio. Nel Recovery Plan sono stati previsti 9 miliardi di € per reti di prossimità, strutture e Telemedicina e di questi, in particolare, € 1 mld. è dedicato specificatamente alla Telemedicina. A dicembre 2020 sono state approvate dalla Conferenza Stato-Regioni le indicazioni nazionali sulla Telemedicina, che definiscono le regole per l'erogazione da remoto di alcune prestazioni sanitarie e le relative logiche di tariffazione.
Ad aprile 2022 il Ministero della Salute ha pubblicato le linee guida organizzative per il 'Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare", l'assistenza domiciliare sarà erogata anche attraverso gli strumenti della Telemedicina.

I servizi di Telemedicina sono servizi di assistenza sanitaria erogati tramite tecnologie informatiche, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nello stesso luogo (es. Tele-consulto, Tele-monitoraggio, Tele-visita, ecc.).
Di seguito sono riportate le principali applicazioni di Telemedicina.

Tele-assistenza da parte di professioni sanitarie: atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria e che si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e il paziente/caregiver per mezzo di videochiamata, alla quale si può all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati, referti o immagini.

Tele-consulenza medico-sanitaria: è un'attività sanitaria, non necessariamente medica ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico. Essa consiste nella richiesta di supporto durante lo svolgimento di attività sanitarie, a cui segue una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce indicazioni per la presa di decisione e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente. La Teleconsulenza può essere svolta in presenza del paziente, oppure in maniera differita.

Tele-consulto medico: atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico.

Tele-monitoraggio: prevede lo scambio di dati (parametri vitali) tra il paziente – spesso cronico - (che si trova a casa, in farmacia o in strutture assistenziali dedicate,...) e una postazione di monitoraggio così da supportare il medico nella diagnosi e nella gestione del paziente e i pazienti nella gestione della terapia.

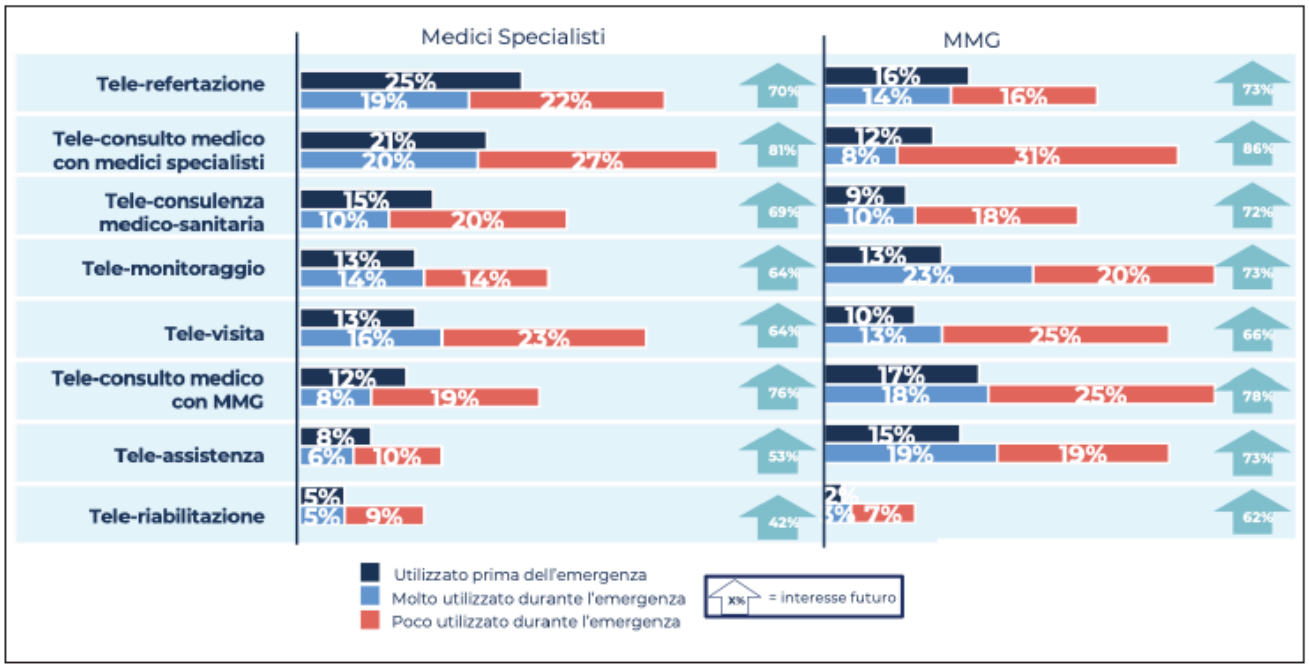
Tele-refertazione: relazione rilasciata dal medico che ha sottoposto un paziente a un esame clinico o strumentale il cui contenuto è quello tipico delle refertazioni eseguite in presenza e che viene scritta e trasmessa per mezzo di sistemi digitali e di telecomunicazione.

Tele-riabilitazione: attività di riabilitazione condotta da remoto per mezzo di tecnologie digitali e robotiche.

Tele-visita: atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un *caregiver*.

L'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano mette a disposizione dati interessanti per capire meglio il fenomeno. Prima dell'emergenza il livello di utilizzo della telemedicina superava di poco il 10%, durante l'emergenza ha superato il 30% per molte applicazioni. Il servizio di Telemedicina più utilizzato è il Tele-consulto con medici specialisti (47% degli specialisti e 39% dei MMG), che raccoglie l'interesse per il futuro di 8 medici su 10. Seguono, in termini di utilizzo durante l'emergenza, la Tele-visita (39% degli specialisti e dei MMG) e il Tele-monitoraggio (28% e 43%).

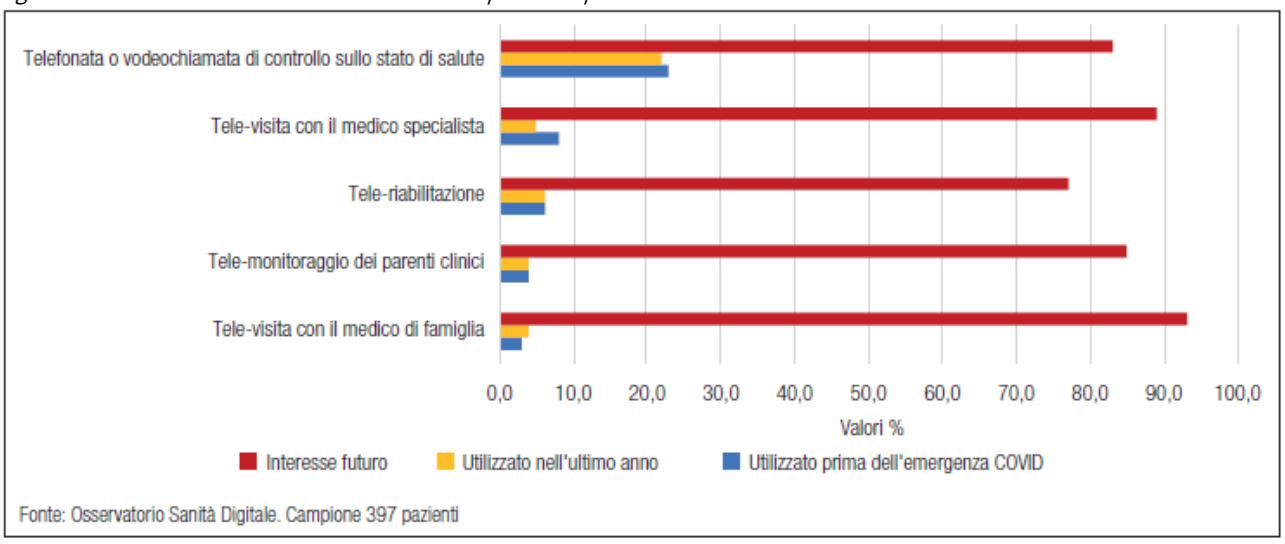
Figura: Utilizzo di strumenti di Telemedicina da parte dei medici



Fonte, 17° Rapporto Crea Sanità

I servizi di Telemedicina sono, invece, ancora poco utilizzati dai pazienti, non tanto per la mancanza di interesse, ma a causa dell'offerta ancora limitata (Figura 2).

Figura: Utilizzo di strumenti di Telemedicina da parte dei pazienti



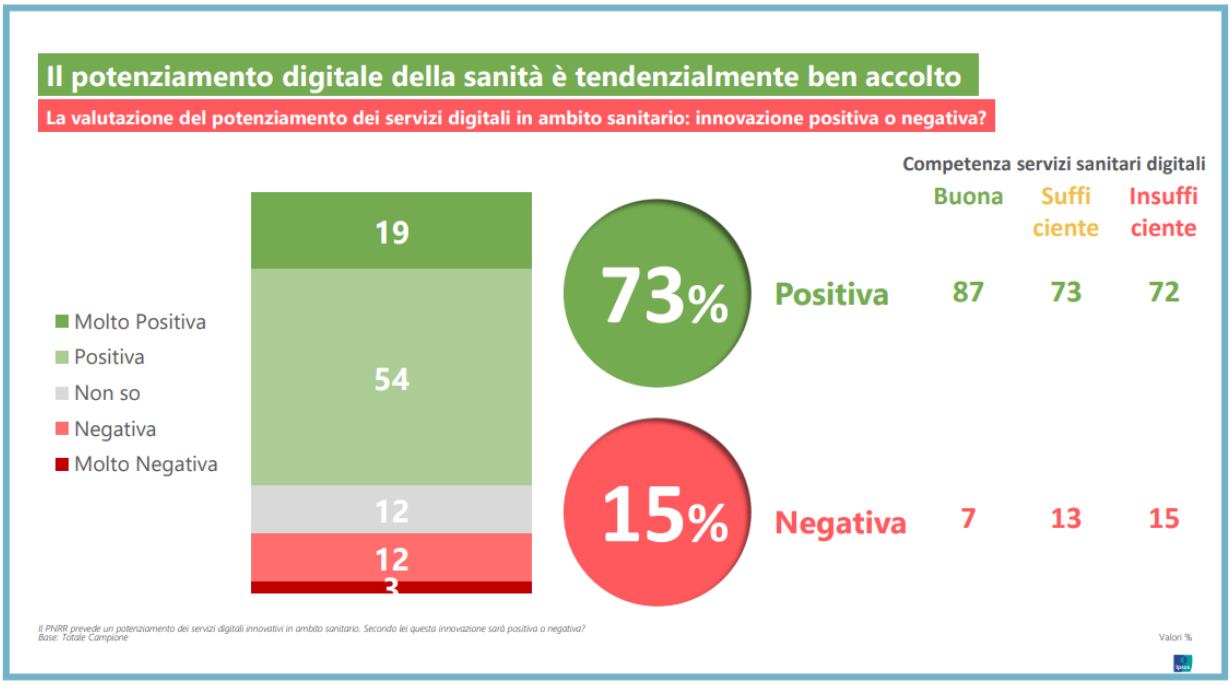
Fonte, 17° Rapporto Crea Sanità

I pazienti dichiarano che la modalità più utilizzata per monitorare a distanza il loro stato di salute è una semplice telefonata oppure una videochiamata di controllo (23%). Molto meno utilizzati i vari servizi di Telemedicina strutturati, come la Tele-visita con lo specialista (8%), la Tele-riabilitazione (6%) o il Tele-monitoraggio dei parametri clinici (4%). Su tutti i servizi emerge un interesse molto elevato da parte dei pazienti, con percentuali vicine al 90%, per il Tele-monitoraggio e la Tele-visita con il medico specialista.
L'Osservatorio ha anche provato a ipotizzare quante visite e controlli sarebbe possibile effettuare da remoto attraverso soluzioni digitali. I Medici specialisti ritengono che, una volta finita la pandemia, sarà possibile organizzare da remoto circa il 20% delle visite di controllo con i

pazienti cronici. I Medici di Medicina Generale ritengono che per il futuro i contatti con i pazienti cronici potrebbero avvenire da remoto nel 50% dei casi (attraverso contatti telefonici, via chat/email e in Tele-visita). Anche i pazienti sembrano essere aperti a visite e controlli svolti da remoto, con percentuali che per alcune patologie superano il 40%. L'offerta di servizi di Telemedicina per i cronici consentirebbe di ottenere un importante risparmio di costi a carico della collettività (pazienti e loro caregiver), che restano spesso nascosti. Infatti, dalla ricerca emerge che il 35% dei pazienti viene accompagnato da un caregiver alle visite. Un dispendio che comporta per la collettività costi economici, ambientali, sanitari.

L'indagine condotta di Ipsos per conto di Consumers' Forum arricchisce il quadro, con dati che raccontano le aspettative dei cittadini.

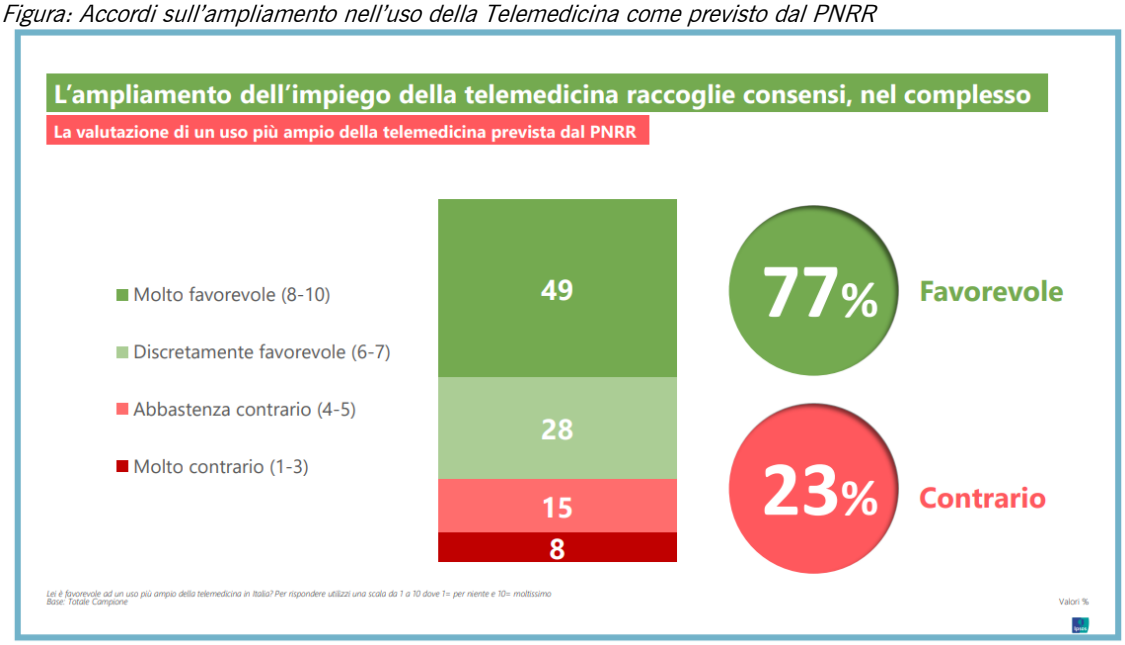
Figura: Utilizzo di strumenti di Telemedicina da parte dei pazienti



Fonte, Consumers' Forum - Ipsos, 2022

Il potenziamento della sanità digitale è ben accolto dai cittadini, soprattutto da chi ha buone competenze digitali.

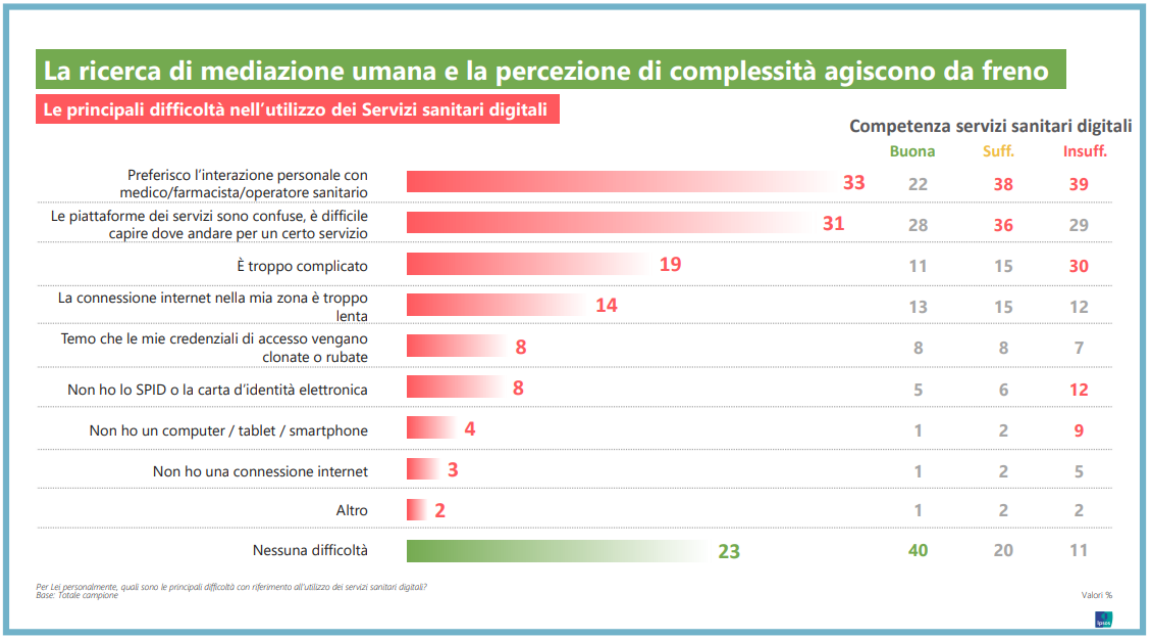
Figura: Accordi sull'ampliamento nell'uso della Telemedicina come previsto dal PNRR



Fonte, Consumers' Forum - Ipsos, 2022

Anche l'ampliamento dell'uso della telemedicina prevista dal PNRR raccoglie il parere favorevole dei cittadini intervistato.

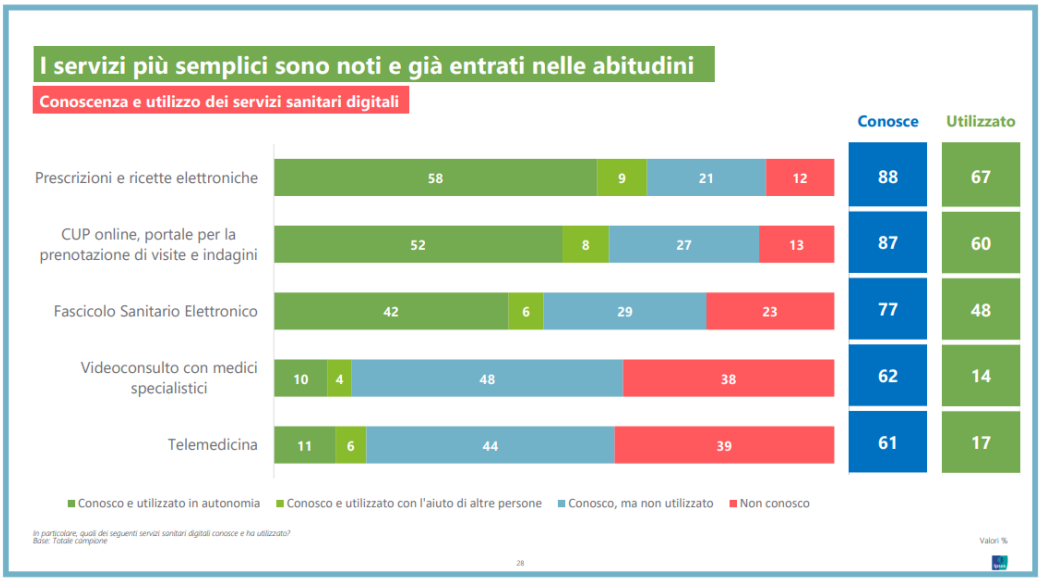
Figura: Accordi sull'ampliamento nell'uso della Telemedicina come previsto dal PNRR



Fonte, Consumers' Forum - Ipsos, 2022

La ricerca dell'interazione personale rimane un aspetto ricercato dalle persone nel momento in cui necessitano di cure e assistenza. Anche la poca abitudine all'utilizzo di piattaforme digitali frena l'utilizzo di servizi digitali.

Figura: Conoscenza e utilizzo dei servizi sanitari digitali



Fonte, Consumers' Forum - Ipsos, 2022

I servizi più semplici sono entrati nelle abitudini quotidiane, mentre i servizi di telemedicina sono utilizzati da un numero limitato di cittadini.

7.2 Il fascicolo sanitario elettronico

Tra gli obiettivi previsti dall'investimento cruciale è il potenziamento del Fascicolo sanitario elettronico (Fse) tramite la piena integrazione di tutti i documenti sanitari e tipologie di dati, la creazione e implementazione di un archivio centrale, l'interoperabilità e piattaforma di servizi, la progettazione di un'interfaccia utente standardizzata e la definizione dei servizi che il Fse dovrà fornire.

Il **Fascicolo Sanitario Elettronico** è lo strumento attraverso il quale il cittadino può tracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti sanitari per garantire un servizio più efficace ed efficiente.[3]
I suoi principali obiettivi sono:

- prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione
- studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico
- programmazione sanitaria, verifica della qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria.

Sebbene la costituzione del FSE sia stata stabilita a livello centrale (dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 settembre 2015, n. 178, "Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico"), spetta alle singole Regioni definirne le specifiche caratteristiche. È previsto però un nucleo minimo di informazioni che devono essere contenute nel FSE, che comprende:

- dati identificativi e amministrativi dell'assistito
- referti
- verbali pronto soccorso
- lettere di dimissione
- profilo sanitario sintetico
- dossier farmaceutico
- consenso o diniego alla donazione degli organi e tessuti.

In particolare, il Profilo Sanitario Sintetico (PSS o *Patient Summary*), compilato dal medico di famiglia o dal pediatra, è definibile come una "carta d'identità sanitaria" dell'assistito, che comprende le informazioni principali riguardanti la salute del cittadino e che possono essere particolarmente rilevanti in casi di emergenza.
Tra i dati e documenti integrativi (quindi non obbligatori), ci sono: le prescrizioni di prestazioni specialistiche o di farmaci, le prenotazioni, i piani diagnostici-terapeutici, le vaccinazioni, il taccuino personale dell'assistito (sezione in cui il paziente può autonomamente aggiungere informazioni e documenti ritenuti rilevanti), ecc.

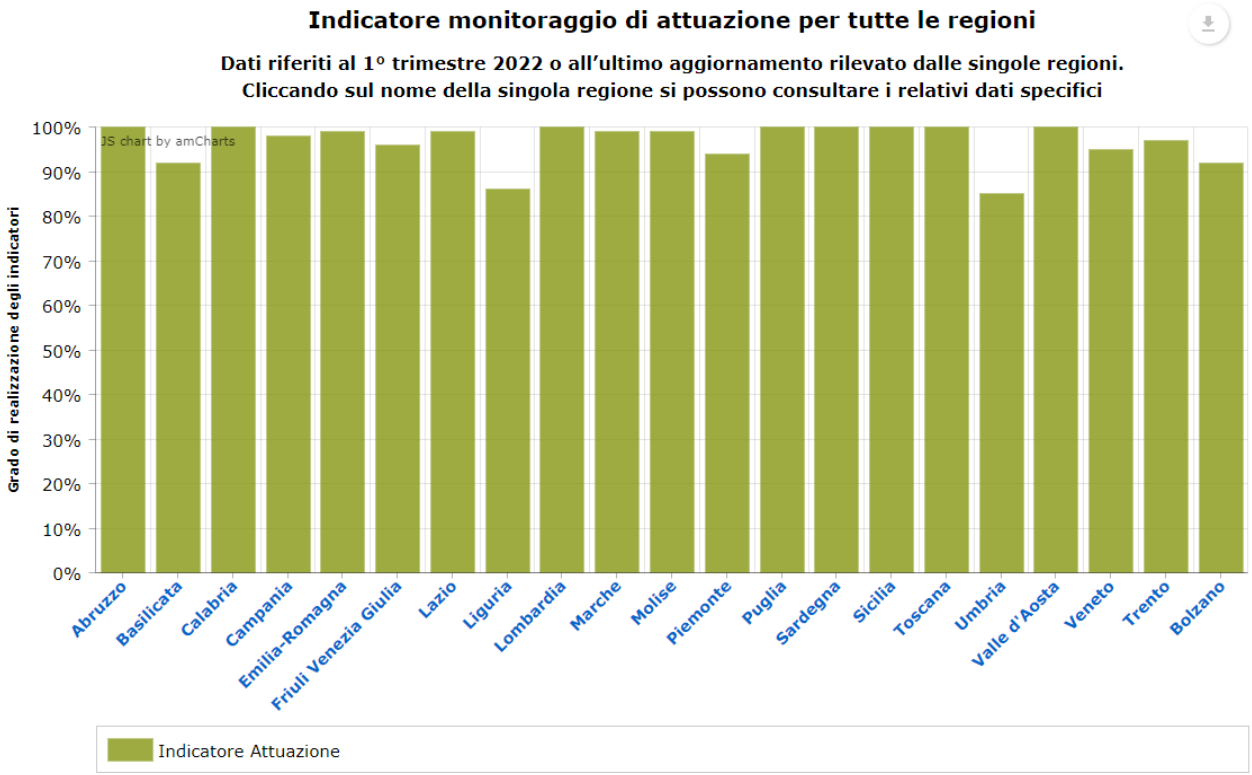
L'AgID e il Ministero della Salute, in ottica di verificare l'andamento e lo stato di attuazione e di diffusione sul territorio nazionale del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), in accordo con le regioni, hanno definito una serie di indicatori che permettono di rappresentare lo scenario

completo. Nello specifico, le attività di monitoraggio sono suddivise in due gruppi distinti di indicatori: Attuazione e Utilizzo.

Indicatori di Attuazione

L'indicatore di Attuazione, mira a rappresentare lo **stato di avanzamento circa la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) regionale** e rappresenta la media di realizzazione dei singoli servizi previsti dal piano45.

Figura: Indicatore di attuazione regionale del FSE



Fonte, Agenzia per l'Italia Digitale

L'indicatore di attuazione raggiunge un valore tra il 90 e il 100% per tutte le regioni d'Italia.

Indicatori di Utilizzo

[45] *Questi, nel dettaglio, sono:*

*-**Componenti abilitanti**: stato di realizzazione dell'anagrafe degli assistiti, degli operatori e delle aziende sanitarie, e dell'infrastruttura di rete;*

*-**Servizi per l'accesso da parte di cittadini**: stato di realizzazione dei meccanismi di autenticazione dell'assistito, delle modalità di raccolta e gestione del consenso dell'assistito, delle modalità organizzative con sui si fornisce agli assistiti l'accesso al FSE (per es. portale web, chioschi di servizio, ecc.) e della realizzazione del taccuino dell'assistito (servizio facoltativo);*

*-**Servizi per l'accesso da parte di MMG/PLS**: stato di realizzazione delle modalità organizzative con cui si fornisce l'accesso ai MMG/PLS al sistema di FSE e delle modalità di abilitazione all'accesso e all'alimentazione del FSE da parte dei MMG/PLS;*

*-**Servizi per l'accesso da parte delle aziende sanitarie**: stato di realizzazione delle modalità organizzative con cui si fornisce alle strutture sanitarie accesso al sistema di FSE e delle modalità di abilitazione all'accesso e all'alimentazione del FSE da parte degli operatori sanitari;*

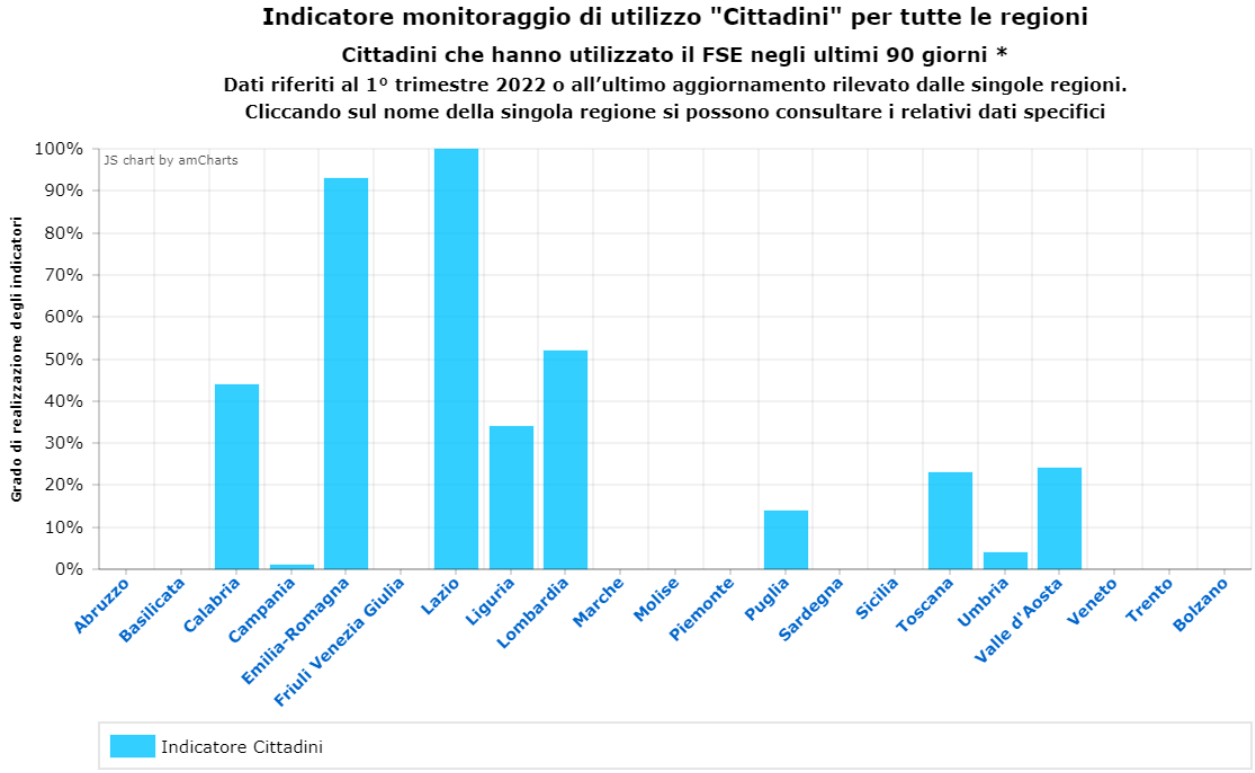
*-**Servizi per l'interoperabilità del FSE:** stato di realizzazione dei servizi a supporto dell'interoperabilità interregionale;*

*-**Servizi per la gestione dei referti di laboratorio:** stato di realizzazione delle modalità adottate per la digitalizzazione e gestione dei referti di laboratorio prodotti dalle strutture sanitarie (per es. formazione degli operatori sanitari, mappatura cataloghi, ecc.);*

*-**Servizi per la gestione del profilo sanitario sintetico (Patient Summary):** stato di realizzazione delle modalità adottate per la digitalizzazione e la gestione dei profili sanitari sintetici da parte del MMG/PLS (per es. formazione dei medici, applicativi software, ecc.).*

La seconda tipologia di monitoraggio, quella di Utilizzo, è finalizzata a monitorare il reale livello d'uso e di diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) sul territorio nazionale da parte dei cittadini, dei medici e delle aziende sanitarie.

Figura: Indicatore di utilizzo da parte dei cittadini del FSE[46]

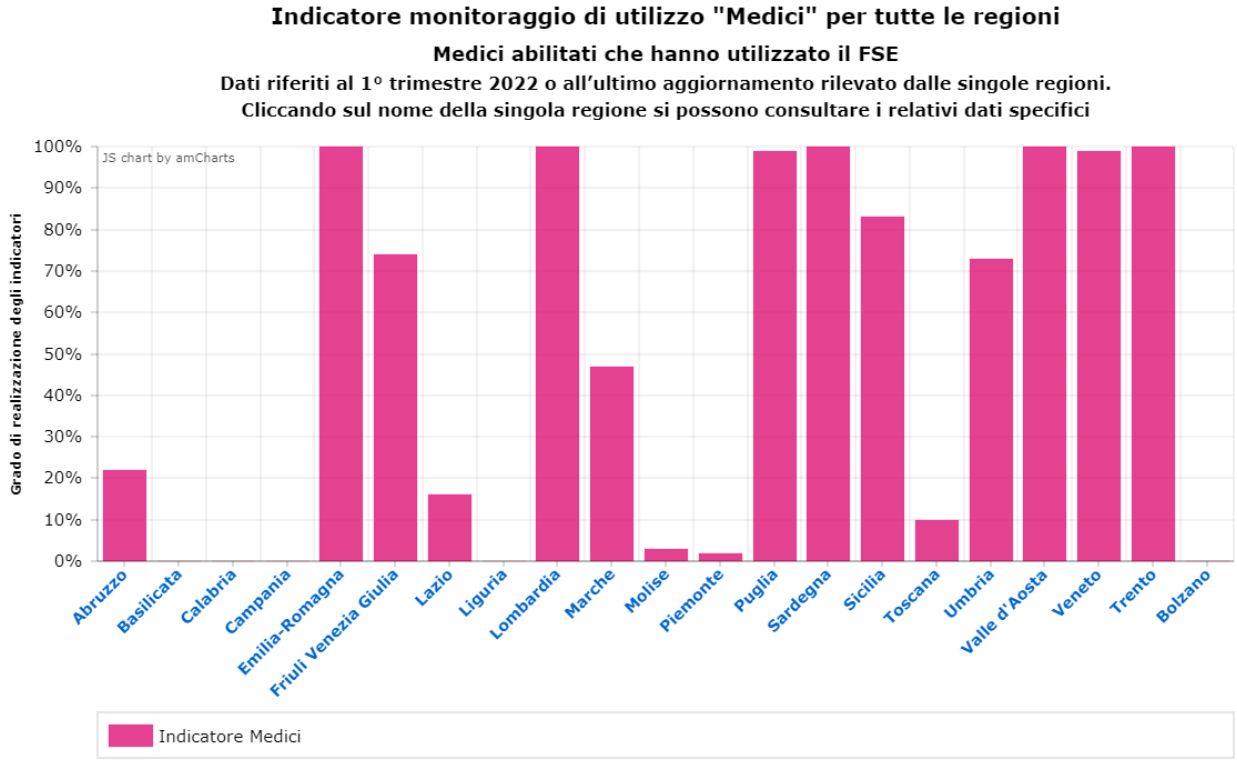


Fonte, Agenzia per l'Italia Digitale

Le percentuali di utilizzo da parte dei cittadini sono molto critiche, tranne poche regioni, la maggioranza ha percentuali basse o pari a zero.

[46] *Cittadini: numero dei cittadini assistiti (per assistiti si intende i cittadini residenti in una regione italiana che hanno scelto un MMG/PLS) che hanno prestato il consenso per l'alimentazione del FSE rispetto al numero totale dei cittadini assistiti della regione ed il numero dei cittadini assistiti che hanno effettuato almeno un accesso al proprio FSE rispetto al totale degli assistiti per i quali è stato messo a disposizione almeno un referto negli ultimi 90 giorni;*

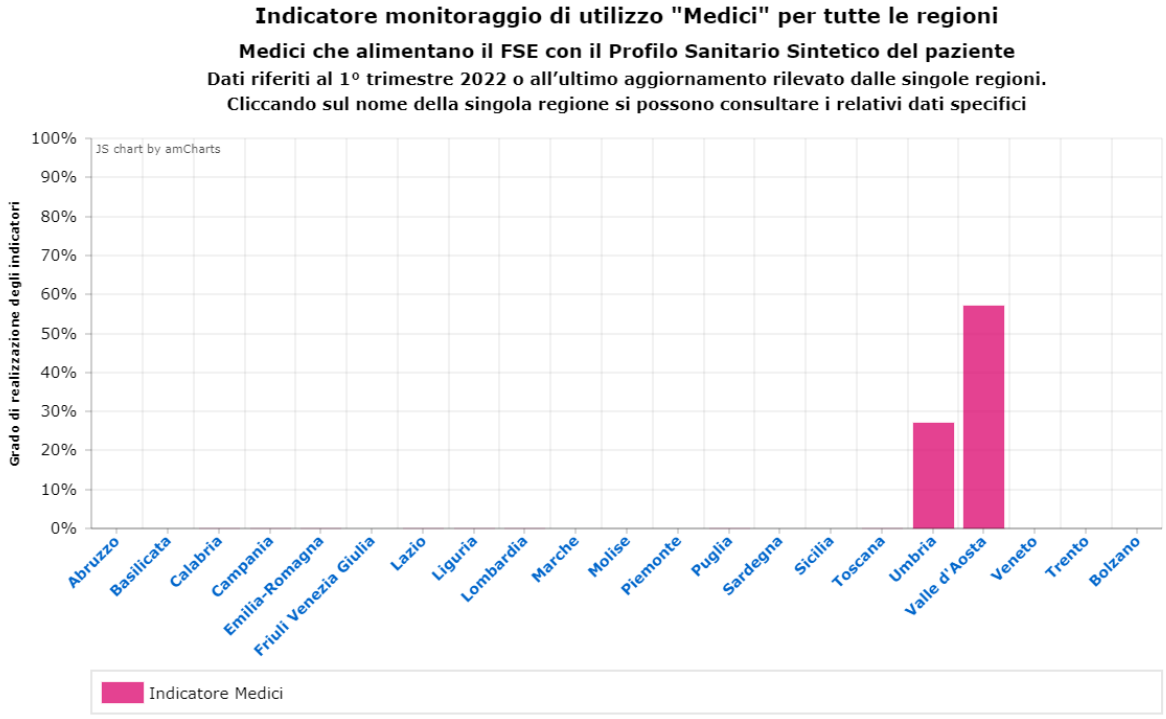
Figura: Indicatore dei medici abilitati che hanno utilizzato il FSE[47]



Fonte, Agenzia per l'Italia Digitale

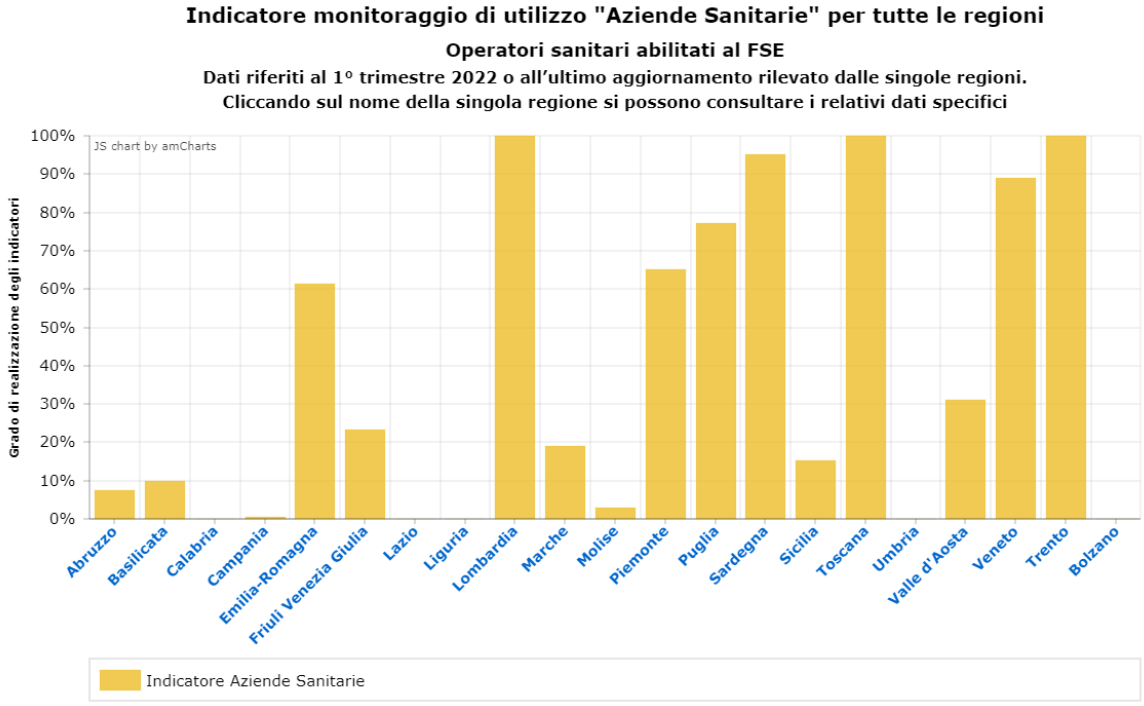
[47] *Medici: numero dei MMG/PLS che hanno utilizzato il FSE rispetto al numero totale del MMG/PLS titolari abilitati al FSE ed il numero del Patient Summary popolati da MMG/PLS titolari rispetto al numero complessivo di FSE attivati.*

Figura: Indicatore dei medici che alimentano il FSE con il Profilo Sanitario Sintetico del paziente[48]



Fonte, Agenzia per l'Italia Digitale

Figura: Indicatore degli operatori sanitari (Aziende Sanitarie) abilitati al FSE[49]



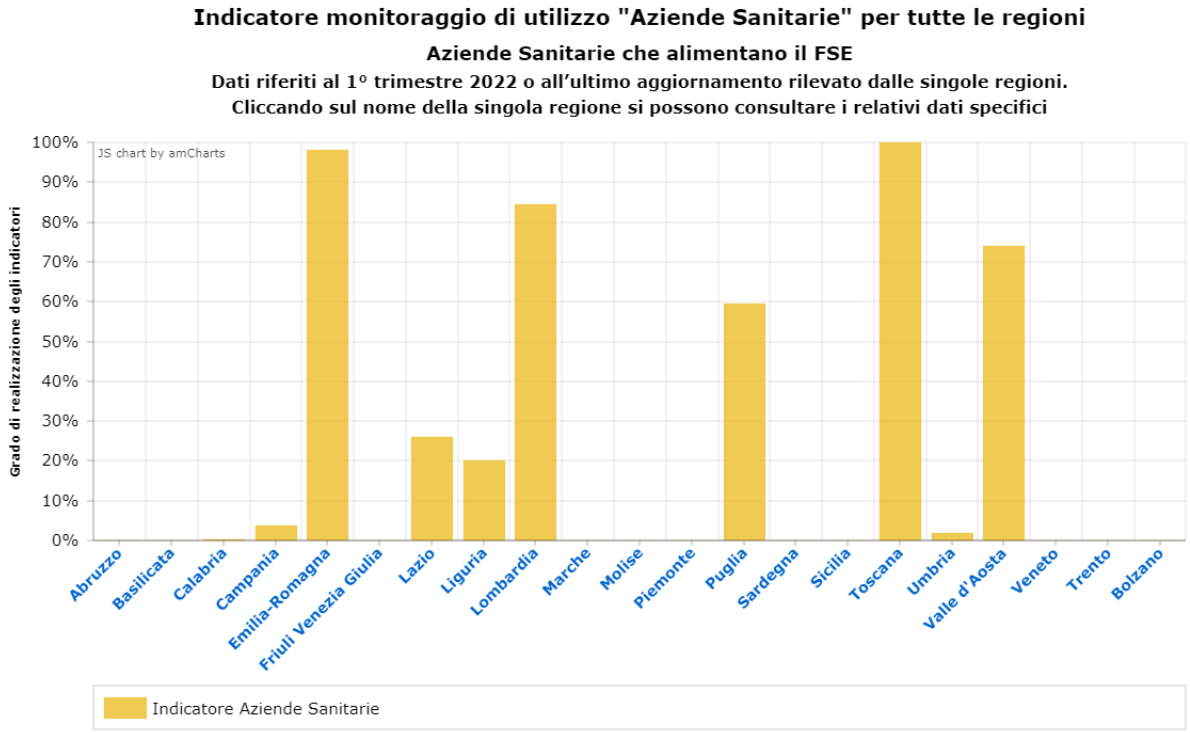
Fonte, Agenzia per l'Italia Digitale

---

[48] *Idem*

[49] *Aziende Sanitarie: il numero di operatori sanitari abilitati al FSE rispetto al totale degli operatori sanitari dell'azienda sanitaria ed il numero referti strutturati digitalizzati resi disponibili nei FSE rispetto al totale dei referti prodotti dall'azienda sanitaria. In questa fase di avvio i referti presi in considerazione per il monitoraggio sono unicamente quelli di laboratorio.*
L'indicatore riporta dei dati di ogni struttura pubblica (ASL, AO, IRCSS, Fondazioni Pubbliche) presenti sul territorio. Nella sezione regionale specifica, viene visualizzato un grafico di dettaglio in cui è riportata la somma dei valori inseriti.

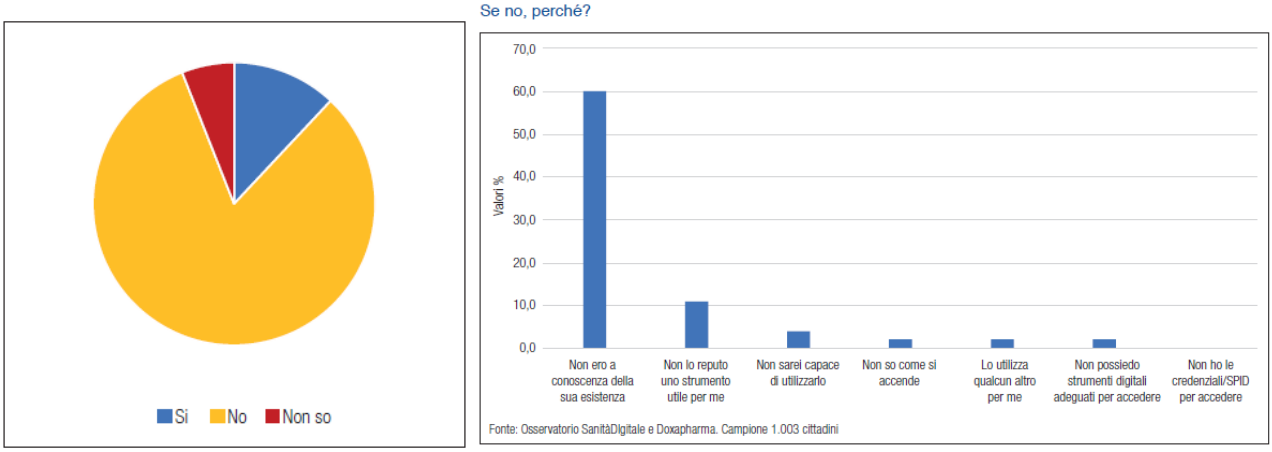
Figura: Indicatore delle Aziende Sanitarie) che alimentano il FSE[50]



Fonte, Agenzia per l'Italia Digitale

Dalla rilevazione svolta da Doxapharma e Crea Sanità emerge che solo il 38% della popolazione italiana ha sentito parlare del FSE e solo il 12% è consapevole di averlo utilizzato almeno una volta.

Figura: Utilizzo del FSE da parte dei cittadini italiani e le motivazioni al non

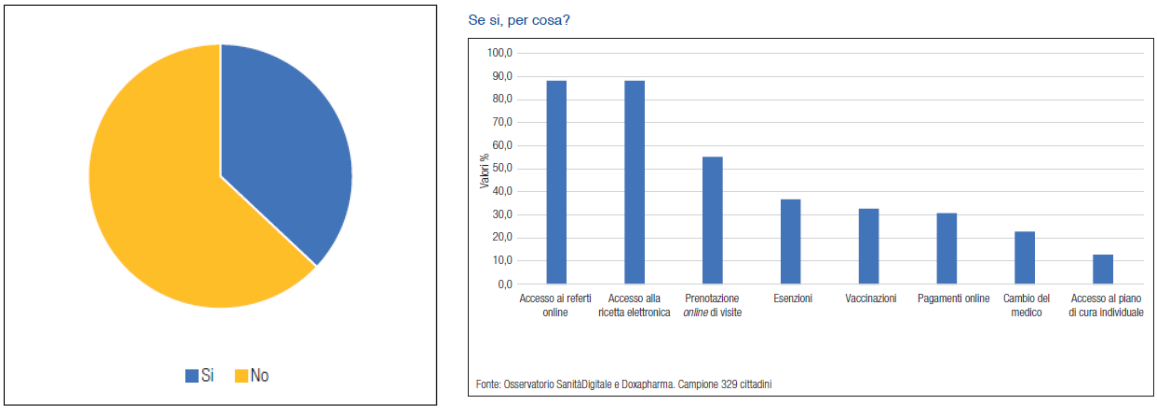


Fonte, 17° Rapporto Crea Sanità

Solo se si considerano i pazienti con cronicità o con gravi problemi di salute, che quindi fanno più frequentemente accesso a servizi sanitari, queste quote crescono significativamente, con il 73% che afferma di conoscere il FSE e il 37% di utilizzarlo.

[50] Idem

Figura: Utilizzo del FSE da parte dei pazienti e il livello di utilizzo delle sue diverse funzionalità

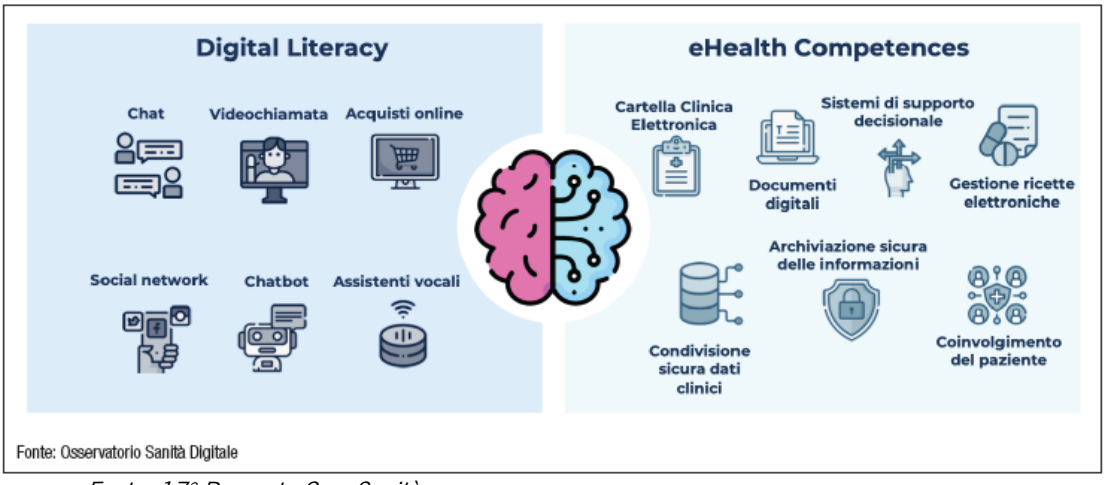


Fonte, 17° Rapporto Crea Sanità

I servizi del Fascicolo Sanitario Elettronico più utilizzati sono principalmente l'accesso ai referti online (52% dei cittadini e 88% dei pazienti cronici che hanno utilizzato il FSE) e alle ricette elettroniche (rispettivamente 44% e 88%).
Proprio la limitata consapevolezza circa l'esistenza del FSE rappresenta un elemento di grande debolezza e una barriera a una sua piena diffusione. Affinché il FSE possa diffondersi sarà importante, nei prossimi mesi, investire sul potenziamento delle campagne di comunicazione ai cittadini e, allo stesso tempo, arricchire il FSE di servizi digitali innovativi di interesse. I pazienti ritengono che, oltre a referti e ricette, sia importante integrare nei FSE sistemi per la prenotazione online di visite ed esami (78%), ma anche i propri piani di cura (80%) e le informazioni sulla propria patologia (78%) e su prestazioni sanitarie convenzionate o con esenzione
(77%).

Sarà altrettanto fondamentale investire, nei prossimi anni, sulle competenze digitali dei professionisti sanitari, come delineato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, oltre che su tecnologie e organizzazione, e sulle risorse umane. L'attuale livello di presidio delle competenze digitali di base e professionali non è ancora sufficiente per poter cavalcare i nuovi trend dell'innovazione digitale, con gap ancora più rilevanti per i medici più anziani. L'Osservatorio Sanità Digitale ha, infatti, identificato due ambiti di competenze digitali per i professionisti sanitari, così da identificare i principali gap:

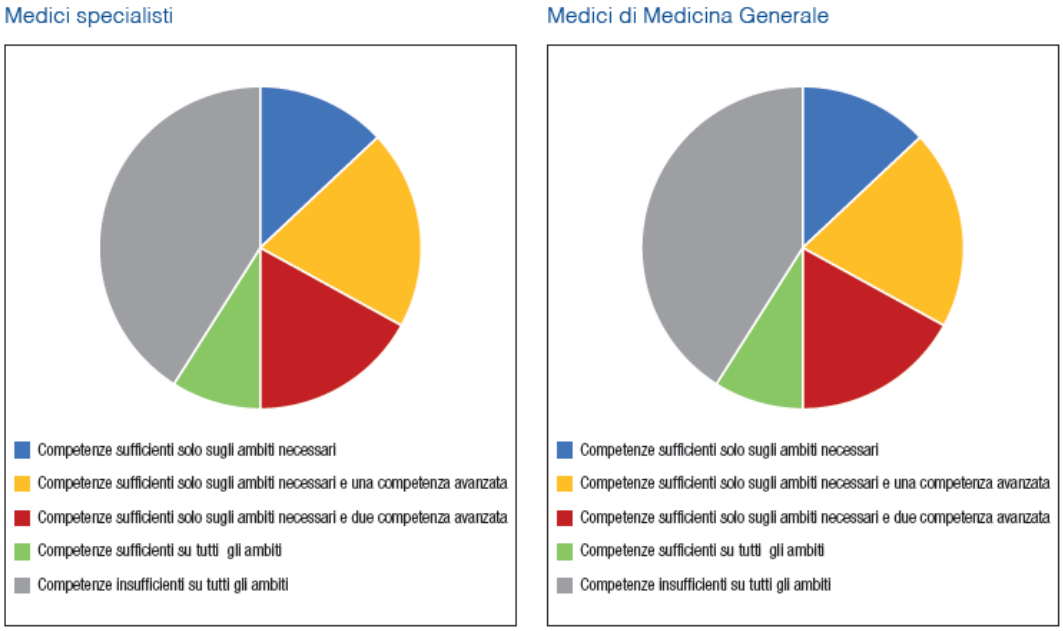
Figura: Le competenze digitali dei medici



Fonte, 17° Rapporto Crea Sanità

Per quanto riguarda le competenze digitali di base (Digital Literacy) legate all'utilizzo di strumenti digitali o applicazioni nella vita quotidiana: circa il 60% dei medici specialisti e dei Medici di Medicina Generale (MMG) ha un livello competenze almeno sufficiente nell'utilizzo di strumenti digitali per svolgere attività che fanno ormai parte della quotidianità (utilizzare chat, effettuare video- chiamate, acquistare online), con percentuali che si riducono notevolmente però per gli over 65.

Figura: La Digital Literacy dei medici



Fonte: Osservatorio Sanità digitale

Fonte, 17° Rapporto Crea Sanità

Mentre per quanto riguarda le competenze digitali professionali (e-Health Competences51) relative all'utilizzo di tecnologie e applicazioni nell'attività lavorativa, emerge che ancora molti medici non utilizzano gli strumenti digitali (es. la Cartella Clinica Elettronica) e non hanno ancora potuto sviluppare le competenze ad essi associate52.

Alcuni elementi chiave su cui serve lavorare nel futuro:
· la cultura digitale di tutti gli "utenti" della Sanità digitale, è sicuramente più matura rispetto al passato, ma occorre saper comunicare al meglio i servizi a disposizione e i relativi benefici per favorirne l'utilizzo,
· lo sviluppo delle competenze digitali dei medici, degli operatori e dei cittadini/pazienti, affinché possano sfruttare al meglio e con consapevolezza le potenzialità della sanità digitale,
· la governance delle iniziative di Sanità digitale – dal Fascicolo Sanitario Elettronico alla Telemedicina – per superare quella frammentazione di iniziative a livello locale e regionale che stiamo vivendo ormai da molti anni,
· la valutazione dei risultati conseguiti attraverso la trasformazione digitale della Sanità per informare e guidare le scelte dei policy-maker e dei diversi professionisti, anche attraverso la condivisione delle esperienze.

[51] *Su questo ambito è stato utilizzato e adattato un modello definito a livello europeo per i professionisti sanitari, che si basa sull'European e-Competence Framework (e-CF).*

[52] *Capitolo 14°, Lo sviluppo della Sanità digitale in Italia: le principali evidenze dell'Osservatorio del Politecnico di Milano, 17° Rapporto Crea Sanità*

8. Salute Mentale

A cura di Maria Vitale

8.1 Pandemia e salute mentale a livello globale

Non era una priorità prima, figuriamoci adesso. La salute mentale, da tempo trascurata e sottofinanziata dai governi di tutto il mondo, ha ricevuto il colpo di grazia con la pandemia. Il paradosso però non può sfuggire: proprio quando i disturbi mentali aumentano, i servizi sanitari a loro dedicati diminuiscono. A denunciarlo sono gli esperti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che, dopo aver valutato l'impatto dell'epidemia di Covid-19 sui servizi di salute mentale in 130 Paesi, hanno scelto l'aggettivo "devastante" come il più indicato per descrivere lo scenario[53]. Nel 93% delle nazioni monitorate i pazienti con disturbi mentali sono praticamente stati abbandonati a loro stessi. I centri di riferimento, quando non sono stati chiusi del tutto, hanno drasticamente ridotto le attività che già prima non brillavano per efficienza. L'indagine dell'Oms[54] pubblicata ad ottobre 2020 in occasione del "*WHO Big Event for Mental Health*", ha messo in luce l'impatto devastante della pandemia sull'assistenza psichiatrica e psicologica che già in epoca pre-Covid era ridotta al lumicino.

L'indagine fa seguito alle parole del Segretario generale delle Nazioni Unite Antonio Guterres, di richiesta di impegni ai Governi e agli stati membri in occasione dell'Assemblea mondiale della Sanità (18 e 19 maggio 2020): "*I servizi di salute mentale sono una parte essenziale di tutte le risposte dei governi a COVID-19. Devono essere ampliati e interamente finanziati. Le politiche devono supportare e prendersi cura delle persone con disturbi mentali e proteggere i loro diritti umani e la loro dignità*".

La stessa World Health Assembly, nel maggio 2021, ha riconosciuto, all'interno del piano d'azione globale per la salute mentale 2013-2030, la necessità di potenziare i servizi di salute mentale, e l'OCSE nel suo documento sull'impatto della pandemia sulla popolazione, ha raccomandato l'adozione di un approccio integrato che dovrebbe anche prevedere programmi di promozione della salute mentale non solo nel settore sanitario. Unanime è la considerazione che non sarà sufficiente tornare ai finanziamenti di prima, bisognerà investire di più. Come si colloca l'Italia a riguardo? Quanta attenzione è stata riservata al tema nel contesto del Piano

[53] *www.healthdesk.it/scenari/servizi-salute-mentale-devastati-pandemia-allarme-oms?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=daily*

[54] *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: www.who.int/publications/i/item/978924012455*

Nazionale di Ripresa e Resilienza? Quali le recenti disposizioni governative? Cosa denunciano i cittadini e qual è il contributo della società civile sul tema?

8.2 La situazione in Italia a detta degli specialisti e dell'ISS

In Italia, a detta degli esperti[55], la pandemia da Covid-19 ha creato una situazione di stress cronico, che ha peggiorato una situazione già critica con numeri da emergenza sanitaria per la salute mentale, evidenziando la necessità di potenziare i servizi, in particolare per l'infanzia e l'adolescenza. Già prima della pandemia in Italia la situazione era estremamente difficile. Dal 2017 la depressione è la prima malattia medica responsabile di disabilità: eravamo già in crisi e il Covid ha ulteriormente complicato il quadro, creando uno stress altissimo e cronico e aumentando nettamente il numero persone che soffrono di disagio mentale. Gli esperti hanno riscontrato quadri di depressione estremamente severi, molte persone che lamentano insonnia, difficoltà di concentrazione, un netto aumento di disturbi dell'umore e di ansia. È aumentato il numero delle persone che si rivolgono ai centri di salute mentale, ma soprattutto sono aumentate le patologie codificate come malattie mentali in particolare tra i giovanissimi. Della pandemia hanno sofferto particolarmente bambini e giovani adulti, con comportamenti autolesivi soprattutto nei giovani. In questo quadro sarebbe necessario potenziare i servizi per l'infanzia e l'adolescenza, perché i problemi di salute mentale insorgono già nell'età pediatrica e se si interviene precocemente con interventi mirati e multidisciplinari si possono limitare i rischi. Serve un intervento trasversale e precoce in un'ottica di prevenzione: non allocare risorse sulla salute mentale ci impedisce anche di investire sul futuro delle nuove generazioni.
In data 26 aprile 2022 l'Istituto Superiore di Sanità ha reso noti i risultati del primo studio italiano[56] capace di esaminare l'andamento temporale dei sintomi depressivi durante la pandemia in campioni rappresentativi della popolazione generale adulta, ed uno dei pochi studi nel mondo che abbia esaminato un arco temporale lungo. In breve, gli italiani sono risultati più depressi durante le fasi di lockdown a causa della pandemia Covid-19, colpiti anche i giovani tra i 18 e i 34 anni[57]. Basato sul sistema di sorveglianza PASSI[58], sono stati utilizzati i dati derivati da oltre 55.000 interviste effettuate dal 2018 al 2020. I risultati hanno mostrato un incremento dei sintomi depressivi nel bimestre marzo-aprile 2020 con una prevalenza del 7,1% rispetto al 6,1% del 2018-19, seguito da un decremento (4,4%) nel bimestre maggio-giugno, dopo la revoca del lockdown, e poi da un nuovo e più cospicuo incremento in luglio-agosto (8,2%). Infine, è stato rilevato un ritorno graduale, entro la fine del 2020, ai livelli registrati nel biennio prima della pandemia: 7,5% nei mesi di settembre-ottobre e 5,9% a novembre-dicembre. Mentre in media la risposta della popolazione italiana depone per una buona resilienza di fronte allo stress generato dalla pandemia, un più severo peggioramento, rispetto agli anni precedenti, è stato osservato in alcune categorie demografiche, ed in particolare nei giovani (18-34 anni). Inoltre, rispetto a prima della pandemia, è aumentato il rischio legato all'essere donne o all'avere difficoltà economiche.

[55] *www.askanews.it/cronaca/2021/05/28/salute-mentale-e-stress-cronico-da-covid-urgente-potenziare-i-servizi-pn_20210528_00127/*
[56] *https://www.iss.it/web/guest/primo-piano/-/asset_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/id/6989413*
[57] *www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503272200475X?dgcid=author*
[58] Il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) coordinato a livello centrale dall'Istituto Superiore di Sanità, raccoglie in continuo dal 2008 anche informazioni sulla presenza di sintomi depressivi, in campioni di adulti rappresentativi, per genere ed età, della popolazione generale adulta residente in Italia.

8.3 Salute mentale territoriale: Regioni a confronto

REGIONI	POPOLAZIONE TOTALE	UTENTI		N. STRUTTURE ASSISTENZA TERRITORIALE			PRESTAZIONI EROGATE		PERSONALE (Valori assoluti e per 100.000 abitanti)						COSTO ASSISTENZA TERRITORIALE		
	Fonte Eurostat 2020	Utenti servizi territoriali (Valore assoluto)	Vive in famiglia o con altri familiari %	N. DSM	Strutture territoriali (Valore assoluto)	Per 100.000 abitanti	Prestazioni erogate	Prestazioni per utente	Medici	Per 100.000 abitanti	Psicologi	Per 100.000 abitanti	Infermieri	Per 100.000 abitanti	Ambulatoriale e Domiciliare (dati in migliaia di euro)	Costo per paziente	Costo medio prestazione
PIEMONTE	4.311.217	57.528	64,0%	13	82	2,2	653.855	12,0	293	6,8	58	1,3	783	18,2	82.527	1.435	119,40
VALLE D'AOSTA	125.034	1.561	17,7%	1	6	5,7	15.725	10,6	10	8,0	20	16,0	31	24,8	1.127	722	68,03
LOMBARDIA	10.027.602	107.733	72,7%	27	151	1,8	840.018	8,2	817	8,1	272	2,7	2.247	22,4	179.802	1.669	202,56
PA BOLZANO	532.644	5.858	63,1%	1	10	2,3	43.026	7,5	56	10,5	33	6,2	185	34,7	18.725	3.196	426,43
PA TRENTO	545.425	7.914	42,3%	1	10	2,2	91.129	11,6	70	12,8	58	10,6	134	24,6	30.500	3.854	331,48
VENETO	4.879.133	66.597	47,0%	10	181	4,4	630.684	11,1	289	5,9	92	1,9	1.151	23,6	79.622	1.196	107,89
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.206.216	12.913	16,8%	3	20	1,9	464.680	41,2	98	8,1	23	1,9	414	34,3	19.094	1.479	35,89
LIGURIA	1.524.826	23.330	35,1%	5	25	1,9	260.049	12,8	211	13,8	91	6,0	526	34,5	44.311	1.899	148,91
EMILIA ROMAGNA	4.464.119	72.032	67,6%	8	73	1,9	1.402.347	20,0	476	10,7	180	4,0	1.319	29,5	116.637	1.619	80,80
TOSCANA	3.692.555	41.958	23,1%	3	238	7,5	809.026	22,3	473	12,8	192	5,2	981	26,6	126.641	3.018	135,58
UMBRIA	870.165	14.617	68,1%	2	18	2,4	191.109	13,7	60	6,9	27	3,1	151	17,4	20.655	1.413	102,89
MARCHE	1.512.672	17.579	44,9%	5	42	3,3	213.995	13,5	91	6,0	26	1,7	317	21,0	26.759	1.522	112,99
LAZIO	5.755.700	57.210	4,4%	10	81	1,6	516.899	10,3	499	8,7	262	4,6	1.157	20,1	122.500	2.141	207,65
ABRUZZO	1.293.941	15.318	77,0%	4	16	1,4	91.903	6,5	99	7,7	27	2,1	170	13,1	25.156	1.642	251,31
MOLISE	300.516	4.565	23,3%	1	3	1,1	38.298	8,9	29	9,7	7	2,3	54	18,0	8.984	1.968	222,36
CAMPANIA	5.712.143	56.227	35,2%	7	68	1,4	600.172	11,3	509	8,9	98	1,7	1.044	18,3	115.561	2.055	182,58
PUGLIA	3.953.305	48.884	73,2%	6	46	1,4	457.134	9,9	294	7,4	171	4,3	621	15,7	103.833	2.124	213,66
BASILICATA	553.254	7.231	62,4%	2	7	1,5	39.080	6,0	37	6,7	5	0,9	66	11,9	3.392	469	78,03
CALABRIA	1.894.110	27.589	66,4%	5	49	3,0	250.287	9,1	140	7,4	51	2,7	246	13,0	47.883	1.736	190,38
SICILIA	4.875.290	68.989	44,4%	9	149	3,6	551.156	8,6	546	11,2	178	3,7	1.005	20,6	151.136	2.191	255,28
SARDEGNA	1.611.621	12.705	51,1%	3	24	1,7	138.548	10,8	192	11,9	73	4,5	297	18,4	98.158	7.726	715,89
TOTALE	**59.641.488**	**728.338**	**51,0%**	**126**	**1.299**	**2,6**	**8.299.120**	**12**	**5.289**	**9**	**1.944**	**3,3**	**12.899**	**21,6**	**1.423.002**	**1.954**	**158,90**
Fonte:	EUROSTAT 2020	NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2020 Tabella 7.1.2 Utenti trattati	NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2020 Appendice - Tabella 1.5 Prevalenza degli utenti trattati per	NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2020 Tabella 5.1 Strutture attive pubbliche e private			NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2020 Tabella 8.3 Prestazioni erogate in strutture territoriali psichiatriche		Conto annuale - Tabella 1D al 31/12/2019 Tabella 6.3 Personale del dipartimento di salute mentale per qualifica		Conto annuale - Tabella 1D al 31/12/2019 Tabella 6.3 Personale del dipartimento di salute mentale per qualifica		Conto annuale - Tabella 1D al 31/12/2019 Tabella 6.3 Personale del dipartimento di salute mentale per qualifica		NSIS - Flussi economici Modello LA - anno 2020 (dati in migliaia di euro) Tabella 12.5.1 Distribuzione del costo relativo all'assistenza		

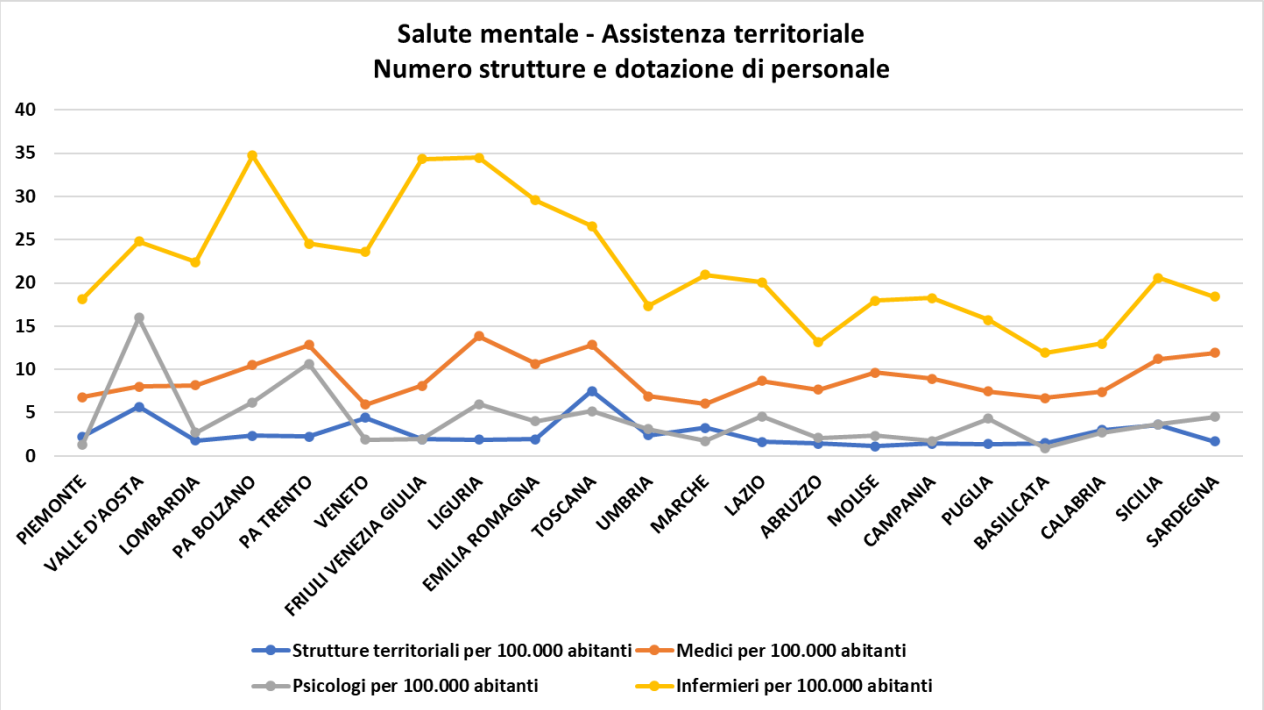
www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3212_2_alleg.xlsx

Fonte: Rielaborazione a cura di Cittadinanzattiva su dati del "Rapporto salute mentale, Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) di Ottobre 2021 con riferimento all'anno 2020

Dai dati ufficiali[59] emerge una disparità territoriale alquanto marcata in termini di servizi dedicati per la salute mentale.

8.4 Strutture per la Salute mentale

In Italia si contano 126 Dipartimenti per la salute mentale (DSM) con un picco di 27 in Lombardia (seguita da Piemonte con 13, Veneto e Lazio con 10 ciascuno) e un minimo di 1 registrato in Molise, Valle D'Aosta oltre che nelle province autonome di Trento e Bolzano.
Si contano invece 1299 strutture territoriali nel Paese, con picchi in Toscana (238), Veneto (181), Lombardia (151) e Sicilia (149), mentre pochissime sono le strutture presenti in Molise (3), Valle d'Aosta (6) e Basilicata (7). Maggiormente significativi i dati in rapporto alla popolazione: per 100mila abitanti, è la Toscana a registrare il valore più alto (7,5 strutture), seguita da Valle d'Aosta (5,7) e Veneto (4,4). Ben 15 le regioni che presentano valori inferiori alla media nazionale (pari a 2,6).

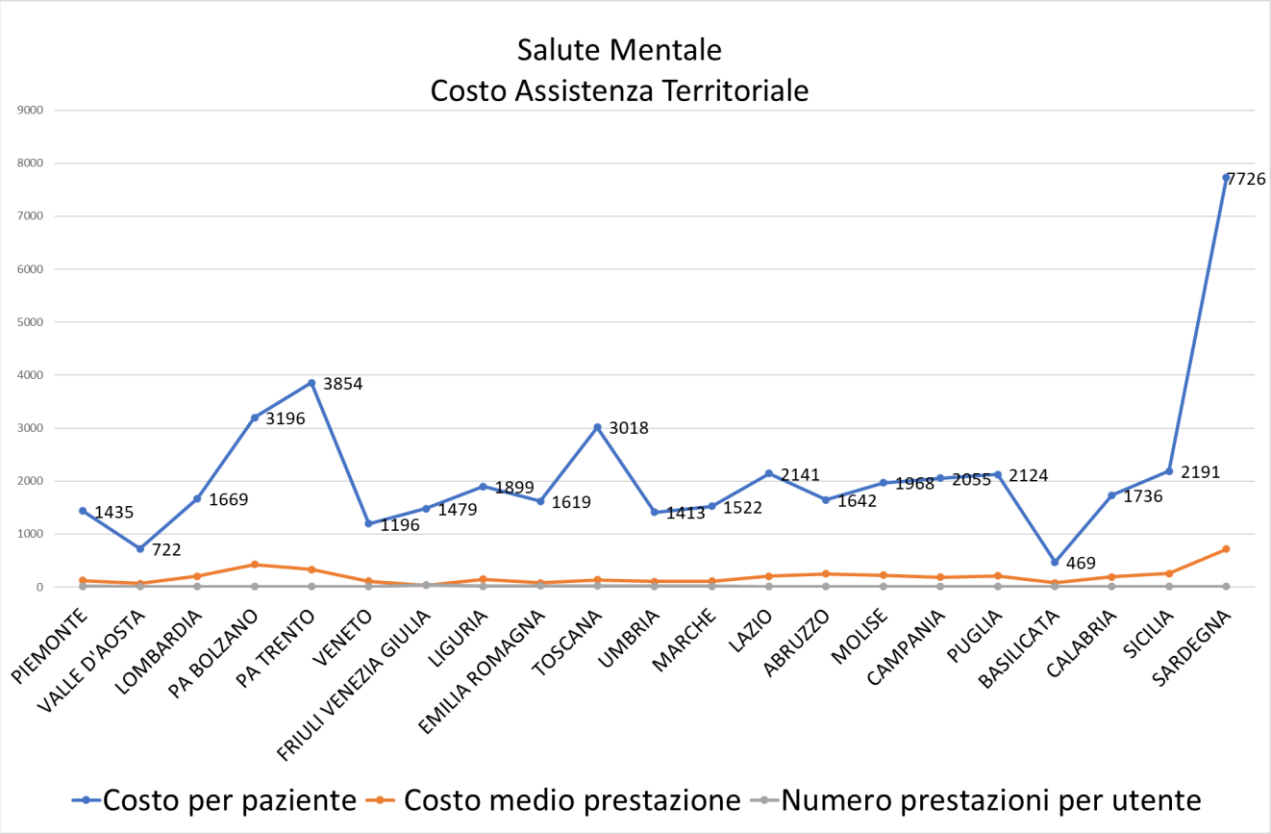


Fonte: Cittadinanzattiva su rielaborazione dati "Rapporto salute mentale, Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) Ottobre 2021

[59] *Rielaborazione a cura di Cittadinanzattiva su dati del "Rapporto salute mentale, Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) di Ottobre 2021 con riferimento all'anno 2020. https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3212*

8.5 Personale nei servizi per la salute mentale

Per quanto riguarda il personale, la Liguria con 13,8 presenta il miglior rapporto medici/abitanti, seguita da Toscana e PA Trento (12,8 ciascuno). Anche in questo caso sono oltre la metà, ben 13, le regioni che presentano dati inferiori alla media nazionale (pari a 9): maglia nera a Veneto (5,9) e Marche (6).
Analogamente, il miglior rapporto psicologi/abitanti lo si registra in Valle d'Aosta (16), seguita da PA Trento (10,6); agli antipodi Basilicata (0,9) e Piemonte (1,3). La media nazionale è di 3,3 psicologi ogni 100mila abitanti.
Per quanto riguarda la presenza di infermieri (su base nazionale in media se ne contano 21,6 ogni 100mila abitanti) il miglior rapporto in relazione alla popolazione lo si trova nella PA Bolzano (34,7), in Liguria (34,5) e Friuli-Venezia Giulia (34,3). In fondo alla classifica figurano invece Abruzzo (13,1), Calabria (13) e nuovamente la Basilicata (11,9) che sembra non aver investito nei servizi di salute mentale.



Fonte: Cittadinanzattiva su rielaborazione dati "Rapporto salute mentale, Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) Ottobre 2021

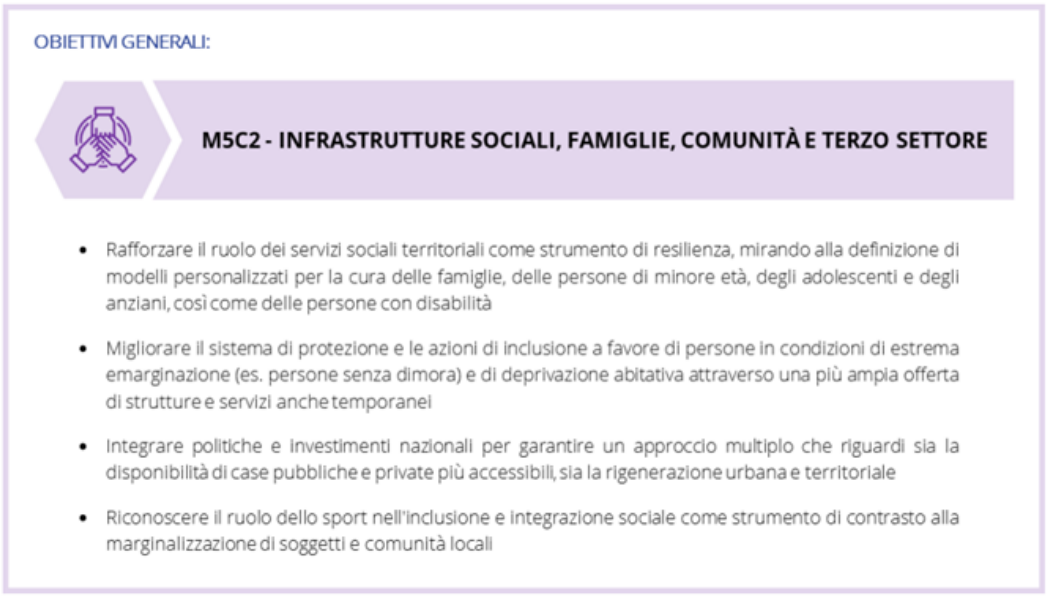
Prestazioni e costi

Per numero di prestazioni erogate e relativi costi, le difformità sono, se possibile, ancora più marcate. Nell'ultimo anno (2020), si contano oltre 8 milioni di prestazioni erogate ad oltre 700mila pazienti, la metà dei quali (51%) vive in famiglia o con altri familiari: in media, 12 prestazioni erogate, con picchi in Friuli-Venezia Giulia (41,2 prestazioni in media a paziente) seguita da Toscana (22,3) ed Emilia-Romagna (20), che registra il numero più alto in assoluto di prestazioni erogate nell'anno, ben 1.402.347. In fondo a questa classifica, la Valle d'Aosta con 15.725 prestazioni. Abissali le disparità relative al costo dell'assistenza territoriale per paziente: si va dai 469€ della Basilicata ai 7726€ della Sardegna, con un costo medio per prestazione che può oscillare dai 35,89€ del Friuli-Venezia Giulia ai 715,89 della Sardegna!

8.6 PNRR e altre risorse dedicate alla salute mentale

Per quanto finora esposto, appare una palese contraddizione – l'ennesima - il fatto che il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) redatto dal Governo italiano non contenga espliciti riferimenti alla salute mentale se non – in modo indiretto - nella "Missione 5 Componente 2" e limitatamente a ciò che concerne:

- Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità di famiglie e bambini;
- Autonomia degli anziani non autosufficienti;
- Servizi sociali a sostegno domiciliarità (dimissioni protette);
- Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione burn out;
- Percorsi di autonomia per le persone con disabilità.



Si tratta di una grave dimenticanza a detta del "Coordinamento nazionale conferenza per la Salute Mentale"[60] a cui aderisce anche Cittadinanzattiva. Si reclamano, anche per il PNRR, investimenti destinati a misure mirate per la tutela della salute mentale, misure che devono integrare quelle presenti nella Missione 6 riferite all'assistenza territoriale[61].
Un appello che sembra essere stato almeno in parte accolto con i due recenti provvedimenti:

[60] *www.conferenzasalutementale.it/2021/04/09/salute-mentale-e-piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza-le-proposte-inviate-a-governo-conferenza-regioni-anci/*

[61] *https://salutedirittofondamentale.it/wp-content/uploads/2020/10/APPELLO-FONDI-UE-SOCIOSAN-TERRITORIO-def-008.pdf*

a) Disposizioni in materia di potenziamento dell'assistenza a tutela della salute mentale e dell'assistenza psicologica e psicoterapica" (Decreto Legge 30 dicembre 2021, n. 228)
b) Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) regionali[62], del Ministero della Salute (documento trasmesso alla Conferenza delle Regioni e Province Autonome a fine aprile 2022).

Col citato Decreto legge di dicembre 2021 le Regioni sono chiamate a realizzare un piano per l'assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali e affette da disturbi correlati allo stress. Questo, per garantire l'erogazione dei livelli di assistenza in tutta Italia in maniera uniforme. Nel testo[63] si legge che "Al fine di potenziare, nell'anno 2022, i servizi di salute mentale, a beneficio della popolazione di tutte le fasce di età, e di migliorarne la sicurezza e la qualità, anche in considerazione della crisi psico-sociale causata dall'epidemia di SARS-CoV-2, nonché' di sviluppare l'assistenza per il benessere psicologico individuale e collettivo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro il 31 maggio 2022, adottano un programma di interventi per l'assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali e affette da disturbi correlati allo stress al fine di garantire e rafforzare l'uniforme erogazione, in tutto il territorio nazionale, dei livelli di assistenza di cui agli articoli 25 e 26 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, e, in particolare, per il raggiungimento dei seguenti obiettivi: a) rafforzare i servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza, ai sensi dell'articolo 25 del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, potenziando l'assistenza ospedaliera in area pediatrica e l'assistenza territoriale, con particolare riferimento all'ambito semiresidenziale; b) potenziare l'assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali, ai sensi dell'articolo 26 del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017; c) potenziare l'assistenza per il benessere psicologico individuale e collettivo, anche mediante l'accesso ai servizi di psicologia e psicoterapia in assenza di una diagnosi di disturbi mentali, e per affrontare situazioni di disagio psicologico, depressione, ansia e trauma da stress.

Le "Linee di indirizzo" precedentemente citate, contengono a loro volta una serie di obiettivi generali con relativi indicatori di valutazione dei risultati da raggiungere. Nello specifico, gli obiettivi comuni a tutte le Regioni hanno a che fare con l'avvio/implementazione di percorsi per il superamento della contenzione meccanica nonché di percorsi innovativi alternativi ai ricoveri nelle REMS. Ad essi si aggiungono specifici obiettivi da individuare da parte di ciascuna Regione per il superamento delle criticità locali, la cui misurazione verrà effettuata con indicatori individuati dalle Regioni stesse.
La tabella che segue riporta il dettaglio delle risorse disponibili per ciascuna Regione da utilizzare per attività progettuali - previste nelle Linee di indirizzo - che dovranno concludersi entro e non oltre il 31 dicembre 2023.

[62] *http://www.regioni.it/newsletter/n-4282/del-26-04-2022/il-28-conferenza-stato-regioni-24096/*

[63] *Cfr. Art. 1 quater "Disposizioni in materia di potenziamento dell'assistenza a tutela della salute mentale e dell'assistenza psicologica e psicoterapica" testo coordinato del decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228 Testo del decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228 (in Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n. 309 del 30 dicembre 2021), coordinato con la legge di conversione 25 febbraio 2022, n. 15 (in questo stesso Supplemento ordinario), recante: «Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi.». (22A01375) (GU Serie Generale n.49 del 28-02-2022 - Suppl. Ordinario n. 8): www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/02/28/22A01375/sg*

Ammontare massimo delle risorse disponibili per i progetti regionali						
Regioni	Popolazione al 1° gennaio 2021	%	Ripartizione	Compartecipazione Sicilia (49,11%)	Ripartizione compartecipazione Sicilia	Risorse assegnate
Piemonte	4.274.945	7,74%	4.643.021		218.643	4.861.664
Lombardia	9.981.554	18,07%	10.840.974		510.509	11.351.483
Veneto	4.869.830	8,82%	5.289.126		249.069	5.538.195
Liguria	1.518.495	2,75%	1.649.239		77.664	1.726.902
Emilia-Romagna	4.438.937	8,04%	4.821.133		227.031	5.048.164
Toscana	3.692.865	6,68%	4.010.824		188.873	4.199.696
Umbria	865.452	1,57%	939.968		44.264	984.232
Marche	1.498.236	2,71%	1.627.235		76.628	1.703.863
Lazio	5.730.399	10,37%	6.223.791		293.083	6.516.874
Abruzzo	1.281.012	2,32%	1.391.308		65.518	1.456.826
Molise	294.294	0,53%	319.633		15.052	334.685
Campania	5.624.260	10,18%	6.108.513		287.654	6.396.167
Puglia	3.933.777	7,12%	4.272.478		201.194	4.473.672
Basilicata	545.130	0,99%	592.066		27.881	619.947
Calabria	1.860.601	3,37%	2.020.800		95.161	2.115.961
Sicilia (*)	4.833.705	8,75%	5.249.891	2.578.221		2.671.669
ITALIA	**55.243.492**	**100,00%**	**60.000.000**	**2.578.221**	**2.578.221**	**60.000.000**
Fonte: ISTAT, Bilancio demografico. http://demo.istat.it/						
(*) Per la Sicilia sono state effettuate le ritenute previste come concorso della Regione ex comma 830 della L.296/2006 (49,11%) sulla somma disponibile. La Regione è chiamata ad integrare le risorse assegnate con l'importo di 2.578.221 euro a carico del bilancio regionale.						

Fonte: Linee di indirizzo per il rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM)[64]

Bonus psicologo

Una misura che sembra non aver convinto le associazioni dei pazienti è il cosiddetto "bonus psicologico 2022", introdotto con il testo della Legge di conversione del Decreto Milleproroghe, e a molti parso un modo per farsi perdonare la dimenticanza in sede di PNRR.
In pratica, il bonus psicologo consiste in un contributo di massimo 600 euro per assistenza psicologica, riconosciuto in base a una serie requisiti, a partire dall'ISEE, e nelle intenzioni del legislatore serve per sostenere le spese per sessioni di psicoterapia da svolgere presso specialisti privati iscritti all'albo degli psicologi/psicoterapeuti senza doverle per altro anticipare. È stato introdotto alla luce dell'aumento delle condizioni di depressione, ansia, stress e fragilità psicologica causato dalla pandemia e dalla crisi socioeconomica. L'obiettivo è quello di contrastare tutte le situazioni di disagio psicologico, depressione, ansia, trauma da stress, in particolare per l'infanzia e l'adolescenza. Infatti, tali casi, soprattutto a causa della pandemia si sono moltiplicate negli ultimi due anni. Ciò detto, la misura è stata accolta sin dalla sua proposta con molta perplessità da parte del "Coordinamento Nazionale per la Salute Mentale", che in maniera netta ha ribadito che "non è con l'introduzione di un bonus che si affronta la "*pandemia psichica*" causata dal Covid, ma con misure strutturali che rafforzino la rete dei Servizi Pubblici. In particolare, il Coordinamento ha espresso "profonda delusione per la proposta di Bonus, che – eludendo l'urgenza di adottare misure per rafforzare il sistema dei servizi pubblici – introdurrebbe discutibili modalità di accesso a prestazioni sanitarie essenziali senza alcuna valutazione da parte del SSN, dei medici di medicina generale, dei professionisti operanti nei servizi di psicologia e di salute mentale territoriali. Soprattutto, senza le garanzie di equità, qualità, appropriatezza e verifica di efficacia degli interventi, cui devono conformarsi fino a prova contraria le attività del SSN"[65].

[64] *Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) regionali, del Ministero della Salute (documento trasmesso alla Conferenza delle Regioni e Province Autonome a fine aprile 2022).*

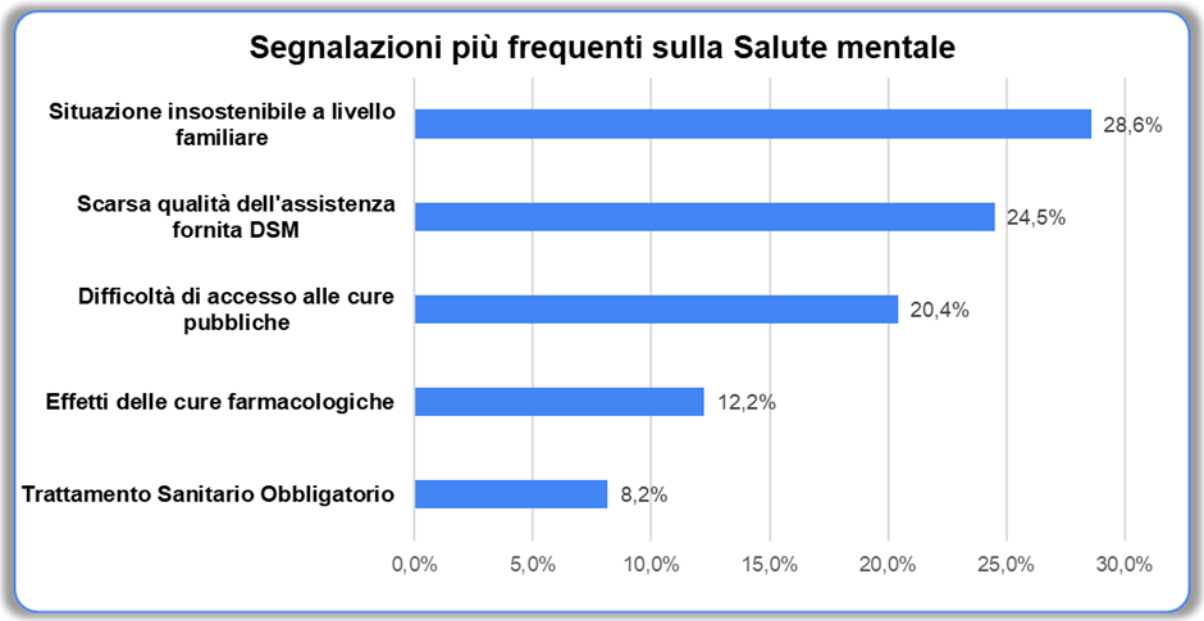
[65] *www.conferenzasalutementale.it/2021/12/08/bonus-salute-mentale-quando-la-soluzione-e-peggio-del-problema/*

8.7 Cosa segnalano i cittadini al Pit Salute

Dalle segnalazioni raccolte nel 2021 da Cittadinanzattiva tramite il PIT Salute, il nostro servizio di informazione e tutela, nonché tramite i nostri sportelli sul territorio, il tema della salute mentale lo ritroviamo nel più ampio contesto delle problematiche afferenti all'assistenza territoriale di prossimità: fatte cento le segnalazioni in tema di assistenza territoriale, il 12,8% di esse fanno esplicito riferimento alla salute mentale, un trend in aumento rispetto al periodo pre-pandemico (infatti erano il 11,8% nel Rapporto PiT Salute 2019).

La "top five" delle segnalazioni

Le segnalazioni più frequenti nell'ambito della salute mentale raccontano le grandi difficoltà che gravano sui pazienti e le loro famiglie, se non proprio la disperazione per la gestione di una situazione ormai diventata insostenibile a livello familiare (28%), la scarsa qualità dell'assistenza fornita dal DSM-Dipartimento di Salute Mentale (24%), la difficoltà di accesso alle cure pubbliche (20%), la gestione degli effetti collaterali delle cure farmacologiche (12%), lo strazio legato alle procedure di attivazione del trattamento sanitario obbligatorio (8%).



Fonte: Cittadinanzattiva -Segnalazioni Pit Salute 2021

Nello specifico, le segnalazioni dei cittadini mostrano un crescente deficit strutturale dei servizi di salute mentale, ovvero dell'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale (ASL). L'assenza o quanto meno la palese carenza di intervento del servizio pubblico fa sì che la gestione se non proprio la cura del paziente psichiatrico sia demandata in moltissimi casi interamente alla famiglia: la gravità e spesso l'insostenibilità di tali situazioni provocano risvolti negativi dal punto di vista economico, sociale e lavorativo, e si riflette in maniera disastrosa sugli equilibri famigliari, già pesantemente compromessi dalla condizione di salute del familiare e da due anni di pandemia, aggravate dalle difficoltà di accesso alle cure. A riguardo, si va dalla mancanza sul territorio di operatori specializzati, alla lungaggine delle liste d'attesa – sia per le visite che per l'ingresso nelle poche strutture specialistiche dedicate -, dalle competenze infermieristiche non sempre adeguate alla appropriatezza delle terapie prescritte. Da qui una insoddisfazione per la qualità dell'assistenza

fornita dai DSM non sempre all'altezza e non solo per mancanza di personale, risorse, e formazione: in quanto a ore di assistenza, numero e frequenza degli incontri, varietà dell'impostazione di cura (quasi sempre affidata alla sola indicazione farmacologica), possibilità di confronto con i medici e, quando intervengono problemi di relazione con questi, di libera scelta del medico stesso all'interno del medesimo centro o del distretto sanitario; tutte queste situazioni compongono l'insoddisfazione generale dell'utenza e la difficoltà di gestire i casi più sensibili, con tutti i rischi di mancata tutela che ne derivano, spesso in maniera alquanto drammatica.

8.8 Attività di advocacy di Cittadinanzattiva a livello locale

Estrapolata dalla cronaca locale, di seguito riportiamo - in ordine cronologico a partire dai casi più recenti- un'esemplificazione della costante attività di advocacy operata dalle realtà locali di Cittadinanzattiva in tema di salute mentale. Tramite la pubblicazione e mezzo stampa vengono portate all'attenzione di decisori politici, operatori sanitari e opinione pubblica, sia denunce che proposte.

Regione	Oggetto della denuncia
Molise	La Consulta regionale della salute mentale - rete di collaborazione e condivisione per il tema in oggetto - convocata a dicembre 2021 dopo una lunga pausa ha rappresentato l'opportunità per evidenziare l'emergenza del tema della salute acuita soprattutto tra i giovanissimi nel periodo del lockdown. Cittadinanzattiva Molise "ha ribadito l'importanza di sviluppare una comunità protagonista, sempre più di prossimità dove la partecipazione attiva e organizzata degli utenti può contribuire al processo di cura, creando quel senso di identità aperto alle differenze"[66].
Campania	Ad agosto 2021, la presidente della Assemblea Territoriale Cittadinanzattiva (di Montefalcione – Avellino – Bassa Irpinia Rete Tribunale Per i Diritti del Malato di Avellino), ha inviato una nota indirizzata ai Direttori Generali dell'Asl di Avellino e dell'Azienda San Giuseppe Moscati e, per quanto di interesse, al Direttore del Dipartimento della Salute Regione Campania e al Prefetto di Avellino chiedendo idonea ricollocazione del Servizio Psichiatrico, valutandone il trasferimento da Solofra presso un presidio DEA I Livello o superiore "allo scopo di garantire con la dovuta sicurezza la trattazione della complessità di cura di tali pazienti, spesso affetti anche da altre più gravi patologie, ed il delicato percorso di presa in carico delle emergenze-urgenze psichiatriche, considerato la soppressione del Pronto Soccorso e di buona parte dell'offerta specialistica ad esso afferente con cui i sanitari della psichiatria sono tenuti a relazionarsi"[67].
Veneto	Ad agosto 2021 Cittadinanzattiva Treviso si fa portavoce di un malessere diffuso avanzando, oltre al proprio "sostegno per l'operato del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana", una serie di richieste, tra cui "aumentare a livello regionale il budget destinato alla salute mentale. Si ritiene infatti che il 3% dedicato alla salute mentale, sia insufficiente. Aumentare le risorse non significa solo garantire ai DSM organici adeguati con l'assunzione di psichiatri, psicologi, educatori, assistenti sociali, ma anche sostenere l'integrazione lavorativa delle persone con disturbi mentali, incrementare gli eventuali assegni di invalidità, permettere la costruzione di strutture di co-

[66] *https://quotidianomolise.com/cittadinanzattiva-mantiene-alta-lattenzione-sui-servizi-della-salute-mentale/*
[67] *www.nuovairpinia.it/2021/08/11/servizio-psichiatrico-via-da-solofra-cittadinanzattiva-ricollocare-lunita/*

	housing, incrementare i fondi comunali e gli assistenti sociali dedicati, potenziando le cooperative sociali che lavorano e sostengono queste persone. La seconda proposta è quella di ridefinire cos'è la salute mentale di una persona e quella di una comunità, quali siano i fattori che le determinano, come vadano tutelate e da chi. Quello che ci chiedono è raccontare, parlare e dire della loro situazione "Il desiderio di avere una grande gomma per cancellare il presente e disegnarlo nuovo". C'è quindi bisogno di una nuova cultura perché, se c'è un disagio così diffuso, un malessere e un'angoscia del vivere, non ci sarà nessun servizio pubblico di Salute Mentale in grado di ascoltare e prendersi cura di migliaia di bambini, giovani, anziani che presentano problemi psichici, ma c'è bisogno di lavorare perché la fragilità psichica diventi una realtà da accettare, in primo luogo come costitutiva di ogni persona e quindi di ogni comunità e non un problema da limitare, combattere, negare, eradicare" .
Abruzzo	A luglio 2021 la Segreteria Regionale di Cittadinanzattiva Abruzzo con una lettera aperta denuncia che "Negli ultimi mesi riceviamo spesso segnalazione di servizi non efficaci e non efficienti per la cura delle persone che soffrono di disturbi mentali. Fin dal febbraio dello scorso anno abbiamo richiesto l'attivazione di un tavolo tecnico ove potessero confluire tutti i soggetti che si occupano di salute mentale (pubblici, associazioni del terzo settore, sindacati, etc.) e lo scorso maggio abbiamo rinnovato l'invito, ma senza ottenere alcuna risposta. Ci sono pervenute centinaia di mail di genitori disperati per chiederci aiuto perché sia garantito il servizio di neuropsichiatria infantile, che ha visto L'Aquila una eccellenza a livello nazionale, e nonostante la richiesta alla direzione generale e sanitaria di come intendono gestire la questione ancora una volta non abbiamo avuto alcuna risposta"[68].
Toscana	A giugno 2021, la coordinatrice dell'Assemblea Territoriale di Lucca e Valle del Serchio di Cittadinanzattiva Toscana APS scrive al Direttore generale dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest, e per conoscenza al Presidente della Giunta Regionale Toscana e all'Assessore al Diritto alla Salute, una lettera aperta riguardante l'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti della Valle del Serchio, con una richiesta di intervento urgente per fronteggiare l'aggravamento della drammatica carenza di Personale[69].
Toscana	A giugno 2021 arriva la denuncia delle associazioni di tutela a fronte di famiglie abbandonate a se stesse. «I servizi essenziali non ci sono più. L'assistenza e il supporto psicologico sono negati anche in situazioni di evidente pericolo» a dirlo criticando «la grave carenza dei servizi di salute mentale nelle Colline dell'Albegna» sono i rappresentanti di associazione locali tra cui Cittadinanzattiva Toscana. "Si dovrebbe sapere tutti che la pandemia ha aumentato il bisogno di socializzazione. Il servizio di salute mentale dovrebbe saperlo ancora di più potenziando l'offerta. Una situazione davvero intollerabile è quella dei familiari che – in grande solitudine – grava sempre più tutto il peso del disagio, senza trovare né supporto né ascolto nel personale sanitario preposto. I cittadini che hanno bisogno e che possono permetterselo devono ricorrere alla sanità privata,

[68] *www.csvabruzzo.it/laquila/bacheca-associazioni-laquila/cittadinanzattiva-abruzzo-un-grido-dallarme-sulla-salute-mentale/*

[69] *www.cittadinanzattivatoscana.it/2021/06/30/lettera-sui-servizi-di-salute-mentale-della-valle-del-serchio/*

	ma gli altri che possono fare? E poi la beffa: a quelli che ricorrono al privato viene negato anche il rinnovo del piano terapeutico da parte di chi ce li ha in cura"[70].
Liguria	Ad ottobre 2020 la lettera di Cittadinanzattiva Liguria e della locale sezione del Tribunale per i diritti del Malato alle autorità competenti, Prefetto e Direttore Generale. "Si tratta di una grave ed insostenibile situazione in cui si presenta il Dipartimento di Psichiatria e Salute Mentale dell'Asl 1 Imperiese. Il tema della carenza di psichiatri è stato già affrontato in numerosi incontri con le direzioni Asl competenti. Tuttavia, le risposte fornite in quelle sedi sono complessivamente inadeguate, sia per quanto riguarda il numero di specialisti da assumere e la loro stabilizzazione, sia per quanto riguarda i tempi di realizzazione delle immissioni attraverso le relative procedure. È importante sottolineare che la cura della malattia psichiatrica si realizza nella costituzione di un sistema di rete, nel quale devono integrarsi le competenze necessarie fra la psichiatria propriamente detta, la psicologia, la terapia di riabilitazione psichiatrica, l'assistenza socio-sanitaria con la finalità di aiutare i malati nel percorso di reinserimento nella società, diminuendo così le conseguenze potenzialmente pericolose e di allarme sociale. È ovvio che per realizzare questi obiettivi occorre personale specializzato e che il rischio, in assenza, è di non assicurare ai malati ed ai loro familiari il diritto costituzionale alla salute e ad un adeguato livello di assistenza e di sicurezza"[71].
Campania	Ad aprile 2020, in piena pandemia, la responsabile del Tribunale Diritti del Malato, denuncia che "la Direzione Strategica della ASL/AV nel tentativo di predisporre, finalmente, all'interno del Presidio Ospedaliero Frangipane, due distinti percorsi uno dedicato alle funzioni del DEA di 1 ^ livello, e l'altro per le necessità afferenti ai ricoveri per il COVID 19, ha deciso lo spostamento dei servizi del Centro Salute Mentale dal Frangipane ad altra sede allocata in un Comune diverso. Al danno per la tardiva suddivisione dei percorsi, si aggiunge, per i cittadini di Ariano la beffa di perdere un servizio da sempre ubicato nel proprio territorio. Al Direttore Generale si chiede di reperire i locali nel Comune di Ariano che abbonda di superfici libere ed idonee all'uso. Al Commissario Prefettizio si chiede di intervenire per vanificare l'ipotesi offrendo, anche in comodato d'uso, idonei locali dove ospitare il servizio CSM. Al Direttore del Dipartimento di Salute Mentale si chiede di esprimere parere sulla efficienza, efficacia ed economicità di spostare dalla città più popolosa dopo il capoluogo di Provincia un servizio tanto delicato e caratterizzato dal minor spostamento possibile per i pazienti"[72].
Abruzzo	Ad aprile 2020, sindacati, associazioni di pazienti ed organizzazioni di tutela dei diritti, tra cui Cittadinanzattiva Abruzzo, scrivono alla Regione Abruzzo e alle Aziende Sanitarie in merito ai Servizi per la Salute Mentale erogati nella fase 1 dell'emergenza e avanzando delle proposte da attuare nell'imminente fase 2. "L'analisi della situazione" si legge in una nota "ha portato ad evidenziare marcate differenze tra le quattro province e anche all'interno dei Dipartimenti tra i diversi Centri di Salute Mentale. Così, le prestazioni in forme individuali domiciliari sono rarissime, alcuni Centri hanno addirittura sospeso le attività ambulatoriali

[70] *www.ilgiunco.net/2021/06/05/salute-mentale-le-associazioni-chiedono-di-essere-ascoltate-famiglie-abbandonate-a-se-stesse/*

[71] *www.imperianews.it/2020/10/09/leggi-notizia/argomenti/attualita-5/articolo/mancano-gli-psichiatri-in-asl-1-lettera-di-cittadinanzattiva-e-tribunale-del-malato-alle-autorita.html*

[72] *www.arianonews24.it/cittadinanzattiva-e-tribunale-diritti-del-malato-lasl-ha-deciso-lo-spostamento-in-altro-comune-dei-servizi-del-centro-salute-mentale/*

	limitandosi alle urgenze e ai pazienti non resta che un accesso telefonico; le attività riabilitative continuano, a distanza, solo grazie agli sforzi degli Enti del Terzo Settore"[73]. La lettera fa seguito all'incontro - avente ad oggetto anche il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari - avuto a gennaio 2020 tra l'assessore regionale alla sanità e il neo costituito Osservatorio Regionale per la Salute Mentale della Regione Abruzzo (tra cui figura anche Cittadinanzattiva Abruzzo)[74].

Meno della metà (46%) delle **Segreterie Regionali di Cittadinanzattiva** interpellate sul tema ha riscontrato iniziative di promozione della salute mentale rivolte ai giovani poste in essere dalle istituzioni regionali. A titolo esemplificativo, si riportano due recenti iniziative avviate in Umbria:

- "YAU – YOUNG ANGLES UMBRIA"[75] è un servizio innovativo di ascolto online dedicato ai giovani tra i 14 e i 29 anni, promosso dalla Regione Umbria in collaborazione con il Comune di Perugia, il Centro Servizi Giovani e l'USL Umbria 1 e 2. I ragazzi possono contattare YAU attraverso la chat per parlare e chiedere informazioni su salute, benessere fisico e psichico, sessualità, scuola, lavoro e cultura. A rispondere saranno i peer, ragazzi formati e supportati da tutor psicologi.
- "Con-Tatto! Covid-19"[76], è invece una chat di sostegno psicologico rivolta **agli adolescenti e ai giovani adulti** (ragazzi dai 14 ai 27 anni) al fine di aiutarli ad affrontare meglio i disagi provocati dall'emergenza. L'iniziativa è stata promossa e organizzata dal **servizio di Promozione della salute del distretto del Perugino della Usl Umbria 1** insieme agli operatori del centro servizi giovani del Comune di Perugia.

8.9 L'impegno di Cittadinanzattiva a carattere nazionale e regionale

"In Equilibrio": Storie di vita e percorsi nella salute mentale

«Non c'è salute senza salute mentale»[77]. È semplice da capire e non è affatto uno slogan, ma alla salute e alla malattia, che siano depressione o attacchi di panico, sono ancora associate discriminazioni, paure, bisogni inespressi e servizi non sempre capaci di intercettare le necessità di chi soffre in prima persona e dei familiari tutti. Così Cittadinanzattiva – Tribunale per i diritti del malato ha lanciato a febbraio 2020 la campagna di informazione e sensibilizzazione "In Equilibrio"[78], online sui principali social network. L'obiettivo è creare maggiore consapevolezza, specialmente fra i giovani, e combattere pregiudizio, stigma e paure purtroppo ancora collegate alla malattia mentale. La salute mentale viene affrontata attraverso il racconto in prima persona, o con la voce di un familiare, che ripercorre la sofferenza, la paura, la difficoltà di diagnosi ma anche la rinascita di chi vive problemi come la depressione, i disturbi ossessivi compulsivi, gli attacchi di panico, l'anoressia, i deficit di attenzione o iperattività, la depressione post partum, la schizofrenia, l'hikikomori.
Protagonisti della campagna sono Pamela, Aldo, Giuseppe, Giacomo, Laura, Federica, Teresa, Riccardo: otto storie scritte per raccontare la fatica e la sofferenza di una diagnosi precoce e di

[73] *https://news-town.it/cronaca/29955-emergenza-covid-19-e-salute-mentale,-le-associazioni-e-i-sindacati-scrivono-alla-regione-abruzzo-e-alle-aziende-sanitarie.html*
[74] *www.cosma-ets.it/comunicazione/comunicati-stampa/comunicato-stampa-le-associazioni-per-la-salute-mentale-incontrano-lassessore-veri/*
[75] *www.comune.perugia.it/pagine/yau-young-angles-umbria*
[76] *www.uslumbria1.it/notizie/emergenza-covid-19-arriva-la-chat-con-gli-psicologi-per-aiutare-gli-adolescenti*
[77] *apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_ita.pdf;jsessionid=01F8C1E0E1A32295FEE1365742777F16?sequence=8*
[78] *www.cittadinanzattiva.it/comunicati/13018-al-via-in-equilibrio-storie-di-vita-e-percorsi-nella-salute-mentale.html*

un percorso spesso tortuoso, ma anche la gioia di una rinascita. Otto storie che danno voce a chi, direttamente o indirettamente come familiare, si è visto "cascare addosso" la malattia mentale, e ha avuto la forza di affrontare le proprie paure e ossessioni, sapendo di potercela fare. Quindi la soddisfazione di un lavoro, perché si può essere inseriti nella società e lavorare, o il desiderio di laurearsi anche se ci si impiega più, l'emozione di viaggiare e di sentirsi adeguati. Sono otto storie personali, raccolte nell'e-book *In Equilibrio. Storie di vita e percorsi nella salute mentale*[79].

"Insieme per la salute mentale"

Iniziativa[80] lanciata per rompere ogni pregiudizio nei confronti delle persone che soffrono di disturbi mentali e dei loro cari, favorendone così la loro integrazione, rispetto e inclusione sociale. A dare il sostegno alla campagna #rompiamoilpregiudizio, le principali Società Scientifiche, Fondazioni, associazioni di pazienti ed altre associazioni – tra cui Cittadinanzattiva[81] - ed enti vicini al mondo della salute, nonché attori operanti in ambiti diversi e complementari, a testimonianza di un impegno congiunto che coinvolge tutti.

Empowerment dei territori per una salute mentale di comunità[82]: percorso di formazione per Campania, Molise e Veneto[83]

La salute mentale rappresentava un'emergenza già ben prima della pandemia da Covid. Per questo, in continuità con il percorso di formazione svolto nel 2020, Cittadinanzattiva ha avviato nel 2021 un percorso formativo vòlto a consolidare le competenze sui territori e rivitalizzare le politiche locali sul tema, riconnettendosi al dibattito animato dalla celebrazione della Giornata Mondiale della Salute Mondiale, dedicata nel 2021 al tema delle disuguaglianze. In occasione della tappa in Molise, in particolare, è stato presentato "Tutela e promozione della salute mentale" un documento elaborato da un gruppo di stakeholder con competenze multiprofessionali e multidisciplinari, contente quattro Raccomandazioni e un impegno[84].

Uscire dall'ombra della depressione: Manifesto e incontri con gli specialisti

A novembre 2021 è arrivato nelle Marche il percorso di sensibilizzazione "Uscire dall'ombra della depressione", organizzato da Fondazione Onda[85] e patrocinato dall'Assemblea legislativa regionale delle Marche, da SIP-Società Italiana di Psichiatria, da SINPF–Società Italiana di Neuropsicofarmacologia, da Cittadinanzattiva e da Fondazione Progetto Itaca. Questa iniziativa è parte di un ciclo di incontri, avviati nel 2020 e a cui hanno già preso parte 13 regioni italiane, organizzati allo scopo di promuovere azioni a livello territoriale per facilitare l'accesso alla diagnosi e alle cure più appropriate attraverso il coinvolgimento di Istituzioni e rappresentanti locali a livello medico, assistenziale e sociale[86]. Nell'ambito della salute mentale, infatti, la depressione costituisce la prima causa di disabilità a livello globale. Ad ottobre 2020, per esempio, era stato presentato in Emilia-Romagna[87] il relativo Manifesto[88], nato per sensibilizzare

[79] *www.cittadinanzattiva.it/comunicati/13595-giornata-mondiale-della-salute-mentale-2020-scarica-il-nostro-e-book-inequilibrio.html*
[80] *https://insiemeperlasalutementale.it/*
[81] *www.youtube.com/watch?v=PRSGxDpj3ag*
[82] *www.cittadinanzattiva.it/notizie/14150-scuola-civica-parte-la-formazione-regionale-sulla-salute-mentale-di-comunita.html*
[83] *https://cittadinanzattivamolise.it/empowerment-dei-territori-per-una-salute-mentale-di-comunita/*
[84] *https://cittadinanzattivamolise.it/tutela-e-promozione-della-salute-mentale/*
[85] *https://ondaosservatorio.it/it/progetto/uscire-dall-ombra-depressione/*
[86] *www.anconatoday.it/benessere/salute/depressione-rimedi-come-uscire.html*
[87] *www.cittadinanzattiva-er.it/presentazione-del-manifesto-uscire-dallombra-della-depressione/*
[88] *https://ondaosservatorio.it/ondauploads/2019/03/manifesto-per-cartelline.pdf*

le autorità competenti su questa patologia affinché vengano intraprese le azioni opportune per facilitare l'accesso agli approcci di cura più appropriati e innovativi per i pazienti che soffrono di depressione.

Conclusioni

La realtà del nostro Paese, sia pure nelle sue difformità e con le sue eccellenze anche in questo ambito, ci rivela che il mondo della salute mentale è pieno di bisogni inespressi e insoddisfatti, di servizi scarsamente diffusi e poco capaci di prendersi cura delle persone: dai dati in nostro possesso emerge una disparità territoriale alquanto marcata in termini di numeri di strutture, personale, prestazioni erogate e costi.
La pandemia ha aggravato un bisogno che già c'era, anche a causa della poca attenzione riservata alla salute mentale. Infatti, la salute mentale rappresentava un'emergenza già ben prima della pandemia da Covid, le cui conseguenze socio-economiche hanno esacerbato criticità di fatto preesistenti, tra cui: disparità di accesso ai servizi - soprattutto in aree interne-, scarso rispetto dei diritti umani, disinvestimento economico, persistente approccio biomedico versus quello psico–sociale, preponderanza della medicina ospedaliera, stigma sociale, disgregazione tra gli interventi sociali e sanitari. La pandemia ha avuto un impatto drammatico sulla salute mentale, anche e soprattutto dei giovani: sono in aumento i sintomi depressivi, i disturbi d'ansia, i disturbi del comportamento alimentare, le dipendenze. Si prova ad arginare con i bonus psicologici ma è un palliativo: nei servizi pubblici italiani ci sono soltanto 5mila psicologi[89], e a supplire alle carenze del servizio sanitario sono i pazienti e le loro famiglie, mentre per le più recenti disposizioni occorrerà tempo prima che vengano implementate a livello di singole Regioni.
Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un progressivo impoverimento dei Dipartimenti di salute mentale e, più in generale, di poca attenzione alla prevenzione dei disturbi e delle malattie che sono invece in grande aumento. C'è molto lavoro da fare ancora per ridurre il divario tra questi bisogni e le risposte che devono essere garantite. Quello che colpisce è quanto sia ancora vivo lo stigma legato alla malattia mentale.
Per aggredire tali criticità è imprescindibile lavorare a più livelli sulle priorità strategiche del sistema di presa in carico del disagio mentale, condivise a livello internazionale da esperti e Istituzioni: in primo luogo investire su una medicina territoriale incentrata su servizi di prossimità a persone e comunità, in cui sia centrale la "rete" di collaborazione tra attori e stakeholder del sistema.
Servono dunque risorse dedicate, un'adeguata prevenzione con un servizio di prossimità che funzioni meglio, per intercettare i primi campanelli d'allarme ed evitare che la situazione degeneri, ma serve anche tanto ascolto[90].

[89] *www.huffingtonpost.it/blog/2022/03/28/news/in_italia_la_salute_e_solo_bio-sociale_il_buco_nero_dell_assistenza_psicologica-9052050/*
[90] *www.vita.it/it/article/2020/02/20/in-equilibrio-parte-la-nuova-campagna-sulla-salute-mentale/154104/*

9. Assistenza ospedaliera e mobilità sanitaria

A cura di Valeria Fava

Il tema dell'assistenza ospedaliera rappresenta un importante banco di prova per la valutazione delle capacità del sistema sanitario: le chiusure massicce degli ultimi anni hanno sicuramente rivoluzionato e costretto all'adattamento la sanità territoriale, con tutta una serie di ruoli e compiti che, insieme al lavoro delle strutture ASL, dovrebbero garantire la copertura delle esigenze su tutti i livelli. Non sempre però questo criterio viene rispettato: in questi casi i cittadini sono protagonisti di episodi in cui uno o più anelli della catena di presa in carico sono deboli o addirittura inesistenti e sperimentano come risultato l'erogazione non ottimale di un servizio, il ritardo o addirittura la negazione dello stesso; ecco che interviene la necessità di spostarsi in altro luogo, per avere accesso a quanto spetta attraverso il servizio pubblico. L'analisi del contesto dell'assistenza ospedaliera, e della mobilità sanitaria ad essa collegata, non può però prescindere dalla considerazione delle oggettive difficoltà delle strutture, quando si fronteggia una domanda variegata, distribuita su tutte le fasce d'età e con gli onnipresenti problemi di budget e mancanza di personale.

9.1 L'assistenza ospedaliera nel nuovo sistema di garanzia LEA

Dal 2020, come già accennato nel capitolo sulla prevenzione, sarà in vigore il Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA, approvato nel dicembre 2018 in Conferenza Stato-Regioni. La nuova metodologia valuta distintamente le tre aree di assistenza e attribuisce loro un valore compreso in un range 0-100. La garanzia di erogazione dei LEA si intende raggiunta qualora, entro ciascun livello, sia raggiunto un punteggio pari o superiore a 60, in modo da non consentire la compensazione tra livelli. Il punteggio di ogni area è determinato dalla media pesata dei 22 indicatori core (con un peso pari a 1 qualora la soglia è data dalla mediana dei valori regionali, e un peso pari a 2 se è fissato dalla normativa di riferimento). I restanti 56 indicatori condivisi dal Gruppo di lavoro saranno oggetto di ulteriori approfondimenti. Per l'area dell'assistenza ospedaliera vengono definiti sei indicatori: tasso di ospedalizzazione standardizzato rispetto alla popolazione residente, interventi per tumore maligno al seno eseguiti in reparti con volumi di attività superiore a 150 interventi annui, ricoveri a rischio inappropriatezza, quota di colecistectomie con degenza inferiore ai 3 giorni, over 65 operati di frattura al femore entro 2 giorni; parti cesarei in strutture con più e meno di 1000 parti l'anno.

Come si può vedere dal dettaglio della figura di seguito riportata, l'assistenza ospedaliera, presenta punteggi generalmente sufficienti con alcuni rilievi però, sotto al limite della sufficienza, che riguardano in particolare le Regioni Molise e Calabria.

I dati sulla assistenza ospedaliera - il nuovo sistema di garanzia LEA

Regioni	Punteggio
Piemonte	85,78
Valle d'Aosta	62,59
Lombardia	86,01
Liguria	75,99
Veneto	86,66
P.A Trento	96,98
P.A Bolzano	72,79
FVG	80,62
Emilia Romagna	94,66
Toscana	91,39
Umbria	87,97
Marche	82,79
Lazio	72,44
Abruzzo	73,84
Molise	48,73
Campania	60,4
Puglia	72,22
Basilicata	77,52
Calabria	47,43
Sicilia	70,47
Sardegna	66,21

Fonte: Corte dei Conti - Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica

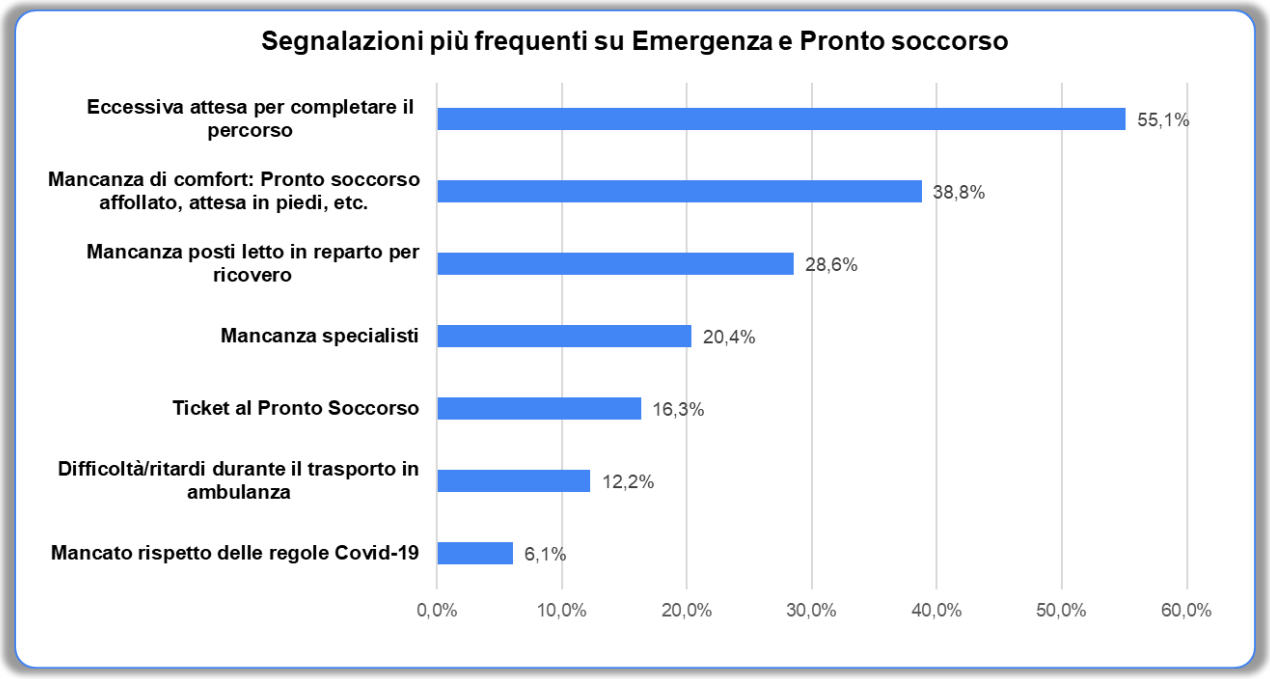
9.2 Servizi per le emergenze: dai dati dei cittadini all'offerta dei servizi

Entrando nel merito del tema partendo dalle segnalazioni ricevute dai Pit sul territorio e dagli sportelli di tutela, notiamo subito che ben il 74,7% delle segnalazioni in questo ambito ha riguardato l'Emergenza e Pronto soccorso.[91]

Si tratta dei momenti in cui i cittadini effettivamente si confrontano con l'organizzazione dei servizi quali, in primis, la gestione delle urgenze e poi con la vera e propria presa in carico a livello ospedaliero con tutte le particolarità del caso. Indubbiamente sulle segnalazioni del 2021 hanno inciso le nuove ondate di Covid (soprattutto nella prima e nell'ultima parte dell'anno) ed anche la rigidità delle regole di gestione degli accessi al Pronto soccorso, che hanno reso ancor più critico un settore nel quale da anni urge una riforma di sistema che va di pari passo con la riforma dell'assistenza territoriale e di prossimità.

Le segnalazioni più frequenti su Emergenza e Pronto Soccorso riguardano: l'eccessiva attesa per completare il percorso (55,1%), la mancanza di confort (38,8%), la mancanza di posti letto in reparto per ricovero (28,6%)

L'organizzazione delle strutture e l'affluenza elevata concorrono a creare attese e trattamento non pertinente dei cittadini, situazioni che generalmente si acuiscono in periodi determinati dell'anno (quando aumentano i sintomi influenzali, ad esempio) o in particolari località (di villeggiatura, ad esempio) e che comunque contribuiscono ad abbassare fortemente lo standard di offerta dei servizi. Come abbiamo già evidenziato, la pandemia ha inciso su una gestione già difficile dei Pronto soccorsi. Alle attese e disservizi causate dalla congestione del Pronto soccorso si sono andate ad aggiungere le norme anti-covid (tampone in ingresso, percorsi separati, etc.) che sicuramente hanno contribuito ad allungare ancor di più i tempi.



[91] *Ricordiamo che le segnalazioni sull'assistenza ospedaliera sono l'11,4% del totale delle segnalazioni (13748) ricevute dai PiT salute e sportelli di tutela nel 2021.*

9.3 L'offerta dei servizi per l'emergenza: Pronto soccorso DEA I e II Livello

In questo paragrafo volgiamo descrivere l'offerta dei servizi per l'emergenza presso le strutture di ricovero. Essa in Italia è organizzata come segue:

I servizi di Pronto soccorso

- attività di accettazione per i casi elettivi e programmati;
- attività di accettazione per i casi che si presentano spontaneamente e non rivestono carattere di emergenza - urgenza;
- attività di accettazione di soggetti in condizioni di urgenza differibile;
- attività di accettazione di soggetti in condizioni di urgenza indifferibile;
- attività di accettazione di soggetti in condizioni di emergenza.

Presso tali servizi sono assicurati gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato. Nei casi più complessi sono garantiti gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e l'eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate, sotto il coordinamento della Centrale operativa.

I Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione (DEA)

Il DEA rappresenta un'aggregazione funzionale di unità operative che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale, ma che riconoscono la propria interdipendenza adottando un comune codice di comportamento assistenziale, al fine di assicurare, in collegamento con le strutture operanti sul territorio, una risposta rapida e completa.

I DEA afferiscono a due livelli di complessità, in base alle Unità operative che li compongono: DEA di I livello e DEA di II livello.

Ospedale sede di D. E. A. di I livello

Garantisce oltre alle prestazioni fornite dagli ospedali sede di Pronto Soccorso anche le funzioni di osservazione e breve degenza, di rianimazione e, contemporaneamente, deve assicurare interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC (Unità di Terapia Intensiva Cardiologia). Sono inoltre assicurate le prestazioni di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini, e trasfusionali.

Ospedale sede di D. E. A. di II livello

Assicura, oltre alle prestazioni fomite dal DEA I livello, le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza, tra cui la cardiochirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia vascolare, la chirurgia toracica, secondo le indicazioni stabilite dalla programmazione regionale.

Altre componenti di particolare qualificazione, quali le unità per grandi ustionati, le unità spinali ove rientranti nella programmazione regionale, sono collocati nei DEA di II livello, garantendone in tal modo una equilibrata distribuzione sul territorio nazionale ed una stretta interrelazione con le centrali operative delle regioni.

Particolare interesse ha rivestito in questi ultimi anni l'area dell'emergenza. Dalla figura che segue è possibile osservare che il 51,7% degli ospedali pubblici risulta dotato nel 2019 di un dipartimento di emergenza e oltre la metà del totale degli istituti (67,2%) di un centro di rianimazione. Il pronto soccorso è presente nell' 80,2% degli ospedali. Il pronto soccorso pediatrico è presente nel 16,7% degli ospedali.

Strutture di ricovero pubbliche - l'offerta dei servizi per l'emergenza

	Dipartimento di Emergenza		Pronto Soccorso		Pronto Soccorso Pediatrico		Centro di Rianimazione		Ambulanze di Tipo "A"		Ambulanze	Ambulanze Trasporto	Ambulanze	Unità Mobili
Regione	Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale Strutture	Totale	% con Medico	Pediatriche	Emergenza Neonato	di Tipo "B"	di Rianimazione
PIEMONTE	24	68,6	26	74,3	7	20,0	24	68,6	9	44,4		6	16	6
VALLE D'AOSTA	1	100,0	1	100,0	1	100,0	1	100,0	15	13,3				
LOMBARDIA	38	65,5	40	69,0	24	41,4	42	72,4	73	5,5	2	8	30	28
PROV. AUTON. BOLZANO	1	14,3	7	100,0	1	14,3	6	85,7						
PROV. AUTON. TRENTO	1	12,5	7	87,5	1	12,5	2	25,0	210				5	
VENETO	11	47,8	15	65,2	2	8,7	14	60,9	174	19,5		1	34	5
FRIULI VENEZIA GIULIA	7	70,0	7	70,0	3	30,0	8	80,0	42	4,8		3	8	
LIGURIA	9	81,8	9	81,8	5	45,5	10	90,9	75				12	17
EMILIA ROMAGNA	19	82,6	20	87,0	4	17,4	21	91,3	153	14,4		4	6	7
TOSCANA	21	52,5	33	82,5	3	7,5	28	70,0	85	2,4			28	
UMBRIA	7	70,0	9	90,0			7	70,0	33	57,6			16	3
MARCHE	7	87,5	8	100,0	1	12,5	7	87,5	19	78,9			10	5
LAZIO	25	47,2	39	73,6	6	11,3	29	54,7	15	60,0		5	36	7
ABRUZZO	8	47,1	15	88,2	2	11,8	12	70,6	25	44,0		4	13	8
MOLISE	1	20,0	3	60,0			5	100,0	3			2	5	5
CAMPANIA	18	36,7	44	89,8	12	24,5	38	77,6	53	37,7	1	5	74	19
PUGLIA	19	57,6	29	87,9	1	3,0	22	66,7	65	20,0		11	55	12
BASILICATA	1	11,1	2	22,2			2	22,2				1	10	1
CALABRIA	8	34,8	20	87,0	2	8,7	12	52,2	18	33,3		1	4	2
SICILIA	30	44,8	57	85,1	6	9,0	42	62,7	47	19,1	3	4	47	50
SARDEGNA	10	40,0	22	88,0	5	20,0	14	56,0	36	13,9	1	2	25	16
ITALIA	266	51,7	413	80,2	86	16,7	346	67,2	1.150	15,4	7	57	434	191

Fonte: Annuario statistico Ministero della salute 2019

Venendo all'analisi del dato regionale sull'offerta di servizi per l'emergenza, possiamo dire che se nella media il 51,7% delle strutture ospedaliere pubbliche ha un dipartimento di urgenza e l'80,2% ha un pronto soccorso, vi sono delle realtà con delle percentuali sicuramente più esigue e sotto la madia sia per la presenza di DEA sia di pronto soccorso; è l'esempio di Veneto (47,8 DEA e 65,2 PS) e Lazio (47,2% DEA e 73,8% PS). Particolarmente sguarnite di Dipartimenti di emergenza e PS risultano soprattutto la Basilicata (11,1% DEA e 22,2% PS), Molise (20% DEA e 60% PS).

Sui pronto soccorso pediatrici la variabilità è ancora più marcata con la Puglia e le Marche con una sola struttura, il Veneto con 2 strutture (8,7%) Calabria con 2 strutture (8,7%). Rispetto alle rianimazioni, a fronte di una presenza media di centri del 67,2%, la carenza è riscontrabile in particolare per la P.A di Trento (25%), Basilicata (22,2%) e Calabria (52,2%).

9.4 Strutture di ricovero pubbliche

Nel 2019 le strutture di ricovero pubbliche in Italia sono 515. Il 63,9% delle strutture pubbliche è costituito da ospedali direttamente gestiti dalle Aziende Sanitarie Locali, il 10,3% da Aziende Ospedaliere, ed il restante 26,3% dalle altre tipologie di ospedali pubblici.

STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE PER TIPO STRUTTURA ANNO 2019

Regione	Aziende Ospedaliere	Ospedali a Gestione Diretta	A.O. Integrata con il SSN	A.O. Integrata con Università	Policlinico Universitario Privato	Istituti a Carattere Scientifico	Ospedali Classificati o Assimilati	Istituti Presidio della ASL	Enti di Ricerca	Totale
PIEMONTE	3	20		3		3		6		35
VALLE D'AOSTA		1								1
LOMBARDIA	27					26	5			58
PROV. AUTON. BOLZANO		7								7
PROV. AUTON. TRENTO		7					1			8
VENETO	1	11		1		3	5	2		23
FRIULI VENEZIA GIULIA		8				2				10
LIGURIA		6				3	2			11
EMILIA ROMAGNA		15		4		3		1		23
TOSCANA		31		4		2		2	1	40
UMBRIA	2	8								10
MARCHE	1	5		1		1				8
LAZIO	2	32	1	2	2	6	8			53
ABRUZZO		17								17
MOLISE		3				1			1	5
CAMPANIA	6	34	2	1		2	4			49
PUGLIA		24	1	1		5	2			33
BASILICATA	1	7				1				9
CALABRIA	4	18				1				23
SICILIA	5	53	3			4	1	1		67
SARDEGNA	1	22	2							25
ITALIA	**53**	**329**	**9**	**17**	**2**	**63**	**28**	**12**	**2**	**515**
									ASS_OSP_STR_01	

Fonte: Annuario statistico Ministero della salute 2019

9.5 Posti letto

A livello nazionale sono disponibili 3,5 posti letto ogni 1.000 abitanti, in particolare i posti letto dedicati all'attività per acuti sono 2,9 ogni 1.000 abitanti.

Pur essendo un fenomeno comune agli altri Paesi europei, è indubbio che con il dato di 3,5 posti letto per 1000 abitanti, il nostro si pone ben al di sotto degli standard di Francia e Germania che hanno, rispettivamente 6 e 8 posti, accomunando la nostra condizione a quella di Spagna e Gran Bretagna con 3 e 2,5 posti per mille abitanti.

Con la fissazione di standard sempre più stringenti in termini di posti letto per abitanti le regioni si sono trovate costrette ad affrontare il problema dei piccoli ospedali, quelli che, specie sul fronte della attività chirurgica, operano spesso su volumi troppo contenuti per garantire adeguati livelli di qualità. Con il decreto 70/2015, che ha definito standard per disciplina basati su "bacini di utenza", si è voluto aiutare la chiusura dei piccoli presidi che spesso presentano rischi maggiori in termini di esiti finali delle cure. Sono numerosi i risultati che pongono in evidenza come una riduzione dei volumi di attività abbia effetti negativi sulla mortalità per diverse tipologie di tumore, sugli esiti sfavorevoli legati al parto, sulle riammissioni per le artroplastiche.

La chiusura dei piccoli presidi tuttavia ha creato e crea tuttora problemi di accesso alle cure, specie nelle aree extraurbane, che dovevano essere controbilanciate da servizi territoriali più adeguati.

È evidente che il processo di riduzione dei posti letto traeva impulso anche dalla necessità di riassorbire squilibri economici e finanziari. Ogni posto letto rappresenta, ove non giustificato, un "centro di costo" di rilievo, su cui è difficile incidere. Come è stato sottolineato anche di recente, la dimensione dei costi ad essi associati è nel nostro Paese ancora superiore a quella di altri sistemi sanitari europei.

Un altro argomento a sostengo della necessità di ridurre i posti letto è quello per cui da almeno un decennio l'obiettivo dei sistemi sanitari è stato quello di trovare una risposta più adeguata alle malattie più diffuse e croniche per le quali si è considerato che il ricovero ospedaliero è spesso inappropriato al di fuori della fase acuta della malattia. La cura, per questi pazienti, richiede quindi meno ospedali e più strutture territoriali. L'obiettivo su cui ci si è mossi è stato, quindi, quello di contenere la quota di risorse destinate all'assistenza ospedaliera per destinarne maggiori alla territoriale. I risultati ottenuti finora sono stati solo parzialmente soddisfacenti. Come l'esperienza più recente sembra confermare, un effettivo potenziamento della assistenza territoriale rappresenta una priorità: tale rete costituisce una sorta di prima linea anche nella guerra alla pandemia.

Non investire adeguatamente sul territorio è destinato a ripercuotersi negativamente sugli ospedali, oltre a far gravare sugli stessi operatori un onere inaccettabile in termini di vite umane.

Il timore da più parti espresso è che il processo che ha portato alla riduzione della dotazione di posti letto sia stato troppo netto. Che si sia, in altre parole, deospedalizzato troppo pur considerando che il fenomeno ha caratterizzato sostanzialmente tutti i sistemi sanitari dei paesi europei e va avanti da alcuni anni.

Dalla tabella seguente si nota che la distribuzione risulta piuttosto disomogenea a livello territoriale. Infatti 8 Regioni, prevalentemente del sud (Piemonte, PA di Trento, Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia) registrano percentuali al di sotto dello standard previsto dal DM 70/15 (3 posti letto per 1000 abitanti), è il caso in particolare della Calabria con 2,5 posti letto per 1000 abitanti e la Campania con il 2,7. Altre Regioni al contrario presentano percentuali ben oltre la media come nel caso del Friuli Venezia Giulia con 3,3 e la Sardegna sempre con il 3,3.

A livello nazionale i posti letto destinati alla riabilitazione e lungodegenza sono 0,6 ogni 1.000 abitanti con una notevole variabilità regionale molto distante dallo standard previsto dello 0,7 per 1000 abitanti. sono 12 in questo caso le regioni che non raggiungono lo standard previsto; si passa da uno 0,2% della Sardegna e uno 0,3% della Toscana ad un 1,1% della PA di Trento e ad un 1% del Piemonte.

Posti letto previsti nelle strutture di ricovero pubbliche e posti letto accreditati distribuzione per acuti/non acuti – per 1000 abitanti anno 2019

	Posti Letto per Acuti			Posti Letto per Non Acuti		
Regione	**Pubblici**	**Accreditati**	**Totale**	**Pubblici**	**Accreditati**	**Totale**
PIEMONTE	2,7	0,2	2,9	0,5	0,5	1,0
VALLE D`AOSTA	3,0	0,1	3,1	0,2	0,5	0,8
LOMBARDIA	2,6	0,5	3,0	0,4	0,3	0,7
PROV. AUTON. BOLZANO	3,0	(*)	3,0	0,3	0,5	0,7
PROV. AUTON. TRENTO	2,6	0,2	2,8	0,3	0,8	1,1
VENETO	2,8	0,2	3,0	0,4	0,1	0,5
FRIULI VENEZIA GIULIA	3,0	0,3	3,3	0,2	0,1	0,3
LIGURIA	3,1	0,1	3,2	0,5	0,1	0,6
EMILIA ROMAGNA	2,6	0,5	3,1	0,4	0,4	0,8
TOSCANA	2,7	0,3	3,0	0,1	0,2	0,3
UMBRIA	2,9	0,3	3,2	0,5	(*)	0,5
MARCHE	2,7	0,3	3,0	0,2	0,3	0,5
LAZIO	2,5	0,5	3,0	0,2	0,5	0,7
ABRUZZO	2,4	0,4	2,9	0,2	0,3	0,5
MOLISE	3,0	0,3	3,3	0,4	0,2	0,6
CAMPANIA	2,0	0,7	2,7	0,1	0,3	0,4
PUGLIA	2,4	0,4	2,8	0,2	0,2	0,4
BASILICATA	2,8		2,8	0,5	0,1	0,6
CALABRIA	1,9	0,5	2,5	0,1	0,4	0,5
SICILIA	2,1	0,7	2,9	0,3	0,2	0,5
SARDEGNA	2,8	0,5	3,3	0,1	0,1	0,2
ITALIA	**2,5**	**0,4**	**2,9**	**0,3**	**0,3**	**0,6**
						ASS_OSP_STR_11

(*) Valore inferiore a 0,05

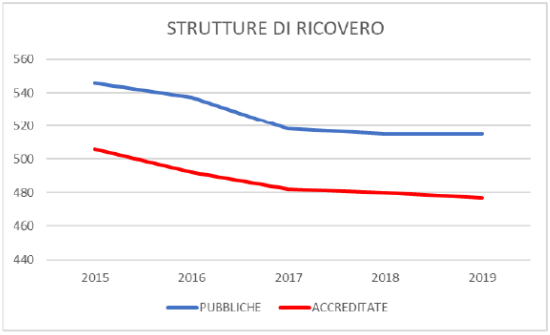
I posti letto per acuti afferiscono alle discipline mediche e chirurgiche ad esclusione delle discipline di riabilitazione (28 - Unità spinale; 56 -Recupero e riabilitazione funzionale ; 75 - Neuroriabilitazione) e di lungodegenza (60 - Lungodegenti). I posti letto per non acuti sono quelli afferenti alle discipline di riabilitazione e di lungodegenza.

Fonte: Annuario statistico Ministero della salute 2019

Dalla Tabella che segue è possibile notare il trend del numero di strutture e posti letto pubblici e privati tra il 2015 e il 2019. Come si può notare il numero di strutture di ricovero pubbliche mostra un decremento costante (da 546 a 515), come pure in decremento, anche se meno marcato, il numero di posti letto pubblici in degenza ordinaria (da 2,6% a 2,5%).

STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE E CASE DI CURA ACCREDITATE - POSTI LETTO PREVISTI
ANNI 2015 - 2019

ANNO	STRUTTURE DI RICOVERO		POSTI LETTO DEGENZA ORDINARIA				POSTI LETTO DI DAY HOSPITAL			POSTI LETTO DI DAY SURGERY		
			PUBBLICI		PRIVATI		PUBBLICI	ACCREDITATI	TOTALE X 1.000 ABITANTI	PUBBLICI	ACCREDITATI	TOTALE X 1.000 ABITANTI
	PUBBLICHE	ACCREDITATE	TOTALE	x 1.000 abitanti	TOTALE	x 1.000 abitanti						
2015	546	506	155.460	2,6	41.037	0,7	13.268	1.509	0,2	6.664	1.877	0,1
2016	537	492	153.794	2,5	40.701	0,7	12.416	1.447	0,2	6.668	1.877	0,1
2017	518	482	151.646	2,5	40.458	0,7	11.672	1.378	0,2	6.660	1.855	0,1
2018	515	480	150.577	2,5	40.502	0,7	11.184	1.357	0,2	6.598	1.912	0,1
2019	515	477	149.874	2,5	40.062	0,7	10.949	1.296	0,2	6.568	1.915	0,1



Fonte: Annuario statistico Ministero della salute 2019

Nel complesso nel 2019 sono state effettuate nelle strutture di ricovero pubbliche circa 38 milioni di giornate di degenza e un ammontare totale di ricoveri per acuti in regime ordinario di circa 5.097.489.

Dagli indicatori emerge un assestamento della degenza media (pari nei reparti pubblici a 7,4 giorni) e del tasso di utilizzo (pari all'82,2% valore medio nazionale).

A livello territoriale la maggiore variabilità si evidenzia nella distribuzione della degenza media e del tasso di ospedalizzazione. La degenza media per acuti, nelle strutture pubbliche, passa da un minimo di 6,7 giorni nella regione Toscana ad un massimo di 8,0 nella regione Valle d'Aosta; nelle strutture private accreditate la variabilità è più accentuata, si passa da 2,8 giorni della Valle d'Aosta a 11,3 della Prov. Aut. Di Bolzano. Per quanto riguarda invece il tasso di utilizzo vi è una grossa variabilità: da un 75,3% della Sardegna e un 76,9 della Basilicata arriviamo a valori più elevati da parte di Calabria 93,9% e Liguria 88%.

Attività di degenza per acuti delle strutture di ricovero pubbliche anno 2019

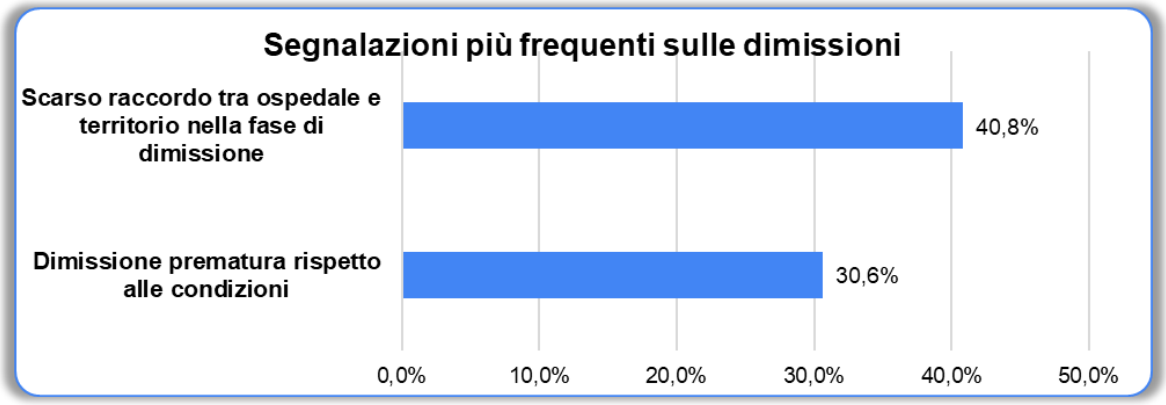
Regione	Posti Letto effettivamente utilizzati	Ricoveri	Tasso di ospedalizzazione (per 1.000 abitanti)	Giornate di degenza effettuate	Degenza media	Tasso di utilizzo (%)
PIEMONTE	9.620	363.933	84,4	2.823.123	7,8	80,5
VALLE D`AOSTA	342	12.750	102,0	101.758	8,0	82,1
LOMBARDIA	22.914	864.643	86,2	6.528.011	7,5	79,8
PROV. AUTON. BOLZANO	1.380	57.958	108,8	392.421	6,8	77,8
PROV. AUTON. TRENTO	1.229	50.748	93,0	362.539	7,1	80,7
VENETO	12.292	472.197	96,1	3.678.067	7,8	82,2
FRIULI VENEZIA GIULIA	3.272	129.068	107,0	933.358	7,2	85,3
LIGURIA	4.208	163.961	107,5	1.281.788	7,8	88,0
EMILIA ROMAGNA	10.569	463.145	103,7	3.300.114	7,1	86,3
TOSCANA	8.360	363.924	98,6	2.421.977	6,7	80,0
UMBRIA	2.052	92.436	106,2	653.662	7,1	87,1
MARCHE	3.430	138.113	91,3	1.056.180	7,6	85,0
LAZIO	11.554	419.411	72,9	3.255.432	7,8	77,7
ABRUZZO	2.712	106.184	82,1	794.202	7,5	80,2
MOLISE	698	29.545	98,3	211.346	7,2	84,3
CAMPANIA	8.844	363.269	63,6	2.656.527	7,3	85,2
PUGLIA	8.101	344.727	87,0	2.430.975	7,1	82,6
BASILICATA	1.289	51.471	93,0	361.907	7,0	76,9
CALABRIA	2.971	124.204	65,6	911.001	7,3	93,9
SICILIA	8.700	343.118	70,4	2.683.038	7,8	86,0
SARDEGNA	3.860	142.684	88,5	1.049.363	7,4	75,3
ITALIA	**128.397**	**5.097.489**	**85,4**	**37.886.789**	**7,4**	**82,2**

(*) Sono escluse le discipline : 28 - Unità spinale, 56 - Recupero e riabilitazione funzionale, 60 - Lungodegenti, 75 - Neuro-riabilitazione

PERCENTUALE DI RILEVAZIONE: 99,2 % DELLE STRUTTURE CHE HANNO DICHIARATO DI AVERE REPARTI PER ACUTI

Fonte: Annuario statistico Ministero della salute 2019

La figura che segue mostra le problematiche principali in ambito di dimissioni segnalate dai cittadini ai nostri servizi di tutela sul territorio nel 2021 che potrebbero essere legate alla carenza di posti letto e alla conseguente necessità di dover dimettere prematuramente. La figura rappresenta quelle segnalazioni che riguardano il momento in cui la struttura ospedaliera termina il proprio compito – legato all'urgenza e alla gravità della situazione clinica – e rimanda il paziente alle cure territoriali, siano esse del Medico di famiglia o delle strutture che offrono servizi specialistici (riabilitazione, approfondimento, controllo, servizi sociali etc.); in questa fase delicata si verifica un passaggio fondamentale e proprio i cittadini segnalano a Cittadinanzattiva: scarso raccordo tra ospedale e territorio nella fase di dimissioni (40,8%) dimissione prematura rispetto alle condizioni (30,6%), cioè pazienti che non dovrebbero essere rimandati a casa per via delle condizioni cliniche di non autonomia o addirittura di non completamento del percorso di diagnosi e cura.



9.6 Misure per il potenziamento infrastrutturale in emergenza covid: posti letto TI e Pronto soccorso

Sono due le misure contenute nei decreti Covid destinate ad affrontare l'emergenza sanitaria dal punto di vista infrastrutturale. Due interventi di peso molto diverso: il primo riguarda il finanziamento di un programma di intervento di emergenza volto ad allestire aree sanitarie temporanee ed è stato previsto dall'articolo 4 del d.l. 18/2020.

Con il provvedimento sono state assegnate alle regioni, a valere sulle risorse non ancora ripartite del programma pluriennale straordinario di investimenti in sanità ex articolo 20 della legge 67/1988, 50 milioni per realizzare tali aree sia all'interno che all'esterno di strutture di ricovero, cura, accoglienza e assistenza, pubbliche e private, o di altri luoghi idonei, per la gestione dell'emergenza Covid-19.

A fronte delle risorse assegnate, a fine 2020 erano state ammessi a finanziamento 22 interventi per 6,5 milioni. Si tratta di iniziative localizzate in sole 3 regioni (Piemonte, Veneto ed Emilia-Romagna).

La seconda misura, ben più rilevante in termini interventi disposti è il decreto-legge n. 34/2020, che ha previsto 1.413,1 milioni destinati ad interventi in conto capitale e vincolati alla validazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera presentati dalle regioni, che sono gestiti dal Commissario straordinario per l'emergenza Covid.

Si tratta di investimenti per il potenziamento dell'assistenza ospedaliera, di cui 606,3 milioni per adeguare la dotazione di posti letto in Terapia Intensiva, 611,5 milioni per i posti letto in Terapia Semi-Intensiva, 192,7 milioni per interventi di ristrutturazione nei PS per la separazione dei percorsi ospedalieri tra pazienti Covid-19 e non, nell'ambito della Rete dell'emergenza-urgenza ospedaliera (DEA + PS) e 12,6 milioni per interventi nei DEA II Livello.

Il finanziamento è utilizzabile per interventi su costruzione nuova o già esistente e per l'acquisizione di attrezzature elettromedicali, diretti ad aumentare la dotazione strutturale sul territorio nazionale di almeno 3.500 posti letto di terapia intensiva, portando tutte le regioni ad una dotazione di 0,14 posti letto per mille abitanti; di riqualificare 4.225 posti letto di area semi-intensiva, con relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica, prevedendo che tali postazioni siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure. In relazione all'andamento della curva pandemica,

almeno il 50 % dei posti letto di area semi-intensiva previsti, devono essere rapidamente convertibili, in caso di emergenza, in strutture per la terapia intensiva.

I piani di riorganizzazione proposti dalle regioni sono stati valutati per esaminarne la coerenza con quanto previsto dal Ministero della salute. Le valutazioni sono state accompagnate da raccomandazioni specifiche in relazione alle caratteristiche dei progetti presentati.

Nella ripartizione prevista nella circolare del Ministero della salute, le risorse stanziate, 1.413 milioni erano ripartite, per il 42,9 % per i posti di terapia intensiva, il 43,3 % per la semi-intensiva e per la rimanente quota per i pronto soccorso con destinazione prevalente a quelli di primo livello. Le richieste delle regioni hanno modificato in misura significativa tali previsioni. Nel complesso, per adeguare le terapie intensive ai nuovi standard gli importi richiesti sono cresciuti a 711 milioni, il 49,2 % del totale. Si è ridotto considerevolmente la quota attribuita ai lavori e ai macchinari necessari ai posti letto in semi intensiva (393 milioni contro gli originari 611,5 milioni) mentre è cresciuta al 21,9 % la quota assorbita dall'emergenza e urgenza di primo livello (316,6 milioni contro gli originari 193 milioni).

Forte è l'incremento dei finanziamenti richiesti soprattutto per le terapie intensive nelle regioni minori: in Liguria e Valle d'Aosta l'importo richiesto è 3 volte quello stimato inizialmente (che era, tuttavia, molto inferiore alla media); in Molise e Basilicata il doppio dell'importo stimato per la maggioranza delle regioni (173.000 euro a posto letto). Fatta eccezione per la Campania (che presenta un costo del 70 % superiore a quello standard stimato), le altre regioni presentano variazioni contenute. Più bassi del previsto i costi per i posti in semi intensiva, solo nelle Marche e in Sicilia l'importo medio per posto letti richiesto è significativamente superiore.

	posti letto di terapia intensiva			posti letto di terapia semintensiva			Interventi pronto soccorso		
REGIONE	N. POSTI LETTO TERAPIA INTENSIVA PROGRAMMATI	N. POSTI LETTO TERAPIA INTENSIVA ATTIVATI	% DI POSTI LETTO DI TERAPIA INTENSIVA ATTIVATI	N. POSTI LETTO TERAPIA SEMINTENSIVA PROGRAMMATI	N. POSTI LETTO TERAPIA SEMINTENSIVA ATTIVATI	% DI POSTI LETTO DI TERAPIA SEMINTENSIVA ATTIVATI	N. INTERVENTI PREVISTI	N. INTERVENTI REALIZZATI	% DI ATTUAZIONE
010 PIEMONTE	299	20	6,7%	305	159	52,1%	35	3	8,6%
020 VALLE D'AOSTA	10	0	0,0%	9	0	0,0%	2	1	50,0%
030 LOMBARDIA (***)	585	47	8,0%	704	36	5,1%	68	2	2,9%
041 PA DI BOLZANO	40	40	100,0%	37	37	100,0%	7	5	71,4%
042 PA TRENTO	46	8	17,4%	38	0	0,0%	5	2	40,0%
050 VENETO (**)	211	60	28,4%	343	167	48,7%	43	15	34,9%
060 FVG	55	2	3,6%	85	0	0,0%	12	1	8,3%
070 LIGURIA	87	23	26,4%	118	0	0,0%	24	10	41,7%
080 EMILIA ROMAGNA	197	156	79,2%	312	117	37,5%	48	1	2,1%
090 TOSCANA	193	80	41,5%	261	38	14,6%	31	3	9,7%
100 UMBRIA	58	7	12,1%	62	4	6,5%	9	0	0,0%
110 MARCHE	105	46	43,8%	107	26	24,3%	15	0	0,0%
120 LAZIO	282	97	34,4%	412	78	18,9%	40	1	2,5%
130 ABRUZZO	66	50	75,8%	92	73	79,3%	16	9	56,3%
140 MOLISE	14	0	0,0%	21	0	0,0%	3	0	0,0%
150 CAMPANIA (*)	499	158	31,7%	406	210	51,7%	26	3	11,5%
160 PUGLIA	276	71	25,7%	285	94	33,0%	24	9	37,5%
170 BASILICATA	32	0	0,0%	40	0	0,0%	4	0	0,0%
180 CALABRIA	134	16	11,9%	136	11	8,1%	18	0	0,0%
190 SICILIA (*)	301	10	3,3%	350	26	7,4%	29	0	0,0%
200 SARDEGNA (*)	101	31	30,7%	115	5	4,3%	15	0	0,0%
ITALIA	**3.591**	**922**	**25,7%**	**4.238**	**1.081**	**25,5%**	**474**	**65**	**13,7%**

Fonte: Ministero della salute (applicativo posti letti programmati - decreti regionali in attuazione del d.l. 34 art. 2
NB. I dati sono aggiornati al 29 aprile 2021. Tutti tranne: * dati aggiornati al 15/04/2021; ** dati aggiornati al 22/04/2021:

Fonte: Corte dei conti Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2021

Gli interventi programmati dalle regioni sono stati approvati dal Ministero. Le approvazioni sono state tuttavia accompagnate con raccomandazioni specifiche.

Il quadro degli interventi è particolarmente complesso. A fine aprile 2021 in base al monitoraggio condotto dal Ministero della salute risultava una attuazione ancora parziale. Come si trae dalla tavola che segue, l'attuazione dei lavori relativi al potenzialmente strutturale delle dotazioni di terapia intensiva risultava compiuto solo al 25,7% con differenze particolarmente pronunciate tra regioni: in Valle d'Aosta, Molise e Basilicata il monitoraggio non segnala alcun progresso; nel caso della Provincia Autonoma di Bolzano erano stati completati i lavori mentre in Emilia-Romagna e in Abruzzo l'attuazione è al di sopra del 75%.

Simile l'attuazione delle postazioni di semi-intensiva: dei 4.238 posti letti previsti, ne erano stati portati a termine il 25,5%, 1081 posti letto. Sono sei le regioni dove non si segnalano progressi, mentre vicine o superiori al 50% sono le realizzazioni in Piemonte, Veneto Abruzzo e Campania.

Gli interventi previsti sui Pronti soccorsi sono 474: 65 di questi sono stati realizzati (il 13,7 %). In ultimo nei programmi era prevista anche l'implementazione dei mezzi di trasporto sanitario. Delle 230 ambulanze previste ne erano state acquistate 108 (il 47 % del totale) e consegnate e collaudate 44 di cui 29 in Campania e 9 in Emilia-Romagna.

Nel frattempo, come si è visto, l'intero quadro degli interventi previsti con il d.l. 34/2020 è stato inserito nel PNRR e ne è stata prevista la realizzazione entro il 2026.

9.7 La dotazione di personale del SSN e misure per il potenziamento

Il permanere per un lungo periodo di vincoli alla dinamica della spesa per personale e le carenze, specie in alcuni ambiti, di personale specialistico. Come messo in rilievo, a seguito del blocco del turn-over nelle Regioni in piano di rientro e delle misure di contenimento delle assunzioni adottate anche in altre Regioni (con il vincolo alla spesa), negli ultimi dieci anni il personale a tempo indeterminato del SSN è fortemente diminuito. Con riferimento al decennio 2009-2018, **il personale dipendente a tempo indeterminato del comparto Sanità è diminuito complessivamente del 6,5%**, passando da 693.600 unità del 31/12/2009 a 648.507 del 31/12/2018.

Tale contrazione di risorse ha finito per generare, nel medio periodo, una grave carenza di professionisti sanitari nelle strutture, che con riferimento soprattutto ad alcuni settori, ha comportato difficoltà nell'organizzazione e nella gestione dei servizi sanitari.

Le misure per il potenziamento delle dotazioni di personale

La situazione emergenziale ha ulteriormente acuito le difficoltà del sistema e, pertanto, sin dal manifestarsi della pandemia, si è reso necessario adottare misure del tutto straordinarie per consentire alle regioni e Provincie autonome di poter reclutare, in tempi rapidissimi, professionisti con rapporti di lavoro flessibile.

Sono state stanziate apposite risorse finanziarie, ulteriormente incrementate con il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 e successivamente con la legge di bilancio per il 2021.

Le misure adottate in fase COVID:

- hanno dato la possibilità agli enti ed alle aziende del SSN di assumere, anche attraverso procedure semplificate ed in deroga ai vincoli di spesa vigenti, medici specialisti, infermieri ed altri professionisti sanitari, operatori sociosanitari, medici specializzandi, nonché, ove necessario, laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione (iscritti all'ordine) e medici ed infermieri già in quiescenza (art. 2-*bis* e 2-*ter* del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito dalla legge n. 27 del 2020, prorogati fino al 31 dicembre 2021 dalla legge di bilancio per il 2021).

- hanno consentito alle aziende e agli enti stessi, verificata l'impossibilità di reclutare personale con le misure predette, di trattenere in servizio professionisti del ruolo sanitario, anche in deroga alle disposizioni previste per il collocamento in quiescenza (art. 12 decreto-legge n. 18 del 2020 prorogato fino al 31 dicembre 2021 dalla legge di bilancio per il 2021);

- hanno introdotto specifiche disposizioni, in deroga alle norme vigenti in materia di riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie conseguite all'estero, per semplificare le procedure per l'esercizio delle professioni sanitarie sul territorio italiano ai professionisti in possesso di titoli stranieri (art. 13 del decreto-legge n. 18 del 2020), consentendo, nel periodo emergenziale, l'esercizio temporaneo della professione sul territorio nazionale.

Una prima misura, ancorché complessiva, dello sforzo operato si può trarre dal confronto con il numero dei medici ed infermieri impiegati nelle strutture pubbliche prima del Covid: i 21.414 medici coinvolti costituiscono il 21% della forza esistente ad inizio pandemia; inferiore ma sempre significativa quella degli infermieri, il 12,5%.

Regioni	Medici in servizio nel 2018	Infermieri in servizio nel 2018	quota delle risorse umane Covid sulle preesistenti		quota delle risorse umane Covid assunte a tempo indet sulle preesistenti	
			medici	infermieri	medici	infermieri
Piemonte	8.429	21.834	13,1	9,1	0,8	2,1
Valle d'Aosta	310	701	18,4	9,7	1,3	0,9
Lombardia *	13.128	35.059	35,0	12,4	0,8	1,8
Liguria	2.281	6.479	16,9	9,7	1,0	0,6
Nord ovest	**24.148**	**64.073**	25,4	11,0	0,8	1,8
P.A. Bolzano	957	3.171	24,6	4,6	-	-
P.A. Trento	1.096	3.139	7,8	3,6	1,4	1,2
Veneto	7.783	24.426	24,8	7,8	0,7	4,3
Friuli-Venezia Giulia	2.375	7.268	25,9	5,6	1,2	1,5
Emilia-Romagna *	8.344	25.197	27,5	19,9	1,0	8,6
Nord est	**20.555**	**63.201**	25,1	12,0	0,9	5,3
Toscana	8.228	21.268	18,0	14,2	3,9	10,8
Umbria	2.014	4.784	12,5	8,5	0,3	0,4
Marche	2.809	7.756	16,3	7,7	0,2	-
Lazio	7.373	18.462	22,3	14,8	0,9	6,7
Centro	20.424	52.270	18,8	12,9	2,0	6,8
Abruzzo	2.647	5.781	8,8	15,8	-	-
Molise	464	1.191	4,3	12,0	-	-
Campania	9.055	17.686	20,0	18,9	3,7	2,1
Puglia	6.535	15.501	17,2	17,7	3,4	1,9
Basilicata	1.097	2.783	5,2	7,4	0,2	-
Calabria	3.755	7.152	8,7	10,3	0,5	0,3
Sud	23.553	50.094	15,2	16,1	2,4	1,4
Sicilia	9.080	17.887	22,0	11,2	0,1	0,0
Sardegna *	4.116	8.294	17,4	6,7	-	-
Isole	**13.196**	**26.181**	20,6	9,7	0,0	0,0
Totale	**101.876**	**255.819**	21,0	12,5	1,3	3,4

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute (dati al 23 aprile 2021)

Sempre guardando ai medici (vedi tabella sopra), tali percentuali crescono ad oltre il 35 % in Lombardia, al 27,5 in Emilia-Romagna, al 25,9 nel Friuli-Venezia Giulia e solo poco al di sotto del 25 % nel Veneto e nella provincia di Bolzano.

Anche nel caso degli infermieri sopra alla media sono 6 regioni: l'Emilia-Romagna e la Campania (rispettivamente con il 19,9 e il 18,9 %), la Puglia (al 17,7%), l'Abruzzo (16,2%), il Lazio (14,8%) e la Toscana (14,2%)

Sulla base dei dati trasmessi dalle regioni e Province autonome a fine aprile 2021, risultano essere state reclutate a vario titolo dall'inizio della emergenza sanitaria 83.180 unità di personale. Si tratta per il 25,7% di medici (21.414) e per il 38,5 percento di infermieri (31.990). Il restante personale (29.776 unità) è costituito da operatori sociosanitari ed altre professionalità necessarie per fronteggiare l'emergenza sanitaria (tecnici di radiologia, tecnici di laboratorio, assistenti sanitari, biologi, etc.).

I RECLUTAMENTI PER L'EMERGENZA COVID

Regioni	TOTALE	Medici	di cui specializzandi	di cui medici abilitati non specializz	di cui medici	*di cui medici a tempo indeterm*	Infermieri	*di cui infermieri a tempo indeterm*	altro	*di cui altro a tempo indeterm*
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L
Piemonte	6.099	1.102	201	491	*410*	64	1.988	463	3.009	97
Valle d'Aosta	213	57	9	4	*44*	4	68	6	88	6
Lombardia *	12.680	4.595	966	1.743	*1.886*	101	4.346	635	3.739	280
Liguria	1.845	385	47	106	*232*	22	630	40	830	22
Nord ovest	**20.837**	**6.139**	**1.223**	**2.344**	*2.572*	**191**	**7.032**	**1.144**	**7.666**	**405**
P.A. Bolzano	708	235	1	154	*80*	-	145	-	328	-
P.A. Trento	337	85	4	8	*73*	15	113	37	139	21
Veneto	5.025	1.928	1.058	323	*547*	55	1.897	1.062	1.200	747
Friuli-Venezia Giulia	1.375	614	239	111	*264*	28	405	110	356	13
Emilia-Romagna *	10.660	2.295	1.099	-	*1.196*	83	5.007	2.161	3.358	1.338
Nord est	**18.105**	**5.157**	**2.401**	**596**	*2.160*	**181**	**7.567**	**3.370**	**5.381**	**2.119**
Toscana	7.468	1.478	196	209	*1.073*	318	3.019	2.287	2.971	1.917
Umbria	976	252	54	28	*170*	7	406	17	318	1
Marche	1.411	457	85	75	*297*	5	601	-	353	-
Lazio	6.137	1.646	294	461	*891*	69	2.730	1.244	1.761	35
Centro	**15.992**	**3.833**	**629**	**773**	*2.431*	**399**	**6.756**	**3.548**	**5.403**	**1.953**
Abruzzo	1.939	232	32	98	*102*	-	914	-	793	1
Molise	279	20	2	13	*5*	-	143	-	116	-
Campania	7.240	1.812	301	345	*1.166*	332	3.349	371	2.079	326
Puglia	7.638	1.126	175	327	*624*	223	2.737	301	3.775	2.159
Basilicata	400	57	3	32	*22*	2	207	-	136	-
Calabria	1.474	325	10	92	*223*	17	735	18	414	79
Sud	**18.970**	**3.572**	**523**	**907**	*2.142*	**574**	**8.085**	**690**	**7.313**	**2.565**
Sicilia	7.711	1.996	140	491	*1.365*	5	1.998	5	3.717	2
Sardegna *	1.565	717	123	505	*89*	-	552	-	296	-
Isole	**9.276**	**2.713**	**263**	**996**	*1.454*	**5**	**2.550**	**5**	**4.013**	**2**
Totale	83.180	21.414	5.039	5.616	*10.759*	1.350	31.990	8.757	29.776	7.044

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della Salute (dati al 23 aprile 2021)

9.8 Le apparecchiature per la diagnosi

La dotazione di apparecchiature per la diagnosi nelle Regioni

In questo paragrafo vogliamo mostrare la dotazione di alcune importanti apparecchiature di diagnosi disponibili nelle regioni italiane per provare a valutare se tale dotazione contribuisce a garantire accessibilità alle prestazioni. Dalla tabella è possibile notare che la presenza di apparecchiature tecnico-biomediche (nelle strutture ospedaliere e territoriali) risulta in aumento nel settore pubblico, ma la disponibilità è fortemente variabile a livello regionale. Per fare un esempio, esistono presso le strutture di ricovero pubbliche circa 75,9 mammografi ogni 1.000.000 di abitanti con valori molto superiori come in Valle d'Aosta (168,1) e Basilicata (126,3). I numeri alti non sono sempre indice di appropriatezza dell'offerta poiché, come in questo caso, potrebbe trattarsi di acquisti in apparecchiature oltre la soglia effettiva del fabbisogno, caratterizzandosi come spreco di denaro pubblico. Se ben osserviamo i numeri dell'analisi vediamo che il sud presenta mediamente un numero maggiore di mammografi per abitanti rispetto al nord. Ben al di sotto della media nazionale troviamo tuttavia regioni del sud come la Campania con 45,9 mammografi per 1.000.000 di abitanti e la Calabria con 55,5, indice con buona probabilità, in questo caso, di una sostanziale carenza di apparecchiature. Per la dotazione di TAC valori bassi li troviamo ancora una volta in Campania 15,6 e Veneto 16,7 apparecchiature per milione di abitanti e per la dotazione di risonanze magnetiche Campania (4,4) e Piemonte 9,5 sono le Regioni con minor numero di apparecchiature per milione di abitanti.

Apparecchiature tecnico biomedico di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero pubbliche – indicatori per milione di abitanti anno 2019

	Strutture Pubbliche								
Regione	ALI	EMD	GCC	GTT	MAG	PET	SSP	TAC	TRM
PIEMONTE	6,5	295,6	4,6	1,9	69,1		1,4	20,2	9,5
VALLE D'AOSTA	8,0	231,9		8,0	168,1		8,0	16,0	16,0
LOMBARDIA	6,6	228,8	5,3	1,8	81,9	0,5	2,8	18,1	12,9
PROV. AUTON. BOLZANO		234,7	1,9	1,9	109,7		1,9	16,9	11,3
PROV. AUTON. TRENTO	7,3	245,7	3,7	1,8	30,6		1,8	22,0	12,8
VENETO	6,7	215,0	3,3	2,4	78,1	0,2	2,2	16,7	13,8
FRIULI VENEZIA GIULIA	9,9	386,3	3,3	4,1	83,1		1,7	19,9	12,4
LIGURIA	8,5	317,4	5,2	0,7	77,8		2,6	23,0	17,1
EMILIA ROMAGNA	5,8	262,5	2,5	2,7	87,2		2,5	17,7	12,3
TOSCANA	5,7	345,6	5,7	1,9	66,2		2,4	23,8	13,8
UMBRIA	9,2	498,8	5,7	2,3	110,9		3,4	24,1	13,8
MARCHE	6,6	274,3	6,6	1,3	67,9		2,6	22,5	14,5
LAZIO	7,1	194,2	5,4	1,0	81,8		1,4	20,2	13,0
ABRUZZO	6,2	365,5	9,3		86,8		2,3	20,1	8,5
MOLISE	6,7	396,0	16,6		107,4		10,0	29,9	29,9
CAMPANIA	3,0	86,3	2,3	0,7	45,9		0,9	15,6	4,4
PUGLIA	4,8	305,6	5,3	1,5	77,4	0,8	1,8	17,9	10,1
BASILICATA	7,2	263,9	7,2	3,6	126,3	1,8	5,4	23,5	18,1
CALABRIA	7,9	227,0	11,1	1,6	55,5		1,1	18,0	15,8
SICILIA	4,5	138,2	7,0	1,2	79,4	0,4	2,7	25,4	12,3
SARDEGNA	5,6	385,9	6,2	1,2	79,1		1,9	21,1	13,7
ITALIA	**6,0**	**242,0**	**5,1**	**1,7**	**75,9**	**0,2**	**2,1**	**19,6**	**12,0**

ASS_OSP_STR_09

ALI : Acceleratore lineare EMD : Apparecchio per emodialisi GCC : Gamma camera computerizzata GTT : Sistema TAC gamma camera integrato MAG : Mammografo (per 1.000.000 di donne tra 45 e 69 anni) PET : Tomografo ad emissione di positroni SSP : Sistema CT/PET integrato TAC : Tomografo assiale computerizzato TRM : Tomografo a risonanza magnetica

Fonte: Annuario statistico Ministero della salute 2019

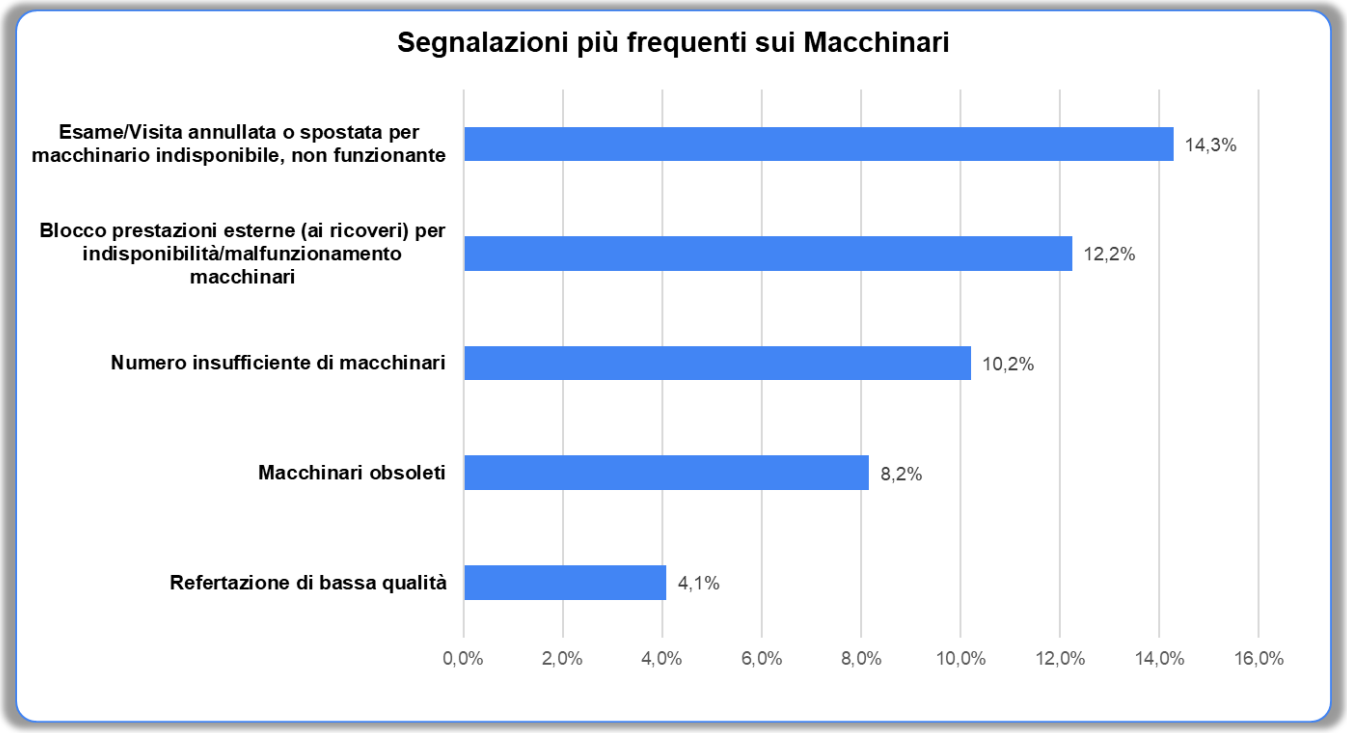
Oltre al numero la qualità delle apparecchiature

L'11% delle segnalazioni ricevute nell'ambito della sicurezza delle cure[92] riguarda, invece i macchinari/apparecchiature diagnostiche. I dati relativi alle condizioni delle strutture sanitarie sono spesso confermati dalle cronache quotidiane, nonché dai dossier istituzionali: vi sono reparti inutilizzati, macchinari in cantina (e quelli in funzione sono vecchi e obsoleti). I macchinari necessari per la fase diagnostica sono spesso in condizioni fatiscenti, o si guastano in maniera improvvisa e ripetuta; le ripercussioni di queste circostanze sono a diretto carico del cittadino, che è costretto ad una riprogrammazione della prestazione, con l'emergere di possibili rischi in termini di tempismo di diagnosi e di scelte cliniche successive.

[92] *cfr con allegato dati pit salute 2021-sicurezza delle cure*

Le principali criticità segnalate relative ai macchinari sono:

- Esame/visita annullata o spostata per malfunzionamento macchinari (14,3%),
- blocco prestazione esterne (ai ricoveri) per indisponibilità-malfunzionamento macchinari (12,2%)
- numero insufficiente di macchinari (10,2%)



Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

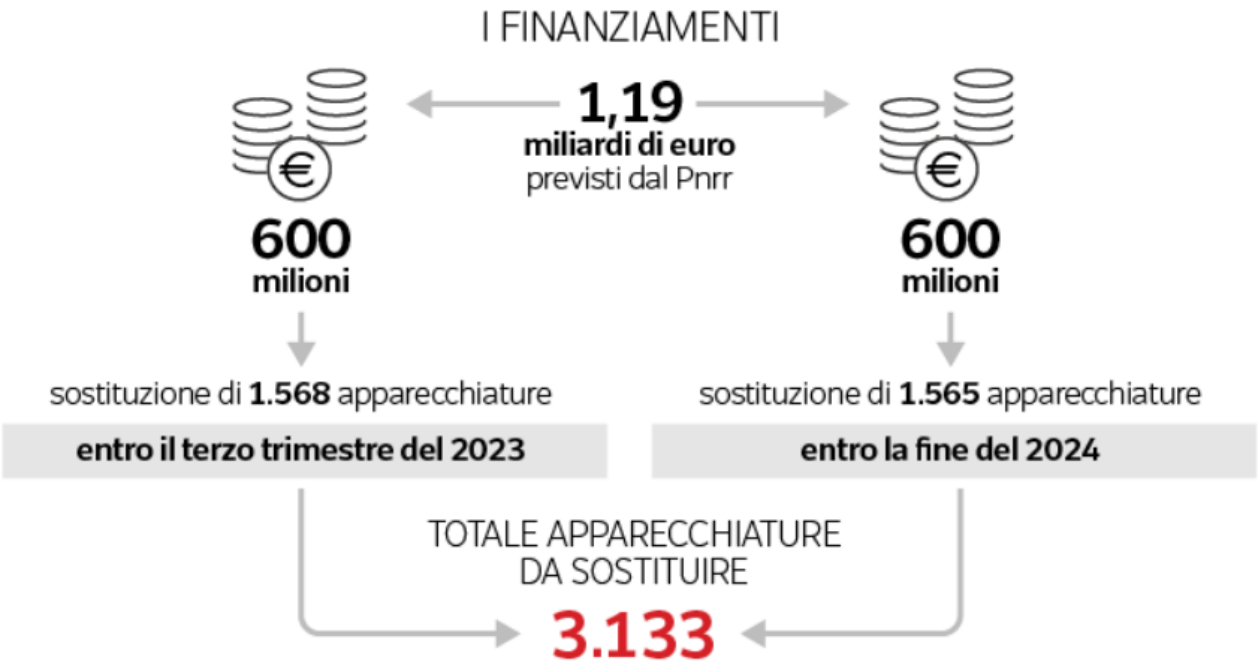
Le infrastrutture tecnologiche e digitali ospedaliere italiane presentano un significativo grado di obsolescenza e risultano carenti in molte strutture. Secondo i dati del Ministero della salute[93] risulta che in Italia in media negli ospedali pubblici e privati convenzionati il **36% dei macchinari ha più di 5 anni e il 32% oltre 10**. Ciò rischia di compromettere la qualità delle prestazioni e l'efficienza del sistema, e può avere un effetto negativo sulla fiducia dei cittadini nel sistema sanitario.

Come noto il PNRR prevede un grosso investimento nei prossimi anni proprio sulle strutture e sui macchinari, sarà fondamentale che i fondi siano impiegati per risolvere finalmente tutte le carenze strutturali segnalate da anni dai cittadini. Cittadinanzattiva monitorerà molto attentamente che ciò avvenga in maniera trasparente ed efficiente.

L'investimento previsto dalla componente 2 della Missione 6 del PNRR prevede una spesa di 1,19 miliardi di euro per la sostituzione delle apparecchiature sanitarie. Tali spese riguardano la sostituzione di 1.568 apparecchiature entro il terzo trimestre del 2023, e la sostituzione delle restanti 1.565 apparecchiature entro la fine del 2024. L'investimento quindi sarà destinato all'ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero (**3.133** nuove grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico: TAC, risonanze magnetiche, Acceleratori Lineari,

[93] https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2678_allegato.pdf

Mammografi, Ecotomografi ecc) caratterizzate da una vetustà maggiore di 5 anni, sia con interventi finalizzati al potenziamento del livello di digitalizzazione di 280 strutture sanitarie sede di Dipartimenti di emergenza e accettazione.



In Lombardia saranno finanziate 423 nuove apparecchiature, in Veneto 301, in Emilia Romagna 207, in Lazio 400, in Sicilia 214, ecc vedi dettaglio regionale[94]

9.9 Mobilità sanitaria dai dati dei cittadini ai dati ufficiali

Passando al tema della mobilità sanitaria passiamo in rassegna anche in questo paragrafo le difficoltà segnalate dai cittadini e raccolte nel 2021 dai nostri sportelli di tutela sul territorio. Completano il quadro quindi, delle segnalazioni sull'assistenza ospedaliera, quelle relative alla mobilità sanitaria. Si tratta dei casi in cui i cittadini, per avere accesso alle cure prescritte, sono costretti a ricorrere a strutture esterne alla propria ASL o addirittura Regione: è il cosiddetto "turismo sanitario", normato in maniera chiara dalle disposizioni di Legge per i casi in cui il Servizio Pubblico non riesca a prendere in carico il cittadino privilegiando il consueto accesso territoriale. Ma se la ASL nega la sua autorizzazione alla cura il problema rimane tutto in mano al cittadino, che deve risolvere quasi sicuramente in maniera privata. Le segnalazioni di concentrano sulle Cure fuori Regione (5,5%) e le Cure All'Estero (1,2 %).

Mobilità sanitaria Cure fuori Regione	5,5%
Mobilità sanitaria Cure all'estero	1,2%

Il fenomeno della mobilità sanitaria è stato preso in esame dai Patti della Salute che si sono succeduti negli anni. Già il Patto 2010-2012 affidava alle regioni il compito di individuare adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra regioni confinanti al fine di

[94] https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/sanita-tac-risonanze-ed-ecografi-obsoleti-cosa-si-rischia-quali-macchine-evitare/84822c80-d8f4-11eb-8266-a744dc7bc2d8-va.shtml

disciplinare la mobilità sanitaria. Ciò anche per evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze nelle tariffe e nell'applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale, o ancora per favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale, o ancora per facilitare percorsi di qualificazione ed appropriatezza dell'attività per le regioni interessate dai Piani di rientro, o infine per individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici attraverso la definizione di tetti di attività condivisi. Nonostante con la legge di bilancio per il 2016- 2018 si rendessero obbligatori tali accordi bilaterali, negli anni successivi il fenomeno si è progressivamente incrementato, con un forte e continuo aumento del peso delle strutture private e senza un significativo ricorso agli accordi.

Anche il Nuovo Patto della Salute 2019-21 ritorna sulla questione, sottolineando la necessità di un nuovo quadro nazionale di riferimento a sostegno degli accordi regionali, di specifici programmi regionali rivolti alle aree critiche per potenziare i servizi *in loco*, definendo piani di sviluppo delle strutture pubbliche e di quelle privare accreditate e coordinando i piani regionali con gli obiettivi del Piano nazionale liste di attesa, e di un percorso di armonizzazione dei sistemi di controllo dell'appropriatezza degli erogatori accreditati.

Da ultimo, la legge di bilancio per il 2021 ha stabilito che la sottoscrizione degli accordi bilaterali costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del SSN e ha affidato al Comitato LEA il compito di elaborare un programma nazionale di valutazione e di miglioramento dei processi di mobilità, al fine di individuare adeguate alternative per la tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure nei casi di mobilità non fisiologica. Specifici programmi saranno destinati alle aree di confine per migliorare e sviluppare i servizi di prossimità.

Le criticità richiamate emergono dall'esame delle schede di dimissione ospedaliera[95], che evidenziano nel 2019 una mobilità passiva extra-regionale (misurata dall'incidenza dei ricoveri fuori regione dei residenti sul totale dei ricoveri per acuti in regime ordinario), pari in media all'8,3% e che coinvolge oltre 489.800 ricoveri su un totale di circa 5,9 milioni.

Tuttavia, mentre nelle regioni non in Piano essa è spesso accompagnata da un'elevata mobilità attiva (misurata dal rapporto tra il numero delle dimissioni di pazienti non residenti nella regione e il totale dei ricoveri effettuati in regione), in quelle in Piano il saldo resta negativo, con valori particolarmente elevati in Calabria, che evidenzia una mobilità passiva del 19,6 % nel 2019, da correlare alla scarsa qualità delle erogazioni prestate; in Campania, dove a un valore della mobilità passiva stabile al 9,7 % fanno riscontro ricoveri da fuori regione per appena il 2,9 %; in Sicilia, che con una mobilità passiva al di sotto del parametro di riferimento (7,5 %) evidenzia un saldo negativo data una mobilità attiva estremamente contenuta (1,8 %); anche nel Lazio il flusso in entrata (8,6 %) non riesce a compensare quello in uscita (9,1 %). Si conferma il caso del Molise che, a fronte di una mobilità passiva pari al 28,6 %, presenta una mobilità attiva del 29,7 %, da porre in relazione alla presenza nel territorio della sede di una delle strutture ospedaliere italiane di maggior prestigio.

Tra le regioni non in Piano, si confermano quali poli di attrazione Lombardia, Veneto, FVG, la PA di Bolzano ed Emilia-Romagna al Nord, Toscana e Umbria al Centro. Evidenziano invece una mobilità passiva elevata ed un saldo negativo, oltre alla Sardegna, anche la Liguria, la P.A.

[95] *chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3002_allegato.pdf*

di Trento, le Marche e la Basilicata, nonostante attraggano un flusso significativo da fuori regione. Quasi in equilibrio VdA e il Piemonte. Il quadro è sostanzialmente confermato se si guarda non soltanto agli acuti in RO, ma anche agli altri ricoveri fuori regione (acuti in *Day Hospital*, lungodegenza e riabilitazione).

Sono confermati rispetto agli anni precedenti i flussi direzionali: al Nord si rileva una mobilità che riguarda principalmente le regioni di confine, fenomeno in gran parte fisiologico che si riscontra anche al Centro nelle regioni caratterizzate da un buon livello della qualità delle cure; mentre dal Sud i pazienti si dirigono verso il Lazio, Emilia-Romagna, Toscana e Lombardia.

È quest'ultima in ogni caso il luogo di preferenza per i ricoveri per particolari patologie, come nel caso di tumori e terapie collegate, con un afflusso pari al 29,5 % degli oltre 54.550 pazienti che si curano fuori regione, mentre Emilia e Lazio ne assorbono rispettivamente il 10,8 e il 12,1 % provenienti principalmente dal Sud. Lazio, Emilia-Romagna, Toscana insieme alla Liguria si confermano, per i particolari livelli di eccellenza delle strutture sanitarie pediatriche presenti nel territorio, il centro di riferimento per i ricoveri da fuori regione della popolazione tra 0 e 17 anni.

Tavola 5.22 - Mobilità ospedaliera interregionale - Attività per Acuti in Regime ordinario - Anno 2019

REGIONE DI RICOVERO	REGIONE DI RESIDENZA																					TOTALE RICOVERI EROGATI	MOBILITÀ ATTIVA		RESIDENTI ALL'ESTERO	CODICE RESIDENZA ERRATO
	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Veneto	Friuli V.G.	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna		Dimissioni	%		
Piemonte	**397.141**	1.381	8.155	27	62	378	128	7.840	811	657	115	286	683	246	55	1.257	1.021	243	1.541	1.752	681	424.460	27.319	6,4	2.910	13
Valle d'Aosta	825	**11.930**	211	3	2	11	10	210	22	38	3	7	28	7	1	16	11	4	39	24	23	13.425	1.495	11,1	264	-
Lombardia	16.873	511	**904.271**	483	1.368	9.122	1.271	8.163	13.483	5.212	1.170	2.802	4.859	2.734	690	10.250	10.139	1.517	7.932	12.047	2.770	1.017.667	113.396	11,1	13.889	9
P.A. Bolzano	59	1	317	**54.553**	1.043	732	102	50	234	125	21	39	263	30	4	82	125	15	61	108	35	57.999	3.446	5,9	2.596	-
P.A. Trento	89	5	939	643	**43.718**	1.698	86	65	376	189	43	67	307	30	5	168	99	13	57	139	44	48.780	5.062	10,4	1.149	9
Veneto	799	31	8.383	1.022	3.964	**454.923**	5.812	476	6.146	1.415	331	1.007	1.566	557	132	2.723	2.352	318	1.308	3.767	917	497.949	43.026	8,6	5.312	22
Friuli V.G.	108	4	401	24	79	7.417	**121.594**	70	203	164	56	100	229	52	15	349	310	35	162	695	65	132.132	10.538	8,0	1.202	2
Liguria	4.173	128	2.723	49	57	252	67	**151.583**	615	2.229	88	155	566	137	23	822	744	98	636	1.564	688	167.397	15.814	9,4	2.052	5
Emilia Romagna	1.742	63	12.826	252	502	7.564	878	1.786	**467.455**	8.263	1.753	10.878	4.914	3.938	838	5.450	7.213	1.221	4.259	4.802	1.357	547.954	80.499	14,7	5.190	2
Toscana	693	32	1.672	56	94	607	183	4.008	1.660	**352.441**	3.723	1.030	8.024	834	192	5.103	2.280	632	2.506	2.610	731	389.111	36.670	9,4	3.825	64
Umbria	64	2	185	16	10	79	27	45	166	1.583	**84.215**	1.918	7.082	350	79	414	439	92	324	175	66	97.331	13.116	13,5	802	1
Marche	161	3	574	21	25	177	59	51	1.463	364	1.124	**138.204**	1.618	6.949	396	586	2.278	157	247	291	71	154.819	16.615	10,7	551	-
Lazio	396	16	977	56	66	504	177	235	696	1.983	2.254	1.242	**458.402**	4.836	1.609	11.141	4.407	1.528	6.344	3.390	1.259	501.518	43.116	8,6	3.831	80
Abruzzo	121	1	362	10	16	79	22	36	256	109	141	812	6.887	**113.044**	2.948	640	933	88	133	103	43	126.784	13.740	10,8	533	80
Molise	37	1	62	7	2	15	7	7	42	38	33	24	1.701	928	**22.337**	4.971	1.310	84	115	49	6	31.776	9.439	29,7	97	7
Campania	354	8	1.087	36	44	314	116	138	597	596	152	155	4.196	419	723	**486.899**	1.681	1.854	1.438	585	177	501.569	14.670	2,9	3.838	3
Puglia	508	11	1.265	43	38	309	96	125	593	259	61	191	1.071	545	1.187	4.279	**385.759**	5.582	2.719	462	83	405.186	19.427	4,8	2.529	-
Basilicata	83	2	155	2	2	29	7	19	70	49	9	14	160	32	18	3.039	2.264	**41.649**	2.270	41	7	49.921	8.272	16,6	170	4
Calabria	327	19	638	20	12	84	33	58	173	112	29	37	480	26	9	516	245	168	**145.452**	844	16	149.298	3.846	2,6	492	1
Sicilia	433	5	1.070	28	26	275	70	131	385	243	48	64	530	53	16	256	199	45	3.416	**411.509**	79	418.881	7.372	1,8	2.225	33
Sardegna	324	24	820	24	29	156	44	160	238	222	44	39	462	14	3	116	45	4	31	125	**154.903**	157.827	2.924	1,9	444	1
TOTALE RESIDENTI	425.310	14.178	947.093	57.375	51.159	484.725	130.789	175.256	495.684	376.291	95.413	159.071	504.028	135.761	31.280	539.077	423.854	55.347	180.990	445.082	164.021	5.891.784	489.802	8,3	53.901	336
MOBILITÀ PASSIVA	28.169	2.248	42.822	2.822	7.441	29.802	9.195	23.673	28.229	23.850	11.198	20.867	45.626	22.717	8.943	52.178	38.095	13.698	35.538	33.573	9.118	489.802				
%	6,6	15,9	4,5	4,9	14,5	6,1	7,0	13,5	5,7	6,3	11,7	13,1	9,1	16,7	28,6	9,7	9,0	24,7	19,6	7,5	5,6	8,3				
SALDO RICOVERI (a)	850	753	- 70.574	- 624	2.379	- 13.224	- 1.343	7.859	- 52.270	- 12.820	- 1.918	4.252	2.510	8.977	- 496	37.508	18.668	5.426	31.692	26.201	6.194					

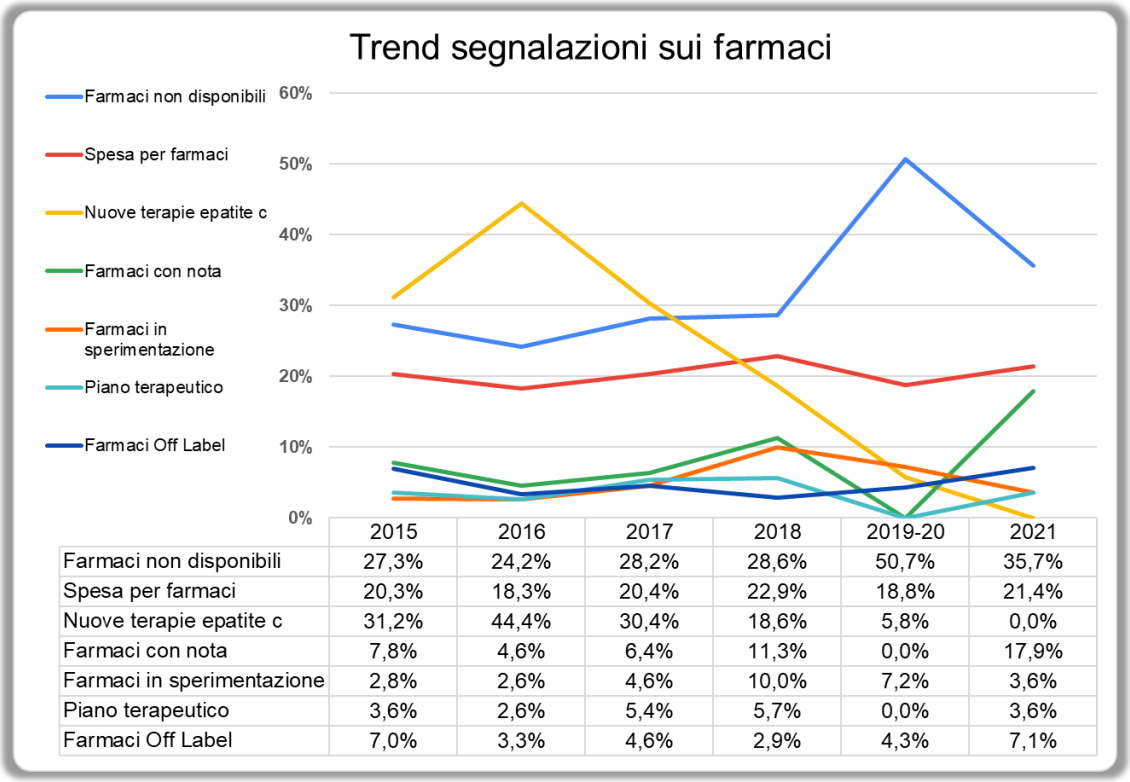
Sono stati considerati i ricoveri da strutture pubbliche e private accreditate.
(a) Il saldo ricoveri è calcolato come differenza fra il numero di residenti nella regione ricoverati altrove (mobilità passiva) ed il numero di ricoveri erogati a pazienti residenti in altre regioni (mobilità attiva).

10. Accesso ai farmaci

A cura di Valeria Fava

10.1 L'accesso ai farmaci secondo i cittadini

L'analisi comparativa dei dati nel periodo di riferimento 2015-2021 ha consentito di tracciare il trend delle segnalazioni degli ultimi 6 anni e avere maggiore consapevolezza delle problematiche oggetto di segnalazione (e non solo di mera percezione) da parte dei cittadini e dei fenomeni a queste sottesi. Allo stesso tempo, l'analisi comparativa ha permesso di coglierei cambiamenti che si sono verificati in questi anni (es. a livello di scelte di politica sanitaria) e verificare una correlazione tra problematiche segnalate dai cittadini e interventi per il loro superamento. La variabilità dei dati delle segnalazioni nei diversi anni, dunque, potrebbero essere riconducibili a interventi attuati a livello di governance farmaceutica. Da questo punto di vista, in molti casi una riduzione del numero delle segnalazioni potrebbe effettivamente essere letta come un indicatore del contenimento/superamento di una criticità a seguito dell'attuazione di una politica che è intervenuta per ridurre un ostacolo prima esistente. La figura che segue traccia in una rappresentazione grafica di sintesi (degli ultimi 6 anni), l'andamento delle segnalazioni sui farmaci nelle diverse sub-declinazioni. In particolare, per quanto riguarda l'indisponibilità dei farmaci, ad eccezione del dato riguardante il periodo 2015-2016 durante il quale si registra un numero esiguo di segnalazioni e della finestra 2016-2018 durante la quale il trend è pressoché stabile, v'è una impennata delle segnalazioni nel passaggio dal 2018 al 2019, per poi riscendere nel 2021. Un trend diverso si osserva invece per le nuove terapie innovative antivirali per l'epatite C cronica. Il grafico evidenzia una fase più critica nell'accesso a tali farmaci a partire dal 2015 con un picco delle segnalazioni nel 2016 (44,4%), per poi decrescere progressivamente fino a toccare il 0,0% nel 2021.



	2015	2016	2017	2018	2019-20	2021
Farmaci non disponibili	27,3%	24,2%	28,2%	28,6%	50,7%	35,7%
Spesa per farmaci	20,3%	18,3%	20,4%	22,9%	18,8%	21,4%
Nuove terapie epatite c	31,2%	44,4%	30,4%	18,6%	5,8%	0,0%
Farmaci con nota	7,8%	4,6%	6,4%	11,3%	0,0%	17,9%
Farmaci in sperimentazione	2,8%	2,6%	4,6%	10,0%	7,2%	3,6%
Piano terapeutico	3,6%	2,6%	5,4%	5,7%	0,0%	3,6%
Farmaci Off Label	7,0%	3,3%	4,6%	2,9%	4,3%	7,1%

Fonte: Rapporto civico sulla salute: Diritti dei cittadini e federalismo in sanità

Farmaci	2015	2016	2017	2018	2019-20	2021
Farmaci non disponibili	27,3%	24,2%	28,2%	28,6%	50,7%	35,7%
Spesa per farmaci	20,3%	18,3%	20,4%	22,9%	18,8%	21,4%
Nuove terapie epatite c	31,2%	44,4%	30,4%	18,6%	5,8%	0%
Farmaci con nota	7,8%	4,6%	6,4%	11,3%	0%	17,9%
Farmaci in sperimentazione	2,8%	2,6%	4,6%	10,0%	7,2%	3,6%
Piano terapeutico	3,6%	2,6%	5,4%	5,7%	0%	3,6%
Farmaci Off Label	7,0%	3,3%	4,6%	2,9%	4,3%	7,1%
Effetti collaterali					13,0%	3,6%
Rifiuto prescrizione					0,2%	7,10%

Nel 2021 i cittadini indicano le maggiori difficoltà di accesso ai farmaci nella non disponibilità dei farmaci in farmacia (35,7%) metà di queste segnalazioni riguarda le farmacie ospedaliere. L'indisponibilità di un farmaco può riferirsi sia all'assenza del farmaco nei punti di erogazione (farmacia ospedaliera, della ASL e di comunità) con la conseguenza di determinare l'impossibilità per il cittadino di accedere alla terapia; oppure all'irreperibilità momentanea a causa del ritardo nella consegna del medicinale.

In linea generale l'indisponibilità può essere riconducibile a diverse variabili: ad esempio, la

carenza di farmaci potrebbe essere determinata, in taluni casi, da fattori di produzione da parte delle aziende farmaceutiche, oppure da problemi regolatori, o anche da ragioni legate al fenomeno della c.d. esportazione parallela; e ancora, da fattori di ordine burocratico, amministrativo ed organizzativo che a vari livelli (nazionale, regionale ed aziendale) possono ostacolare, anche temporaneamente, l'accesso alle terapie. Si pensi ad esempio, a indicazioni dettate dall'AIFA sull'eleggibilità del paziente a un determinato trattamento, oppure a questioni economiche legate a limiti di budget aziendale o al mancato tempestivo inserimento di farmaci nei Prontuari regionali.

La seconda voce di segnalazione riguarda i costi per farmaci (21,4%). I costi per le terapie farmacologiche necessarie al trattamento di una o più patologie rappresentano una delle principali difficoltà espressa dai cittadini, specialmente nel caso di farmaci che non sono erogati dal Servizio Sanitario Nazionale in regime di rimborsabilità, ma che il cittadino deve acquistare di tasca propria: es. farmaci in fascia C, parafarmaci e integratori.

Incide, inoltre, sulla spesa la cosiddetta compartecipazione a carico del cittadino per ticket per confezione e per differenza di prezzo quando si acquista un medicinale "brand", quando è disponibile un prodotto equivalente.

Al terzo posto delle segnalazioni relative ai farmaci troviamo le criticità relative ai farmaci con nota (17,9%).

Farmaci 2021	%
Farmaci non disponibili[96]	35,7%
Costi per farmaci	21,4%
Farmaci con nota	17,9%
Farmaci Off Label	7,1%
Rifiuto prescrizione in esenzione	7,1%
Farmaci in sperimentazione	3,6%
Difficoltà rinnovo Piano terapeutico	3,6%
Effetti collaterali	3,6%
Nuove terapie Epatite C	0,0%

[96] *Metà delle segnalazioni riguarda le Farmacie Ospedaliere*

10.2 Spesa e governance dell'assistenza farmaceutica

Questo capitolo è dedicato a un'analisi, seppur sintetica, dei principali dati (nazionali e regionali) di spesa farmaceutica con i relativi consumi per alcune categorie o gruppi di farmaci.

L'ottica dell'Osservatorio civico sul federalismo in sanità è quella di analizzare, mettendo a confronto le diverse regioni, i dati di spesa e di consumo di alcuni gruppi di farmaci che, stando alle segnalazioni dei cittadini e Associazioni di pazienti, hanno determinato maggiori criticità nell'accesso.

Le principali fonti utilizzate sono state i dati dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA): Rapporto Osmed 2020 e il Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale (periodo gennaio-novembre 2021).

La spesa farmaceutica

La spesa farmaceutica nazionale totale (pubblica e privata) è stata **nel 2020 pari a 30,5 miliardi di euro, stabile rispetto all'anno precedente; essa rappresenta un'importante componente della spesa sanitaria nazionale che incide per l'1,8% sul Prodotto Interno Lordo** (PIL).

La spesa pubblica, con un valore di 23,4 miliardi, rappresenta il 76,5% della spesa farmaceutica complessiva e il 18,9% della spesa sanitaria pubblica, ed è rimasta pressoché stabile rispetto al 2019 (-0,8%). Nel 2020 la spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è stata pari a 20,5 miliardi di euro con una diminuzione del 2,6% rispetto all'anno precedente. È possibile notare una riduzione sia della spesa territoriale pubblica sia di quella privata. La spesa territoriale pubblica, comprensiva della spesa dei farmaci di classe A erogati in regime di assistenza convenzionata e in distribuzione diretta e per conto, è stata di 11,9 miliardi di euro, in riduzione del 3,0% in confronto al 2019; tale andamento è stato determinato prevalentemente dalla riduzione della spesa per i farmaci in distribuzione diretta e per conto (-4,9%).

Tabella: Composizione della spesa farmaceutica: confronto 2020-2019

	Spesa *(milioni)*	**%**	**Δ % 20-19**
Spesa convenzionata lorda^	9.820,4	32,15	-2,7
di cui ossigeno e vaccini	80,0	-	0,5
Diretta e per conto classe A	4.259,4	13,94	-4,9
ASL, Aziende ospedaliere, RSA e penitenziari*	9.284,4	30,40	3,4
di cui ossigeno e vaccini	800,2	-	1,3
Spesa pubblica	**23.364,2**	**76,49**	**-0,8**
A privato	1.527,7	5,00	-1,1
C con ricetta	3.269,1	10,70	6,6
SOP OTC	2.133,7	6,99	-10,8
Esercizi commerciali	249,7	0,82	-3,7
Spesa privata	**7.180,3**	**23,51**	**-1,1**
Totale	**30.544,5**	**100,00**	**-0,9**

^Comprensiva della spesa dei farmaci di classe C rimborsata (32,4 milioni di euro)

*Non comprende la spesa per i farmaci di classe A erogati in distribuzione diretta e per conto

Fonte: Rapporto Osmed 2020, AIFA

Tabella: Composizione della spesa farmaceutica: confronto 2020-2019

		2016 *(milioni)*	2017 *(milioni)*	2018 *(milioni)*	2019 *(milioni)*	2020 *(milioni)*	Δ % 17-16	Δ % 18-17	Δ % 19-18	Δ % 20-19
1	Spesa convenzionata netta	8.254	8.120	7.781	7.764	7.615	-1,6	-4,2	-0,2	-1,9
2	Distribuzione diretta e per conto di fascia A	5.556	4.792	4.620	4.481	4.259	-13,8	-3,6	-3,0	-4,9
1+2	**Spesa territoriale pubblica**	**13.810**	**12.913**	**12.402**	**12.245**	**11.875**	**-6,5**	**-4,0**	**-1,3**	**-3,0**
3	Compartecipazione del cittadino	1.540	1.549	1.608	1.582	1.487	0,6	3,8	-1,6	-6,0
4	Acquisto privato di fascia A	1.309	1.317	1.360	1.544	1.528	0,6	3,3	13,5	-1,1
5	Classe C con ricetta	2.642	2.813	2.875	3.066	3.269	6,5	2,2	6,6	6,6
6	Automedicazione	2.429	2.109	2.270	2.392	2.134	-13,2	7,6	5,4	-10,8
7	Esercizi commerciali	301	286	266	259	250	-5,0	-7,0	-2,5	-3,7
3+4+5	**Totale spesa privata**	**8.220**	**8.076**	**8.379**	**8.843**	**8.668**	**-1,8**	**3,8**	**5,5**	**-2,0**
	Totale spesa farmaceutica	**22.030**	**20.988**	**20.781**	**21.088**	**20.542**	**-4,7**	**-1,0**	**1,5**	**-2,6**
	Quota a carico SSN (%)	62,7	61,5	59,7	58,1	57,8				

Fonte: elaborazione OsMed su dati Tracciabilità del Farmaco (per i dati di spesa privata). Elaborazione sui dati IMS Health per la stima della spesa privata per il 2016

Fonte: Rapporto Osmed 2020, AIFA

La spesa a carico dei cittadini evidenziata in tabella, comprendente la quota della compartecipazione (ticket regionali e differenza tra il prezzo del medicinale a brevetto scaduto e il prezzo di riferimento) per i medicinali di classe A acquistati privatamente e quella dei farmaci di classe C, ha registrato un totale di **8,7 miliardi di euro** con una riduzione del 2,0% rispetto al 2019. Quasi tutte le componenti hanno registrato una riduzione rispetto al 2019, in particolar modo la spesa per automedicazione (-10,8%) e la compartecipazione del cittadino (-6,0%). Al contrario nel 2020, aumenta la spesa dei farmaci di classe C con ricetta (+6,6%).

Tabella: Gruppi di farmaci a maggior prescrizione 2020

Gruppo	Spesa totale (milioni)	% su spesa SSN	Spesa pro capite	Δ % 20-19	DDD/1000 ab die	Δ % 20-19
Farmaci oncologici	3.893,4	16,9	65,28	5,8	10,2	1,0
Antipertensivi	2.040,8	8,9	34,22	1,7	378,9	0,1
Immunosoppressori ed immunomodulatori	1.769,8	7,7	29,67	6,6	3,9	9,4
Antidiabetici	1.095,0	4,8	18,36	8,7	64,6	0,9
Asma e BPCO	1.084,3	4,7	18,18	3,0	33,1	- 3,8
Ipolipemizzanti	890,1	3,9	14,92	7,6	103,2	5,4

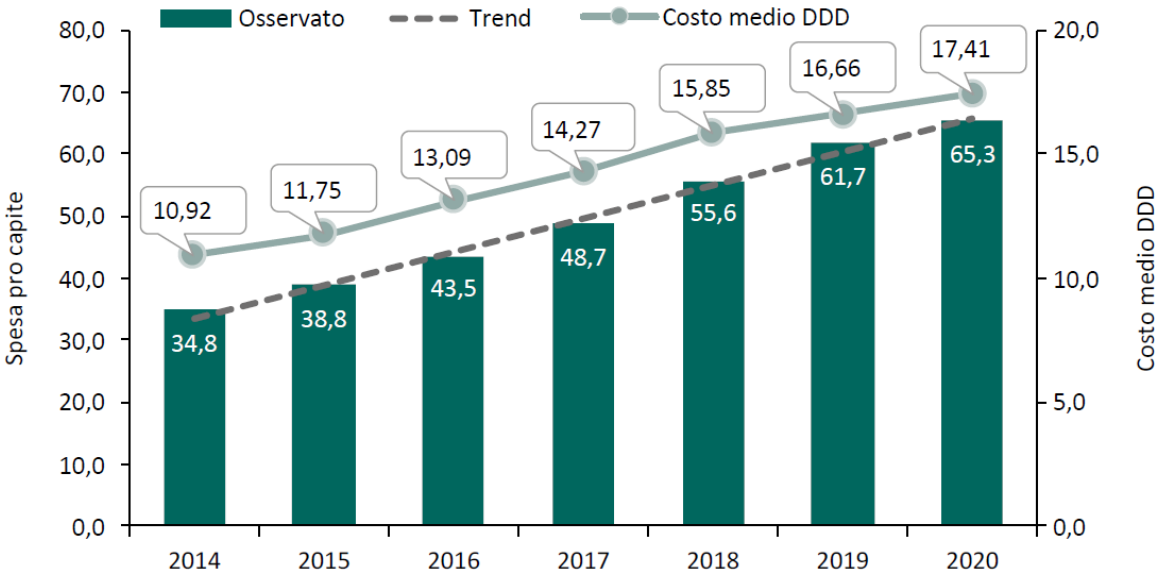
anticoagulanti	861,5	3,7	14,44	12,7	27,8	8,3

Fonte: Rapporto Osmed 2020, AIFA

Spesa e consumi di farmaci oncologici

Negli ultimi sette anni la spesa per i farmaci oncologici è aumentata di circa l'87%, passando da un valore di 34,8 euro nel 2014 a 65,3 nel 2020 e registrando un aumento medio annuo dell'11%. Parallelamente il costo medio DDD è aumentato del 59,4% passando da un valore di 10,92 euro a uno di 17,41 euro. I consumi mostrano un aumento medio annuo del 2,7%, registrando nel 2020 un valore pari a 10,2 DDD/1000 abitanti die. Le prime tre categorie a maggiore spesa sono rappresentate dagli anticorpi monoclonali. Tra questi al primo posto vi sono gli inibitori del check-point immunitario (10,14 euro), per i quali si osserva una minima riduzione di spesa (-0,6%) rispetto al 2019 e una netta riduzione del costo medio DDD (-30,3%), nonostante un aumento dei consumi (+42,2%). Seguono gli anticorpi bloccanti l'azione dei fattori di crescita (8,32 euro), che presentano una diminuzione, rispetto al 2019, di tutti gli indicatori considerati (spesa -13,0%; consumi -10,0%; costo medio DDD -3,6%). Le CAR-T rappresentano la categoria a maggiore variazione di spesa (>100%), registrando, inoltre, un aumento del 20% del costo medio DDD. Gli antineoplastici in combinazione, costituiti dall'associazione citarabina/daunorubicina, approvata per il trattamento della leucemia mieloide acuta correlata a terapia o con alterazioni correlate a mielodisplasia negli adulti, mostrano un importante aumento della spesa (>100%), nonostante una riduzione del costo medio DDD pari al 5%.

Figura: Farmaci oncologici, andamento temporale 2014-2020 della spesa pro capite e del costo medio per giornata di terapia



Fonte: Rapporto Osmed 2020, AIFA

Analizzando la spesa pro capite regionale rispetto al valore medio nazionale (65,28 euro), le Regioni del Centro tendono a spendere di più (69,43 euro) rispetto alle Regioni del Sud (68,47 euro) e del Nord (61,29 euro). La profonda variabilità (CV 61%) è evidente dalla differenza tra il valore di spesa più basso della Valle d'Aosta (43,77 euro), che registra inoltre una riduzione del 2,8%, e il valore più alto dell'Umbria (78,46 euro), che risulta in aumento del 9% rispetto al 2019. La Sardegna è la Regione che presenta un consumo maggiore, ma un costo medio DDD più basso rispetto alla media nazionale. La PA di Bolzano, l'Emilia Romagna, la Calabria e il Molise sono invece le Regioni a presentare un consumo inferiore, ma un costo medio DDD più elevato. La variabilità regionale risulta essere maggiore per la categoria degli anticorpi monoclonali bloccanti l'azione dei fattori di crescita che mostrano un range ampio (6,52-16,27 euro).

Tabella: Farmaci oncologici, andamento regionale della spesa pro capite pesata: confronto 2014-2020

Regione	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Δ % 20-19
Piemonte	33,79	35,47	39,85	43,20	51,23	55,81	58,40	4,6
Valle d'Aosta	26,10	34,09	38,78	39,23	42,12	45,05	43,77	-2,8
Lombardia	29,06	33,32	37,68	41,40	45,91	52,41	56,90	8,6
PA Bolzano	37,25	39,22	41,51	52,19	58,05	69,27	71,80	3,7
PA Trento	26,89	27,89	34,88	40,11	44,21	45,51	46,86	3,0
Veneto	33,43	36,14	40,73	45,22	51,97	55,57	61,51	10,7
Friuli VG	41,63	43,42	47,65	59,83	63,61	70,58	72,63	2,9
Liguria	35,62	41,03	46,40	51,35	61,61	65,86	70,93	7,7
Emilia R.	35,29	40,10	45,16	49,82	59,65	64,79	67,80	4,6
Toscana	41,67	44,71	51,92	55,86	58,01	63,86	68,16	6,7
Umbria	37,54	43,26	50,69	54,99	63,97	71,95	78,46	9,0
Marche	40,26	45,06	51,04	55,56	62,70	69,86	75,92	8,7
Lazio	33,56	36,91	39,29	46,22	57,29	63,33	67,06	5,9
Abruzzo	42,62	46,24	51,17	54,68	63,72	66,89	70,72	5,7
Molise	30,69	33,37	39,52	48,10	53,88	61,52	66,21	7,6
Campania	40,52	46,09	51,51	57,82	66,14	75,29	78,23	3,9
Puglia	39,70	44,04	48,93	56,29	65,53	69,81	71,58	2,5
Basilicata	40,20	45,78	53,74	60,87	64,58	74,01	77,57	4,8
Calabria	31,72	38,38	43,00	48,85	56,41	63,17	63,41	0,4
Sicilia	28,44	32,13	36,28	42,45	45,62	53,55	55,50	3,6
Sardegna	37,87	42,18	46,31	50,30	56,71	62,93	68,17	8,3
Italia	**34,83**	**38,76**	**43,48**	**48,73**	**55,63**	**61,68**	**65,28**	**5,8**
Nord	32,68	36,21	40,79	45,33	51,98	57,29	61,29	7,0
Centro	37,36	40,97	45,75	51,20	58,73	65,00	69,43	6,8
Sud e Isole	36,33	41,02	45,90	52,02	58,93	65,95	68,47	3,8

Fonte: Rapporto Osmed 2020, AIFA

10.3 Compartecipazione ai farmaci

La Legge n. 405/2001 e successive integrazioni, ha previsto la possibilità per le Regioni di adottare delibere di introduzione/inasprimento della compartecipazione a carico del cittadino, attraverso l'introduzione o modulazione di ticket per ricetta (o per confezione), al fine di compensare eventuali disavanzi della spesa farmaceutica regionale rispetto al tetto programmato. Tale disposizione ha trovato applicazione in primis nelle Regioni soggette a piano di rientro e ad oggi in quasi tutte le altre.

Tuttavia, la compartecipazione del cittadino alla spesa farmaceutica non deriva esclusivamente dai ticket regionali, ma anche dalle quote di compartecipazione sui medicinali a brevetto scaduto. Infatti, dal 1° dicembre 2001 i medicinali privi di copertura brevettuale rimborsati dal SSN, compresi i generici (cosiddetti farmaci equivalenti), sono stati raggruppati nelle liste di trasparenza AIFA, attualmente redatte a cadenza mensile, al fine di individuare un prezzo di riferimento unico per tutte le confezioni tra loro sostituibili. Il differenziale originato tra il prezzo del farmaco prescritto e quello economicamente più basso del farmaco di medesima composizione è posto a carico del paziente. Nello specifico, se sono disponibili due farmaci con medesimo principio attivo e stessa via di somministrazione, forma farmaceutica e unità posologiche, ma con prezzi diversi, il SSN rimborsa il prezzo del farmaco con valore di riferimento più basso.

La compartecipazione del cittadino nel 2020 come si evince dalla tabella successiva, (comprensiva sia **ticket regionali** sia la **differenza di prezzo** tra farmaco brand (originator) e farmaco equivalente) è di **€ 1.487 milioni**. Solo il **27,5%** è riferibile al ticket fisso mentre il **72,5%** è imputabile al differenziale di prezzo tra farmaco originator (brand) e farmaco equivalente.

In pratica, ogni cittadino spende di tasca propria, per la quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto **€ 18,06**, probabilmente poiché ancora inconsapevole del fatto che originator e corrispettivi equivalenti hanno la *stessa efficacia, qualità e sicurezza* e perché non è stata potenziata sufficientemente l'informazione, mediante specifiche iniziative rivolte ai cittadini.

Tabella: spesa farmaceutica territoriale – confronto 2016 - 2020

		2016 *(milioni)*	2017 *(milioni)*	2018 *(milioni)*	2019 *(milioni)*	2020 *(milioni)*	Δ % 17-16	Δ % 18-17	Δ % 19-18	Δ % 20-19
1+2+3+4	**Spesa convenzionata lorda**	**10.638**	**10.499**	**10.141**	**10.089**	**9.820**	**-1,3**	**-3,4**	**-0,5**	**-2,7**
1+2	Compartecipazione del cittadino	1.540	1.549	1.608	1.582	1.487	0,6	3,8	-1,6	-6,0
1	Ticket fisso	518	499	482	459	409	-3,7	-3,4	-4,7	-10,9
2	Quota prezzo di riferimento	1.022	1.050	1.126	1.123	1.078	2,7	7,2	-0,3	-4,0
3	Sconto^	845	830	751	743	717	-1,8	-9,5	-1,1	-3,4
4	**Spesa convenzionata netta**	**8.254**	**8.120**	**7.781**	**7.764**	**7.615**	**-1,6**	**-4,2**	**-0,2**	**-1,9**
5	Distribuzione diretta e per conto di fascia A°	5.556	4.792	4.620	4.481	4.259	-13,8	-3,6	-3,0	-4,9
4+5	**Spesa territoriale pubblica**	**13.810**	**12.913**	**12.402**	**12.245**	**11.875**	**-6,5**	**-4,0**	**-1,3**	**-3,0**

Fonte: Rapporto Osmed 2020, AIFA

Tabella: Distribuzione della quota su prezzo di riferimento per Regione anno 2020

Regione	Spesa pro capite pesata	Δ % 20-19	Δ % media nazionale
Piemonte	13,87	-4,9	-23,3
Valle d'Aosta	13,00	-2,0	-28,1
Lombardia	13,76	-4,1	-23,9
PA Bolzano	11,76	-3,6	-34,9
PA Trento	12,57	-2,8	-30,4
Veneto	13,82	-2,7	-23,5
Friuli VG	14,57	-2,9	-19,4
Liguria	14,89	-3,9	-17,6
Emilia R.	14,04	-1,8	-22,3
Toscana	13,38	-2,9	-26,0
Umbria	19,82	-1,4	9,7
Marche	18,68	-5,1	3,4
Lazio	24,64	-4,3	36,3
Abruzzo	20,59	-3,2	13,9
Molise	21,41	-2,6	18,5
Campania	24,90	-2,8	37,8
Puglia	21,73	-4,5	20,2
Basilicata	22,43	-0,9	24,1
Calabria	24,82	-4,4	37,3
Sicilia	24,05	-5,0	33,1
Sardegna	17,37	-1,0	-3,9
Italia	18,07	-3,7	-
Nord	13,88	-3,5	-23,2
Centro	19,88	-3,9	10,0
Sud e Isole	23,00	-3,7	27,3

Fonte: Rapporto Osmed 2020, AIFA

La spesa pro capite per compartecipazione più elevata si registra al Sud e nelle Isole (23,0 euro), mentre quella minore al Nord con 13,88 euro (Figura e Tabella 2.1.5), discostandosi dal valore medio nazionale rispettivamente del +27,3% e del -23,2%. Campania e Calabria sono le Regioni con i valori di spesa più elevati (rispettivamente 24,90 e 24,82 euro), mentre le PA di Trento e Bolzano registrano i valori più bassi, rispettivamente pari a 11,76 e 12,57 euro.

Nelle tabelle seguenti si riportano le principali misure legate al ticket nelle Regioni italiane, nell'anno 2019, con lo scopo di fornire un quadro riepilogativo il più esaustivo possibile, ferme restando le esenzioni previste dalla normativa vigente (esenzioni per reddito, per patologie croniche, per patologie rare, invalidità e situazioni di particolare interesse sociale).

Tabella: Modalità di applicazione dei ticket regionali nel 2020

Regione	Esenzione	Ticket (€)				Liste di trasparenza*	Note	Riferimento normativo
	Reddito (€)	Patologia	Confezione	Max ricetta	Quota ricetta			
Valle d'Aosta*	0-9.999	sì	no	no	no	sì	Sono esclusi dal pagamento del ticket i pazienti con patologie croniche e invalidanti	DGR n. 1899 del 28/12/2017
	10.000-25.000	no	1	2	no			
	> 25.000	no	2	4	no			
Piemonte	N/A	sì	no	no	no	sì	Gli assistiti identificati dai codici di esenzione E92, G01, G02, V01, V01.2 sono esclusi dal pagamento della differenza tra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento per i medicinali in lista di trasparenza	DGR n. 57- 5740 del 3/4/2002 DGR n. 36-7965 del 28/12/2007 DGR n.16-3096 del 12/11/2011 DGR n. 39-8425 del 15/02/2019
		no	no	no	no			
Lombardia	> 20.000,00	no	2	4	no	sì + ticket		DGR n. 4230 del 25/10/2012
		sì	1	3	no	sì	Patologie croniche e malattie rare; alcuni tipi di invalidità limitatamente ad antibiotici monodose, IFN per epatite, farmaci somministrati per fleboclisi (L405/2001)	
	Fino a 20.000,00	no	no	no	no	sì		
PA Bolzano	N/A	sì	no	no	1	sì + ticket	Patologie croniche Malattie rare, invalidi per lavoro, civili, sordomuti, vittime del terrorismo	DGR n. 1862 del 27/05/2002
		no	1	2	no		Figli fiscalmente a carico dei genitori	
		no	2	4	no			
PA Trento	N/A	no	no	no	no	sì		Legge provinciale 14 del 23/12/2019

Regione	Esenzione		Ticket (€)			Liste di trasparenza*	Note	Riferimento normativo
	Reddito (€)	Patologia	Confezione	Max ricetta	Quota ricetta			
Liguria	N/A	no	2	4	no	sì + ticket	Anche per antibiotici monodose e farmaci somministrati per fleboclisi	DGR 163 del 20/02/2002 DGR 1116 del 9/09/2011
		sì	no	no	no	sì	Sono esclusi dalla compartecipazione le vittime del terrorismo e gli invalidi di guerra	
Toscana	N/A	no	no	no	no	sì	Abolizione quota compartecipazione sulla spesa farmaceutica dal 1/09/2020	Legge 160 del 27/12/2019 DGR 1134 del 3/08/2020
Emilia-Romagna	N/A	no	no	no	no	sì	Abolizione quota compartecipazione sulla spesa farmaceutica dal 1/09/2020	Legge 160 del 27/12/2019 DGR 1044 del 24/08/2020
Umbria	N/A	no	no	no	no	sì	Abolizione quota compartecipazione sulla spesa farmaceutica dal 1/09/2020	Legge 160 del 27/12/2019 DGR 682 del 30/07/2020
Lazio	N/A	sì	2	no	no	sì	Farmaci con prezzo di vendita >5€, non inclusi in lista di trasparenza AIFA	DCA 45 del 17/11/ 2008
		no	4	no	no			
		sì	1	no	no		Farmaci con prezzo di vendita ≤5€, non inclusi in lista di trasparenza AIFA	
		no	2,5	no	no			
Abruzzo	N/A	no	2	6	no	sì + ticket	Farmaci con prezzo di vendita >5€	DCA 26 del 4/7/2012
		sì	1	3	no			
		no	0,5	1,5	no		Farmaci con prezzo di vendita ≤5€	
		sì	0,25	0,75	no			
		no	no	no	no	sì	Patologie croniche e invalidanti Farmaci non coperti da brevetto con prezzo al pubblico allineato al prezzo di riferimento	
Molise	N/A	no	2	6	0,5	sì + ticket	Farmaci coperti da brevetto con prezzo di vendita >5€	DGR 1188 del 29/07/2002 DD.CC.AA 87 e 97 /2011 Circolare 4702 del 3/4/2012
			0,5	no			Farmaci a brevetto scaduto con prezzo di vendita > 5€	
			no	no		sì	Terapia del dolore	

Regione	Esenzione		Ticket (€)			Liste di trasparenza*	Note	Riferimento normativo
	Reddito (€)	Patologia	Confezione	Max ricetta	Quota ricetta			
Campania	N/A	no	1,5	no	2	sì + ticket	Il ticket per confezione non si applica ai farmaci non coperti da brevetto con prezzo allineato a quello di riferimento regionale. La quota per ricetta non si applica alle prescrizioni di ossigeno e ai farmaci del PHT	DCA 67 del 4/11/10
			no	no	2	sì	Farmaci non coperti da brevetto con prezzo allineato al prezzo di riferimento	
		sì	no	no	1	sì	Invalidità e patologie croniche e invalidanti con reddito fino a 22.000€	
Puglia	N/A	no	2	5,5	1	si + ticket		DGR 1718 del 19/11/2004 DGR 1198 del 6/08/ 2005 DGR 2789 del 14/12/2010 DGR 1389 21/06/2011, DGR 1391 21/06/2011
		sì	0,5	no	1		Antibiotici monodose, IFN per epatite, farmaci somministrati per fleboclisi (L405/2001)	
		no	no	no	1		Farmaci inclusi in lista di trasparenza	
		no	no	no	1		Invalidità, terapia del dolore, vittime del terrorismo, patologie croniche e invalidanti, malattie rare	
		no	no	no	no		Pensioni minime	
Basilicata	N/A	no	no	no	no	sì	Abolizione quota compartecipazione sulla spesa farmaceutica dal 1/09/2020	Legge 160 del 27/12/2019
Calabria	N/A	no	2	5	1	sì		DGR 247 del 5/05/2009
		sì	no	no	no	sì	Patologie croniche Malattie rare	
		sì	no	no	1		Invalidità	

Regione	Esenzione			Ticket (€)		Liste di trasparenza*	Note	Riferimento normativo
	Reddito (€)	Patologia	Confezione	Max ricetta	Quota ricetta			
Sicilia	N/A	no	4	no	no	sì	Farmaci con prezzo di vendita ≤ 25€	L.R. 6 del 10/01/2012
		sì	1,5					
		no	2				Farmaci equivalenti con prezzo di vendita ≤25€	
		sì	1					
		no	4,5			sì	Farmaci con prezzo di vendita >25€	
		sì	2					
		no	2,5				Farmaci equivalenti con prezzo di vendita >25€	
		sì	1,5					

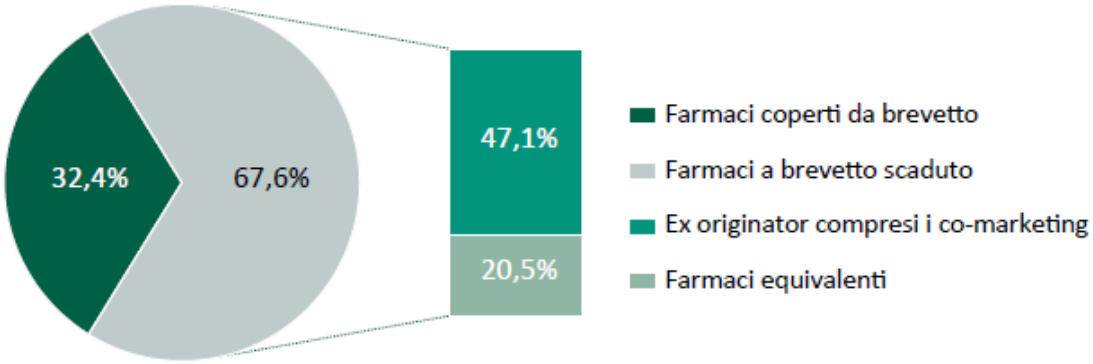
*differenza fra prezzo del farmaco e prezzo di riferimento

Fonte: Corte dei Conti rapporto Coordinamento finanza pubblica 2021

10.4 Farmaci a brevetto scaduto e equivalenti

Nel 2020 i farmaci a brevetto scaduto hanno costituito il 67,6% della spesa e l'84,8% dei consumi in regime di assistenza convenzionata di classe A. La quota percentuale dei farmaci equivalenti, ossia i medicinali a base di principi attivi con brevetto scaduto, ad esclusione di quelli che hanno goduto di copertura brevettuale, hanno rappresentato il 20,5% della spesa e il 30,7% dei consumi. Si conferma dunque il trend in crescita sia della spesa che dei consumi per questi farmaci, sebbene sia piuttosto contenuto negli ultimi due anni. A livello nazionale la spesa pro capite per i farmaci a brevetto scaduto è stata pari a 110,17 euro, in riduzione di quasi il 2% rispetto al 2019, sebbene sia evidenziabile un aumento dell'incidenza percentuale sul totale della spesa, che è passata dal 67,3% del 2019 al 67,6%. Considerando gli ultimi due anni, anche la percentuale di spesa dei farmaci equivalenti è leggermente aumentata, passando dal 29,8% al 30,4%.

Figura: Spesa farmaci a brevetto scaduto



Si intendono farmaci equivalenti i medicinali a base di principi attivi con brevetto scaduto, ad esclusione di quelli che hanno goduto di copertura brevettuale, ai sensi dell'art.1bis del Decreto-legge 27 maggio 2005, n. 87, convertito, con modificazioni, dalla Legge 26 luglio 2005, n. 149

Fonte: Rapporto Osmed 2020, AIFA

Le Regioni del Sud (69,6%) e del Centro (68,3%) presentano la maggiore incidenza di spesa, sia rispetto alle Regioni del Nord (65,5%), che rispetto alla media italiana (67,6%), infatti il valore più basso si è registrato nella PA di Bolzano (76,51 euro), mentre quello più alto in Campania (139,72 euro). L'andamento è opposto se si considera la percentuale di spesa dei farmaci equivalenti avendo le Regioni del Nord incidenze maggiori (39,2%), rispetto a quelle del Centro (27,8%) e del Sud (22,1%).

Nel 2020, per i farmaci a brevetto scaduto, si sono consumate 842,28 dosi giornaliere ogni 1000 abitanti, in aumento di quasi l'1% rispetto all'anno precedente, corrispondente all'84,8% delle DDD totali. Rimane stabile, invece, la percentuale di utilizzo dei farmaci equivalenti, che nel 2020 è stata pari al 36,2%. Le Regioni del Nord consumano una percentuale maggiore di equivalenti (45,9%), rispetto a quelle del Centro (33,9%) e del Sud (26%), infatti il valore maggiore si è registrato nella PA di Trento (51,2%), mentre quello più basso in Basilicata (22,3%).

Nel ricorso ai farmaci a brevetto scaduto, è evidente la profonda eterogeneità regionale sia in termini di spesa, che di consumo. La composizione della spesa farmaceutica convenzionata evidenzia come Calabria, Basilicata e Campania mostrino un minor ricorso a farmaci a brevetto scaduto (19%) contrariamente alla PA di Trento (44%), alla Lombardia (43%) e al Friuli Venezia Giulia (42%) per le quali si registrano i valori più alti.

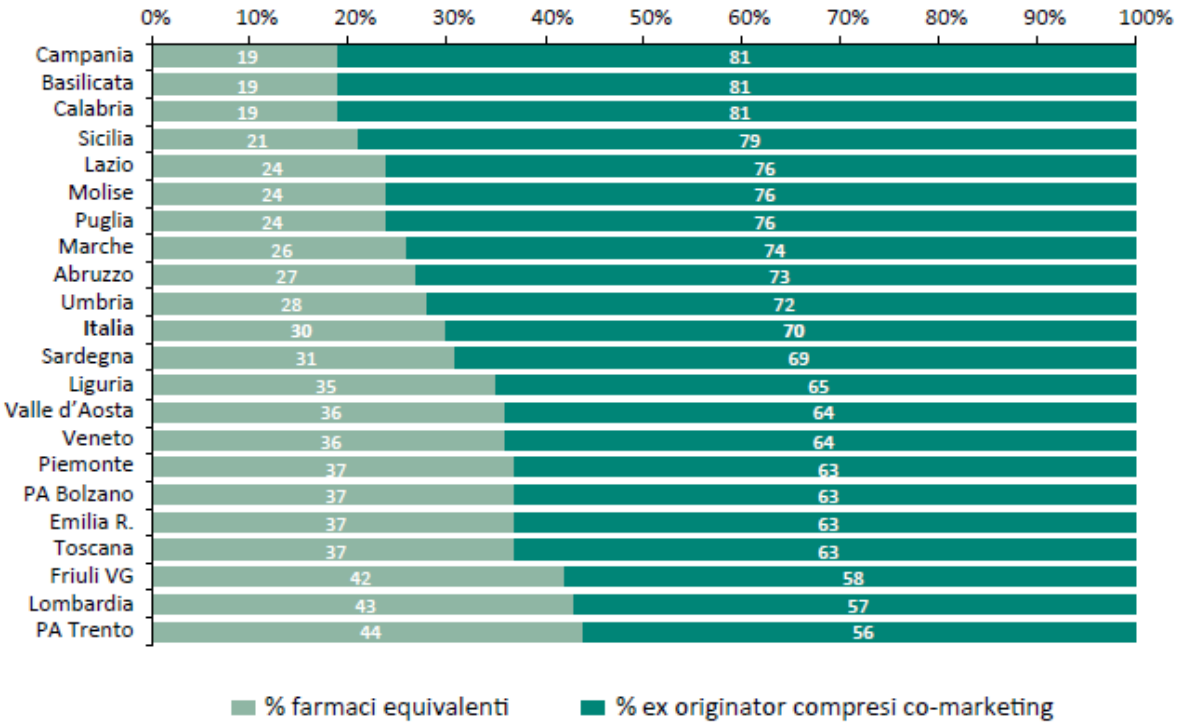
Tabella: Consumo in regime di assistenza convenzionata regionale dei farmaci a brevetto scaduto di classe A-SSN: confronto 2020-2019*

Regione	DDD/1000 ab die pesate		% sul totale delle DDD		% consumo equivalente**	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Piemonte	772,74	769,77	83,2	84,4	44,1	44,3
Valle d'Aosta	684,19	691,08	82,9	84,2	44,5	43,7
Lombardia	770,23	772,75	83,0	84,0	48,5	48,7
PA Bolzano	608,91	606,69	84,4	85,6	43,6	43,2
PA Trento	772,74	776,56	85,1	86,1	51,5	51,2
Veneto	741,90	741,18	83,9	85,3	43,6	43,3
Friuli VG	813,71	820,90	84,8	85,4	44,9	48,9
Liguria	730,15	732,86	83,3	84,5	41,2	41,0
Emilia R.	794,29	809,61	84,9	85,8	44,4	44,4
Toscana	792,07	802,48	81,7	82,9	44,6	45,2
Umbria	950,60	967,63	85,1	86,3	33,3	32,8
Marche	851,19	854,83	83,8	85,3	30,2	30,3
Lazio	914,18	913,02	84,2	85,2	28,5	28,1
Abruzzo	869,03	884,00	83,6	84,7	30,6	30,5
Molise	845,78	857,16	84,4	85,4	26,5	26,3
Campania	937,67	958,87	84,1	85,3	24,2	23,4
Puglia	930,87	939,68	83,9	84,9	27,7	27,6
Basilicata	868,66	894,37	83,0	84,2	22,4	22,3
Calabria	925,88	940,27	83,7	84,8	22,3	22,3
Sicilia	904,45	923,19	84,3	85,2	24,9	25,0
Sardegna	834,30	859,73	83,0	84,3	35,9	35,8
Italia	**834,12**	**842,28**	**83,7**	**84,8**	**36,2**	**36,2**
Nord	765,96	769,28	83,7	84,7	45,7	45,9
Centro	869,43	874,03	83,5	84,6	33,9	33,9
Sud e Isole	910,34	927,77	83,9	85,0	26,2	26,0

*Sono state utilizzate le liste di trasparenza pubblicate dall'AIFA nel corso degli anni 2019-2020

**Calcolata sul consumo dei farmaci a brevetto scaduto

Figura: Composizione per Regione della spesa in regime di assistenza convenzionata 2020 per i farmaci a brevetto scaduto di classe A-SSN

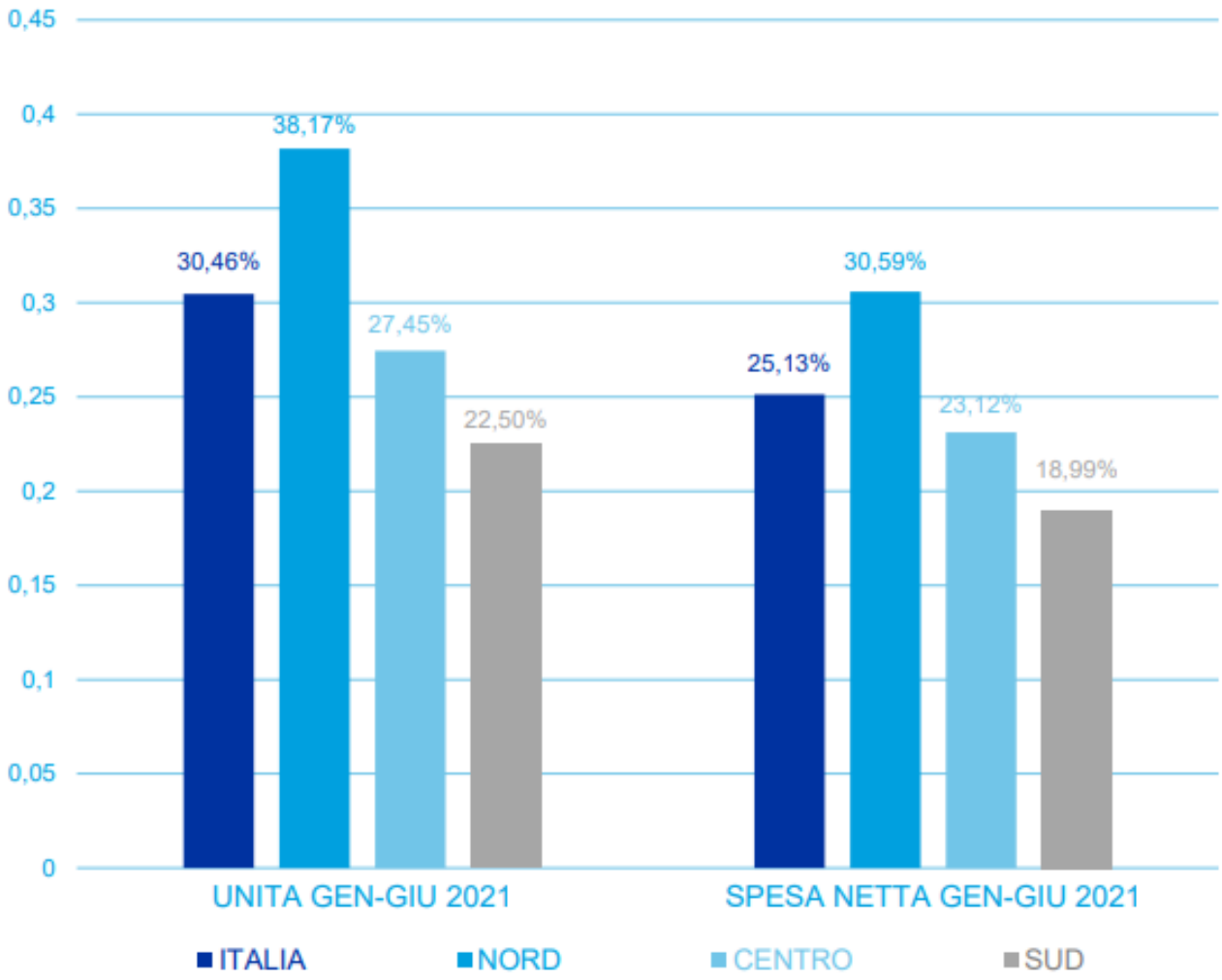


Fonte: Rapporto Osmed 2020, AIFA

Consumi e spesa equivalenti nel 2021

Il ricorso alle cure equivalenti nel primo semestre 2021 continua ad essere privilegiato al Nord (38,2% a unità e 30,6% a valori), rispetto al Centro (27,5% a unità e 23,2% a valori) e al Sud (22,6% a unità e 19,1% a valori), a fronte di una media Italia del 30,5% a confezioni e del 25,2% a valori.

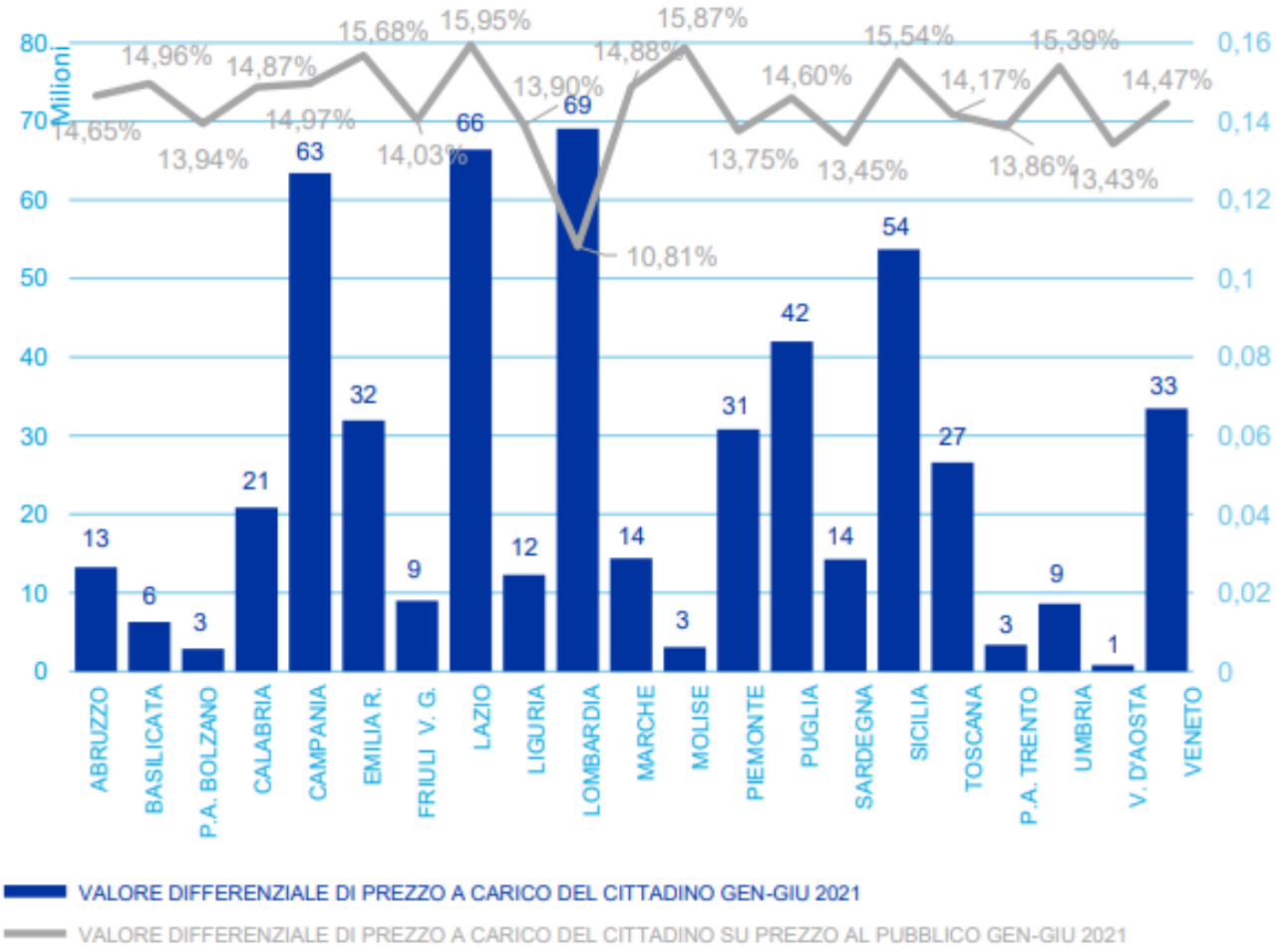
Figura: Il consumo di generici per area geografica 2021



Fonte: Il mercato italiano dei farmaci generici – equivalenti, Egualia 2021

Nei primi 6 mesi del 2021 i cittadini hanno versato di tasca propria 526 milioni di euro di differenziale di prezzo per ritirare il brand off patent - più costoso - invece che il generico-equivalente - a minor costo - interamente rimborsato dal SSN. L'incidenza maggiore a livello regionale si registra in Molise (15,9%) della spesa regionale SSN nel canale retail) e nel Lazio (15,9%). Quella più bassa si registra invece ancora una volta in Lombardia, dove il differenziale versato di tasca propria dai cittadini quota il 10,8% della spesa regionale SSN in farmacia.

Figura: Quota e incidenza regionale del differenziale di prezzo versato dal cittadino per ritirare il brand off patent invece del generico – equivalente dati gennaio – giugno 2021 in milioni di euro



Fonte: Il mercato italiano dei farmaci generici – equivalenti, Egualia 2021

10.5 Farmaci biosimilari

Oltre ai farmaci di sintesi chimica esistono anche i farmaci biologici che contengono uno o più principi attivi prodotti o derivati da una fonte biologica, utilizzando organismi viventi, attraverso processi di produzione biotecnologica molto complessi: da qui il nome di farmaci biologici o biotecnologici.

La complessità dei farmaci biologici e del loro processo produttivo fa sì che il modo stesso attraverso il quale vengono prodotti possa comportare un certo grado di variabilità nelle molecole dello stesso principio attivo; variabilità che può verificarsi anche in lotti diversi dello stesso farmaco biologico.

Anche i farmaci biologici, come tutti i medicinali, sono sottoposti a controlli rigorosi; ciò, insieme al loro processo produttivo complesso e innovativo, determina l'unicità e le caratteristiche di qualità, efficacia e sicurezza.

I farmaci biologici: cosa curano

Prodotti per la prima volta nel 1982[97], i farmaci biotecnologici hanno rivoluzionato la vita di molti pazienti, favorendo un maggiore accesso alle cure e offrendo nuove possibilità di trattamento per molte gravi patologie: oncologiche, autoimmuni e rare, malattie infiammatorie, neurologiche e degenerative (es. tumori, sclerosi multipla, diabete, artrite reumatoide). Nel 2006 l'EMA (Agenzia europea per i medicinali) approva i primi due farmaci biosimilari (eritropoietine e fattori della crescita dei globuli bianchi).

Fonte: Cittadinanzattiva, Campagna Ehi Futura!

Come per i farmaci di sintesi chimica, anche i farmaci biologici sono sottoposti a protezione brevettuale di circa 20 anni. Alla scadenza del brevetto, è quindi possibile produrre il biosimilare del farmaco originatore (o di riferimento). Le aziende possono commercializzare i biosimilari approvati alla scadenza della protezione brevettuale nel relativo mercato di riferimento.

Il farmaco che viene prodotto alla scadenza del brevetto dell'originatore o del medicinale biologico di riferimento viene definito biosimilare, **perché altamente simile** al suo corrispettivo biologico originatore commercializzato.

Cosa sono i farmaci biosimilari

Il biosimilare è quel farmaco biologico altamente simile per caratteristiche rispetto al suo farmaco biologico originatore[98]."Altamente" perché un biosimilare e il suo prodotto di riferimento, essendo ottenuti mediante processi produttivi di tipo biotecnologico differenti, non sono identici ma altamente simili.

Fonte: Cittadinanzattiva, Ehi Futura!

La variabilità del processo produttivo fa sì che sia impossibile riprodurre un farmaco fotocopia tanto che questa, può verificarsi anche in lotti diversi dello stesso farmaco biologico.

Tuttavia la variabilità tra prodotti non è tale da incidere su efficacia, qualità e sicurezza. Il biosimilare è infatti egualmente efficace, sicuro e di qualità[99] rispetto a quello di riferimento.

[97] Nel 1982, si cominciò a produrre il primo farmaco biotecnologico, l'insulina ricombinante, che ha rivoluzionato la cura di milioni di diabetici.

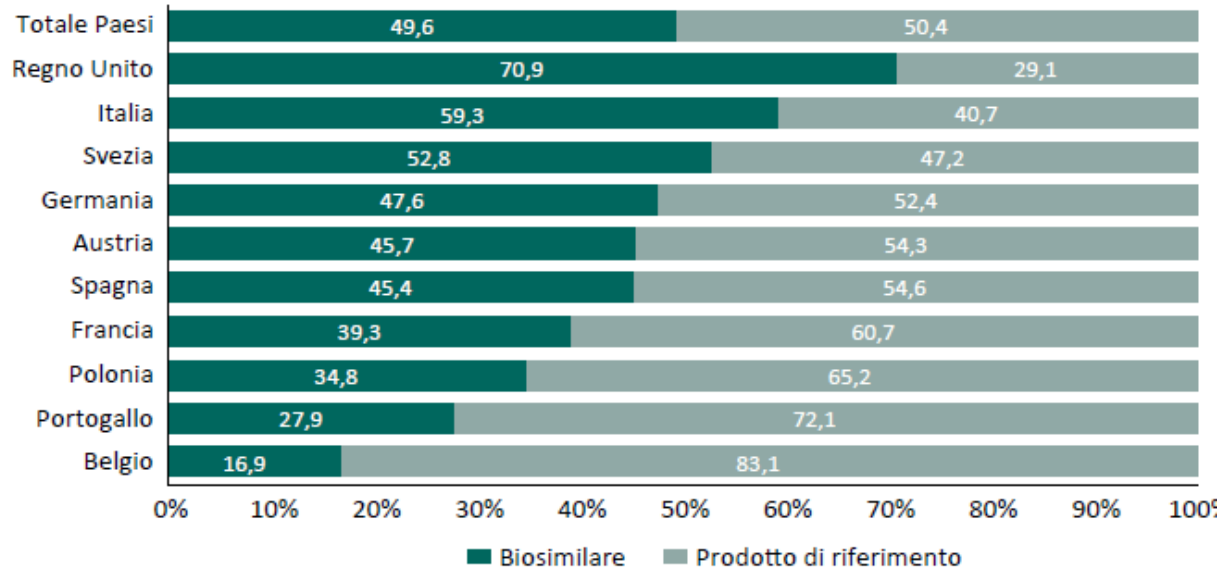
[98] Cfr. AIFA (2018), *Secondo Position Paper sui farmaci biosimilari* in: https://www.aifa.gov.it/sites/default/files/pp_biosimilari_27.03.2018.pdf

[99] Ibidem

La penetrazione dei farmaci biosimilari in termini di spesa e consumo

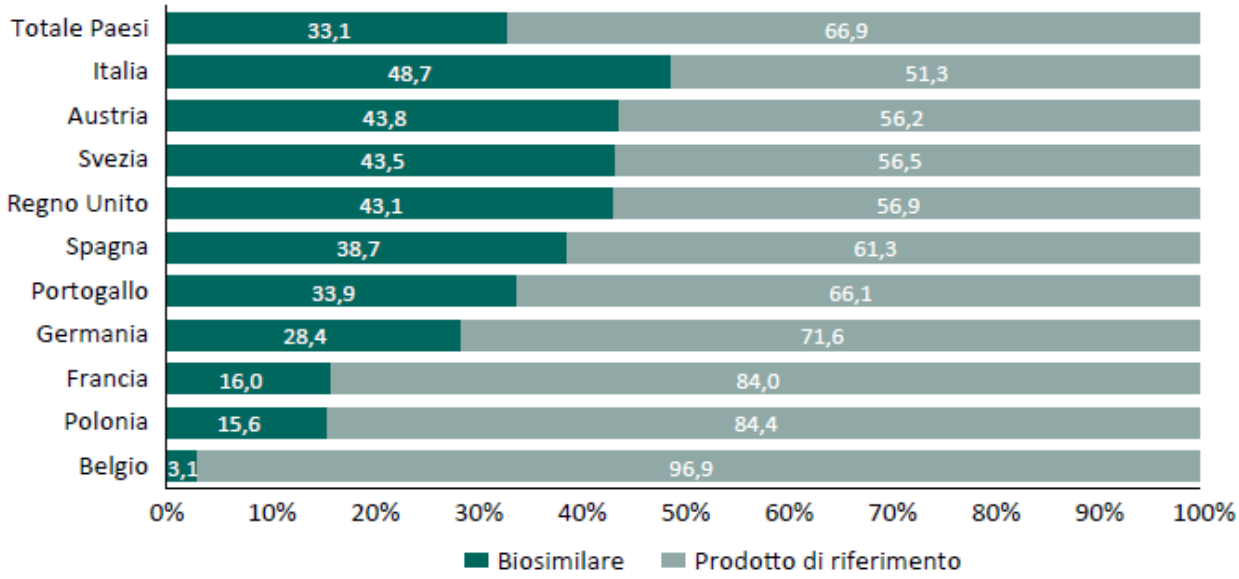
L'Italia è al 2° e 1° posto nell'incidenza, rispettivamente, della spesa e del consumo di farmaci biosimilari.

Figura: Confronto internazionale della distribuzione percentuale della spesa dei farmaci biosimilari 2020



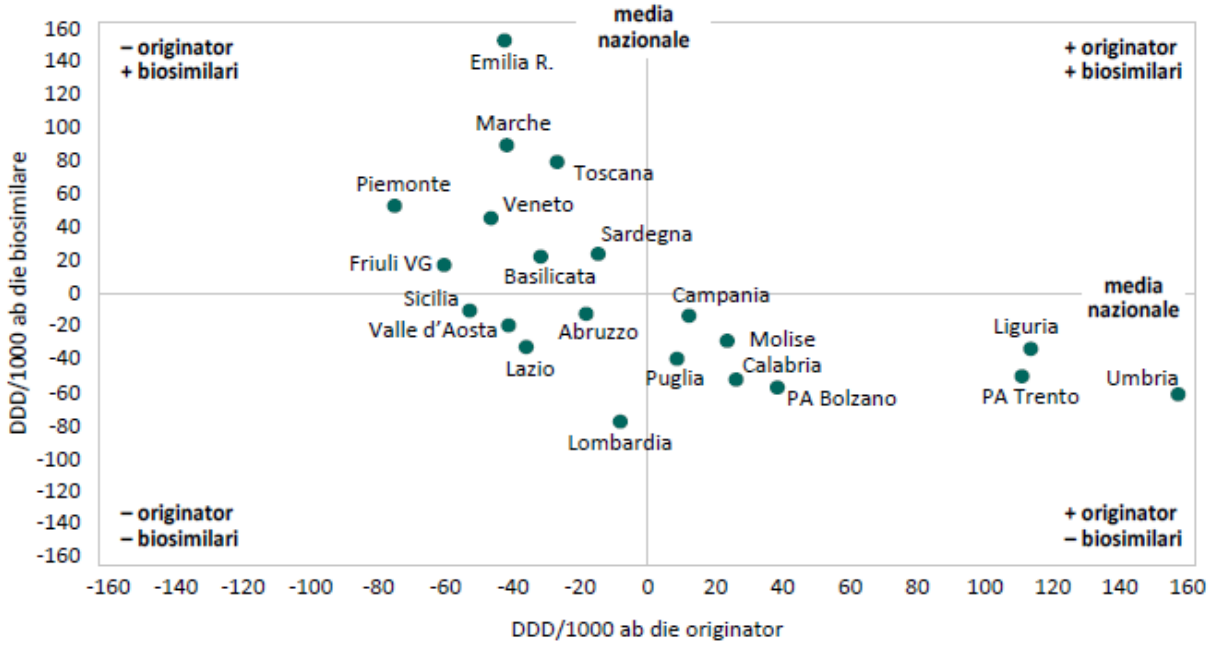
Fonte: Rapporto Osmed 2020, AIFA

Figura: Confronto internazionale della distribuzione percentuale dei consumi dei farmaci biosimilari 2020



Fonte: Rapporto Osmed 2020, AIFA

Figura: Consumo (DDD/1000 abitanti die) dei farmaci biosimilari vs originator rispetto alla media nazionale



Fonte: Rapporto Osmed 2020, AIFA

10.6 Spesa e consumo dei farmaci innovativi

I farmaci innovativi sono medicinali che hanno ottenuto il riconoscimento dell'innovatività. Il conferimento di tale status avviene attraverso un processo di valutazione da parte dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e, in particolare, dalla Commissione Tecnico Scientifica (CTS), che si esprime con un parere vincolante[100].

Il modello di valutazione attraverso il quale l'AIFA attribuisce l'innovatività è cambiato da pochi anni. La Legge di Bilancio per il 2017[101] aveva imposto all'Agenzia di procedere alla revisione dell'algoritmo[102], fino ad allora utilizzato e di definire un nuovo modello.

I nuovi criteri sono stati individuati con la Determina dell'AIFA n° 519 del 2017, aggiornata dalla Determina n°1535 del 12 settembre 2017 con la quale si è predisposto un **modello multidimensionale** per la valutazione e la conseguente attribuzione del carattere di innovatività di un farmaco.

[100] Le schede di valutazione relative alle molecole per cui sia stato richiesto lo *status* di farmaco innovativo sono visibili e consultabili sul sito istituzionale dell'Agenzia in: https://www.aifa.gov.it/farmaci-innovativi

[101] Cfr. Legge n° 232/2016 (Art. 1, comma 400, 401, 402) *"Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019"* in: https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2016/12/21/16G00242/sg

[102] Cfr. Algoritmo *"Criteri per l'attribuzione del grado di innovazione terapeutica dei nuovi farmaci ed elementi per la integrazione del dossier per l'ammissione alla rimborsabilità"* in: http://www.agenziafarmaco.gov.it/allegati/documento_integrale.pdf

Nuovi criteri di innovatività (Determina AIFA n. 1535 del 2017[103])

PROCEDURA DI VALUTAZIONE

La procedura di valutazione di innovatività presso la CTS dell'AIFA può essere attivata da:

- Aziende produttrici
- AIFA, previo parere della CTS in presenza di evidenze scientifiche che ne supportino la fondatezza anche a prescindere dalla presentazione di una richiesta di riconoscimento del requisito di innovatività da parte dell'azienda titolare.

APPPROCCIO MULTIMENSIONALE

Per la valutazione del carattere di innovatività si valuta la contestuale presenza di tre elementi:

- Bisogno terapeutico: massimo/importante/moderato/scarso/assente;
- valore terapeutico aggiunto: massimo/importante/moderato/scarso/assente;
- qualità delle prove scientifiche effettuata sulla base del metodo GRADE[104]: scala a 4 livelli alta, moderata, bassa e molto bassa.

ESITI DELLA VALUTAZIONE

Innovatività Piena

- Permanenza del carattere di innovatività (durata massima di 36 mesi, con la possibilità di essere riconsiderato nel caso emergano evidenze che giustifichino una rivalutazione).
- Attribuzione dei benefici economici.
- Accesso al Fondo farmaci innovativi e Fondo farmaci oncologici innovativi.
- Inserimento nei Prontuari Terapeutici Regionali nei termini dell'art. 10 comma 2, D.Lgs. 158/12 (garantire immediata disponibilità al paziente).

Innovatività condizionata (o potenziale)

- Permanenza del carattere di innovatività (18 mesi, e possibilità di dopo 18 mesi dalla concessione, su istanza dell'azienda titolare o d'ufficio).
- Inserimento nei Prontuari Terapeutici Regionali nei termini dell'art. 10 comma 2, D.Lgs. 158/12 (garantire immediata disponibilità al paziente).

Mancato riconoscimento dell'innovatività

[103] Cfr. Determinazione AIFA n° 1535/2017, *"Criteri per la classificazione dei farmaci innovativi e dei farmaci oncologici innovativi, ai sensi dell'articolo 1, comma 402 della legge 11 dicembre 2016, n. 232"* in:https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/09/18/17A06376/sg

[104] Cfr. *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* in:http://www.gradeworkinggroup.org/.

- Solo i farmaci cui viene riconosciuto un bisogno terapeutico e un valore terapeutico aggiunto massimo/importante e un'alta qualità delle prove vengono valutati a innovatività piena e hanno accesso ai Fondi.

Fonte: *Cittadinanzattiva, Raccomandazione civica sulla Governance del farmaco. Focus sulle gare d'acquisto dei farmaci, 2020*

Il riconoscimento dell'innovatività (piena e potenziale) implica l'inserimento immediato nei prontuari terapeutici ospedalieri regionali dei farmaci definiti innovativi, al fine di garantire l'accesso a tali terapie in tutto il territorio nazionale e il beneficio della sospensione di entrambe le riduzioni di legge del 5%.

Nell'anno 2020 la spesa per i farmaci innovativi è stata pari a 2,0 miliardi di euro, in netto aumento rispetto al 2019 (+16,0%).

Tabella: Trend di spesa e consumo per farmaci innovativi (2017 - 2020)

	2017	2018	2019	2020	Δ % 20-19
Spesa (milioni)	671,5	1360,0	1729,2	2005,4	16,0
Inc. % spesa SSN	3,0	6,1	7,3	8,6	-
DDD (milioni)	6,8	11,2	14,4	19,1	32,6
Inc. % DDD SSN	0,03	0,04	0,06	0,07	-

Nota: la spesa non tiene conto dei *payback* versati dalle aziende farmaceutiche a fronte dell'applicazione degli accordi di rimborsabilità condizionata

Fonte: Rapporto Osmed 2020, AIFA

Sul versante dei consumi, nel 2020 sono stati dispensati 19,1 milioni di dosi giornaliere rispetto ai 14,4 milioni del 2019, con un incremento del 32,6%.

Tabella: Spesa e consumi per farmaci innovativi 2017 – 2020 - dettaglio regionale

Regione	2017			2018			2019			2020		
	Spesa *(milioni)*	DDD/ 1000 ab die	Inc. %*	Spesa *(milioni)*	DDD/ 1000 ab die	Inc. %*	Spesa *(milioni)*	DDD/ 1000 ab die	Inc. %*	Spesa *(milioni)*	DDD/ 1000 ab die	Inc. %*
Piemonte	45,94	0,27	6,84	95,74	0,47	7,04	124,76	0,63	7,21	143,67	0,85	7,16
Valle d'Aosta	1,10	0,25	0,16	1,88	0,38	0,14	2,32	0,47	0,13	2,22	0,55	0,11
Lombardia	96,85	0,26	14,42	212,14	0,46	15,60	282,26	0,62	16,32	333,69	0,83	16,64
PA Bolzano	6,35	0,39	0,95	11,71	0,62	0,86	16,89	0,82	0,98	18,43	1,00	0,92
PA Trento	4,53	0,26	0,67	9,45	0,45	0,69	11,74	0,54	0,68	12,20	0,69	0,61
Veneto	46,47	0,26	6,92	104,08	0,44	7,65	129,77	0,58	7,50	159,34	0,78	7,95
Friuli VG	18,59	0,37	2,77	32,46	0,55	2,39	38,92	0,67	2,25	45,21	0,92	2,25
Liguria	22,45	0,33	3,34	44,81	0,56	3,29	52,22	0,69	3,02	61,48	0,93	3,07
Emilia R.	58,46	0,32	8,71	120,27	0,56	8,84	148,17	0,71	8,57	168,27	0,97	8,39
Toscana	52,91	0,35	7,88	95,19	0,54	7,00	118,77	0,69	6,87	142,87	0,97	7,12
Umbria	9,95	0,27	1,48	21,80	0,48	1,60	30,03	0,70	1,74	36,30	0,95	1,81
Marche	18,29	0,32	2,72	36,35	0,53	2,67	47,32	0,70	2,74	54,12	0,96	2,70
Lazio	64,86	0,29	9,66	144,48	0,53	10,62	173,02	0,63	10,01	198,22	0,84	9,88
Abruzzo	15,32	0,36	2,28	28,07	0,54	2,06	34,66	0,68	2,00	41,96	0,92	2,09
Molise	3,26	0,29	0,49	4,78	0,38	0,35	7,21	0,55	0,42	8,61	0,78	0,43
Campania	68,22	0,38	10,16	134,28	0,60	9,87	168,56	0,80	9,75	192,18	1,03	9,58
Puglia	51,10	0,38	7,61	96,21	0,58	7,07	120,61	0,75	6,97	136,36	0,92	6,80
Basilicata	5,38	0,27	0,80	10,33	0,42	0,76	14,93	0,59	0,86	16,55	0,81	0,83
Calabria	16,54	0,29	2,46	30,16	0,42	2,22	42,15	0,58	2,44	50,42	0,78	2,51
Sicilia	43,37	0,26	6,46	84,38	0,40	6,20	114,97	0,54	6,65	129,06	0,70	6,44
Sardegna	21,56	0,43	3,21	41,39	0,67	3,04	49,92	0,79	2,89	54,23	0,96	2,70
Italia	671,49	0,31	100	1359,96	0,51	100	1729,21	0,66	100	2005,39	0,87	100
Nord	300,74	0,28	44,79	632,53	0,49	46,51	807,05	0,64	46,67	944,51	0,86	47,10
Centro	146,00	0,31	21,74	297,82	0,53	21,90	369,14	0,66	21,35	431,52	0,91	21,52
Sud	224,75	0,34	33,47	429,61	0,52	31,59	553,01	0,69	31,98	629,37	0,88	31,38

*Calcolata sul totale della spesa dei farmaci innovativi; la spesa non tiene conto dei *payback* versati dalle aziende farmaceutiche a fronte dell'applicazione degli accordi di rimborsabilità condizionata

Fonte: Rapporto Osmed 2020, AIFA

Le Regioni che presentano la maggior spesa per i farmaci innovativi nell'anno 2020 (Tabella 5.1.4) sono la Lombardia (333,7 milioni di euro), il Lazio (198,2 milioni di euro) e la Campania (192,2 milioni di euro) con un'incidenza percentuale sulla spesa totale rispettivamente del 16,6%, del 9,9% e del 9,6%. Tali Regioni evidenziano nel 2020 anche un aumento sia della spesa sia dei consumi, rispetto all'anno precedente.

Accesso ai Fondi farmaci innovativi

La legge di bilancio 2017 (art. 1, commi 401-406, della legge 232/2016), ha istituito, dal 1° gennaio 2017, due **Fondi per l'acquisto, rispettivamente, dei medicinali innovativi** e dei **medicinali oncologici innovativi**.

Entrambi i Fondi hanno una dotazione di 500 milioni di euro ciascuno a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale cui concorre lo Stato. Con una norma inserita nella legge di bilancio 2019 (art. 1, co. 550, L. n. 145/2018), tali Fondi, la cui iscrizione contabile era originariamente nell'ambito dello stato di previsione del Ministero della salute,

sono stati trasferiti nello stato di previsione del MEF, ferma restando la competenza già attribuita al **Ministero della salute** per la disciplina delle **modalità operative di erogazione** delle risorse stanziate (v. DM 16 febbraio 2018) .

Le somme dei Fondi sono versate in favore delle regioni in proporzione alla spesa sostenuta dalle regioni medesime per l'acquisto dei medicinali innovativi e oncologici innovativi. La spesa per l'acquisto dei farmaci innovativi e dei farmaci oncologici innovativi concorre al raggiungimento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti (spesa farmaceutica ospedaliera) per l'ammontare eccedente annualmente l'importo di ciascuno dei fondi.

A decorrere dal 1° gennaio 2022, l'art. **35-ter del decreto legge n. 73 del 2021,** (c.d. Sostegni bis) ha istituito, nello stato di previsione del MEF, un unico Fondo del valore di 1.000 milioni di euro annui destinato al concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei farmaci innovativi (superando la distinzione fra farmaci innovativi e farmaci innovativi oncologici). Resta ferma in capo al Ministero della salute la competenza a disciplinare le modalità operative di erogazione delle risorse stanziate sulla base dei criteri da adottare con decreto ministeriale.

Da ultimo, la legge di Bilancio 2022 (L. n. 234/2021, art. 1, co. 259) ha stabilito gli incrementi del **finanziamento del Fondo per l'acquisto dei farmaci innovativi** di cui al comma 401, art. 1, della legge di bilancio 2017 pari a 100 milioni per l'anno 2022, 200 milioni per l'anno 2023 e 300 milioni a decorrere dall'anno 2024, integrando allo scopo il finanziamento del livello del fabbisogno sanitario standard cui concorre lo Stato.

L'articolo 38-quater del DL. 152/2021 (L. 233/2021), al fine di dare attuazione alle azioni del Piano nazionale di ripresa e resilienza relative alla Missione 6 – Salute con il rafforzamento delle prestazioni di innovatività terapeutica e velocizzando il procedimento per l'aggiornamento dei prontuari terapeutici ospedalieri, prevede che l'aggiornamento dei prontuari terapeutici ospedalieri debba essere effettuato entro, e non oltre, due mesi nel **caso d'impiego di farmaci per malattie rare**. Contestualmente all'aggiornamento, ciascuna regione, con deliberazione della giunta regionale, è tenuta a indicare i centri prescrittori di farmaci con Nota AIFA e/o Piano Terapeutico.

Nella tabella sono stati messi a confronto i dati regionali di spesa dei farmaci innovativi (oncologici e non oncologici) con accesso ai predetti Fondi. La tabella confronta gli anni 2019 e 2020.

Entrando nel dettaglio regionale si evidenzia che la spesa è cresciuta in maniera molto significativa in tutte le Regioni. In alcune è anche quasi raddoppiata. La **Lombardia** e la **Campania** sono le Regioni in cui si registra la maggiore spesa per i farmaci innovativi non oncologici e per quelli innovativi oncologici Lombardia e Lazio.

La spesa regionale per i farmaci innovativi con accesso ai Fondi ai sensi della Legge di Bilancio 2017, relativamente al periodo 2017-2020, è riportata nella Tabella. Nel 2020 la spesa è stata pari a 454,5 milioni di euro per gli innovativi non oncologici e a 1.113,0 milioni di euro per gli innovativi oncologici. Se si considerano i valori al netto dei payback relativi agli accordi di rimborsabilità condizionata, la spesa per gli innovativi non oncologici è stata pari a 307,6 milioni di euro e quella per gli innovativi oncologici di 964,2 milioni di euro. Rispetto al 2019, mentre la spesa (al netto dei payback) dei farmaci innovativi non oncologici è in riduzione del 25,6% (nel 2019 era pari a 413,3 milioni di euro), la spesa dei farmaci innovativi oncologici ha registrato una notevole crescita dell'86,7% (nel 2019 era pari a 516,4 milioni di euro)

Tabella: Spesa dei farmaci innovativi con acceso ai Fondi nel periodo 2017 - 2020

Regione	2017				2018				2019				2020					
	Non oncologici		Oncologici		Non oncologici		Oncologici		Non oncologici		Oncologici		Non oncologici			Oncologici		
	Spesa (€)	Spesa al netto payback	Spesa (€)	Spesa al netto payback	Spesa (€)	Spesa al netto payback	Spesa (€)	Spesa al netto payback	Spesa (€)	Spesa al netto payback	Spesa (€)	Spesa al netto payback	Spesa (€)	Spesa al netto payback	Δ% 20-19*	Spesa (€)	Spesa al netto payback	Δ% 20-19*
Piemonte	67,8	12,2	27,6	27,6	39,1	30,5	48,0	44,0	100,5	34,3	42,1	37,4	40,6	26,8	-73,2	78,5	67,6	-32,4
Valle d'Aosta	1,0	0,1	0,6	0,6	0,8	0,6	0,9	0,8	1,4	0,4	0,8	0,8	0,6	0,4	-99,6	1,3	1,2	-98,8
Lombardia	175,0	51,0	57,7	57,7	104,8	91,8	92,7	84,3	216,6	84,9	94,8	85,7	88,8	60,1	-39,9	196,3	173,5	73,5
PA Bolzano	3,3	0,9	4,1	4,1	2,1	1,9	6,7	6,2	5,7	3,1	6,2	5,6	2,3	1,9	-98,1	11,2	9,7	-90,3
PA Trento	3,6	0,5	2,7	2,7	2,8	2,1	4,0	3,7	8,0	2,8	3,1	2,7	3,2	2,0	-98,0	5,5	4,7	-95,3
Veneto	58,7	13,3	27,0	27,0	38,9	32,2	49,0	45,2	77,7	32,3	39,6	35,3	34,6	23,8	-76,2	84,9	73,8	-26,2
Friuli VG	12,7	5,0	11,1	11,1	10,2	9,2	15,9	14,3	25,8	9,4	13,8	12,2	11,1	6,9	-93,1	25,5	21,7	-78,3
Liguria	23,9	4,7	13,5	13,5	14,4	10,7	25,2	23,4	24,2	8,1	20,4	17,8	10,7	7,3	-92,7	36,0	30,7	-69,3
Emilia R.	64,5	6,3	37,2	37,2	44,7	34,0	61,3	54,8	86,3	35,7	53,5	47,4	26,6	19,9	-80,1	98,8	84,8	-15,2
Toscana	47,7	-2,1	34,6	34,6	38,5	33,9	48,5	43,2	76,5	23,6	40,4	34,9	33,4	20,8	-79,2	81,4	70,3	-29,7
Umbria	10,1	3,5	7,1	7,1	7,5	5,6	13,0	12,1	15,2	5,8	10,9	9,8	7,2	4,7	-95,3	19,6	17,1	-82,9
Marche	14,8	2,5	12,7	12,7	11,7	9,2	19,6	17,8	25,8	11,3	16,8	14,9	11,2	8,4	-91,6	29,3	25,4	-74,6
Lazio	68,3	9,4	42,2	42,2	44,2	32,7	81,8	75,2	88,9	37,6	70,8	63,5	39,1	28,3	-71,7	118,0	101,9	1,9
Abruzzo	12,9	3,6	9,1	9,1	6,3	4,9	14,0	12,8	10,9	5,4	11,1	9,7	7,4	5,9	-94,1	21,0	18,2	-81,8
Molise	3,5	0,1	1,7	1,7	1,6	0,9	2,5	2,2	4,2	1,3	1,7	1,4	2,0	1,2	-98,8	4,2	3,8	-96,2
Campania	131,1	4,6	42,2	42,2	59,4	47,9	65,5	58,2	123,3	42,2	50,7	43,8	51,9	31,7	-68,3	106,7	92,6	-7,4
Puglia	66,5	5,3	29,1	29,1	33,2	26,5	49,0	44,9	70,5	24,6	39,1	35,1	27,4	19,6	-80,4	67,8	58,1	-41,9
Basilicata	8,3	2,1	3,7	3,7	4,5	3,8	5,5	4,9	7,8	2,6	5,4	5,0	2,9	1,8	-98,2	8,9	7,8	-92,2
Calabria	30,9	4,0	9,1	9,1	9,4	6,2	14,7	13,4	24,2	8,9	11,7	10,3	12,1	8,9	-91,1	23,5	20,4	-79,6
Sicilia	67,1	12,6	24,9	24,9	35,6	16,5	40,4	36,6	84,5	28,2	34,3	30,7	28,7	19,4	-80,6	66,0	56,8	-43,2
Sardegna	28,7	4,2	11,4	11,4	15,3	4,1	18,1	16,1	30,5	10,9	14,1	12,5	12,6	7,7	-92,3	28,5	24,1	-75,9
Italia	**900,4**	**143,7**	**409,2**	**409,2**	**524,8**	**405,4**	**676,3**	**613,8**	**1.108,7**	**413,3**	**581,4**	**516,4**	**454,5**	**307,6**	**207,6**	**1.113,0**	**964,2**	**864,2**

*Calcolato su spesa al netto del *payback*
Spesa espressa in milioni

Fonte: Rapporto Osmed 2020, AIFA

Tabella: Elenco dei farmaci innovativi con accesso ai Fondi aggiornata a Novembre 2021

Innovativi non oncologici	Data efficacia	Data scadenza	Innovativi oncologici	Data efficacia	Data scadenza
BRINEURA	13/05/2020	12/05/2023	ALECENSA	01/08/2018	31/07/2021
DUPIXENT#	08/09/2018	07/09/2021	ALUNBRIG	10/12/2020	31/07/2021
	10/12/2020	09/12/2023	*DARZALEX#*	19/04/2018	18/04/2021
GILENYA	16/09/2020	15/09/2023		15/01/2021	14/01/2024
GIVLAARI	20/01/2021	19/01/2024	IMFINZI	07/09/2019	06/09/2022
HEMLIBRA	07/12/2018	06/12/2021	*KEYTRUDA#*	11/12/2019	10/12/2022
KAFTRIO*	06/07/2021	05/07/2024		17/12/2020	16/12/2023
KALYDECO	06/07/2021	05/07/2024	KISQALI	22/05/2020	21/05/2023
LUXTURNA	10/01/2021	09/01/2024	KYMRIAH	13/08/2019	12/08/2022
MAVIRET	16/07/2020	15/07/2023	LUTATHERA	30/03/2019	29/03/2022
ONPATTRO	31/01/2020	30/01/2023	MEKINIST	17/12/2019	16/12/2022
OXERVATE	24/01/2018	23/01/2021	OPDIVO	18/12/2019	17/12/2022
PREVYMIS	18/09/2018	17/09/2021	QARZIBA	01/08/2018	31/07/2021
VYNDAQEL	20/10/2021	19/10/2024	ROZLYTREK	08/09/2021	07/09/2024
ZOLGESMA	14/03/2021	13/03/2022	RYDAPT	17/08/2018	16/08/2021
			TAFINLAR	17/12/2019	16/12/2022
			TAGRISSO	30/11/2019	29/11/2022
			VERZENIOS	23/09/2020	12/12/2022
			VYXEOS	19/06/2019	18/06/2022
			VITRAVKI	08/09/2021	07/09/2024
			YESCARTA	12/11/2019	11/11/2022

Vedi lista pubblicata da AIFA il 30/09/2021 e l'elenco farmaci innovativi aggiornata a febbraio 2022.

Per i farmaci KEYTRUDA, DUPIXENT e DARZALEX sono presenti più indicazioni terapeutiche innovative riconosciute come innovative per periodi diversi.

Fonte: Monitoraggio mensile della spesa farmaceutica nazionale e regionale AIFA gennaio – novembre 2021

10.7 CAR-T

Le CAR-T, sono prodotti medicinali di terapia avanzata (ATMP) basati sull'utilizzo di linfociti T autologhi geneticamente modificati per esprimere un recettore CAR (Chimeric Antigen Receptor, recettore antigenico chimerico) sono recentemente entrati nella pratica clinica. In particolare, tisagenlecleucel (Kymriah) e axicabtagene ciloleucel (Yescarta) sono due prodotti CAR-T disegnati per riconoscere l'antigene CD19, una molecola di superficie fisiologicamente espressa dai linfociti B e presente nella maggior parte delle neoplasie della linea B linfocitaria. Negli studi clinici registrativi, l'immunoterapia con CAR-T anti-CD19 ha permesso di ottenere remissioni complete durature in pazienti con neoplasie linfoproliferative per cui la chemioterapia convenzionale non era più un'opzione terapeutica efficace.

In considerazione dell'elevata expertise necessaria per ottimizzare l'efficacia e la sicurezza di questi trattamenti, le terapie con CAR-T sono effettuabili unicamente in centri di riferimento identificati dalle Regioni sulla base di un'elevata specializzazione nella gestione delle terapie cellulari, e successivamente "qualificati" dal titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC), in ottemperanza con le specifiche misure per la gestione del rischio approvate

dall'Agenzia Europea del Farmaco (EMA) per questi prodotti. Il processo di attivazione e qualificazione dei centri per l'erogazione di terapie CAR-T è ancora in corso: al 31/12/2020 (data analisi Registri), risultavano qualificati per la somministrazione di Yescarta e Kymriah 20 centri su tutto il territorio nazionale ma è ancora presente una disomogeneità nella distribuzione territoriale, con il **70% dei centri qualificati riscontrabili e in sole 4 Regioni (Lazio, Lombardia, Piemonte e Toscana).**

Tabella: Centri con almeno un paziente risultato eleggibile nei registri CAR-T

Regione	Tisagenlecleucel		Axicabtagene ciloleucel	Totale	
	LLA	DLBCL	DLBCL	N.	%
Abruzzo	0	0	0	0	0,0
Basilicata	0	0	0	0	0,0
Calabria	0	1	0	1	5,0
Campania	0	0	0	0	0,0
Emilia R.	0	1	1	1	5,0
Friuli VG	0	0	0	0	0,0
Lazio	2	2	1	3	15,0
Liguria	0	1	0	1	5,0
Lombardia	4	4	5	6	30,0
Marche	0	0	0	0	0,0
Molise	0	0	0	0	0,0
Piemonte	1	1	0	2	10,0
PA Bolzano	0	0	0	0	0,0
PA Trento	0	0	0	0	0,0
Puglia	0	0	0	0	0,0
Sardegna	0	0	0	0	0,0
Sicilia	0	0	1	1	5,0
Toscana	1	1	1	3	15,0
Umbria	0	1	0	1	5,0
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0,0
Veneto	0	1	1	1	5,0
Totale	**8**	**13**	**10**	**20**	**1,0**

Fonte: Rapporto Osmed 2020, AIFA

Tabella: Distribuzione regionale dei pazienti nei registri CAR-T divisi per pazienti eleggibili ed infusi

Regione	Tisagenlecleucel					Axicabtagene ciloleucel		
	DLBLC		LLA		Totale infusi	DLBLC		Totale infusi
	Eleggibili	Infusi	Eleggibili	Infusi		Eleggibili	Infusi	
Abruzzo	-	-	-	-	-	-	-	-
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-
Calabria	9	6	-	-	6	-	-	-
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-
Emilia R.	10	10	-	-	10	12	11	11
Friuli VG	-	-	-	-	-	-	-	-
Lazio	13	10	13	11	21	3	3	3
Liguria	4	2	-	-	2	-	-	-
Lombardia	46	37	9	9	46	41	37	37
Marche	-	-	-	-	-	-	-	-
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-
Piemonte	2	-	2	1	1	-	-	-
PA Bolzano	-	-	-	-	-	-	-	-
PA Trento	-	-	-	-	-	-	-	-
Puglia	-	-	-	-	-	-	-	-
Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-
Sicilia	-	-	-	-	-	1	1	1
Toscana	1	1	1	1	2	8	6	6
Umbria	8	7	-	-	7	-	-	-
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-
Veneto	4	4	-	-	4	2	2	2
Totale	**97**	**77**	**25**	**22**	**99**	**67**	**60**	**60**

Fonte: Rapporto Osmed 2020, AIFA

In totale, 164 pazienti con linfomi aggressivi B a grandi cellule sono stati inseriti nei Registri AIFA e considerati eleggibili a trattamento con CAR-T (Kymriah n=97, Yescarta n=67, Tabella 4.1.16). Al momento dell'analisi, 137 su 164 pazienti eleggibili al trattamento (83,5%) erano stati sottoposti ad infusione delle cellule CAR-T, con un tempo mediano dall'eleggibilità all'infusione di 63 giorni. La discrepanza tra il numero dei pazienti eleggibili e quello dei pazienti realmente infusi e il lungo tempo intercorrente tra la valutazione dell'eleggibilità e l'infusione delle cellule T geneticamente modificate possono essere ascritti a vari fattori sia logistici (ad esempio il tempo necessario per l'aferesi delle cellule del paziente, la spedizione al centro di manifattura, la manifattura del prodotto CAR-T, la spedizione al centro in cui avviene il trattamento del paziente) che clinici (ad esempio progressione di malattia e/o peggioramento delle condizioni generali del paziente, comparsa di complicanze che devono essere trattate prima dell'infusione delle cellule CAR-T, decesso del paziente).

10.8 Tetti di Spesa Regionali

Con la Legge di Bilancio 2022, il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti è rideterminato nella misura dell'8 per cento per l'anno 2022 (oggi è fissato 7,65%), dell'8,15 per cento per l'anno 2023 e dell'8,30 per cento a decorrere dall'anno 2024. Resta fermo il

valore percentuale del tetto per acquisti diretti di gas medicinali (0,20%). Resta invece fermo il limite della spesa farmaceutica convenzionata nel valore del 7 per cento. Conseguentemente il tetto complessivo della spesa farmaceutica è rideterminato nel 15,20% per cento per l'anno 2022 (oggi è il 14,85%), nel 15,35 per cento nell'anno 2023 e nel 15,50 per cento a decorrere dall'anno 2024.

Queste percentuali possono essere annualmente rideterminate, fermi restando i valori complessivi, in sede di predisposizione del disegno di legge di bilancio, su proposta del Ministero della salute, sentita l'Aifa, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, sulla base dell'andamento del mercato dei medicinali e del fabbisogno assistenziale. L'attuazione di nuovi tetti è subordinata all'aggiornamento annuale da parte dell'Aifa dell'elenco dei farmaci rimborsabili dal Ssn, sulla base dei criteri di costo e di efficacia e all'allineamento dei prezzi dei farmaci terapeuticamente sovrapponibili, nel rispetto dei criteri determinati da Aifa previo parere della Cts, da effettuarsi entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello di riferimento.

Si dispone inoltre che l'aumento del tetto di spesa per la farmaceutica non sarà applicato alle aziende che non avranno saldato il payback 2019-2020. Sarà un decreto Mef e Salute su proposta di Aifa a definire le modalità di applicazione dell'aumento dei tetti ma solo per le aziende in regola con i pagamenti. Inoltre l'azienda farmaceutica che non avrà saldato il payback per il relativo prodotto autorizzato in commercio vedrà l'avvio da parte dell'Aifa della procedura di cessazione del rimborso a carico del Ssn dello stesso prodotto previa verifica della sostituibilità del farmaco in questione con un altro di analoga efficacia. Infine si dispone che le risorse derivanti dal payback 2019 possono essere usate dalle Regioni per ripianare i bilanci del 2021.

10.9 Ricette dematerializzata e proroga della ricetta

La pandemia e la conseguente decisione di indire lo stato di emergenza nel nostro Paese hanno avuto piccoli risvolti positivi a livello organizzativo. Tra questi la possibilità per i medici di medicina generale e per i pediatri di libera scelta di poter fornire a pazienti e caregiver il numero di ricetta elettronica anche attraverso un semplice sms o app di messaggistica, oltre che via posta elettronica ordinaria. Codice alla mano, per due anni i cittadini hanno potuto ritirare i propri farmaci senza essere obbligati a recuperare il promemoria cartaceo dal proprio medico curante da esibire al farmacista.

Fin dall'inizio, l'emergenza sanitaria ha messo a rischio i pazienti con cronicità e multi-morbidità, sia sotto il profilo del contagio sia rispetto agli effetti connessi alla pandemia. A fronte di ciò, sono state avviate, in poco tempo, misure caratterizzate da una semplificazione delle procedure e da una sburocratizzazione del sistema sanitario.

Durante la covid-19, il flusso nelle sale di attesa degli studi dei medici di medicina generale (MMG) si è interrotto bruscamente mettendo in discussione oltre che i bisogni di cura dei pazienti, la prescrizione dei farmaci.

Il ritiro di persona del promemoria cartaceo è stato sostituito da una prescrizione "virtuale" grazie alla quale l'assistito avrebbe potuto chiedere al medico il rilascio del promemoria dematerializzato ovvero l'acquisizione del Numero di Ricetta Elettronica (NRE) nei modi e nei tempi, disciplinati dal Governo105. La norma inoltre prevede l'uso della ricetta dematerializzata,

[105] Cfr. Ministero della Salute, *Ricetta Elettronica*, in "Trova norme" - http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=73790&completo=true e Dipartimento Protezione Civile, Ordinanza n° 651 del 19 marzo 2020.

anche per i farmaci distribuiti in modalità diverse dall'assistenza convenzionata, come ad esempio la prescrizione dei farmaci in Distribuzione Per Conto (DPC).

In questo caso, il medico, valutata preventivamente la differibilità di un contatto tra paziente[106] e specialista, avrebbe prescritto il farmaco, senza utilizzare la ricetta rossa, come fino ad allora fatto. Le modalità alternative di comunicazione individuate dalla norma sono sintetizzate nel seguente box (Box 13).

Prescrizione elettronica dei farmaci

a. Trasmissione del promemoria attraverso posta elettronica (dal medico prescrittore verso posta elettronica certificata (PEC) o ordinaria dell'assistito;
b. Comunicazione del codice NRE[107] tramite SMS o altra applicazione mobile (dal medico prescrittore verso il numero di telefono dell'assistito);
c. Comunicazione telefonica del codice NRE attraverso colloquio telefonico tra medico prescrittore e assistito.

Fonte: Osservatorio Civico sul Federalismo in Sanità su rielaborazione dati AIFA, 2020.

La dematerializzazione ha riguardato un'ampia fetta di farmaci anche se, per alcuni è stato mantenuto comunque il ritiro della prescrizione direttamente in ambulatorio, previo appuntamento. Non era possibile, invece, l'invio della ricetta dematerializzata direttamente alla farmacia.

L'implementazione del processo di dematerializzazione, durante la Covid-19, ha consentito a tutti i cittadini di evitare gli spostamenti per recarsi dal medico, riducendo al contempo il rischio di contagio e, al minimo, lo stazionamento nella sala d'attesa dell'ambulatorio.

Il vantaggio più evidente lo ottengono i pazienti affetti da patologie croniche e che necessitano di prescrizioni ripetitive: questi, infatti, acquisiscono velocemente il promemoria con i farmaci abitualmente assunti e, nell'immediato, possono recarsi in farmacia per il ritiro, mostrando semplicemente la stampa con l'evidenza del codice NRE (o l'APP installata sullo smartphone) e la tessera sanitaria. Con la dematerializzazione della ricetta è inoltre possibile che il cittadino richieda il servizio di consegna domiciliare.

Limitatamente al periodo emergenziale, per i pazienti già in trattamento con medicinali classificati in fascia A soggetti a prescrizione medica limitativa ripetibile e non ripetibile (RRL e RNRL), non sottoposti a Piano Terapeutico o Registro di monitoraggio AIFA, la validità della ricetta è stata prorogata per una durata massima di ulteriori 30 giorni dalla data di scadenza.

[106] In particolare per quelli in terapia con farmaci A/PHT ma che non hanno Piano Terapeutico.

[107] L'**NRE** è un codice univoco con il quale è possibile numerare le ricette elettroniche. Ha lo stesso significato del codice a barre, stampato nella parte alta a destra delle ricette del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

La Legge n°77/2020, all'art. 8, ha infatti previsto alcune situazioni (Tab. 23) **per i farmaci:**

1. Utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero;
2. Vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti, ai sensi dell'art.93 del D.Lgs. 219/2006, la cui prescrizione medica può essere rinnovata volta per volta;
3. Utilizzabili esclusivamente dallo specialista in ambulatorio (art. 94 D. Lgs 219/2006) o a domicilio del paziente.

Proroga delle ricette limitative dei farmaci in classe A

PAZIENTI		
...che hanno già iniziato il trattamento	**...che necessitano di nuova prescrizione da parte del Centro o dallo specialista**	**...che presentano un peggioramento del quadro clinico**
la validità della ricetta, se questa è già scaduta o non è stata utilizzata, viene **prorogata di 60 giorni** dalla data di scadenza della ricetta stessa	la validità della ricetta è estesa a una **durata massima di 60 giorni**	la proroga della ricetta non è automatica e dunque non applicabile
Le predette disposizioni si applicano anche ai farmaci distribuiti tramite gli esercizi farmaceutici convenzionati (art.8, comma 5 – Legge n°77/2020)		

Fonte: Ministero della Salute, rielaborazione Cittadinanzattiva, 2020

Il sistema era stato implementato velocemente agli inizi della pandemia nel proprio per venire incontro alla necessità di muoversi da casa il meno possibile, di evitare assembramenti per contenere le ondate epidemiche e il sovraccarico dei servizi di assistenza e degli ospedali.

Questa possibilità sarebbe dovuta scadere con la fine dello stato di emergenza il 31 marzo 2022, ma grazie a una provvidenziale ordinanza della Protezione civile l'uso del promemoria dematerializzato viene prorogato al 31 dicembre 2022. Ci auguriamo che tale provvedimento assuma al più presto carattere permanente e che non si torni indietro su misure che hanno provato la loro efficacia e utilità per i cittadini e l'intero sistema.

10.10 Distribuzione dei farmaci

In linea con i provvedimenti che hanno visto favorire l'utilizzo della ricetta dematerializzata, l'estensione della prescrizione ai medici di medicina generale di alcuni farmaci in distribuzione per conto (DPC) e i farmaci che rientrano nel prontuario A/PHT e la previsione della proroga dei Piani Terapeutici (e loro revisione), anche il sistema distributivo di farmaci e dispositivi è stato oggetto di revisione durante l'emergenza sanitaria causata dal Covid-19.

La necessità, durante la pandemia, di contenere i contagi, soprattutto per le fasce di popolazione più a rischio e con fragilità (es. persone con età superiore ai 65 anni, disabili, immunodepressi,

con patologie croniche e rare, oncologiche, ematologiche, o Covid-19 positive) e di ridurre gli spostamenti soprattutto nei presidi ospedalieri ha portato all'implementazione di modalità di distribuzione di alcuni farmaci e dispositivi al domicilio della persona o presso la farmacia aperta al pubblico.

L'emergenza Covid-19 ha segnato un passaggio fondamentale verso il rafforzamento e potenziamento della sanità territoriale, e nel caso della distribuzione si è concretizzata attraverso una maggiore estensione della distribuzione per conto (DPC) che ha consentito di facilitare durante la pandemia l'accesso ai farmaci.

Le novità sono state introdotte dal Decreto Liquidità[108] e successivamente dal Decreto Rilancio[109].

Provvedimenti normativi in materia di distribuzione durante l'emergenza da Covid-19

Decreto Liquidità: ha previsto che i medicinali erogati in regime di distribuzione diretta da parte delle strutture pubbliche potessero essere distribuiti agli assistiti, senza nuovi o maggiori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, in regime di distribuzione per conto da parte delle farmacie convenzionate con il SSN (con le modalità e alle condizioni stabilite dagli accordi regionali, stipulati ai sensi di quanto previsto dalla lettera a) art.8 della Legge 16 novembre 2001, n°405) e fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica determinato dalla Covid-19.

Decreto Rilancio: ha previsto, a decorrere dal 1° ottobre 2020, la possibilità per le Regioni e le Province Autonome e per il tramite delle farmacie convenzionate pubbliche e private, di dispensare i medicinali ordinariamente distribuiti con le modalità di distribuzione diretta da parte della ASL o della struttura pubblica secondo condizioni, modalità di remunerazione e criteri stabiliti.

Fonte: Cittadinanzattiva, Raccomandazione civica sulla governance del farmaco. Focus sulle gare d'acquisto dei farmaci, 2020

Di fatto l'emergenza sanitaria da Covid-19 ha esteso il sistema di distribuzione per conto anche per quei medicinali che generalmente venivano erogati direttamente dalle strutture pubbliche, ovvero quelli destinati al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale o consegnati al momento della dimissione ospedaliera per garantire la copertura del primo ciclo di terapia110. Tali provvedimenti hanno quindi favorito l'accesso alle cure, garantendo la prossimità di erogazione mediante la rete territoriale delle farmacie di comunità, agevolando in tal modo la vita dei pazienti, in particolare le persone con cronicità e fragilità.

[108] *Cfr. art.27 bis della Legge n°40 del 5 giugno 2020, ex "Decreto Liquidità" D.L. 23/2020 in:https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/06/06/20G00060/sg*

[109] *Cfr. "Decreto Rilancio" D.L. 34/2020 convertito in Legge n°77 del 17 luglio 2020 in: https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/07/18/20A03914/sg.*

[110] *Cfr. Legge n°405/2001 in: https://www.camera.it/parlam/leggi/01405l.htm*

La pandemia ci ha insegnato che è stato possibile sperimentare modalità di dispensazione dei farmaci più utili al cittadino, più prossime; consentendo in modo più massivo la distribuzione presso le farmacie territoriali e anche al domicilio attraverso servizi di delivery. È stato quindi possibile in tempi assolutamente tempestivi riorganizzare i servizi.

Già a marzo 2020 Cittadinanzattiva insieme a Federfarma[111] ha chiesto che le Regioni attivassero, nei territori in cui ancora non era presente, la distribuzione per conto, sia per i farmaci che per i dispositivi medici, favorendo la prossimità e aiutando i cittadini ad evitare inutili e rischiosi spostamenti.

Abbiamo da tenere poi in considerazione un cambio di paradigma delle cure, secondo quanto indicato dal PNRR e dalla riforma dell'assistenza territoriale, che tendono alla prossimità e che si spostando verso il cittadino. Pertanto è necessario dare coerenza alle intenzioni anche attraverso un ripensamento della modalità di dispensazione del farmaco, prediligendo una distribuzione presso le farmacie territoriali o presso le case della comunità, soprattutto, ma non solo, per quei pazienti più fragili (anziani, oncologici, immunodepressi, con difficoltà logistiche) o per chi non necessita di un controllo clinico ricorrente.

Ora l'emergenza sembra dare tregua ma non dobbiamo permettere che quanto di positivo è stato realizzato per i cittadini/pazienti si perda, anzi abbiamo il compito di valorizzare le esperienze efficaci e renderle sistemiche, renderle una prassi consolidata e omogenea.

[111] *https://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/13103-federfarma-raccoglie-nostro-invito-allarga-sua-iniziativa-per-consegna-a-domicilio-anche-dei-dispositivi-medici.html*

11. Cronicità e malattie rare

A cura di Tiziana Nicoletti

11.1 Piano Nazionale della cronicità

Dopo anni di battaglie e di richieste alle Istituzioni, nel 2016 finalmente ha visto la luce il Piano nazionale della Cronicità (PNC), alla cui stesura ha partecipato attivamente il Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici di Cittadinanzattiva ed alcune delle Associazioni in esso presenti per la parte riguardante le singole classi di patologie.
Il documento ridisegna, quindi, la presa in carico delle persone affette da malattie croniche, mettendo in campo una serie di strumenti che dovranno necessariamente dialogare e interfacciarsi: dai sistemi informativi a quelli di valutazione, da modelli di remunerazione delle prestazioni degli erogatori all'elasticità dei luoghi di somministrazione delle cure, dai sistemi di accreditamento e autorizzazione all'impiego più ampio possibile della telemedicina.

Il Piano nazionale della Cronicità (PNC) nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, con un documento, messo a punto dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute e condiviso con le Regioni, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, per individuare un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza.

Lo scopo è quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

Il punto di partenza del Piano Nazionale sulla Cronicità sono i bisogni, sia sanitari che sociali, dei pazienti che sono in grado di definire il percorso che porta al miglioramento della qualità della vita. Il Piano indica alle Regioni una strategia le azioni concrete e indicatori da attuare per

affrontare la cura e l'assistenza dei pazienti con malattie croniche. Ecco perché è necessario fare in modo che il PNC sia effettivamente attuato su tutto il territorio nazionale

Tale modello è centrato sulle cure territoriali e domiciliari integrate e delega all'assistenza ospedaliera la gestione dei casi acuti/complessi non gestibili dagli operatori sanitari delle cure primarie. In questo modello organizzativo lo strumento per garantire appropriatezza ed efficacia dell'assistenza è costituito dai Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) che rappresentano la contestualizzazione a livello territoriale delle Linee Guida per ogni data patologia. Questo approccio dovrebbe avere l'obiettivo di offrire a ogni paziente le cure appropriate al momento giusto e nel luogo giusto e di garantire l'assistenza da parte degli operatori sanitari che, per ruolo e competenze, possono prenderlo in cura, in modo da poter affrontare e risolvere i problemi di salute con un approccio sistemico e multidimensionale.

Il 24 gennaio 2108 dopo il decreto di nomina del Ministero della Salute si insedia la Cabina di Regia prevista dal Piano. Ne fanno parte, per il lato Istituzionale: il Ministero della Salute, l'Istituto superiore di sanità, Agenas, l'Istituto nazionale di statistica e la Conferenza delle Regioni. Per le società scientifiche partecipano Fism, Fnomceo e Fnopi, Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche. Per le Associazioni per la tutela dei malati partecipa il Coordinamento nazionale delle associazioni dei malati cronici di Cittadinanzattiva.
Con decreto ministeriale 2 marzo 2018, si sono aggiunti due membri dell'Ordine dei farmacisti, un rappresentante dell'Ordine degli psicologi e, infine un rappresentante della Federazione Senior Italia FederAnziani.

Il 22 marzo 2022 si è insediata la nuova Cabina di regia a firma dell'On. Ministro Roberto Speranza ed è così composta per il Ministero della salute: - dott. Andrea Urbani, Direttore generale della programmazione sanitaria con funzioni di coordinatore; - dott. Giovanni Rezza, Direttore generale della prevenzione sanitaria; - dott. Maurizio Masullo, Ufficio 5 della Direzione generale della programmazione sanitaria; - dott.ssa Paola Maria Placanica, Ufficio 3 della Direzione generale della programmazione sanitaria; - dott.ssa Daniela Galeone, Ufficio 8 della Direzione generale della prevenzione sanitaria; - dott. Roberto Venesia, esperto; - dott. Nello Martini, esperto; - prof. Giovanni Esposito, esperto; - prof.ssa Domenica Lorusso, esperto; - prof. Andrea Lenzi, esperto; 3 - prof.ssa Adriana Bonifacino, esperto; b) per l'Istituto superiore di sanità: - prof. Graziano Onder; c) per l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali: - dott.ssa Alice Borghini; d) per l'Istituto nazionale di statistica: - dott.ssa Lidia Gargiulo; e) per la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome: - dott. Gennaro Sosto, Regione Campania; - dott.ssa Rosetta Gagliardo, Regione Lombardia; - dott.ssa Sandra Gostinicchi, Regione Toscana; - dott. Stefano Vianello, Regione Veneto; f) per le Società scientifiche e le Federazioni delle professioni sanitarie: - dott. Antonino Mazzone, FISM; - dott. Carlo Maria Teruzzi, FNOMCeO; - dott.ssa Beatrice Mazzoleni, FNOPI; - prof.ssa Gabriella Biffa, Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi; - Sen. dott. Luigi D'Ambrosio Lettieri, FOFI; g) per le Associazioni per la tutela dei malati: - dott.ssa Tiziana Nicoletti, Cittadinanzattiva; - dott. Roberto Messina, Federazione Senior Italia. I componenti della Cabina di Regia restano in carica per tre anni e possono essere rinnovati.

I compiti della Cabina di regia sono:
1) coordinare a livello centrale l'implementazione del Piano nazionale della cronicità e monitorarne l'applicazione e l'efficacia;
2) guidare e gestire gli interventi previsti dal Piano definendo una tempistica per la realizzazione degli obiettivi prioritari;

3) coordinare a livello centrale le attività per il raggiungimento dei singoli obiettivi; d) monitorare la realizzazione dei risultati;
4) promuovere l'analisi, la valutazione e il confronto sulle esperienze regionali e locali di attivazione di nuovi modelli di gestione della cronicità;
5) diffondere i risultati delle buone pratiche e promuovere la loro adozione sul territorio nazionale;
6) raccogliere dati e informazioni sui costi connessi alla gestione della cronicità;
7) valutare sistemi innovativi di remunerazione dell'assistenza ai malati cronici e formulare proposte in merito;
8) produrre una Relazione periodica sugli obiettivi realizzati e sullo stato di avanzamento dei lavori;
9) proporre, quando necessario, l'aggiornamento del Piano;
10) proporre la produzione e l'inserimento nella seconda parte del Piano di capitoli dedicati ad altre patologie croniche;
11) predisporre una Relazione annuale sugli esiti delle attività di monitoraggio, da trasmettere, entro il 31 dicembre di ogni anno, al Ministro della salute.

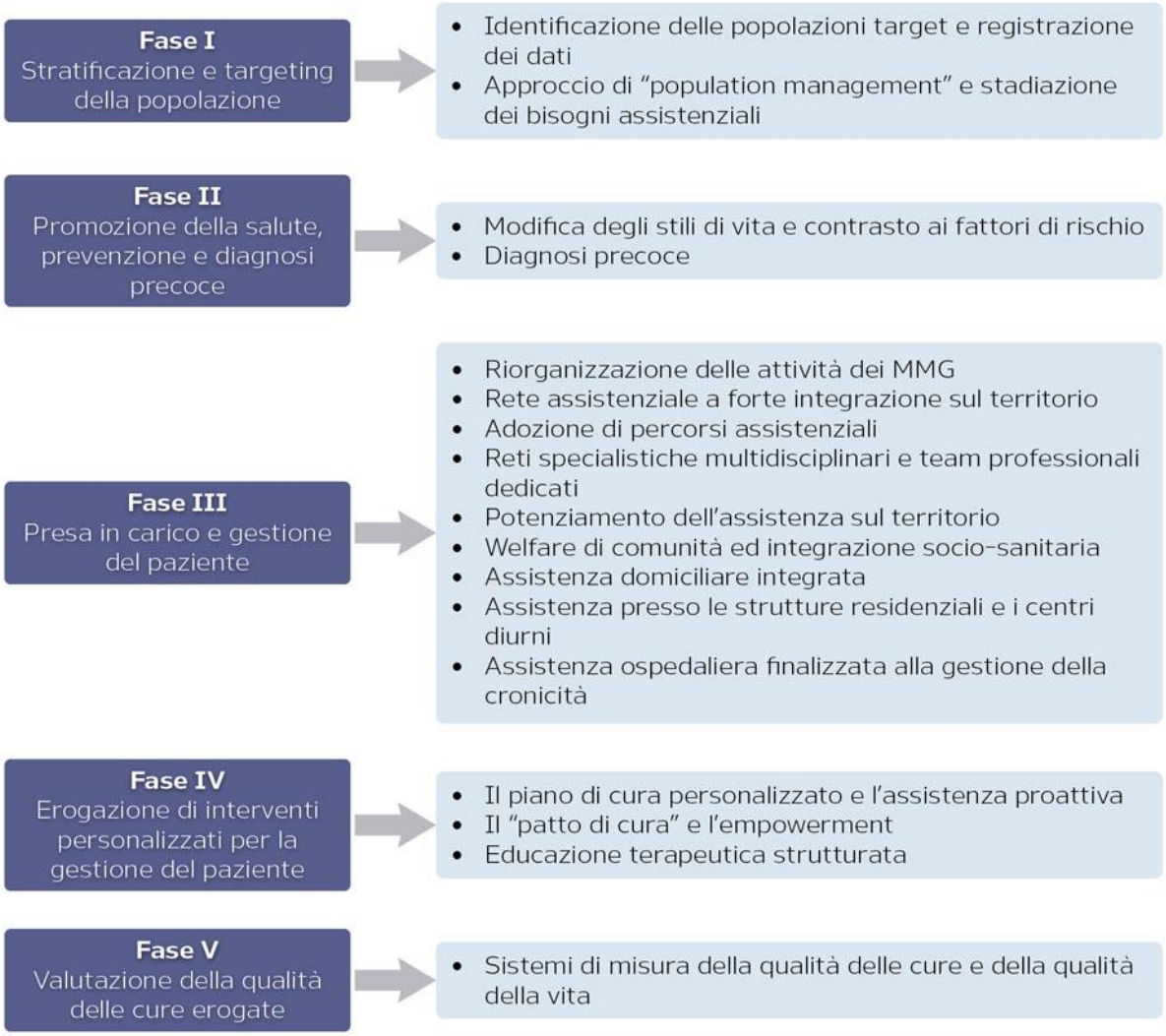
Da tempo, si parla dell'invio di una nota di indicatori di prevalenza, processo ed esito dei percorsi da parte del Ministero alle Regioni per verificare lo stato di attuazione reale e non formale del Piano ed avere cognizione di alcuni aspetti fondamentali come livello di stratificazione della popolazione, quello di integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale e il livello di adozione e di attuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, ma oltre le dichiarazioni non abbiamo conoscenza della sua effettività e soprattutto degli effetti. Ad oggi, però, non si hanno elementi effettivi per misurare l'applicazione di quanto previsto.

Il documento è suddiviso in due parti, la prima di carattere più generale e la seconda dedicata ad una serie di patologie con bisogni assistenziali specifici. Di seguito riporteremo alcuni temi selezionati dal PNC:

- nella prima parte, si illustra il disegno complessivo del piano e vengono individuati gli elementi chiave della gestione della cronicità: aderenza, appropriatezza, prevenzione, cure domiciliari, informazione, educazione ed empowerment, conoscenza e competenza. Il Piano sottolinea l'importanza di un sistema di cure centrato sulla persona e, in particolare, sulla realizzazione di progetti di cura personalizzati a lungo termine, che consentano la razionalizzazione dell'uso delle risorse e il miglioramento della qualità di vita, nell'ottica di prevenire le disabilità e la non autosufficienza. In quest'ottica, uno strumento fondamentale viene identificato nel Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale, il cosiddetto "PDTA", che deve essere sviluppato in modo tale da prendere in carico il paziente integrando tutti gli attori dell'assistenza e del welfare: le cure primarie, la specialistica ambulatoriale, l'assistenza territoriale e quella ospedaliera, la comunità.

Il PNC descrive e analizza in modo molto dettagliato la gestione del paziente, il percorso del malato cronico suddiviso in fasi, per ognuna delle quali vengono riportati gli obiettivi specifici, le linee di intervento e i risultati attesi.

Figura 1 fasi percorso gestione paziente cronico nel PNC



Gli aspetti trasversali dell'assistenza alla cronicità

1. Disuguaglianze sociali; fragilità e/o vulnerabilità
2. Diffusione delle competenze, formazione, sostegno alla ricerca
3. Appropriatezza nell'uso delle terapie e delle tecnologie - Aderenza alla terapia farmacologica
4. Sanità digitale
5. Umanizzazione delle cure
6. Il ruolo delle Associazioni di tutela delle persone con malattie croniche e delle loro famiglie
7. Il ruolo delle farmacie

La cronicità in età evolutiva

1. La continuità assistenziale al bambino con cronicità
2. Il ruolo delle famiglie
3. Gli ambiti relazionali specifici per l'età (scuola, sport, socialità)
4. Il passaggio dalla gestione pediatrica a quella dell'adulto

Nella seconda parte del PNC, hanno trovato spazio un primo elenco di patologie croniche che, per gli estensori del Piano, necessitavano di un particolare approfondimento perché presentavano criteri peculiari di rilevanza epidemiologica, gravità, invalidità, peso assistenziale ed economico, difficoltà di diagnosi e accesso alle cure. Per ognuna vengono indicati, oltre a

definizioni e dati epidemiologici, le principali criticità, gli obiettivi generali e specifici, le linee di intervento, i risultati attesi e i principali indicatori di monitoraggio e sono:

- Malattie Renali Croniche e Insufficienza Renale;
- Malattie Reumatiche Croniche;
- Artrite Reumatoide e artriti croniche in età evolutiva;
- Malattie Intestinali Croniche: Rettocolite Ulcerosa e Malattia di Crohn;
- Malattie Cardiovascolari Croniche: Insufficienza Cardiaca (Scompenso Cardiaco);
- Malattie neurodegenerative: malattia di Parkinson e parkinsonismi;
- Malattie respiratorie croniche: BPCO e Insufficienza Respiratoria Cronica Insufficienza Respiratoria in età evolutiva asma in età evolutiva;
- Malattie endocrine in età evolutiva;
- Malattie Renali Croniche in età evolutiva.

Il Piano segue il cittadino prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene individuato come portatore di fattori di rischio. Il primo passo riguarda **la prevenzione**, laddove esistano delle misure da mettere in atto per evitare l'insorgenza di patologie prevenibili, oppure la diagnosi precoce, per le patologie non prevenibili. La tempestività della **diagnosi** è un obiettivo fondamentale del Piano perché in moltissime patologie croniche la diagnosi avviene con grande ritardo rispetto a quanto previsto dalle linee guida. Infine si punta sull'epidemiologia, intesa non solo a fini di ricerca ma anche di programmazione sanitaria: in particolare, le Regioni sono sollecitate ad utilizzare l'epidemiologia per operare una stratificazione della popolazione in base ai bisogni dei pazienti, che possono essere molto diversificati pur nell'ambito della stessa patologia cronica.

La parte centrale del Piano riguarda la presa in carico della persona che riceve una diagnosi di malattia e accede al Servizio sanitario. Il paziente, deve essere indirizzato ad un determinato Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA), che rappresenta lo strumento principale di assistenza e cura. Ma il Piano va anche oltre, e indica alle Regioni la necessità di stabilire un **Piano personalizzato del paziente**, che tenga conto dei bisogni complessi dell'individuo e comprenda non solo gli aspetti clinici o sanitari ma tutti gli elementi che influenzano la quotidianità della persona. Il Piano prevede inoltre un Patto di cura, che si deve stabilire con il medico e il team multidisciplinare. Per ogni fase sono state individuate strategie e azioni da mettere in atto a livello regionale, inclusa la valutazione delle misure adottate.

La seconda parte del Piano affronta invece nello specifico alcune patologie per le quali ci si è resi conto, nella fase di stesura, che erano necessari maggiori approfondimenti. La scelta di queste patologie è stata dettata soprattutto da due criteri in particolare: l'importante ritardo nella diagnosi rispetto alle linee guida (ad esempio per l'artrite reumatoide spesso la diagnosi viene posta dopo 7 anni dai primi segni) e il peso rilevante della patologia, inteso non a livello economico quanto piuttosto sulla vita quotidiana del paziente e della sua famiglia.

Tra i principali obiettivi del Piano, ricordiamo innanzitutto, la creazione di modelli omogenei di stratificazione della popolazione, per garantire che non ci siano differenze interregionali ed evitare eventuali problematiche nel passaggio di un paziente da una Regione ad un'altra; quindi la verifica di come le Regioni stanno mettendo in atto l'integrazione ospedale-territorio, con l'elaborazione di eventuali ulteriori strumenti per rendere più stretto questo rapporto. Come abbiamo detto, il Piano indica nel PDTA lo strumento principale per seguire il paziente ma è importante verificare che questo strumento venga utilizzato in maniera corretta, considerando che non tutte le patologie si prestano alla costruzione di un PDTA: in quest'ottica stiamo

portando avanti con la Fondazione Ricerca e Salute (ReS) un lavoro di analisi che ha evidenziato come condizioni preliminari per la stesura di un PDTA la multidisciplinarietà e l'esistenza di linee guida o di consenso relative alla patologia.

Diversi sono i modelli di gestione della cronicità che le Regioni stanno implementando per recepire il PNC e ancora più diversificati sono i tempi di recepimento di attuazione dello stesso, di seguito l'elenco delle regioni:

- **Abruzzo Deliberazione 18.06.2018, n. 421.** "Presa d'atto e recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'art. 9, comma 1, del D. Lgs. 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento "Piano nazionale della cronicità", di cui all'art. 5, comma 21, dell'Intesa 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 – Rep atti 160/CSR del 15 settembre 2014"

- **Basilicata**, Deliberazione 727 del 23.11.2019. "DGR 727/2019 del 23 ottobre 2019 "Piano nazionale della cronicità di cui all'accordo di Conferenza Stat-Regioni rep. Atti 160/CSR del 15 settembre 2016 - Recepimento e prime indicazioni operative"

- **Calabria DCA n. 93 del 18 giugno 2019** "Recepimento Accordo Stato – Regioni e Provincie Autonome di Trento e Bolzano del 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR) "Piano Nazionale della cronicità" di cui all'articolo 5, comma 21 dell'Intesa n. 82/C SR del 10 luglio 2014, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016".

- **Campania** Il Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano (Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017) **DECRETO N. 60 DEL 24/07/2019,** Recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sancito in sede di Conferenza Stato Regioni sul "Piano Nazionale Cronicità".

- **Emilia Romagna D.G.R. N. 429 del 5 APRILE 2017**, recante "Recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 15 settembre 2016, Rep. Atti n. 160/CSR, sul "Piano Nazionale cronicità", di cui all'art. 5, comma 21 dell'intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il Nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016".

- **Friuli Venezia Giulia 4 luglio 2020 recepimento da parte della Giunta dell'accordo tra Governo e Regioni con il quale è stato approvato il "Piano nazionale della cronicità".** Il recepimento da parte della Giunta, su proposta del vicegovernatore con delega alla Salute Riccardo Riccardi, dell'accordo tra Governo e Regioni con il quale è stato approvato il "Piano nazionale della cronicità" nella Conferenza Stato-Regioni del 2016, è un atto strategicamente importante.

- **Lazio DCA U00046 dell'8 febbraio 2018** recante "Piano nazionale della cronicità di cui all'art. 5, comma 21 dell'Intesa n. 62/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016. Recepimento ed istituzione del Gruppo di lavoro regionale di coordinamento e monitoraggio".

- **Liguria DGR 439 del 31 maggio 2019** "Recepimento accordo Stato-Regioni del 15 settembre 2016 sul documento "Piano nazionale della cronicità" di cui all'art. 5, comma 21 dell'intesa n. 82/CSR del 10.7.2014 concernente il nuovo Patto per la Salute anni 2014-16".

- **Lombardia** provvede con suoi Piani dal 2015. La Regione ha elaborato un suo modello di Piano per le cronicità in sintonia anche con il Piano nazionale e rispondente alle varie delibere che si sono succedute negli anni sulla materia.

- **Marche D.G.R. n. 1355 del 20 novembre 2017** recante "Recepimento Accordo Conferenza Stato-Regioni del 15 settembre 2016 sul "Piano Nazionale Cronicità" (Rep. Atti n. 160/CSR), di cui all'art. 5, comma 21 dell'intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014 -2016".

- **Molise** il **Decreto del Commissario ad acta n. 1 del 31.01.2019** ad oggetto "Piano Nazionale della Cronicità di cui all'art. 5, comma 21 dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016. Recepimento Accordo Rep. Atti 160/CSR del 15 settembre 2016. Recepimento."

- **Piemonte Delibera del Consiglio regionale 306-29185/10 luglio 2018** recante: "Recepimento dell'Accordo tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 15 settembre 2016 sul Piano nazionale della cronicità e approvazione delle linee di indirizzo regionali per le annualità 2018 - 2019."

- **P.A. Bolzano delibera della Giunta provinciale n.1281del 4 dicembre 2018** recante "MASTERPLAN CHRONIC CARE Piano per il potenziamento e l'armonizzazione dell'assistenza alle persone affette da patologie croniche nella Provincia Autonoma di Bolzano 2018-2020"

- **P.A. Trento delibera della Giunta provinciale n. 1850 del 5 ottobre 2018** recante "Recepimento del "Piano nazionale della cronicità" e linee di indirizzo per la sua attuazione in provincia di Trento".
- **Puglia D.G.R. N. 1740 del 22 novembre 2016,** recante "Accordo Stato – Regioni del 15/9/2016 – Accordo, ai sensi dell'art. 4, co. 1, del D.Lgs. 28/8/1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale delle cronicità" di cui all'articolo 5, comma 21 dell'intesa n.82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016. RECEPIMENTO".

- **Sardegna** Servizio Sanitario Regione Autonoma della Sardegna azienda per la tutela della salute deliberazione del direttore generale n° 462 del 19-06-2019 costituzione del gruppo di lavoro a supporto della realizzazione del "piano ats Sardegna per la cronicità". Riorganizzazione del servizio di presa in carico del paziente cronico, di continuità assistenziale e di gestione integrata delle cure mediche non urgenti.

- **Sicilia 6 dicembre 2019** recepita l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Piano nazionale della cronicità". Al fine di potere implementare il PNC a livello regionale, contestualizzandone i contenuti nel

rispetto delle esigenze e dei fabbisogni degli ambiti territoriali di pertinenza e in relazione alle esigenze della programmazione, viene istituito apposito gruppo di lavoro.

- Toscana D.G.R. n. 826 del 23 luglio 2018 recante: "Recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 15 settembre 2016 (rep. Atti 160/CSR) sul documento recante "Piano Nazionale Cronicità" (PNC)."

- Umbria D.G.R. N. 1600 DEL 28 dicembre 2016 recante "Piano Nazionale della cronicità di cui all'art. 5, comma 21 dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016. Recepimento Accordo Rep. atti 160/CSR del 15 settembre 2016"
- Valle d'Aosta D.G.R. 25 gennaio 2019 recante: "Recepimento del Piano nazionale della cronicità di cui all' Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome del 15 settembre 2016 ed istituzione di un tavolo di lavoro per la predisposizione delle linee di indirizzo regionali".
- Veneto Legge regionale 28 dicembre 2018, n. 48 "Piano socio sanitario regionale 2019-2023"

11.2 Presa in carico del paziente cronico e fragile

La gestione dei pazienti cronici offre diversi spunti per riflessioni che riguardano l'ambito sanitario, così come quello sociale ed economico, considerare la persona e non la malattia fatta di bisogni non solo clinici ma anche sociali. Avere in carico per tanti anni un numero elevato di pazienti affetti da malattie croniche grava fortemente sul servizio sanitario a causa dei costi elevati che comporta. Difatti, le cure prevedono il supporto di diversi servizi e figure professionali che devono assistere il paziente nella sua vita quotidiana, giorno dopo giorno con visite ed esami. Nelle patologie croniche, perfino l'aspetto psicologico ha un ruolo rilevante: stress, ansia e depressione possono avere un impatto negativo sulla patologia stessa e sull'aderenza alle cure.
Da non dimenticare neanche l'importanza di coinvolgere attivamente il paziente e il suo contesto di vita familiare e sociale, oltre che la creazione di nuovi protocolli e terapie che consentano di gestire in maniera più funzionale la cura delle malattie croniche.

La Liguria, che ha firmato un Accordo Integrativo regionale in tal senso con i sindacati della MG nell'autunno 2017; l'intesa prevedeva il coinvolgimento prioritario della medicina generale nella Presa in carico (PiC) dei propri pazienti cronici, senza la mediazione di altri Enti, secondo un calendario pluriennale.

La Lombardia ha un suo «Piano Regionale della Cronicità e Fragilità». Muovendosi nel rispetto delle indicazioni fornite dal Piano Nazionale delle cronicità e in continuità con gli "Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità", nel 2017 sono stati approvati i provvedimenti fondamentali a preparare l'avvio del nuovo percorso di presa in carico dei pazienti cronici e fragili: la delibera del "Governo delle Domanda" e quella sul "Riordino della rete di offerta" che ha stratificato tutta la popolazione regionale in base alle caratteristiche cliniche e ai consumi delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, individuando circa 3,5 milioni di persone affette da patologie croniche che impegnano il sistema sanitario e sociosanitario con differenti bisogni di cura e assistenza.

In Emilia Romagna il perno del modello emiliano è rappresentato dalla valorizzazione tecnico-professionale del medico di medicina generale nell'ambito di nuove forme aggregative strutturali sul territorio, con il coinvolgimento attivo degli specialisti, degli infermieri e degli altri operatori socio-sanitari.
Compimento di tale modello è l'istituzione della casa della salute quale presidio fisico facilmente raggiungibile. Si tratta di un "luogo" dove sono coordinati tutti i servizi sanitari tramite percorsi assistenziali integrati ospedale-territorio. La presa in carico della cronicità è così garantita attraverso percorsi di cura multidisciplinari che prevedono l'integrazione tra i servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e quelli sociali.

In Toscana la Delibera della Giunta Regione Toscana N. 545 del 22-05-2017, in riferimento al Piano Nazionale Cronicità, dà avvio al Modello "IDEA: Incontri Di Educazione all'Autogestione delle malattie croniche", IDEA è l'acronimo di Incontri di Educazione all'Autogestione delle malattie croniche, un modello al quale tutte le aziende sanitarie toscane dovranno fare riferimento per lo sviluppo di programmi di educazione all'autogestione delle condizioni croniche.
La Regione ricorda come il Piano nazionale cronicità del luglio 2016 sottolinea l'utilità di "educare il paziente ad una autogestione consapevole della malattie e del percorso di cura". Il Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015 tra le azioni da adottare nell'ambito della sanità di iniziativa prevede l'avvio di un programma regionale per il supporto al self management e la formazione del "paziente esperto". A livello internazionale, numerosi sistemi sanitari hanno avviato ormai da tempo programmi nazionali di supporto all'autogestione delle malattie croniche, come elemento essenziale dei modelli di presa in carico e gestione proattiva delle patologie croniche, e sono già molti i risultati di efficacia clinica e benessere per il paziente. Anche in Toscana, nell'ambito dell'attuazione della sanità di iniziativa, sono stati adottati localmente, in via sperimentale e con buoni risultati, programmi di autogestione delle malattie croniche.

Il Veneto prevede la costituzione di team multiprofessionali e multidisciplinari. Tali team sono composti da medici di famiglia, specialisti ambulatoriali interni e ospedalieri, medici di continuità assistenziale, infermieri, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, psicologi. Si tratta di quelle che vengono definite "Medicine di gruppo integrate" e garantiscono la corretta presa in carico delle cronicità. Il modello di gestione della cronicità in Veneto si basa principalmente sul distretto e la popolazione viene classificata in 5 classi di persone: (1 – in buona salute, 2 – sviluppo di sintomi, 3 – una singola patologia o condizione non complessa, 4 – patologie multiple non complesse, 5 – cronicità complessa, 6 – cronicità avanzata.

La Puglia a partire dal 2012, attraverso la riconversione di diversi presidi ospedalieri in strutture territoriali ha avviato un percorso di sperimentazione nella gestione delle cronicità, basata sul Cronic Care Model ed orientata alla medicina di iniziativa. Con la delibera dell'ottobre 2018 si inaugura il modello "care 3.0" che ha scelto di puntare sulle cure primarie, con una particolare enfasi sulle forme organizzative della presa in carico della cronicità a livello territoriale, puntando sui medici di medicina generale coadiuvati da collaboratore di studio e infermiere professionale a cui sono affidate le funzioni di case manager dei casi complessi e al collaboratore di studio vengono attribuiti compiti organizzativi: prenotazioni delle prestazioni specialistiche, informazione del paziente sulle scadenze a richiami in caso di mancata aderenza.

In Piemonte è previsto un modello innovativo per la cura delle malattie croniche, basato su percorsi personalizzati per i pazienti, sulle cure domiciliari e sullo sviluppo dell'assistenza

territoriale. Questo l'obiettivo di fondo del Piano regionale per le cronicità (in attuazione del Piano nazionale) consente la rimodulazione dell'offerta sanitaria in funzione di una domanda nuova che deriva dall'invecchiamento della popolazione e dall'aumento delle patologie croniche".
L'integrazione socio-sanitaria è uno dei punti chiave per costruire concretamente una filiera della cura, che metta davvero al centro la persona, i suoi bisogni e il suo ambiente di vita, attraverso questo nuovo strumento di programmazione. Dal momento che sono in aumento le malattie croniche, connesse all'invecchiamento della popolazione, è necessario avere mezzi per affrontare la situazione in modo adeguato.

Soprattutto in questo momento storico, è fondamentale oltre che necessario, trovare delle soluzioni innovative per rispondere alle esigenze dei cittadini. In questo contesto si colloca la **telemedicina**, tutto l'insieme di applicazioni della tecnologia in ambito sanitario e il contributo offerto per le malattie croniche, insieme all'e-health. Lo stesso Ministero della Salute ha messo in luce come l'investimento in soluzioni e-health innovative punti al miglioramento del servizio sanitario, tramite l'ottimizzazione del rapporto medico/paziente, grazie all'adozione di strumenti tecnologici user-friendly, quindi facili da usare per pazienti di tutti le età.
Inoltre, attraverso i servizi di telemedicina, i medici possono assistere i pazienti nelle varie fasi, dalla diagnosi al monitoraggio e alla gestione delle malattie croniche. Così facendo, si tende a responsabilizzare il paziente cronico anche tramite la trasmissione dei dati, che può essere automatizzata o realizzata manualmente dallo stesso paziente.

Con il termine "**servizi di teleassistenza"** ci si riferisce invece a tutti quei servizi e dispositivi che si servono delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione per comunicare situazioni di urgenza e pericolo all'operatore sanitario o alla famiglia dei pazienti affetti da malattie croniche o degli anziani soli. L'essere in costante contatto con i servizi di assistenza e supporto, consente sicuramente alle famiglie di affrontare l'invecchiamento e le malattie croniche con maggiore serenità.

Il fatto che la telemedicina risponda prontamente alle urgenze della popolazione e dei malati cronici, comporta effetti positivi anche sul sistema sanitario in sé in quanto consente di ridurre il periodo di degenza ospedaliera nella struttura sanitaria per alcune malattie croniche e permette di fare diagnosi e prendere decisioni attraverso il consulto a distanza, coinvolgendo anche specialisti di altre parti del mondo. Ovviamente **l'utilizzo dell'innovazione tecnologica non può e non deve sostituire il rapporto diretto e umano tra il medico e il paziente ma può contribuire, sia a garantire la continuità delle cure che a non far sentire il paziente e i suoi familiari abbandonati e ancora più soli.**

Dopo la pubblicazione del Piano Nazionale della Cronicità (PNC) le singole regioni sono state chiamate a coniugare concretamente i principi del PNC nella propria realtà organizzativa e socioeconomica.

11.3 Innovazione e cambiamenti avvenuti nei modelli assistenziali durante la pandemia

L'epidemia da covid-19 ha fatto emergere diverse inadeguatezze nei modelli organizzativi dell'assistenza. Il Servizio sanitario nazionale (Ssn) ha dovuto affrontare improvvisamente una situazione che lo obbligava a cambiamenti necessari e indispensabili per rispondere ai bisogni generati dalla emergenza pandemica e gli interventi più importanti hanno riguardato, e continuano a riguardare, l'assistenza territoriale.

Le risposte all'emergenza diverse ed espresse in modo scollegato le une dalle altre a causa della rapidità dell'evoluzione dell'epidemia e dell'impreparazione generale, alcune di queste rappresentano sono un patrimonio, anche per il futuro. Esse, infatti, costituiscono non solo esempi di buona pratica assistenziale, ma anche una fonte a cui attingere per i cambiamenti necessari al miglioramento stabile di efficacia, efficienza ed equità dell'assistenza territoriale nel nostro Paese.
Nonostante le difficoltà e la non efficacia di rispondere al meglio, il SSN ha raggiunto una nuova dimensione e non può essere disperso, al contrario va messo a sistema. Ciò che è certo è che non si può tornare a ciò che era prima della pandemia.
Durante l'epidemia il territorio ha assunto una nuova importanza in quanto c'è stata l'esplosione e il sovraccarico delle strutture sanitarie per cui, il territorio, e in particolare il domicilio del paziente è risultato l'ambito ideale per evitare un eventuale contagio e attuare il distanziamento sociale. Tutto ciò insieme al riconoscimento e al trattamento precoce dei casi, la gestione di pazienti di bassa o media gravità, la conseguente riduzione dei flussi verso i pronto soccorso e la facilitazione delle dimissioni dei pazienti non ancora perfettamente stabilizzati si è potuto realizzare laddove il territorio è stato in grado di farsi carico dell'enorme quantità di azioni preventive e assistenziali che la situazione richiedeva. Se questo era il quadro di riferimento, le esperienze maturate nel corso del primo anno di pandemia ci hanno indicato il ruolo cruciale centrale della medicina di prossimità. Ed è proprio per questo motivo che le istituzioni non possono non tenere conto del fatto che il territorio e la prossimità delle cure devono essere potenziate, supportare e adeguate alle esigenze di salute dei cittadini su tutto il territorio nazionale, in centro come in periferia senza dimenticare che il nostro Paese la specialità e la ricchezza delle aree interne.
Bisogna lavorare e favorire l'adattamento rapido dei percorsi e l'introduzione di interventi innovativi per rispondere all'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione, nell'emergenza come al di fuori di essa. Dalla valutazione del primo anno di pandemia e di una serie di esperienze, risulta in maniera evidente che laddove questa flessibilità è stata esercitata ciò è stato possibile grazie al governo dei processi da parte di una forte presenza manageriale.
Inoltre, le iniziative basate sul cambiamento e sulla introduzione di innovazione hanno avuto successo unicamente dove si è realizzata una piena integrazione fra le varie componenti del territorio, quindi, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, distretti e dipartimenti di cure primarie, dipartimento di prevenzione, unità speciali di continuità assistenziale, servizi di assistenza sociale hanno costituito una squadra unica e coordinata.

11.4 Le malattie croniche

Quando parliamo di malattia cronica parliamo di una patologia che presenta sintomi che non si risolvono nel tempo né giungono a miglioramento, caratterizzata da un lento e progressivo declino delle normali funzioni fisiologiche e, anche se con differenze fra ciascuna patologia, per un malato cronico generalmente è possibile trattare i sintomi, ma non curare la malattia. Ecco perché è importante lavorare in sinergia per la cura e la presa in carico della persona e dei familiari ai fini del miglioramento della qualità della vita, senza perdere di vista le ripercussioni fisiche, psicologiche e sociali, nonché il rischio delle possibili ricadute che caratterizzano l'andamento del processo stesso.

Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica. Queste cause possono generare quelli che vengono definiti fattori di rischio intermedi, ovvero

l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità. Ci sono poi fattori di rischio che non si possono modificare, come l'età o la predisposizione genetica. Nel loro insieme questi fattori di rischio sono responsabili della maggior parte dei decessi per malattie croniche in tutto il mondo e in entrambi i sessi.

Le malattie croniche, però, sono legate anche a determinanti impliciti, spesso definiti come "cause delle cause", un riflesso delle principali forze che trainano le modifiche sociali, economiche e culturali: la globalizzazione, l'urbanizzazione, l'invecchiamento progressivo della popolazione, le politiche ambientali, la povertà[112].

In questo scenario, la lotta alle malattie croniche rappresenta una priorità di salute pubblica, sia nei Paesi più ricchi che in quelli più poveri. Da qui la necessità di investire nella prevenzione e nel controllo di queste malattie, da una parte riducendo i fattori di rischio a livello individuale, dall'altra agendo in maniera interdisciplinare e integrata per rimuovere le cause delle cause.

Le malattie croniche colpiscono il **40% della popolazione italiana**. In prospettiva, l'aumento dei "grandi vecchi" porterà ad una conseguente maggiore diffusione della cronicità.

Secondo i dati Istat del 2019, oltre il 50% di anziani ha tre patologie croniche. Le malattie più diffuse sono quelle cardiache, quasi 1 su 5. Una fotografia in miglioramento prima dello tsunami Covid-19. In pratica, **circa 7 milioni di ultrasessantacinquenni, più di uno su due, soffrono di almeno tre patologie croniche**, una volta su 5 si tratta di una malattia cardiaca.

Nel 2019 le **patologie croniche gravi più diffuse** tra tutti gli anziani erano le **malattie cardiache** (19,3%, quasi una su 5), si sono ridotte invece le malattie respiratorie croniche, specialmente tra gli uomini, (bronchite cronica, bpco o broncopneumopatia cronica ostruttiva, enfisema), ma sono aumentati i casi di cancro (+1,9%).

Se consideriamo gli over 75, nel 2019 c'è stata una diminuzione della multi-morbilità, 52,0%. Tra gli over 85 sono due su tre quelli con tre o più malattie, con una percentuale più alta tra le donne: 69% contro 60% degli uomini.

[112] Istituto superiore di sanità: https://www.epicentro.iss.it/croniche/

Per quanto riguarda le malattie più diffuse, in una lista di 22 malattie (tante sono quelle prese in considerazione dallo studio dell'Istituto di statistica), **le patologie più diffuse per entrambi i sessi sono artrosi (47,6%), ipertensione (47%), patologia lombare (31,5%) e cervicale (28,7%), iperlipidemia (24,7%), malattie cardiache (19,3%) e diabete (16,8%). A seguire, per gli uomini, i problemi di controllo della vescica (12%). Per le donne la depressione (15%), le allergie (14,1%) e l'incontinenza urinaria (13,7%).**

Il 43,2% degli italiani over 65 soffre di almeno una patologia grave (ictus, tumori, Alzheimer e demenze, malattie cardiache, incluso infarto o angina, diabete, parkinsonismi, malattie respiratorie croniche: bronchite cronica, Broncopneumopatia cronico ostruttiva o BPCO, enfisema). La percentuale scende al 17% se le patologie croniche gravi sono almeno due, tra i 75-84enni, il 48,1% (52,4% tra gli uomini e 44,8% tra le donne) aveva almeno una malattia cronica grave, mentre la percentuale di quanti erano affetti da almeno due malattie croniche gravi è del 19,4% (22% tra gli uomini e 17,4% tra le donne). Tra gli over 85, un terzo ha dichiarato di essere affetto da almeno due patologie croniche gravi (34,1% tra gli uomini e 29,1% tra le donne). **Nel 2019 un anziano su 10 ha subito una grave riduzione dell'autonomia, e tra gli over 85 il 37.2%.**

Il Covid-19 ha interrotto controlli e screening, ha chiuso in casa tutti per molto tempo, soprattutto gli anziani, insomma di fatto, in questo anno e mezzo, ha impattato sia sullo stile di vita, con un aumento della sedentarietà, che sulla prevenzione, con una decisa diminuzione delle analisi, dalle più semplici come il colesterolo, a quelle oncologiche.

Certo, la pandemia ha riguardato anche gli anziani che non si sono ammalati di Covid, ma che per non ammalarsi, prima che avessimo un vaccino a disposizione, sono stati isolati in casa, e questo ha comportato una quasi assoluta mancanza di contatti sociali, una quasi totale sedentarietà e assenza di stimoli cognitivi, eccetto la tv. Abbiamo avuto paura di portare in ospedale i nostri genitori per controlli di routine e per patologie anche gravi. Il rischio che tutto questo impatti sulla salute futura degli anziani c'è, ma noi siamo positivi: **ricominciamo a fare prevenzione, analisi, test di screening e riportiamo gli anziani al cinema, al teatro, nei musei, a messa, perché quel trend positivo emerso nel 2019 riprenda**.

Una persona affetta da patologia cronica necessita di sottoporsi a trattamenti medici prolungati nel tempo al fine di alleviarne i sintomi e di migliorare il più possibile la qualità della sua vita. Generalmente ad un paziente affetto da una o più patologie croniche viene riconosciuta una certa percentuale di invalidità civile, la quale, a sua volta, dà diritto ad una serie di aiuti da parte dello Stato, tra cui, nei casi più gravi, la pensione di invalidità, questi dipendo dalla percentuale di invalidità civile riconosciuta al paziente, infatti con una invalidità civile **pari o superiore al 34%** si avrà diritto ad ausili e protesi; se la percentuale di invalidità **sale al 46%** sarà possibile l'iscrizione del cittadino al collocamento mirato, mentre con una percentuale del **50%** o superiore sarà possibile beneficiare del congedo straordinario dal posto di lavoro per cure; dal **67%** in poi è possibile beneficiare di una esenzione parziale dal ticket per prestazioni mediche specialistiche; a partire **dal 74%** di invalidità si avrà diritto anche ad un assegno mensile di assistenza, a patto di non godere già di un reddito sufficientemente elevato, mentre la pensione di inabilità potrà essere ricevuta solo da coloro ai quali sia riconosciuta una invalidità del **100%.** Se, infine, la patologia dovesse impedire la

deambulazione del paziente, questi avrà diritto all'indennità di accompagnamento, senza alcun requisito di reddito.

I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse).
Il 18 marzo 2017 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n.15) il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 con i nuovi Livelli essenziali di assistenza ed è in vigore il nuovo elenco di patologie croniche che danno diritto all'esenzione dal ticket, secondo quanto previsto dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) approvati dal Governo all'inizio dell'anno. Nei nuovi Livelli essenziali di assistenza le prestazioni (visite ed esami) da garantire in esenzione sono solo quelle correlate alla patologia cronica, ridefinite secondo criteri di appropriatezza ed efficacia.

Con il nuovo elenco, che contiene ora **64 malattie/condizioni croniche e invalidanti** (prima erano 56), cambiano diversi codici di esenzione. Sono state introdotte 6 nuove patologie croniche: l'endometriosi moderata e grave, la Broncopneumopatia cronico-ostruttiva (Bpco) nelle forme moderata, grave e molto grave, l'osteomielite cronica, le patologie renali croniche, il rene policistico autosomico dominante, la sindrome da talidomide. In questi casi bisogna rivolgersi al proprio medico specialista per il rilascio del certificato che attesti la diagnosi e con questo certificato recarsi a uno sportello Cup della propria Azienda Usl per la registrazione nell'elenco degli assistiti esenti e per la stampa dell'attestato di esenzione.

Con i nuovi Lea è cambiata la classificazione di alcune malattie che passano da rare a croniche: celiachia, sindrome di down, sindrome di Klinefelter, connettiviti indifferenziate. Le persone con nuove diagnosi, dunque, d'ora in poi riceveranno l'attestato con il codice di esenzione per patologia cronica.

Il provvedimento prevede un consistente ampliamento dell'elenco delle malattie rare, realizzato mediante l'inserimento di più di 110 nuove entità tra singole malattie rare e gruppi di malattie Ad esempio, sono inserite nell'elenco: la sarcoidiosi; la sclerosi sistemica progressiva; la miastenia grave. Da notare come le prestazioni concernenti le malattie rare sono erogate in regime di esenzione[113].

È doveroso da parte nostra evidenziare come tuttora le persone con malattie rare e croniche ne attendono la piena attuazione attraverso la definizione delle tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica, da inserire all'interno di un Nuovo Nomenclatore tariffario, con un apposito decreto. Secondo il Decreto istitutivo dei Nuovi LEA, questo decreto doveva essere fatto entro il 28 febbraio 2018, la giornata delle malattie rare di 4 anni fa.

È facile immaginare l'entusiasmo di noi cittadini dinanzi alla notizia dell'esistenza di una bozza di decreto e la conseguente delusione provata quando si è appreso che le regioni, la cui intesa è necessaria, di fatto non lo stanno approvando. **L'approvazione del Decreto garantirebbe a tutti i cittadini, a partire dai pazienti e dai loro familiari, in un solo colpo, l'aggiornamento delle tariffe della specialistica ambulatoriale e del comparto protesico e quindi l'erogazione di nuove e**

[113] LEA: https://temi.camera.it/leg18/temi/tl18_aggiornamento_dei_livelli_essenziali_di_assistenza__lea_.html

lungamente attese prestazioni, ma soprattutto ne assicurerebbe l'erogazione uniforme, su tutto il territorio nazionale. L'attesa di un Decreto relativo alle tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica ha infatti generato e favorito evidenti disparità tra regioni, in ragione delle differenti condizioni economiche. Alcune di esse hanno reso esecutivi, con propri provvedimenti e investimenti, i cosiddetti extra LEA, prestazioni inserite nell'aggiornamento del 2017 che non erano presenti in precedenza, con l'obiettivo di consentire le prescrizioni necessarie da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta ed al fine di agevolare gli assistiti affetti da condizioni croniche. Altre regioni, a causa della diversa disponibilità di risorse e dei Piani di rientro, non sono riuscite ad assicurare le prestazioni riconosciute essenziali per garantire la salute stessa degli individui e la salute collettiva. Questo, come troppo spesso accade, ha determinato un accesso disomogeneo alle prestazioni discriminando le persone con malattie rare e croniche sulla base della regione di residenza, nonostante la nostra Costituzione riconosca il diritto alla tutela della salute uguale e omogeneo sul territorio nazionale.

Tutto questo non è più accettabile, la sopravvivenza e la qualità della vita delle persone non possono più essere oggetto di discussioni che durano anni. Per i pazienti il tempo è estremamente prezioso, molte delle patologie croniche e rare sono caratterizzate da un decorso estremamente veloce e da esiti altamente invalidanti, per cui riteniamo doveroso che le Istituzioni si adoperino per rendere esigibili il diritto alla salute dei cittadini e il diritto ad una migliore qualità di vita. Fin quando il Nomenclatore tariffario non sarà approvato e operativo, non sarà possibile fare ulteriori passi in avanti su molti altri fronti, nonostante vi siano tutti i presupposti. Tra i provvedimenti che trovano un blocco in questa mancata attuazione dei "Nuovi LEA" c'è il Decreto di aggiornamento del panel dello screening neonatale, fermo al 2016, l'inserimento nella lista di malattie esenti di malattie rare e croniche precedentemente non incluse e anche il riconoscimento al diritto alla PMA per alcune persone affette da patologie genetiche trasmissibili[114].

11.5 Le malattie rare

Le malattie rare sono delle patologie che si trovano con prevalenza molto bassa nella popolazione. Viene considerata rara, infatti, ogni malattia che colpisce non più di 5 abitanti su 10.000. Si tratta di forme croniche, spesso degenerative, disabilitanti e condizionanti in termini psicologici e sociali. Sono inoltre fenomeni molto complessi, non solo per la numerosità e la diversità delle sue forme, ma anche per la grande variabilità di sintomi e segni.

Anche se la l'incidenza di queste patologie sulla popolazione è poco elevata, nel mondo sono state riscontrate tra 7000 e 8000 patologie rare. L'80% è di origine genetica, il restante 20% riguarda malattie acquisite. In Europa si stima che le persone affette da tali patologie siano circa 20-30 milioni. In Italia ci sarebbero circa 2 milioni di malati, moltissimi dei quali in età pediatrica.

Per la maggior parte di queste malattie ancora oggi non è disponibile una cura efficace, ma numerosi trattamenti appropriati, grazie alla ricerca e all'innovazione, possono migliorare la qualità della vita e prolungarne la durata. Tutte le persone affette da queste malattie incontrano le stesse difficoltà nel raggiungere la diagnosi, nell'ottenere informazioni, nel venire orientati verso professionisti competenti. Sono ugualmente problematici l'accesso a cure di qualità, la

[114] https://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/14783-decreto-tariffe-basta-attese-nuovo-appello-di-cittadinanzattiva-e-osservatorio-malattie-rare.html

presa in carico sociale e medica della malattia, il coordinamento tra le cure ospedaliere e le cure di base, l'autonomia e l'inserimento sociale, professionale e civico.

Spesso si tratta di una malattia rara "senza nome", in quanto si tratta di una condizione che descrive le persone con una serie di disturbi e disabilità, probabilmente causati da una sindrome genetica, che i medici non sono ancora stati in grado di identificare. Questi pazienti e i loro familiari vivono nell'incertezza, senza poter conoscere l 'evolvere del proprio stato di salute o individuare il trattamento più adeguato e senza possibilità di accedere a cure sperimentali.

Ottenere una diagnosi può sbloccare l'accesso ai trattamenti e un 'assistenza medica e sociale efficace. Ottenere una diagnosi giusta e accurata, anche quando non è disponibile un trattamento, aumenta le opportunità per i malati di pianificare il proprio futuro.

Nel 2001, con l'approvazione del Decreto ministeriale n. 279/2001, è stato pubblicato un primo elenco di malattie rare che hanno diritto all'esenzione del ticket. L'elenco è sottoposto a periodici aggiornamenti. Le malattie rare che danno diritto all'esenzione sono state individuate in base ai seguenti criteri generali (Decreto legislativo 124/1998): rarità (riferita al limite di prevalenza < 5/10.000 abitanti stabilito a livello europeo); gravità clinica; grado di invalidità; onerosità della quota di partecipazione (derivante dal costo del relativo trattamento).

A questi si sono aggiunti due ulteriori criteri specifici: diagnosi difficoltà e/o ritardo diagnostico e difficoltà di individuare le prestazioni adeguate alle complesse necessità assistenziali. L'elenco delle malattie rare esenti dalla partecipazione al costo è stato ampliato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 di definizione dei nuovi LEA e sostituisce il precedente.

Per le malattie rare individuate dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sui Livelli essenziali di assistenza del 2017 sono indicati anche i codici di esenzione dal ticket e i centri di diagnosi e cura. Alcune malattie prive di codice di esenzione potrebbero appartenere ad uno dei gruppi aperti inclusi nell'elenco del DPCM 2017 che danno diritto all'esenzione, altre ancora potrebbero essere incluse nell'allegato delle malattie croniche ed invalidanti[115]. Le nuove esenzioni per malattia rara e/o gruppi sono entrate in vigore il 15 settembre 2017, per dare il tempo alle Regioni di individuare i Centri di riferimento esperti nel trattamento delle nuove malattie.

L'aggiornamento ha comportato l'inserimento di **oltre 110 nuove entità**, tra singole malattie rare e gruppi, che danno diritto all'esenzione, e una revisione sistematica dell'elenco, per rispondere meglio ai più recenti criteri scientifici. L'elenco, completamente riorganizzato, prevede in particolare che i gruppi di malattie rare siano "aperti". Ciò permette di assegnare un codice di esenzione a tutte le patologie ad esso riconducibili anche se non puntualmente elencate. Per aiutare la comprensione e solo a titolo di esempio, sono elencate alcune delle malattie afferenti ai gruppi.

11.6 I farmaci orfani

Sono definiti "orfani" quei prodotti medicinali destinati alla diagnosi, alla prevenzione o alla cura di malattie o disturbi rari. Tali farmaci sono indicati come "orfani" perché l'industria

[115] https://www.malattierare.gov.it/malattie/ricerca

farmaceutica, in condizioni normali di mercato, è poco interessata a produrre e a commercializzare prodotti destinati solamente a un ristretto numero di pazienti con patologie molto rare.

La normativa italiana tutela da sempre la sperimentazione dei farmaci orfani e il loro ingresso sul mercato per garantire ai pazienti l'accesso alle migliori terapie disponibili e in tempi il più brevi possibili (Legge Balduzzi L. 189/2012 e successivi aggiornamenti).

In Italia esistono diversi strumenti legislativi che consentono a una persona con malattia rara di accedere a un farmaco orfano. La modalità principale si riferisce alla procedura di autorizzazione centralizzata attraverso l'Agenzia Europea per i medicinali (EMA); in alternativa, in mancanza dell'autorizzazione all'immissione in commercio di un farmaco orfano indicato per una malattia rara, è possibile accedere al medicinale attraverso una delle seguenti procedure previste da leggi diverse.

- Legge n. 648/1996 conversione in legge del Decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536: consente l'erogazione di alcuni farmaci, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, per rispondere tempestivamente a condizioni patologiche (vedi l'approfondimento della legge sul sito dell'AIFA-legge648/96). Associazioni di pazienti, Società scientifiche, Aziende Sanitarie, Università o su indicazione della Commissione Tecnico Scientifica (CTS) dell'AIFA possono richiedere l'inclusione in questo elenco. L'inserimento dei farmaci all'interno della lista è condizionato dall'esistenza di uno dei seguenti requisiti:
  - medicinali innovativi la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati, ma non in Italia;
  - medicinali non ancora autorizzati, ma sottoposti a sperimentazione clinica, di cui siano già disponibili risultati di studi clinici di fase seconda;
  - medicinali da impiegare per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata in Italia, di cui siano già disponibili risultati di studi clinici di fase seconda;
  - medicinali impiegati per un'indicazione terapeutica differente da quella autorizzata, secondo i parametri di economicità ed appropriatezza, anche in presenza di alternative terapeutiche fra i medicinali autorizzati.
- Legge n. 326/2003, art. 48 conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269 (Fondo AIFA 5%): Il Fondo AIFA, alimentato dal 5% della spesa annuale sostenuta dalle aziende farmaceutiche per attività di promozione, è dedicato per il 50% all'acquisto di farmaci orfani per malattie rare e farmaci non ancora autorizzati, ma che rappresentano una speranza di cura per patologie gravi; il restante 50% del fondo è destinato alla ricerca indipendente sui farmaci (i.e. studi clinici comparativi tra i medicinali volti a dimostrare il valore terapeutico aggiunto, studi sull'appropriatezza e sull'informazione). La procedura di acquisto dei farmaci può essere richiesta dalle Regioni, dai Centri di riferimento che hanno in cura i malati o da strutture specialistiche individuate dalle Regioni, con la definizione della diagnosi e del piano terapeutico.
- DM 8 maggio 2003 ("Uso compassionevole") e DM 7 settembre 2017 ("Disciplina dell'uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica"): si intende per uso compassionevole "la messa a disposizione, per motivi umanitari, di un medicinale ad un gruppo di pazienti affetti da una malattia cronica o gravemente invalidante o la cui malattia è considerata potenzialmente letale, e che non possono essere curati in modo soddisfacente con un medicinale autorizzato. Il medicinale in questione deve essere oggetto di una domanda di

autorizzazione all'immissione in commercio a norma dell'art. 6 del Regolamento o essere sottoposto a sperimentazione".
L'accesso al medicinale sperimentale prevede un'autorizzazione all'uso da parte del Comitato Etico nel cui ambito di competenza tale richiesta ha avuto origine (es. centro di diagnosi e cura), con la preventiva dichiarata disponibilità dell'Azienda farmaceutica produttrice alla fornitura gratuita del medicinale.

- Legge 94 del 1998 (Legge Di Bella) conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23: consente al medico, sotto la sua esclusiva e diretta responsabilità, di prescrivere medicinali regolarmente in commercio, per uso al di fuori delle condizioni di registrazione a un paziente che non possa essere trattato utilmente con farmaci già approvati per quella indicazione terapeutica o in via di somministrazione, dietro consenso informato. Alla base di tale prescrizione devono sussistere documentazioni conformi all'impiego del farmaco attraverso studi clinici positivamente conclusi almeno di fase seconda.

L'elenco dei farmaci orfani disponibili sul territorio nazionale è pubblicato sul sito dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).
Tanto è stato fatto, ma ancora molto resta da fare perché la sfida delle malattie rare è molto complessa e riguarda migliaia di patologie e milioni di persone comprese le famiglie. Uno dei problemi maggiori che riguarda anche le malattie rare è la mancanza di equità per quanto riguarda l'accesso alle cure e ai trattamenti dipendenti sicuramente dal fatto che le regioni hanno organizzazioni regionale differenti e anche per il fatto che alcune malattie rare non sono incluse nei LEA e quindi non hanno diritto al codice di esenzione.

11.7 Testo Unico malattie rare

Il 3 novembre 2021 il Testo Unico sulle malattie rare è diventato legge: «Disposizioni per la cura delle malattie rare e per il sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani». Per la prima volta in Italia c'è una Legge dello Stato sulle malattie rare, l'impatto di questa legge, pur centrata su malattie rare, riguarderà tantissime persone, a questi si aggiunge un corposo esercito di caregivers, costretti ad affrontare numerose difficoltà nell'assistenza dei propri cari.

"Finalmente abbiamo dato una cornice normativa di riferimento importante, per garantire equità dei percorsi di cura per i malati rari e sostegno adeguato alla ricerca sulle malattie rare e sui farmaci orfani", ha commentato il Sottosegretario alla Salute Pierpaolo Sileri, che ha seguito da vicino tutto l'iter.

Le finalità del provvedimento sono: cure migliori e gratuite per i malati rari, screening precoci, sostegno e incentivi fiscali alla ricerca, un fondo di solidarietà per sostenere pazienti e famiglie. Il provvedimento ha sostanzialmente una duplice finalità: quella di garantire sull'intero territorio nazionale l'uniformità della presa in carico assistenziale dei pazienti, e quella di disciplinare in modo sistematico ed organico gli interventi dedicati al sostegno della ricerca, sia sulle malattie rare sia sui farmaci orfani.

Questa legge comprende tutti i diritti esigibili dei malati per migliorare la qualità di vita dei pazienti affetti da malattia rara e delle loro famiglie su tutto il territorio nazionale

Si prefigge di:

- Rendere uniforme la prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento delle malattie rare su tutto il territorio nazionale;

- promuovere l'equità dei percorsi di cura in tutte le Regioni;
- favorire l'avanzamento della ricerca nel campo delle malattie rare, incentivando anche la produzione e ricerca dei cosiddetti farmaci orfani.

Il provvedimento è composto da 16 articoli e gli obiettivi sono: cure migliori e gratuite per i malati rari attraverso il potenziamento della Rete nazionale delle malattie rare, l'attuazione del percorso diagnostico terapeutico personalizzato redatto dai Centri di riferimento, creazione di un percorso strutturato dall'età pediatrica quella adulta, aggiornamento dei LEA, potenziamento degli screening neonatali estesi e la diagnosi precoce, fondo di solidarietà per sostegno sociale per il diritto allo studio e al lavoro (non in grado di coprire i bisogni ma è un inizio importante), campagne di informazione per i medici e i cittadini, incrementare i finanziamenti per la ricerca, produzione dei farmaci orfani e immediatamente disponibili in tutte le Regioni, una volta approvati dall'AIFA, disponibilità degli ausili e dei farmaci innovativi.

Prevede ancora, **entro 2 mesi** dalla pubblicazione in Gazzetta ufficiale, l'istituzione del **Comitato Nazionale per le Malattie Rare,** che sarà composto da Rappresentati dell'ISS, dei Ministeri della salute, dell'Università e della ricerca, del lavoro e delle politiche sociali, della Conferenza delle regioni, dell'AIFA, dell'AGENAS, dell'INPS e delle Associazioni dei pazienti. E, **entro 3 mesi** dalla pubblicazione in Gazzetta ufficiale, l'**Istituzione del Fondo di Solidarietà per le persone affette da malattie rare.**

Sono altresì necessari, **entro 3 mesi** dalla pubblicazione in Gazzetta ufficiale, due accordi in sede di Conferenza Stato – Regioni: uno relativo all'approvazione del Secondo Piano Nazionale Malattie Rare e riordino della Rete nazionale per le malattie rare; l'altro relativo alla definizione delle modalità per assicurare un'adeguata informazione dei professionisti sanitari, dei pazienti e delle famiglie.

Infine, è necessario**, entro 6 mesi** dalla pubblicazione in Gazzetta ufficiale, **un Regolamento del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Università e Ricerca** per stabilire i meccanismi degli incentivi fiscali in favore dei soggetti, pubblici o privati, impegnati nello sviluppo di protocolli terapeutici sulle malattie rare o alla produzione dei farmaci orfani.

Dei cinque differenti atti necessari alla piena attuazione del Testo Unico, ben quattro sono stati dimenticati, ancora una volta alla legge non sono seguiti i decreti attuativi e non vengono rispettate le scadenze previste

La **prima scadenza** fissata dal legislatore era quella del **10 febbraio 2022, data entro la quale doveva essere nominato** con decreto ministeriale il **Comitato Nazionale per le Malattie Rare,** un organismo che nelle intenzioni del legislatore deve assicurare la partecipazione di tutti i soggetti portatori di interesse alla realizzazione delle politiche in materia di malattie rare. Sono passati quasi tre mesi dalla data fissata e il **decreto non c'è.** Rispettare le scadenze poste per dare attuazione ad una legge approvata dopo ampi confronti con le associazioni dei pazienti e il mondo civico, significa rendere esigibili i diritti delle persone con malattie croniche e rare e delle loro famiglie ma anche rispettare la volontà del Parlamento che ha approvato il Testo Unico all'unanimità[116].

La **prima scadenza fissata era quella del 12 marzo, data entro la quale** doveva essere approvato il secondo **Piano Nazionale per le Malattie Rare e riordino della Rete Nazionale per le Malattie**

[116] https://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/14823-malattie-rare-attuazione-del-testo-unico-gia-in-ritardo.html

Rare, e sempre entro questa data doveva essere siglato un **accordo in Conferenza Stato Regioni per definire le modalità per assicurare un'adeguata informazione dei professionisti sanitari, dei pazienti coinvolti e delle loro famiglie.** Sempre **entro il 12 marzo** il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministero della Salute e col Ministero dell'Economia e delle Finanze, previa intesa della Conferenza Stato Regioni, sentito l'INPS, doveva emanare il **decreto di Istituzione del Fondo di Solidarietà per le persone affette da malattie rare. Anche in questo caso si tratta di un ritardo di quasi due mesi.**

Il fondo andrà a soddisfare solo una parte dei bisogni delle persone con gravissima invalidità dovuta a malattie rare o croniche ma è pur sempre una importante base di partenza e, una volta istituito, si potrebbe anche rifinanziare. Senza questo decreto però non solo non si può fare di meglio, ma si rischia di perdere anche il milione di euro già stanziato, un lusso che le persone con gravi disabilità non possono proprio permettersi.

C'è poi un'ultima scadenza, importantissima, quella del **12 giugno, data entro la quale deve essere approvato** dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Università e della Ricerca, un **regolamento per stabilire i criteri e le modalità di attuazione degli incentivi fiscali per la ricerca previsti dal Testo Unico.**

11.8 Lo screening neonatale esteso

Una importantissima funzione nell'**individuazione precoce di una malattia rara congenita** è assolta dagli **screening neonatali** che sono particolari test eseguiti sui neonati che permettono di identificare malattie genetiche, endocrine, metaboliche ed ematologiche. È possibile, attraverso una diagnosi tempestiva, selezionare precocemente e trattare tempestivamente (laddove è disponibile una terapia) i neonati con patologie congenite.
In Italia, lo screening neonatale rivolto a tutti i nati, include la fenilchetonuria, l'ipotiroidismo congenito e la fibrosi cistica. Lo screening neonatale per queste tre patologie è diventato obbligatorio per tutti i nati sul territorio nazionale con la legge n. 104 del 5 febbraio 1992 e successivi regolamenti attuativi. Negli anni novanta gli sviluppi della scienza hanno consentito l'aumento del numero di patologie diagnosticabili tramite **Screening Neonatale Esteso (SNE)**. La **Legge n.167/2016**, ha di fatto esteso lo screening con la possibilità di identificare precocemente, con un semplice prelievo di sangue dal tallone di un neonato, circa **40 patologie** genetiche metaboliche ereditarie rare, si tratta di si tratta di malattie multi-sistemiche che possono causare danni irreversibili a carico di più organi ed apparati, causa di mortalità precoce o di ritardi psichici e neuro-motori permanenti.
Individuare precocemente queste malattie, può realmente fare la differenza per questi bambini e le loro famiglie, offrendo in alcuni casi migliori possibilità di sopravvivenza e una migliore qualità di vita.
La **Legge di Bilancio 2019** (Legge 30 dicembre 2018, n. 145. "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021"), ha poi modificato la Legge 167/2016 ampliando lo screening neonatale esteso, con l'inserimento nel panel, oltre alle malattie metaboliche ereditarie, anche le **malattie neuromuscolari di origine genetica, le immunodeficienze congenite severe e le malattie da accumulo lisosomiale**.

Accedere tempestivamente ad una diagnosi di malattie metaboliche ereditarie, di malattie neuromuscolari di origine genetica, o altre malattie oggi diagnosticabili in età neonatale, può fare davvero la differenza nelle chance di sopravvivenza, di cura e qualità di vita di quei bambini,

quindi ogni ritardo in questo senso, è ancora più grave. **Ma come spesso accade, anche in questo campo, sono notevolissime le differenze regionali** soprattutto perché le regioni si sono organizzate con tempistiche e a velocità differenti. Possiamo dire però, ad oggi, che in tutte le regioni si effettua lo SNE a tutti i nascituri.
Lo scopo dei programmi di screening neonatale è di diagnosticare tempestivamente le malattie congenite per le quali sono disponibili interventi terapeutici specifici che, se intrapresi prima della manifestazione dei sintomi, sono in grado di migliorare in modo significativo la prognosi della malattia e la qualità di vita dei pazienti, evitando gravi disabilità (ritardo mentale e/o di crescita, gravi danni permanenti) e, in alcuni casi, anche la morte.

Con la Legge 19 agosto 2016, n. 167, recante "Disposizioni in materia di accertamenti diagnostici neonatali obbligatori per la prevenzione e la cura delle malattie metaboliche ereditarie" è stato fatto un importante passo avanti, stabilendo l'inserimento dello SNE per le malattie metaboliche rare nei nuovi Livelli essenziali di assistenza così da poter garantire lo screening a tutti i nuovi nati. Sarà effettuato «su tutti i nati a seguito di parti effettuati in strutture ospedaliere o a domicilio, per consentire diagnosi precoci e un tempestivo trattamento delle patologie».

Il Decreto del Viceministro della Salute del 17 settembre 2020 è stato istituito presso il Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione sanitaria il Gruppo di Lavoro Screening Neonatale Esteso (SNE). Il gruppo di lavoro, costituito da esperti in materia di screening neonatale, rappresentanti delle istituzioni (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, AGENAS) e delle associazioni di pazienti delle malattie rare. Uno dei compiti affidati al Gruppo di lavoro Screening Neonatale Esteso (SNE) è di stilare un elenco di patologie – metaboliche, neurodegenerative genetiche, lisosomiali o immunodeficienze – da aggiungere al panel delle malattie da ricercare obbligatoriamente che è già in vigore. Per farlo avranno sei mesi di tempo da oggi – perché viene indicata come inizio della decorrenza dei termini la data di insediamento, e quindi fino alla fine di **maggio 2021**.

Siamo a maggio 2022 e nonostante i progressi della scienza ancora nulla di fatto. Progressi così evidenti che alcune Regioni hanno deciso di ampliare autonomamente i loro pannelli di screening neonatale, inserendo Malattie Lisosomiali (Malattie di Pompe, Gaucher, Fabry, MPS I), Malattie Muscolari: SMA (Leucodistrofia Metacromatica, Adrenoleucodistrofia) e Immunodeficienze (AD SCID, PNP e altre). Grazie alla ricerca scientifica, queste patologie oggi hanno sia un test adeguato che una terapia efficace se diagnosticate precocemente.

La precocità della diagnosi può avere un ruolo determinante nell'efficacia del trattamento, al fine di evitare i danni clinici conseguenti alla malattia o al suo aggravamento, e può essere garantita attraverso specifici programmi di screening neonatale, così come la possibilità di iniziare una terapia prima della comparsa dei sintomi è in grado di cambiare radicalmente il decorso della malattia e la qualità della vita del bambino e dei suoi familiari. Solo alcune regioni 'virtuose' le hanno inserite negli screening, ricorrendo a fondi propri, e solo per i neonati dei propri centri nascita.

In Toscana e nel Lazio nel 2021 è partito un progetto pilota grazie al quale sono **sottoposti a screening oltre 92mila neonati e 15 bambini sono stati identificati con diagnosi di** atrofia muscolare spinale **(SMA). Lo studio nelle due Regioni è stato il primo realizzato in Italia**, durato

due anni (settembre 2019/2021). **Ha permesso l'accesso a un test genetico universale, volontario e gratuito, per la diagnosi precoce di una patologia che si manifesta prevalentemente in età pediatrica**. Una goccia di sangue prelevata dal tallone poco dopo la nascita **consente la diagnosi precoce e il trattamento tempestivo della patologia, prima che si manifestino i sintomi e si producano danni gravi e irreversibili**. In base ai dati del progetto pilota e a quelli disponibili in Letteratura, bambini con diagnosi predetta di SMA grave, che avrebbero avuto un'aspettativa di vita inferiore ai due anni per la storia naturale della malattia, hanno avuto l'opportunità di una diagnosi e presa incarico tempestive permettendo così, nella maggior parte dei casi, il **raggiungimento di tappe di sviluppo motorio sovrapponibili a quelle dei bambini non affetti**, fino ad acquisire la **deambulazione autonoma**.

Risultati che dimostrano la validità di **un progetto che grazie all'impegno delle due Regioni proseguirà oltre la scadenza stabilita**, nell'ambito dei rispettivi Servizi Sanitari Regionali. Visti gli ottimi esiti clinici si è deciso di garantire le stesse opportunità di diagnosi e cura da parte dei nuovi nati e delle loro famiglie rendendo disponibile il programma di screening a tutti i neonati del Lazio attraverso la rete regionale dei Servizi dello Screening Neonatale.

Oltra a Lazio e Toscana anche la **Puglia** ad aprile del 2021, infatti, prevede **l'obbligo di screening neonatale per la SMA.** La legge approvata, dunque, stabilisce **l'obbligo di prelevare a tutti i neonati pugliesi una piccola quantità di sangue, in modo da scoprire subito l'eventuale presenza della SMA**, compresa la forma più grave di tipo 1, e batterla sul tempo.

Il Gruppo di lavoro ha dato parere positivo per l'inclusione della SMA da aggiungere al panel delle malattie da ricercare obbligatoriamente, **ora si attende un provvedimento ministeriale che renda operativa la decisione in modo equo su tutto il territorio e per tutti i nati**. Come abbiamo già evidenziato, è necessario lo sblocco del decreto tariffe per far sì che anche la SMA possa reiventare negli SNE e garantire l'accesso al test a tutti bambini nati su tutto il territorio nazionale e non solo in alcune, poche regioni.

11.9 Il Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici e rari – CnAMC

Il Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC)[117] è una rete di Cittadinanzattiva, **istituita** nel 1996, e rappresenta un esempio di alleanza trasversale tra Associazioni e Federazioni nazionali di pazienti per la tutela dei diritti dei cittadini affetti da patologie croniche e/o rare.
Le ragioni della costituzione del CnAMC risiedono nella consapevolezza, da parte di Cittadinanzattiva e di tutte le Organizzazioni aderenti, che la tutela integrata e unitaria dei diritti delle persone con patologia cronica e rara è possibile solo attraverso una forte collaborazione e alleanza, lo scambio continuo di informazioni e l'impegno comune, volto al superamento delle criticità trasversali.
A sua volta tale tipo di attività è resa possibile dalla decisione di tutte le Associazioni di mettere a disposizione di battaglie comuni una parte delle proprie energie, in alcuni casi collocando anche in secondo piano le singole attività specifiche: in questo è possibile cogliere un elemento di "maturità" delle Organizzazioni civiche e il senso originario del Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici.

[117] Per maggiori informazioni è possibile consultare il sito web www.cittadinanzattiva.it

Attualmente aderiscono al CnAMC più di 110 Organizzazioni di persone con patologie croniche e rare, rappresentative di oltre 100.000 persone, distinte tra Associazioni e Federazioni.

Nello specifico, **gli obiettivi** del CnAMC sono:

- definire e perseguire politiche sanitarie comuni basate sul principio di tutela integrata ed unitaria;
- realizzare ogni anno un Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità, che analizzi le criticità assistenziali dei servizi sanitari e sociali ed esprima una vera e propria piattaforma politica basata sulle richieste e le aspettative delle associazioni aderenti;
- agire quale cassa di risonanza delle richieste delle singole organizzazioni, assicurando loro maggiore visibilità e formazione;
- raccogliere e fornire in tempo reale notizie sul mondo della cronicità (novità legislative, sentenze utili, nuove sperimentazioni, disegni di legge in discussione…);
- facilitare la comunicazione e lo scambio di esperienze positive fra le associazioni, al fine di garantire la socializzazione e riproducibilità delle buone pratiche;
- investire nella formazione e nella crescita della leadership delle organizzazioni di malati cronici e nella capacità di interloquire con le istituzioni e gli altri stakeholders;
- attività, iniziative ed eventi che promuovano e sostengano la partecipazione diretta dei cittadini.

Le attività del CnAMC sono molteplici:

- il coordinamento delle oltre cento Organizzazioni aderenti attraverso una costante attività di networking;
- l'elaborazione e la diffusione di politiche socio sanitarie di tutela dei diritti con il coinvolgimento di tutte le Associazioni aderenti;
- l'elaborazione e la diffusione di documenti istituzionali di posizionamento sui temi discussi in Parlamento/Ministeri/Regioni, nonché relative interlocuzioni, come ad esempio: manovre finanziarie, federalismo fiscale, costi e fabbisogni standard nel settore sanitario, Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), Piano Sanitario Nazionale, Patto per la Salute, Riparto annuale del FSN e progetti obiettivo, governo clinico, dichiarazioni anticipate di trattamento, terapie non convenzionali, riabilitazione, assistenza farmaceutica con particolare riguardo al tema dell'innovazione, invalidità civile e Legge 104/92, […]; Piano nazionale di ripresa e resilienza;
- la partecipazione ad audizioni, tavoli e progetti istituzionali quali ad esempio: collaborazione nella stesura del Piano Nazionale delle Cronicità approvato dalla Conferenza Stato- Regioni il 22 luglio 2016;
- la redazione annuale di un Rapporto Nazionale sulle Politiche della Cronicità;
- la promozione e la realizzazione di campagne, progetti e conferenze che trattano i temi della salute, cronicità e malattie rare;
- la partecipazione a convegni e dibattiti pubblici;
- partecipazione al tavolo ministeriale sulle malattie rare;
- Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza;
- Partecipazione alla Cabina di regia del Piano nazionale Cronicità.

11.10 Il punto di vista dei pazienti: analisi regionale dal Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

Nota metodologica

Dopo l'esperienza tutta nuova dello scorso anno, in cui si è scelto di dedicare il rapporto Cnamc 2020 esclusivamente alla **libera narrazione dei Presidenti delle Associazioni** sul vero e proprio terremoto pandemico che le aveva travolte, per quest'anno 2021, in cui la fase emergenziale sta progressivamente diventando una "nuova normalità", si è deciso di conservare in parte questo approccio narrativo, tornando però ad affiancarlo con la raccolta dei **dati quantitativi** sui temi cari al Cnamc.
Inoltre, data la grande trasformazione che la pandemia ha rovesciato sul SSN, si è deciso di dedicare **uno spazio ai singoli pazienti**, di dar voce direttamente a coloro che in prima persona vivono i cambiamenti, i sovraccarichi, i rallentamenti e i disservizi causati dalla convivenza con il Covid, dedicando una survey specifica ai singoli pazienti.

Le **tappe del lavoro** sono state le seguenti:

- costituzione del gruppo di lavoro;
- definizione della metodologia e dei temi di indagine;
- progettazione e messa a punto degli strumenti di rilevazione;
- condivisione con le Associazioni della metodologia, dei temi e degli strumenti;
- divulgazione della survey ai pazienti e ai Presidenti;
- analisi dei dati e delle narrazioni;
- stesura del rapporto.

Per l'attività di raccolta dati sono stati ideati **due strumenti di indagine**:

- questionario rivolto ai Presidenti delle Associazioni;
- survey online dedicata ai pazienti.

Il **Questionario rivolto ai Presidenti** è stato costruito sui seguenti temi:

1. informazioni generali sull'Associazione e la patologia di riferimento;
2. narrazioni delle Associazioni dei malati cronici e rari riferite all'ultimo anno criticità;
3. coinvolgimento delle Associazioni nelle politiche e tavoli istituzionali;
4. innovazione e cambiamenti avvenuti nei modelli assistenziali durante la pandemia;
5. difformità e Disuguaglianze sui territori.

Come si vede dal punto 2., è stata mantenuta una **parte narrativa libera**, circoscritta ai seguenti aspetti:

- modalità organizzative dell'Associazione;
- bisogni degli associati e dei loro familiari;
- servizi attivati/offerti ai propri iscritti;
- criticità e aspetti positivi della vaccinazione anti-Covid19;
- sinergie, alleanze, partnership e battaglie comuni.

La **survey rivolta ai pazienti** è stata strutturata per raccogliere il vissuto dei malati sui seguenti temi:

- gestione della patologia e impatto della pandemia covid-19;
- relazione con medici e operatori sanitari;

- nuovi bisogni o necessità assistenziali emersi con la pandemia;
- vaccinazioni anti sars-covid-19;
- accesso alle cure - liste di attesa;
- focus di approfondimento su Assistenza domiciliare;
- focus di approfondimento su Riabilitazione;
- focus di approfondimento su Invalidità' e handicap;
- focus di approfondimento su Protesi e ausili;
- innovazione tecnologica in sanità';
- telemedicina;
- fascicolo sanitario elettronico;
- ricetta dematerializzata;
- costi;
- servizi fruiti presso le farmacie durante la pandemia.

Poiché i pazienti che hanno partecipato all'indagine appartenevano alle più varie associazioni di patologia, tutte le domande relative all'utilizzo dei servizi (in particolare per i quattro focus di approfondimento) hanno previsto la risposta "non pertinente, non ne usufruisco"; in tal modo è stato possibile, in fase di analisi, misurare le effettive criticità presenti solo per chi ne ha, di fatto, usufruito.

Alla **raccolta dei dati**, svoltasi da fine settembre a fine ottobre 2021, hanno partecipato:
- 64 Presidenti di altrettante associazioni di patologia cronica/rara;
- 2990 pazienti con patologia cronica/rara[118].

I dati raccolti ed il numero di adesioni all'indagine non hanno la pretesa di rappresentare un campione statistico scientificamente rappresentativo, ma sono un buon sostegno al valore del lavoro di monitoraggio e di analisi civica svolto. Infatti la rilevazione effettuata può essere considerata comunque indicativa delle questioni di maggior rilievo ad oggi presenti nell'assistenza sanitaria per i malati cronici/rari, e sufficiente ad elaborare proposte volte al futuro superamento di tali criticità.

[118] Le principali patologie dei pazienti che hanno partecipato alla Survey: Artrite reumatoide, Artrosi, Asma e BPCO, Celiachia, Cirrosi epatica, Connettivite mista, Diabete, Dislipidemie, Dolore cronico, Endometriosi, Epilessia,
Fibromialgia, HIV, Incontinenza, Scompenso cardiaco - Infarto miocardio, Insufficienza renale, Ipercolesterolemia,
Ipertensione, Lupus eritematoso sistemico, Maculopatia, Malattia Autoimmune, Malattia vascolare periferica, Miastenia, Neurofibromatosi, Osteoporosi, Parkinson, Patologie intestinali, Sindrome di Sjogren, Talassemia, Tiroide.

Il punto di vista dei pazienti

Per il diciannovesimo Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità abbiamo voluto scattare una fotografia sulla rispondenza del SSN ai bisogni di salute dei pazienti cronici e rari. Una prospettiva del tutto particolare, che rende unico e originale questo Rapporto poiché in grado di esplicitare la reale dinamica della relazione e della percezione del SSN da parte dei pazienti e cittadini.

L'informazione civica, vale a dire una informazione prodotta direttamente dai pazienti, riportata attraverso il presente Rapporto permette di analizzare e evidenziare le questioni più calde per i pazienti e per i familiari, quindi le priorità da cui partire per far corrispondere ai bisogni espressi le risposte e gli interventi appropriati.

In un contesto così critico e vulnerabile che sta attraversando il nostro Paese, si riescono a delineare alcuni tratti del nostro SSN, nello specifico emerge con una forza inarrestabile il fatto che le questioni che oramai si cono "cronicizzate" ne gli anni continuano in maniera incessante a essere di ostacolo ai pazienti cronici e rari nell'accesso in pienezza alle cure, da qui il titolo di quest'anno: *La cura che (ancora) non c'è",* perché se è vero che il COVID ci ha trovato tutti impreparati e che tutto il personale sanitario è stato chiamato e impegnato nella lotta a questo "maledetto" virus, che tutti noi ci siamo messi "in attesa" seguendo le indicazioni che venivano fornite dal Governo, è altrettanto vero che le patologie croniche e rare non restano "in attesa". Le patologie croniche e rare inesorabilmente, senza se e senza ma, non seguono nessuna indicazione; si insinuano ogni giorno, si fanno strada ogni giorno e ogni giorno è diventato sempre più complicato individuarle e gestirle. Tutto ciò non può essere più tollerato: i pazienti cronici e rari non possono più permettersi di aspettare una cura che non c'è.

I dati contenuti nel presente Rapporto sono il risultato di una ricognizione che ha interessato 2.990 persone affette da patologia cronica e rara e loro familiari su tutto il territorio nazionale. Informazioni ed esperienze sperimentate quotidianamente dai pazienti al fine di individuare ed evidenziare le difficoltà sperimentate nella gestione della propria patologia anche a seguito dell'emergenza sanitaria.
L'intento è quello di far comprendere, soprattutto alle istituzioni cosa significa vivere quotidianamente con una patologia cronica e rara e trovare servizi non sempre efficienti e troppo spesso inadeguati che rendono poco esigibile il diritto alla cura, il diritto ad una qualità di vita migliore e il diritto a mantenere una qualità acquisita su tutto il territorio nazionale.

I dati

Che il Covid abbia impattato duramente sull'accesso alle prestazioni era scontato. E ancora di più tale affermazione è vera per chi è affetto da patologie croniche e rare. I dati che seguono tentano di raccontare con i numeri raccolti da Cittadinanzattiva le difficoltà di questo periodo lungo.

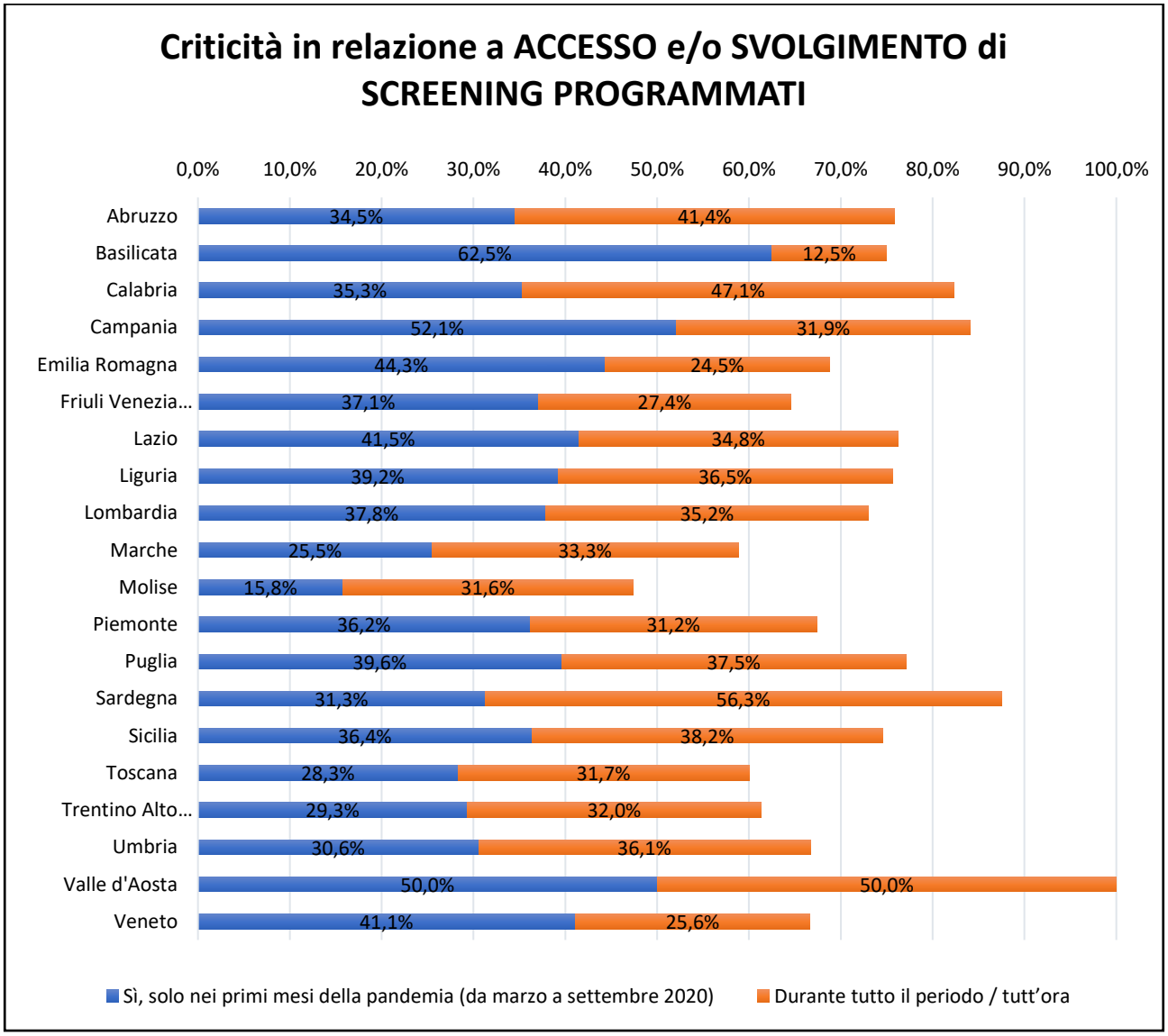
Partiamo dagli screening programmati, i dati raccolti, suddivisi per Regione, testimoniano intanto che tale difficoltà di accesso agli screening programmati hanno pesato complessivamente in tutte le realtà regionali ma con peso e impatto diverso. Intanto la periodizzazione ci aiuta a capire alcune modalità organizzative e risposte che le Regioni hanno introdotto e/o elaborato per recuperare o avviare al recupero il divario con la fase più dura della pandemia. Infatti, guardando al periodo marzo-settembre 2020 in pratica abbiamo un range di

difficoltà di accesso agli screening programmati che va dal 62,5% della Basilicata al 15,8% del Molise. Ci sono poi 14 Regioni che si posizionano tra il 29 e il 50% segnalando quindi con questa distribuzione una diversa modalità di risposta al tema dell'accesso agli screening ed alla risposta introdotta in questo periodo.

Se guardiamo al post periodo preso in esame, troviamo che il range si fissa al 12,5% della Basilicata (ancora lei ma in basso stavolta) e in alto al 56,3% della Sardegna. Da questi dati emerge che c'è un gruppo di Regione che ha recuperato terreno: Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia-Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Puglia e Veneto.

Sono tutte Regioni dove il saldo tra marzo/settembre e ora è positivo. La Valle d'Aosta è l'unica Regione dove il dato è fermo. Le altre Regioni (Abruzzo, Calabria, Marche, Molise, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trentino Alto-Adige, Umbria) presentano un saldo negativo tra il prima e l'ora e quindi una risposta ancora non soddisfacente per quanto attiene l'accesso agli screening programmati.

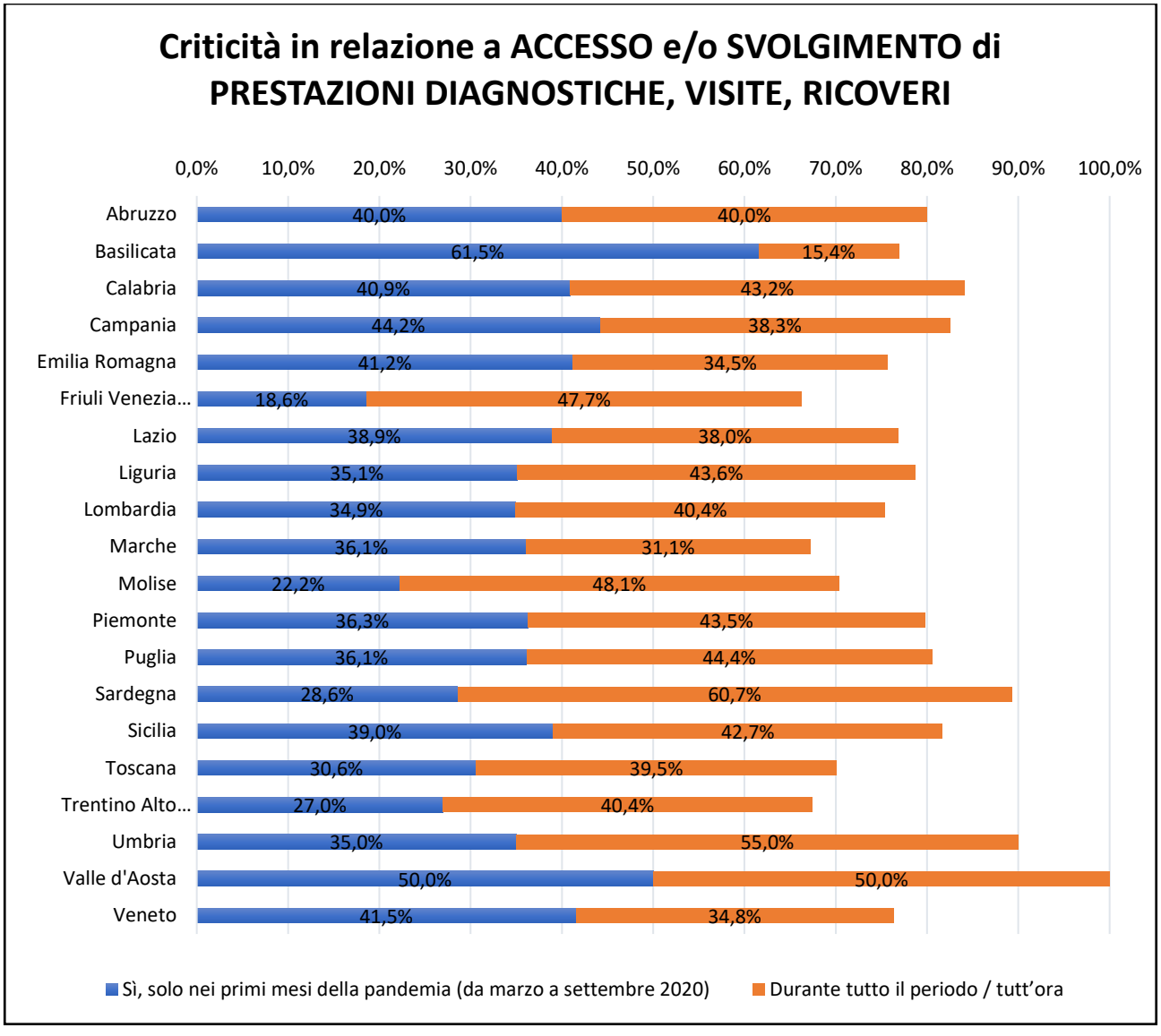
Nel periodo da marzo 2020 ad oggi (dall'avvento della pandemia) ha sperimentato criticità in relazione ad ACCESSO e/o SVOLGIMENTO di:



Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

Per quanto attiene le criticità relative ad accesso per prestazioni diagnostiche. visite e ricoveri troviamo confermata la tendenza delle forti difficoltà del periodo pandemico (marzo/settembre 2020) con un range in alto della Basilicata con il 61,5% e un dato minore del 18,6 del Friuli Venezia-Giulia.
Mentre in relazione al post pandemia il nucleo delle Regioni che danno segnali di recupero, seppur timidi, è più limitato: Basilicata. Campania, Lazio, Marche e Veneto.
Tutte le altre, a parte Abruzzo e Valle d'Aosta ferme al 40% e al 50%, segnalano peggioramento anche dopo la fine della fase più dura della pandemia con alcuni casi di balzi notevoli in avanti di peggioramento della situazione.
Questi segnali probabilmente, ma bisognerebbe indagare sulla strutturazione delle reti ospedaliere e sulla organizzazione dei servizi, possono rappresentare nel lungo periodo un problema di gestione delle patologie.

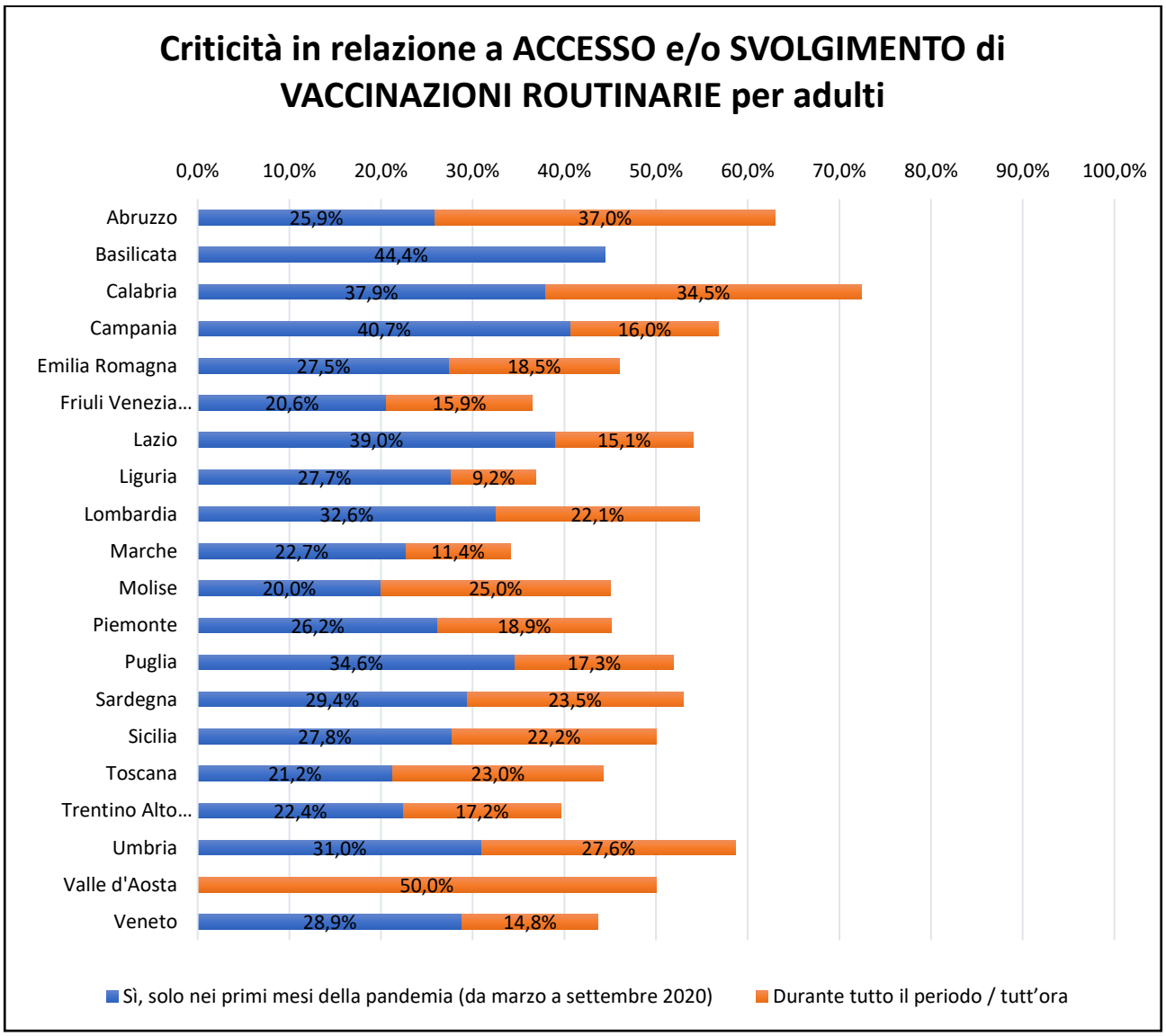
Nel periodo da marzo 2020 ad oggi (dall'avvento della pandemia) ha sperimentato criticità in relazione ad ACCESSO e/o SVOLGIMENTO di:



Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

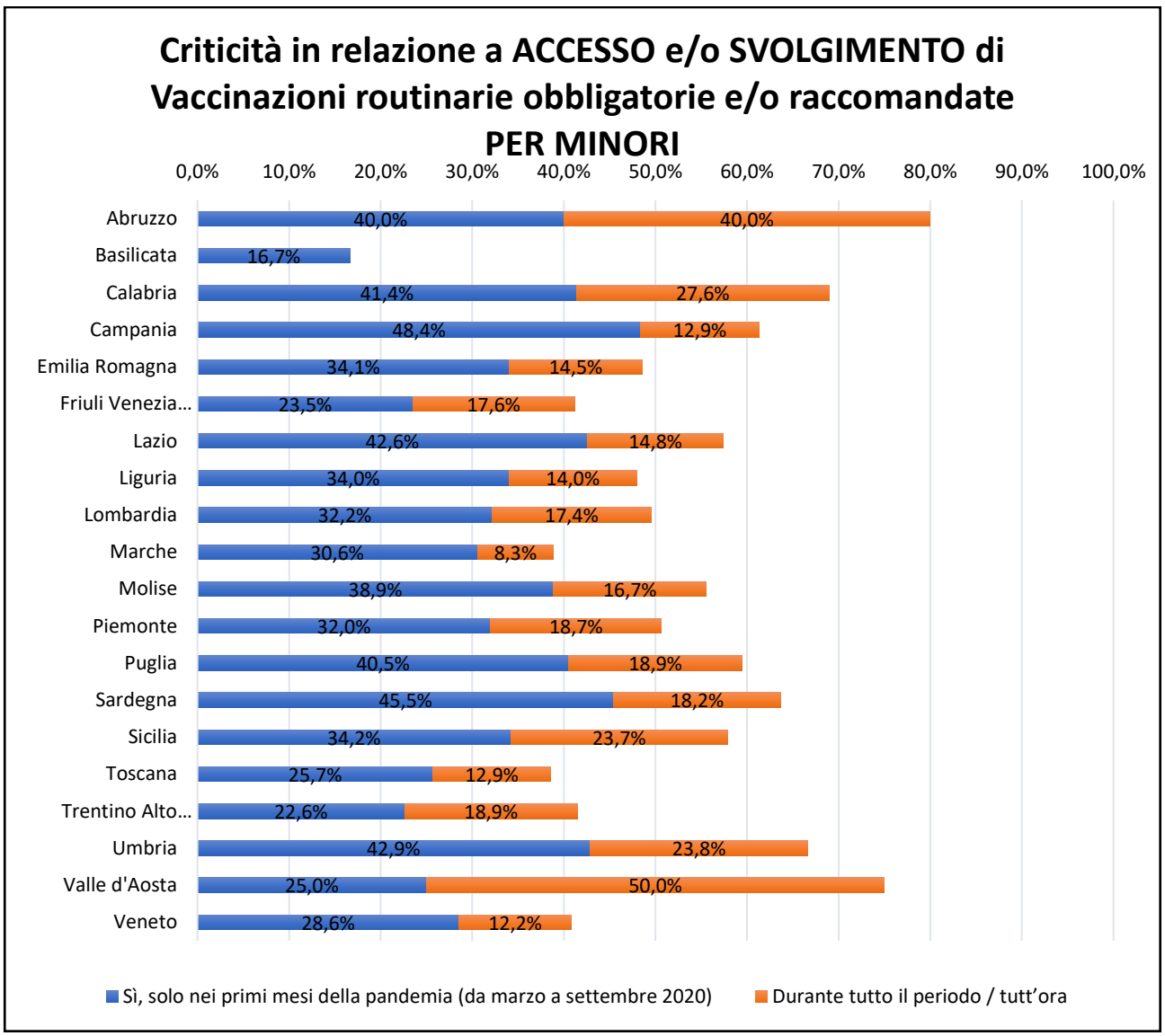
Le criticità nell'area delle vaccinazioni routinarie per adulti ci riportano che nel periodo marzo/settembre 2020 avevamo un range in alto tenuto dalla Campania con il 40,7% e quella con il range più basso al 20% del Molise.

Successivamente un nutrito gruppo di Regioni ha dato un saldo attivo dimostrando capacità di riorganizzarsi, mentre altre hanno segnalato un peggioramento del dato: Abruzzo, Molise, Toscana.



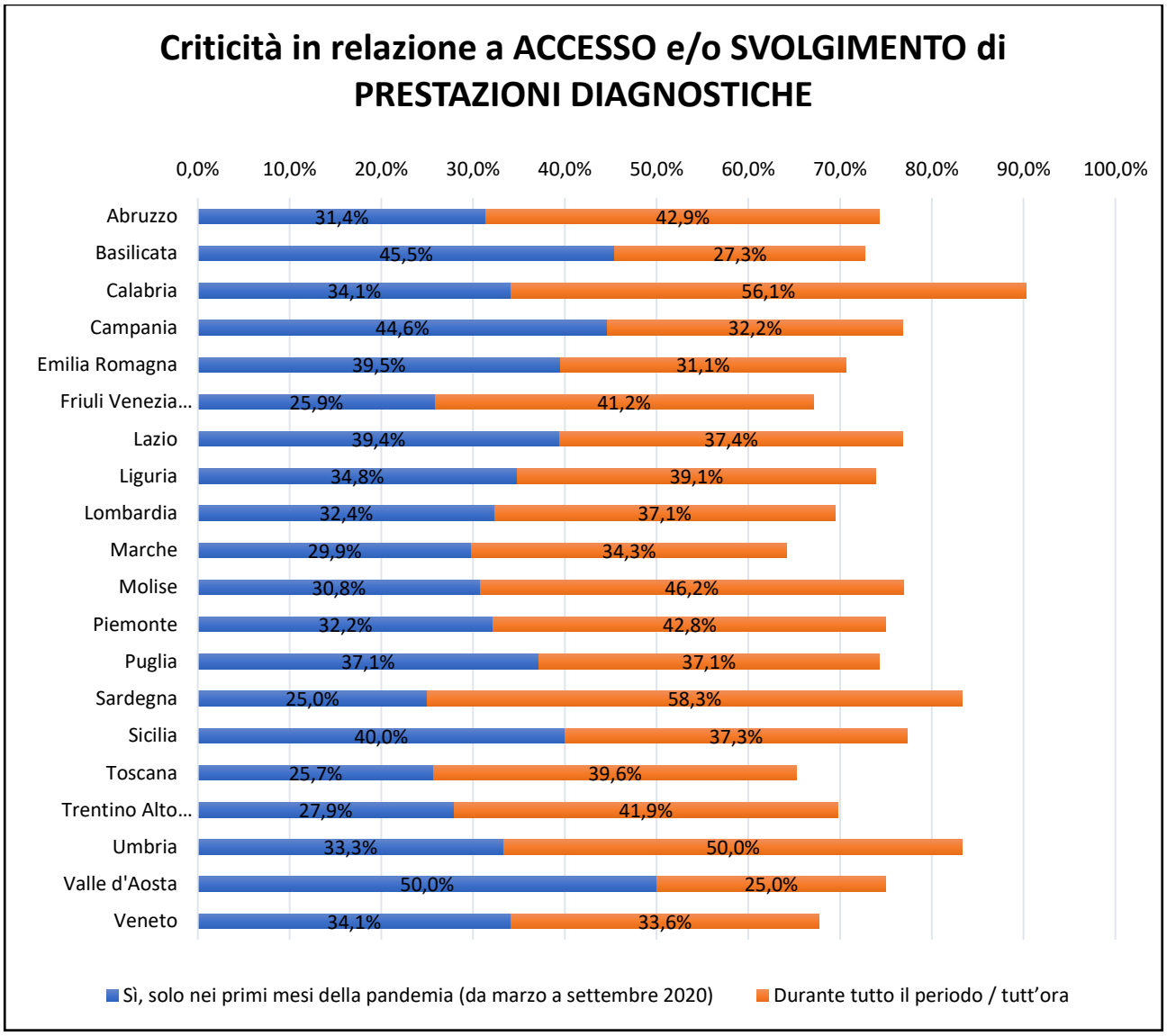
Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

Le criticità nell'area delle vaccinazioni routinarie per minori, ci riportano che nel periodo marzo/settembre 2020 avevamo un range in alto tenuto dalla Campania con il 48,4% e quella con il range più basso al 23,5% del Friuli Venezia-Giulia.
Successivamente nel raffronto tra prima e dopo vediamo che la gran parte delle Regioni recupera con saldi positivi importanti. Unica eccezione in peggioramento la Valle d'Aosta.



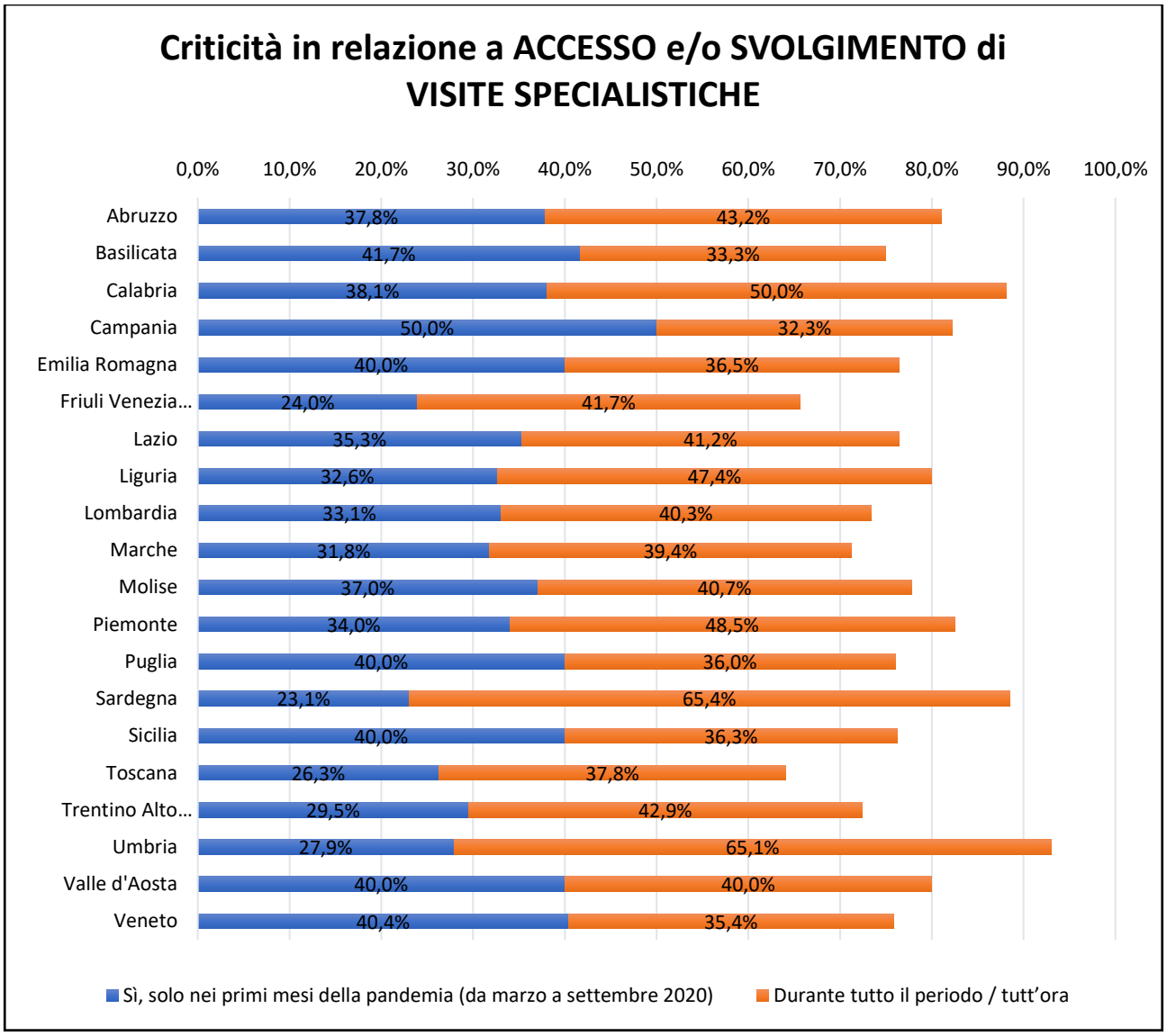
Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

Le criticità nell'area accesso prestazioni diagnostiche ci riportano che nel periodo marzo/settembre 2020 avevamo un range in alto tenuto dalla Valle d'Aosta con il 50% e quella con il range più basso al 25% della Sardegna.
Successivamente nel raffronto tra prima e dopo vediamo che Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Sicilia, Valle d'Aosta e Veneto recuperano con saldi positivi.
Mentre tutte le altre peggiorano, anche con percentuali molto significative.
La Puglia appare stabile. Tali dati in peggioramento sono probabilmente la logica conseguenza del numero importante di prestazioni che devono essere recuperate e che la pandemia ha gonfiato in modo significativo dal punto di vista numerico assoluto.
Per riassorbire pertanto tale mole di prestazioni è ragionevole attenderci un peggioramento di medio periodo.



Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

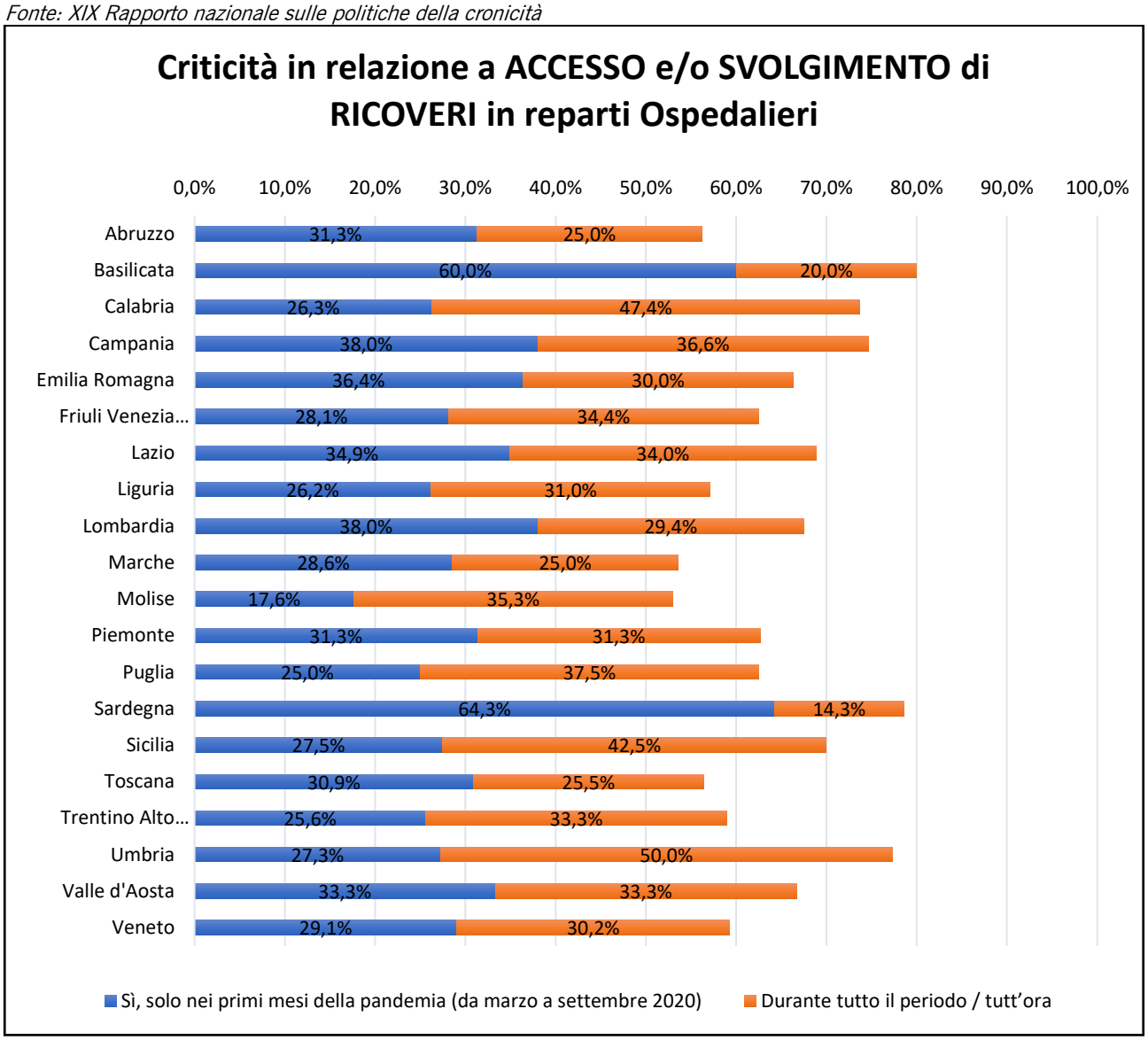
Le criticità nell'area accesso visite specialistiche ci riportano che nel periodo marzo/settembre 2020 avevamo un range in alto tenuto dalla Campania con il 50% e quella con il range più basso al 23,1% della Sardegna.
Nel raffronto con il periodo successivo notiamo che solo Campania, Basilicata, Emilia-Romagna, Puglia, Sicilia e Veneto hanno un saldo positivo, mentre il resto delle Regioni ha un saldo negativo in un qualche caso molto importante (Sardegna dal 23,1% al 65,4%, Umbria dal 27,9 al 65,1%...)
Anche qui ci dovremo attendere un periodo medio lungo di recupero per l'accesso alle visite specialistiche essendo troppo evidente il ritardo nella gestione dei flussi nella gran parte delle Regioni da leggere come una tendenza rilevante da governare.
E non dimentichiamo che sullo sfondo esiste un problema di personale sanitario in particolar modo specialistico che manca in diverse branche e questo produce un rallentamento nella esecuzione delle prestazioni.



Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

Sul tema dei Ricoveri troviamo che nel raffronto tra i periodi le Regioni con un saldo negativo e quindi in difficoltà sono Calabria, Friuli Venezia-Giulia, Molise, Puglia, Sicilia, Trentino Alto-Adige, Umbria e Veneto. Le altre Regioni riportano un saldo positivo o sono stazionarie.
È sicuramente questa area la plastica dimostrazione della difficoltà ad accedere agli ospedali a causa del Covid e dei rischi connessi. Uno scenario che nessuno avrebbe potuto pensare di dover affrontare nella realtà.

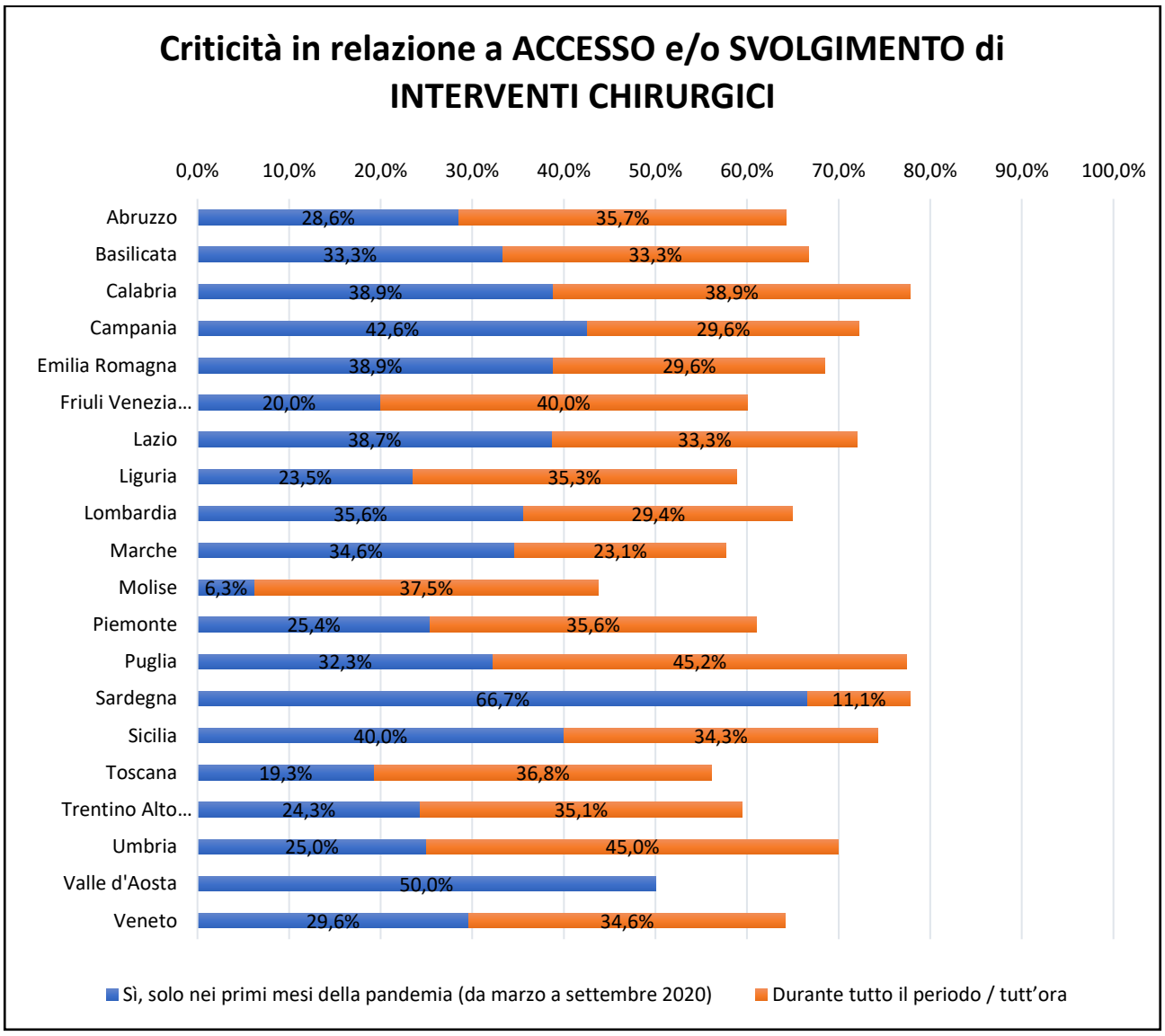
Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità



Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

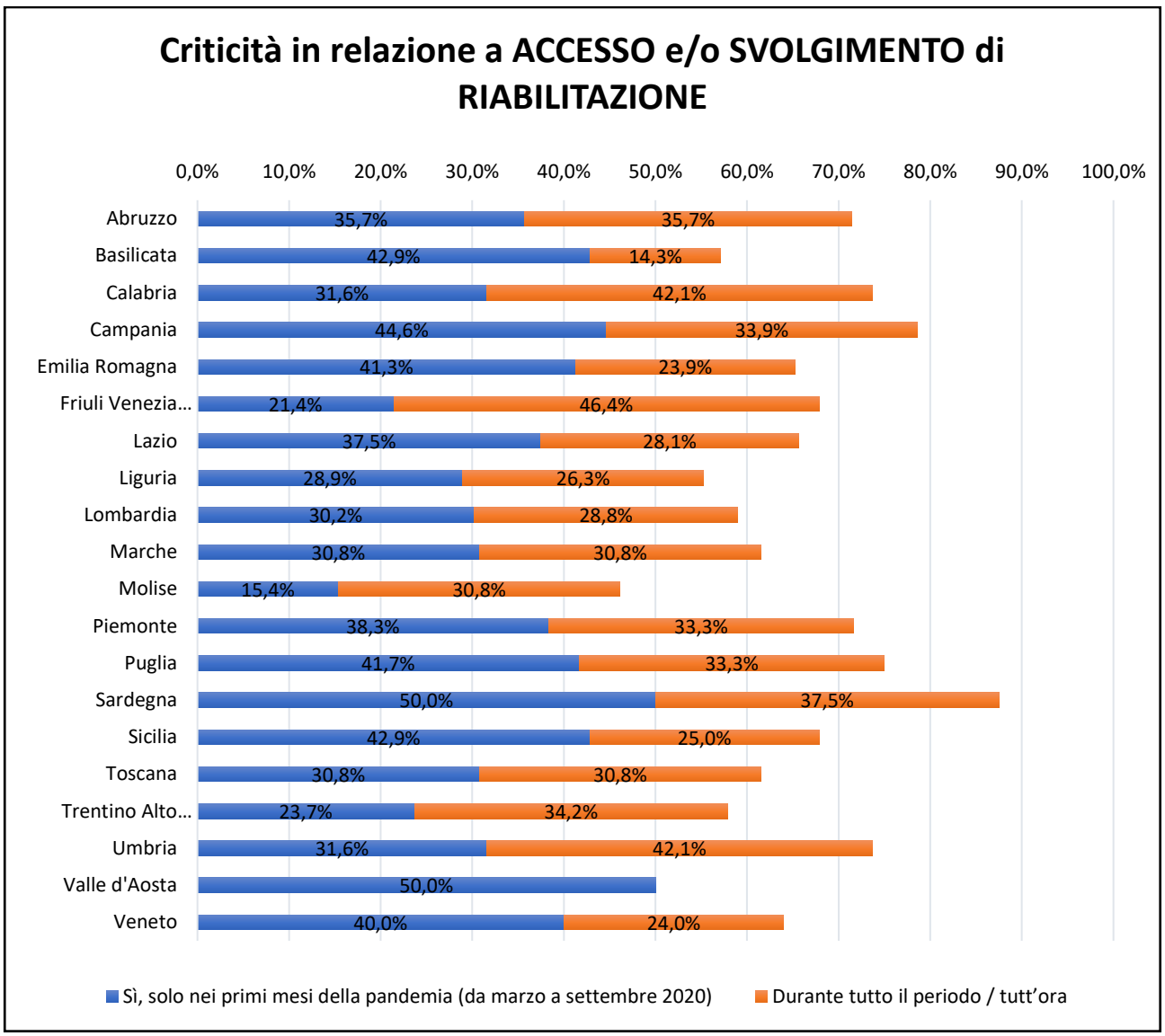
Friuli Venezia-Giulia, Liguria, Piemonte, Toscana, Trentino Alto-Adige presentano un saldo negativo per questa area nel raffronto tra i due periodi.
Al di là del dato parzialmente positivo, e tendenzialmente in miglioramento, il tema è centrale nella coordinazione del medio lungo periodo. **Sarà una delle sfide dei prossimi anni quello del recupero degli interventi chirurgici.**

Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità



Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

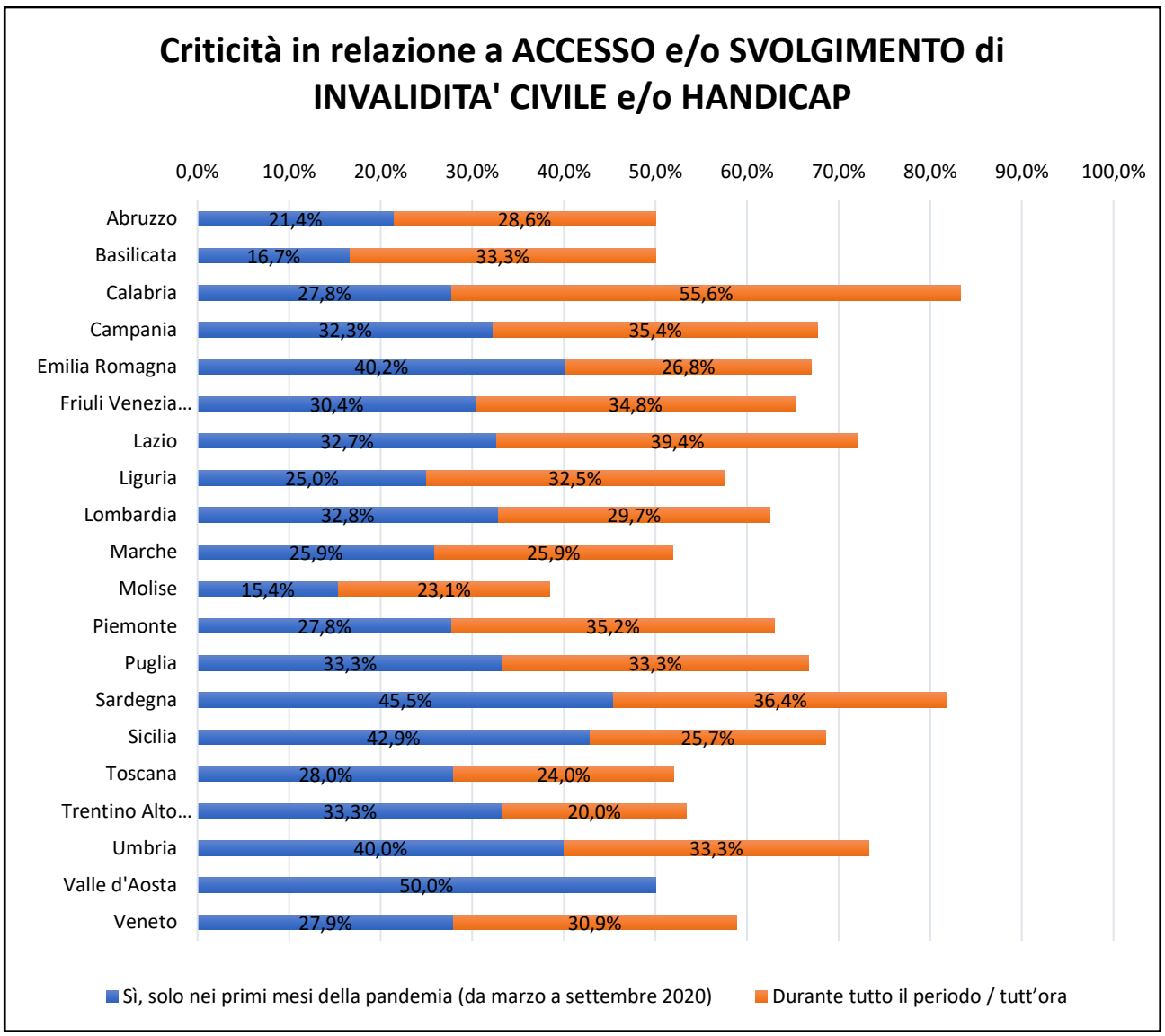
La riabilitazione costituisce il terzo pilastro del servizio sanitario nazionale per il completamento delle attività volte a tutelare la salute dei cittadini e consente di far raggiungere alla persona il miglior livello di autonomia possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, intellettivo e relazionale e comprende sia attività sanitare Calabria, Friuli Venezia-Giulia, Molise, Trentino Alto-Adige e Umbria presentano un saldo negativo sul fronte riabilitazione nei due periodi temporali presi in esame. Le altre regioni sono in miglioramento anche percentualmente rilevante.



Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

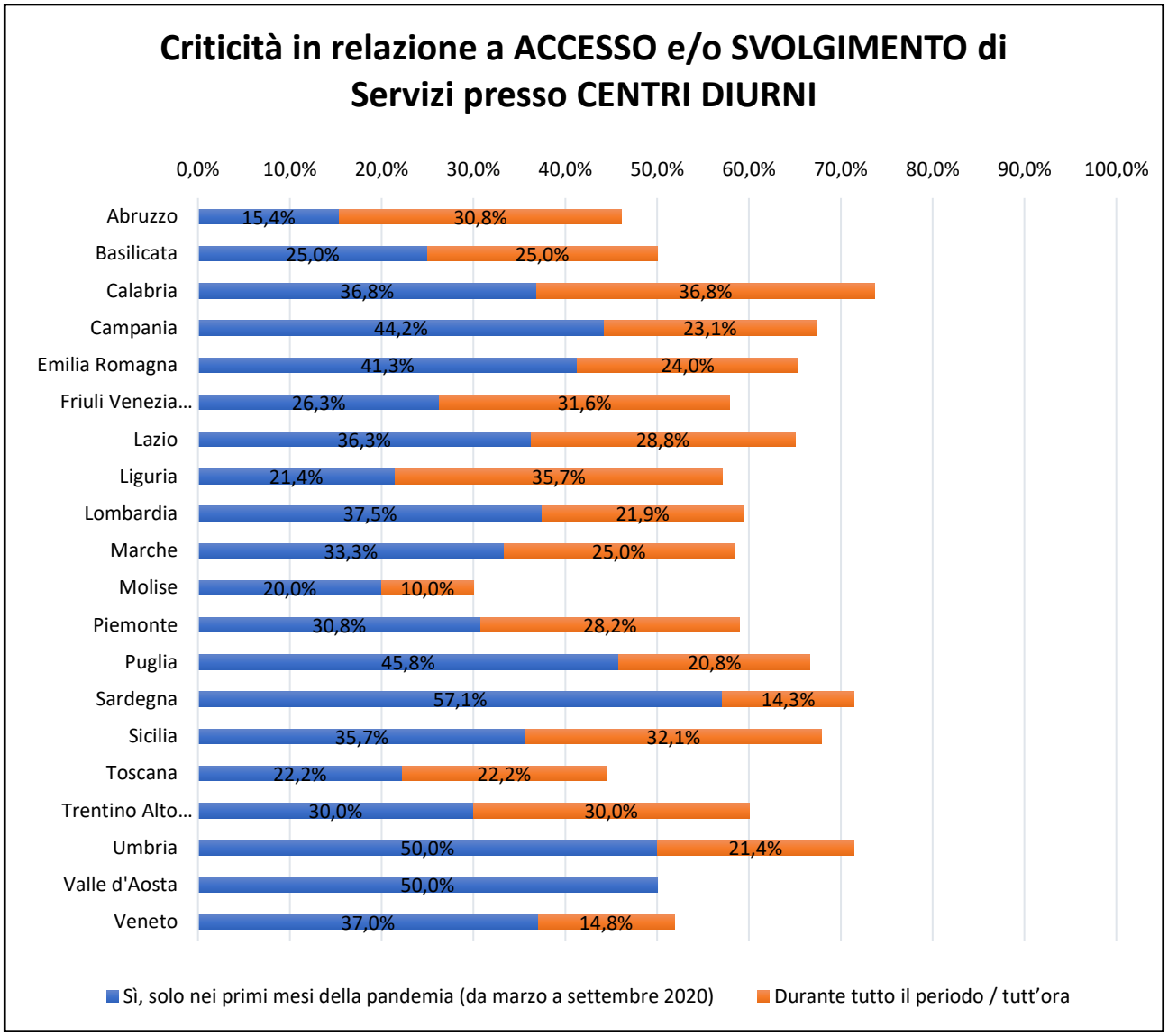
Il tema dell'invalidità civile e handicap, che fa rifermento alla legge quadro n. 104/92, rappresenta un aspetto importante del rapporto dei cittadini con il servizio sanitario pubblico , in quanto è attraverso le procedure di riconoscimento di tale status che i pazienti e i loro famigliari hanno la possibilità di accedere aspecifiche prestazioni e benefici come ad esempio le protesi e ausili sono concessi previo riconoscimento di invalidità, la possibilità che attraverso tale procedura che sono riconosciuti alcuni benefici economici, benefici riguardanti il lavoro, alcune forme di esenzione dal pagamento dal ticket necessitano di una tale attestazione ufficiale effettuata proprio dalle Commissioni di invalidità. Ecco perché questo servizio è così importante per tante persone e dovrebbe essere erogato in maniera puntuale e conforme alle leggi su tutto il territorio nazionale.

Emilia-Romagna, Lombardia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trentino Alto-Adige e Umbria presentano sul **tema invalidità** un saldo positivo anche rilevante rispetto alle altre Regioni che invece sono in affanno e presentano un saldo negativo



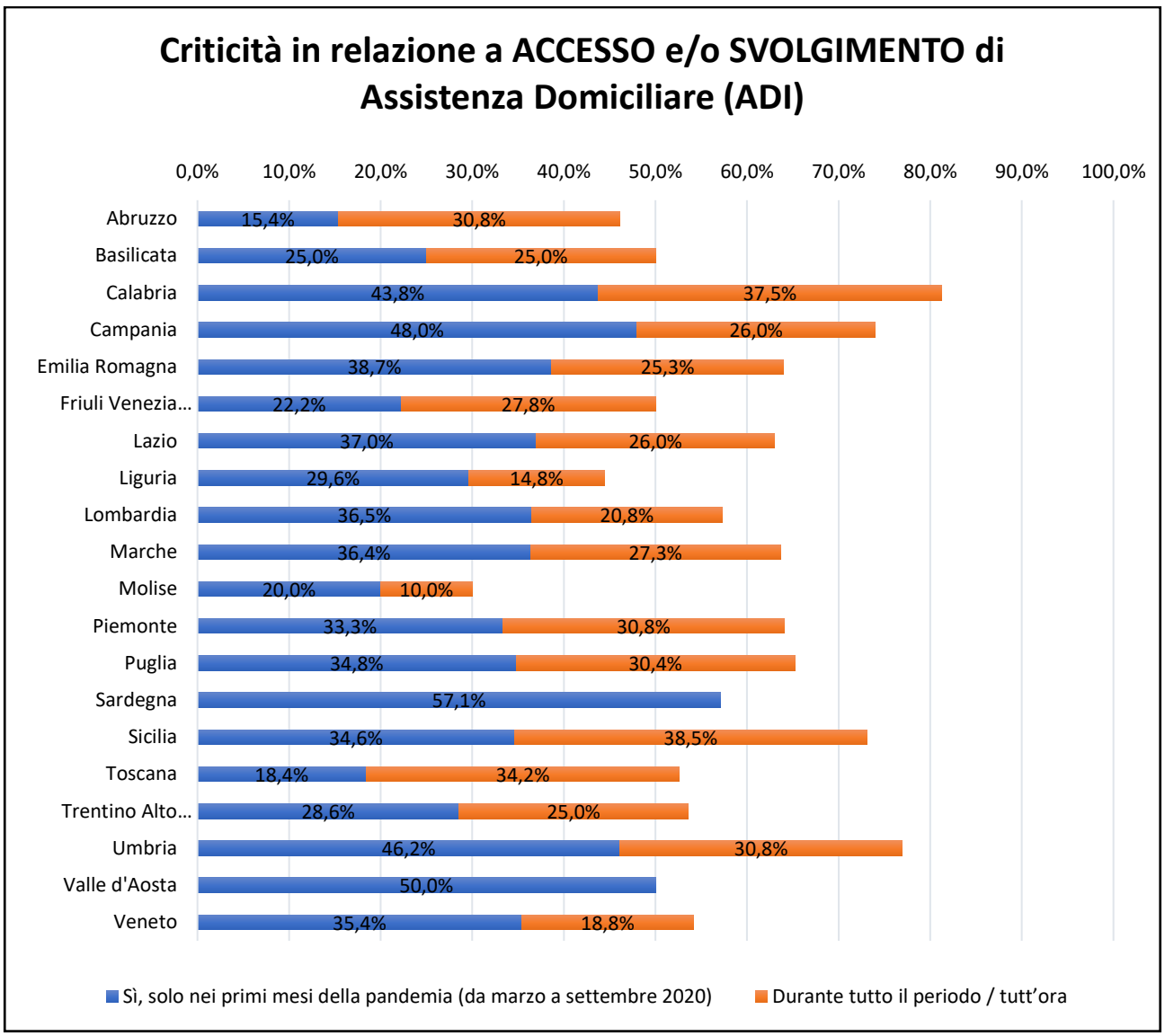
Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

Friuli Venezia-Giulia e Liguria sono le uniche Regioni che presentano un saldo negativo sulla area **Centri diurni** rispetto ai due periodi presi in esame, mentre tutte le altre Regioni hanno prodotto un saldo positivo.



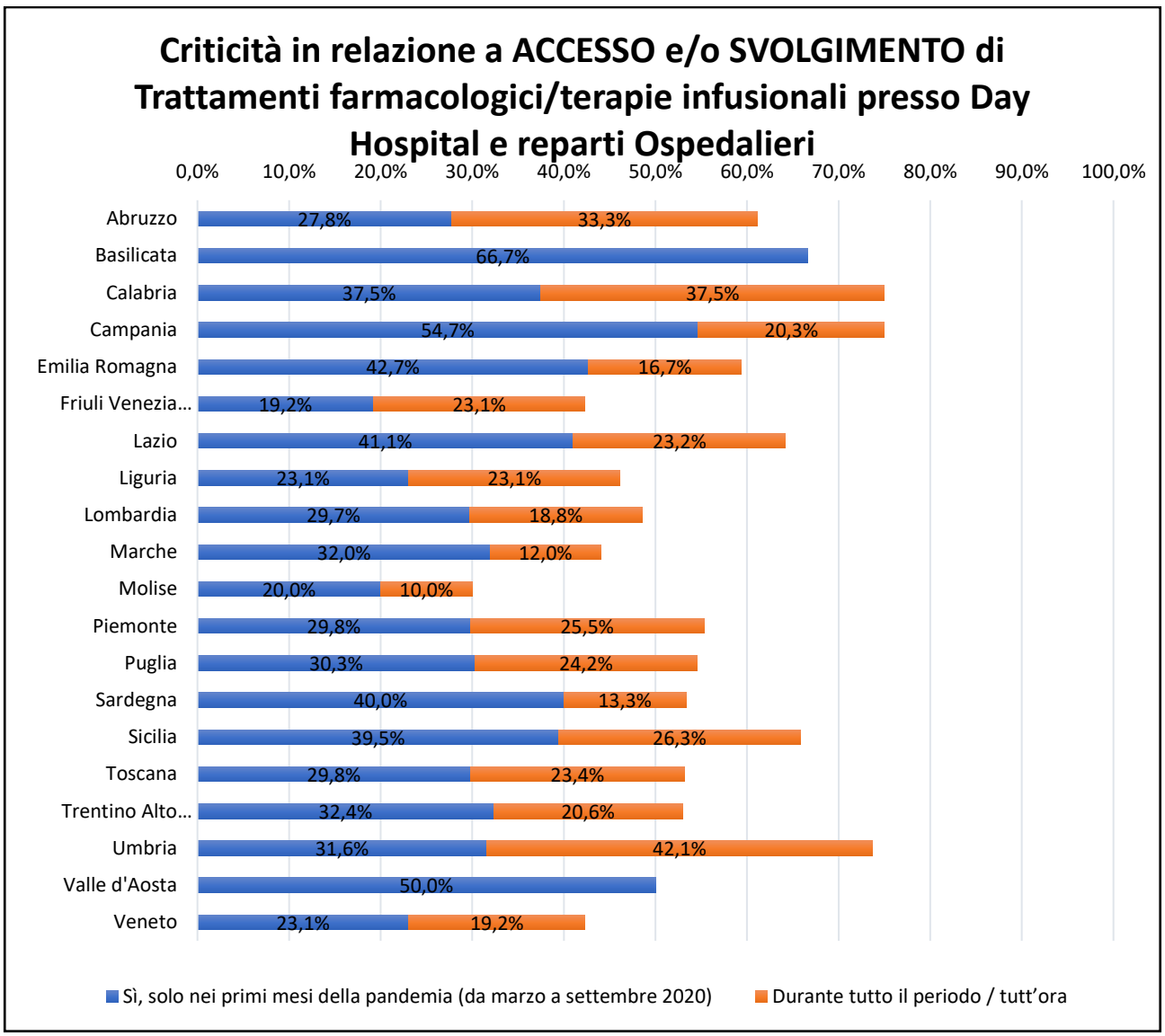
Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) consiste in un insieme di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi integrati con servizi socio-assistenziali (igiene personale, cura della persona, assistenza ai pasti) e viene erogato gratuitamente al domicilio del paziente, essendo finanziato dal Servizio Sanitario Nazionale Abruzzo. **Friuli Venezia-Giulia, Sicilia e Toscana sono le Regioni che riportano un saldo negativo in relazione alla area Assistenza domiciliare. Le restanti Regioni hanno recuperato rispetto al periodo marzo/settembre 2020.**



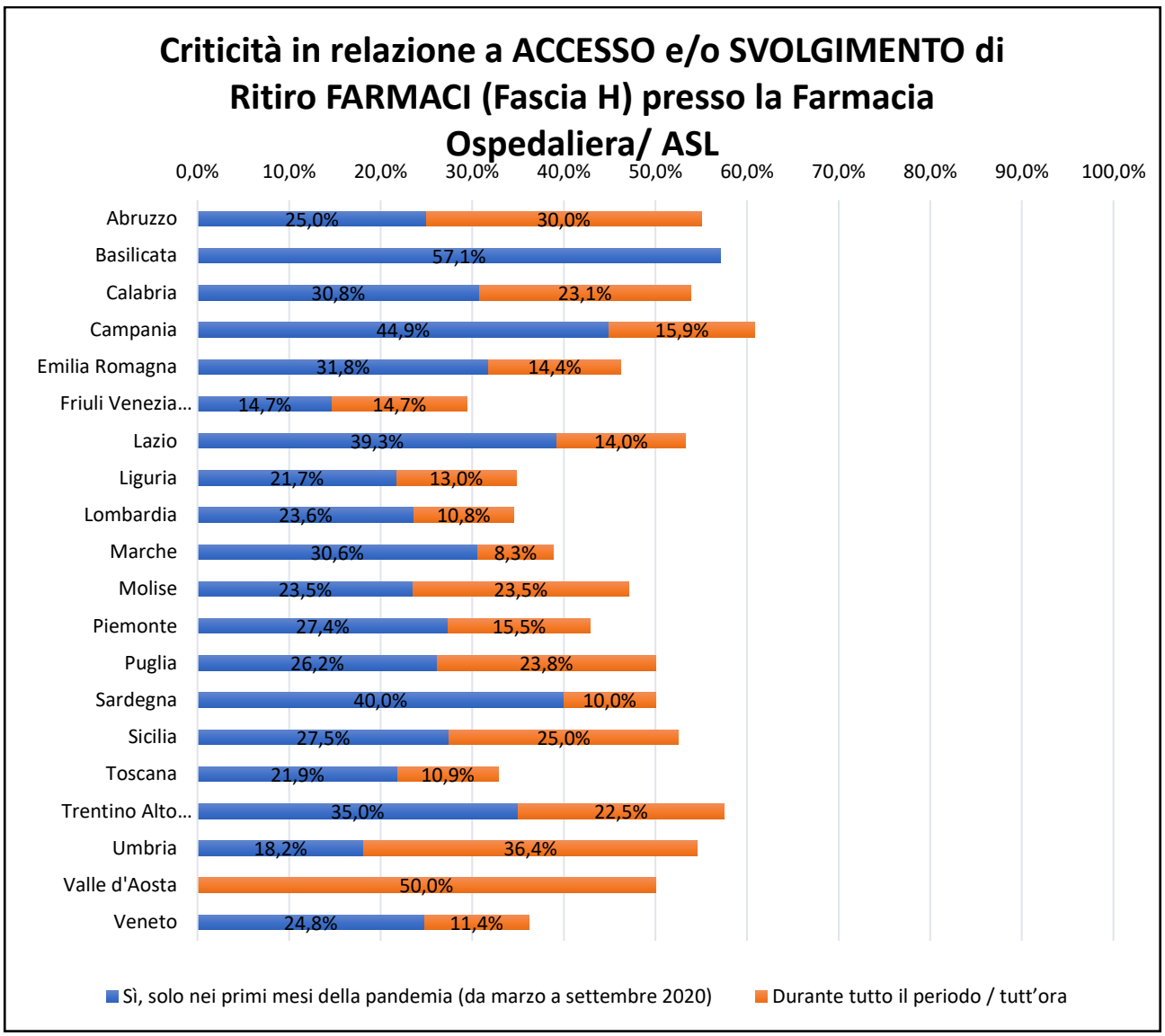
Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

Friuli Venezia-Giulia e Umbria risultano le uniche due Regioni con saldi negativi in relazione all'area. Le altre Regioni presentano tutte un saldo positivo anche importante.



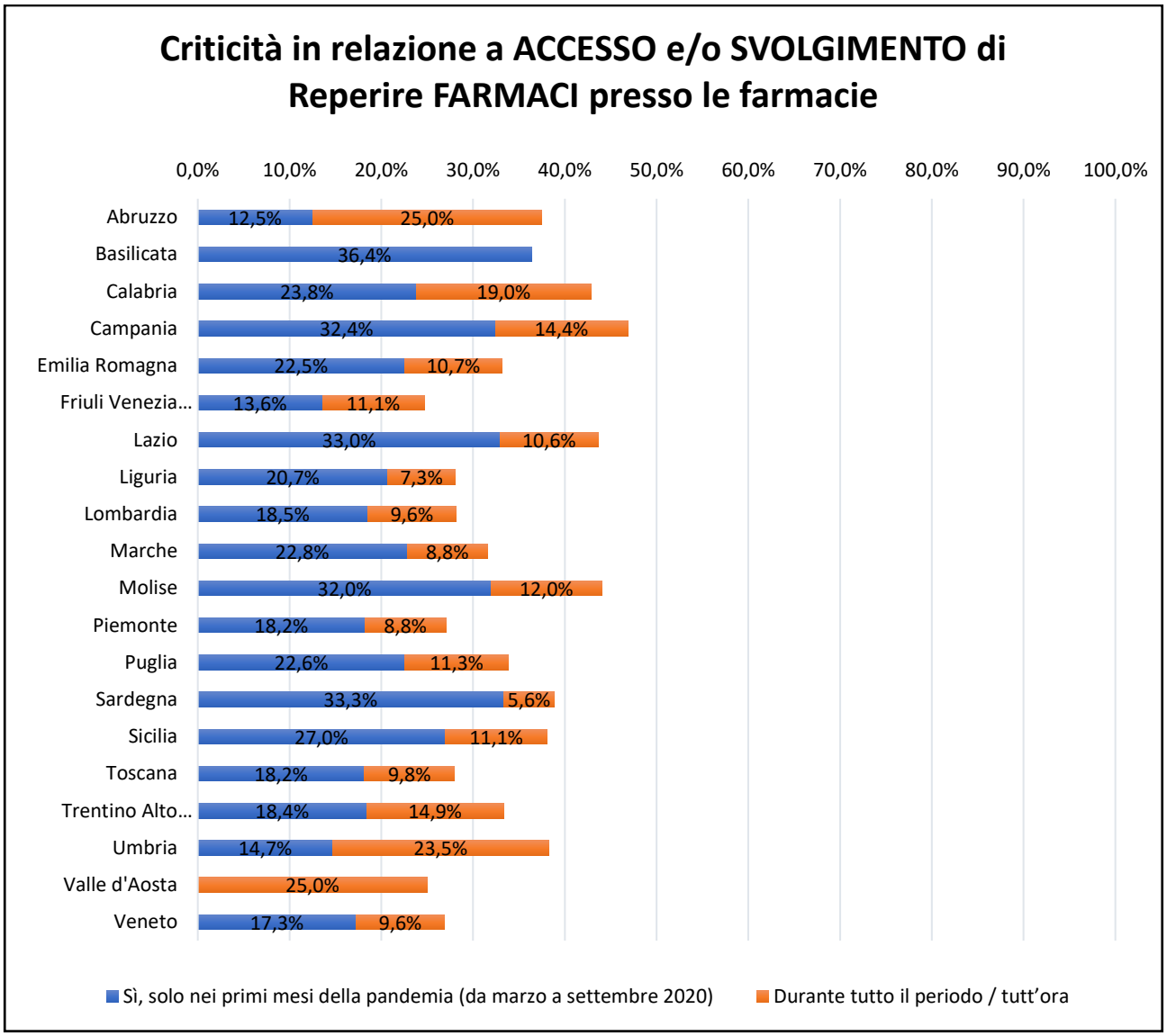
Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

Abruzzo e Umbria sono le uniche due Regioni a presentare un saldo negativo in questo item. Le altre Regioni recuperano positivamente le proprie posizioni di partenza.



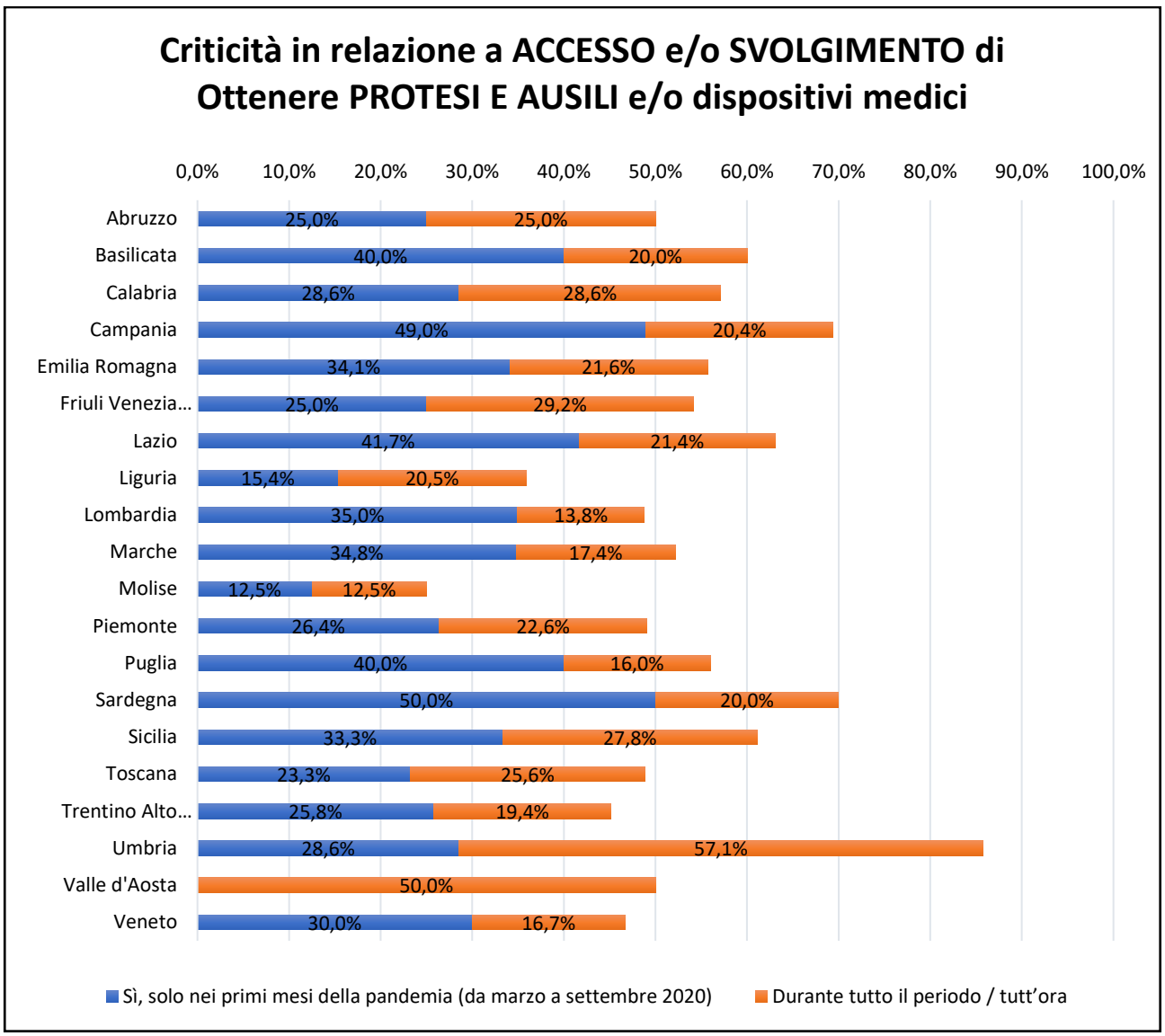
Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

In linea con il **Piano Nazionale Cronicità,** il quale riconosce *"Le farmacie, presidi del SSN sul territorio, sono uno dei punti di riferimento per la persona con cronicità e dei suoi familiari perché rappresentano il più agevole e frequente punto di accesso",* le persone coinvolte nella survey confermano che la farmacia è il presidio maggiormente prossimo o più facilmente raggiungibile rispetto ad altri presidi sanitari sul loro territorio.
L'Umbria appare l'unica Regione con saldo negativo. Le altre Regioni sono tutte in saldo positivo. Oltretutto questo item dimostra e conferma la centralità delle farmacie e la loro evoluzione nella centralità dei servizi al cittadino. Il dato, anche negativo di difficoltà ad accesso, presenta dati percentualmente più bassi tra tutto gli altri item e rispetto allo stesso periodo confermando quindi un trend relativo al luogo "farmacia" confermato anche in altre ricognizioni fatte con i cittadini.

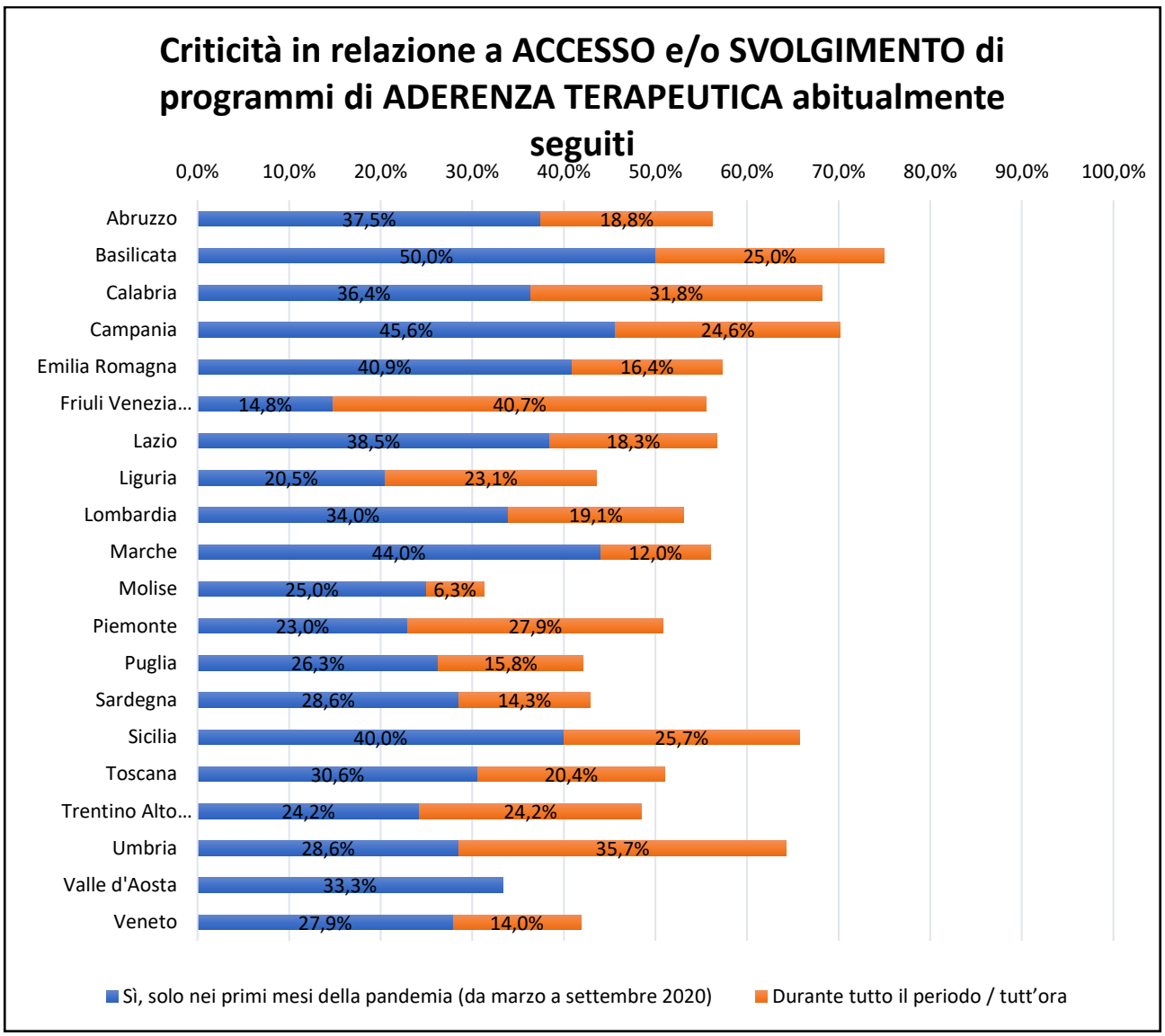


Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

Per quanto riguarda l'ottenimento di **protesi e ausili**, Friuli Venezia-Giulia, Liguria, Toscana e Umbria presentano un saldo negativo rispetto alle altre Regioni che o segnano un saldo positivo o confermano il dato del periodo precedente (Abruzzo, Calabria e Molise).

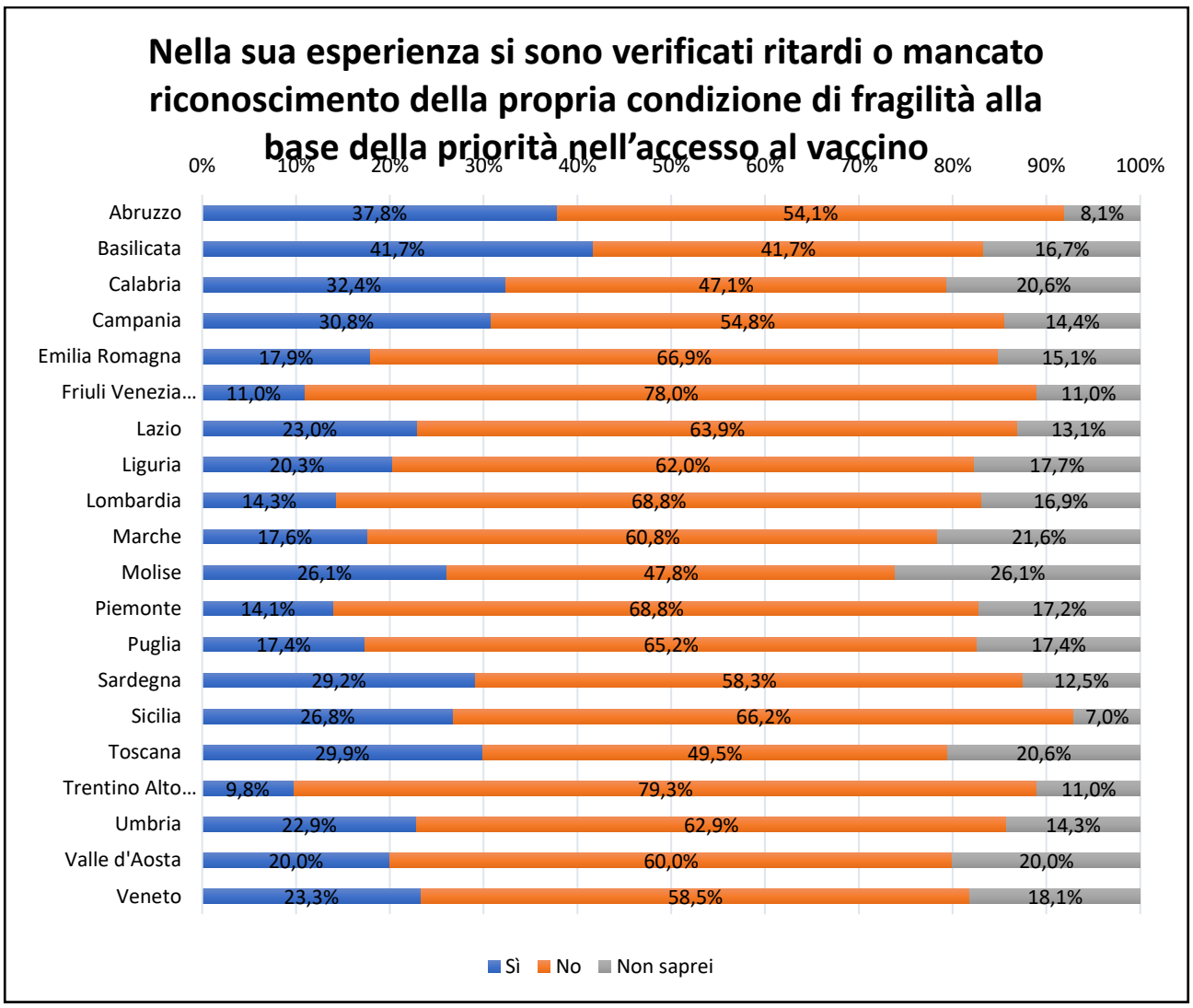


Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità



Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

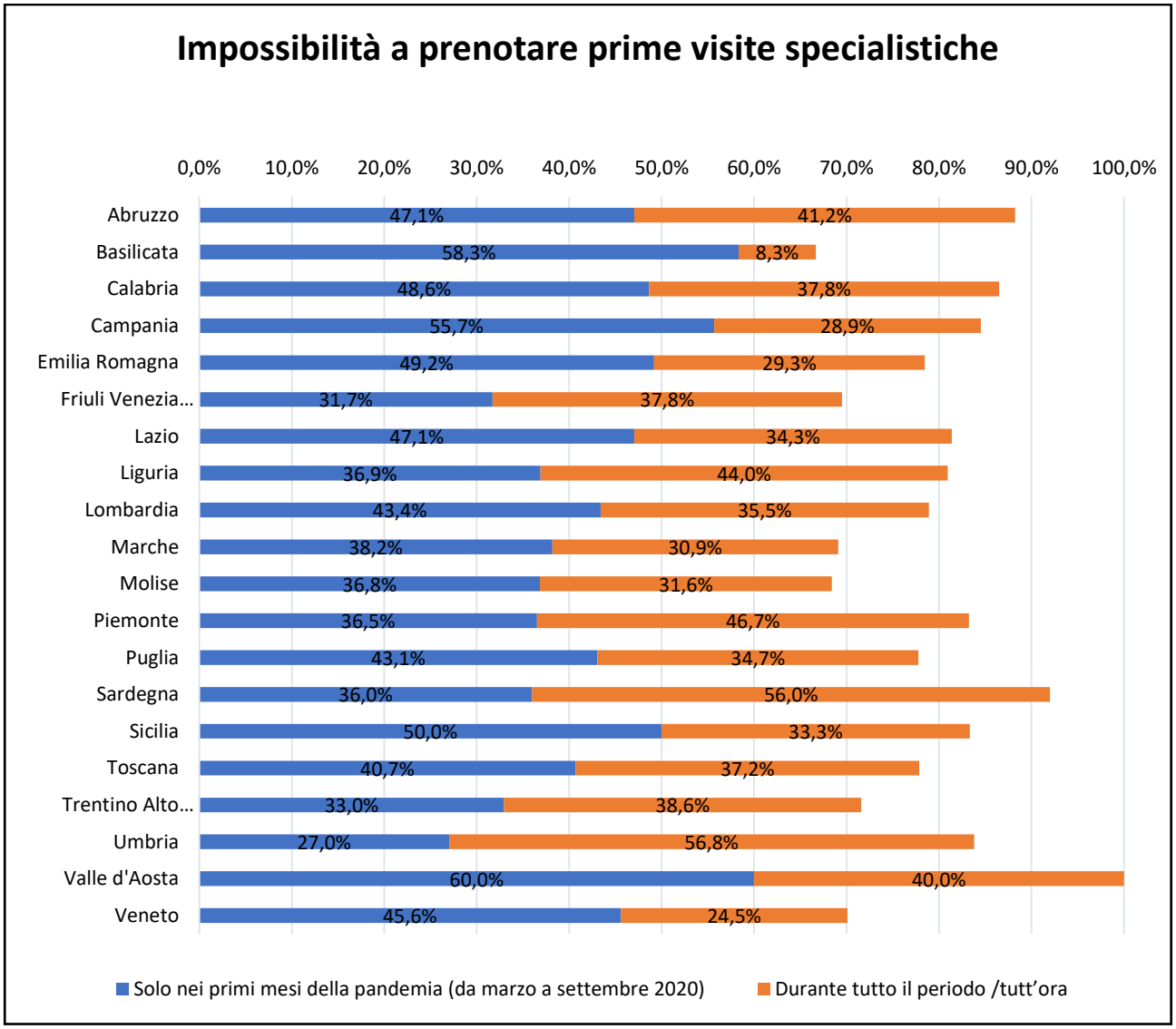
Le persone fragili sono state le prime ad essere interessate dalla campagna vaccinale perché maggiormente esposte al rischio di infezione da covid e ci è sembrato utile poter raccogliere la loro esperienza anche in questo ambito. Dai dati che abbiamo registrato sono contenti di potere restituire una campagna vaccinale che ha funzionato così come ha funzionato bene anche tutta la parte organizzativa per la somministrazione dei vaccini e il rilascio del green pass.
La totalità dei residenti nelle diverse Regioni registra un **dato positivo** circa la domanda essendo superiore in tutte e anche con significative differenze tra il dato negativo e quello positivo.
Il dato relativo al "non saprei" lascia aperti alcuni interrogativi soprattutto lì dove le percentuali sono importanti e superiori al 10% (praticamente in quasi tutte le Regioni eccetto Abruzzo e Sicilia).



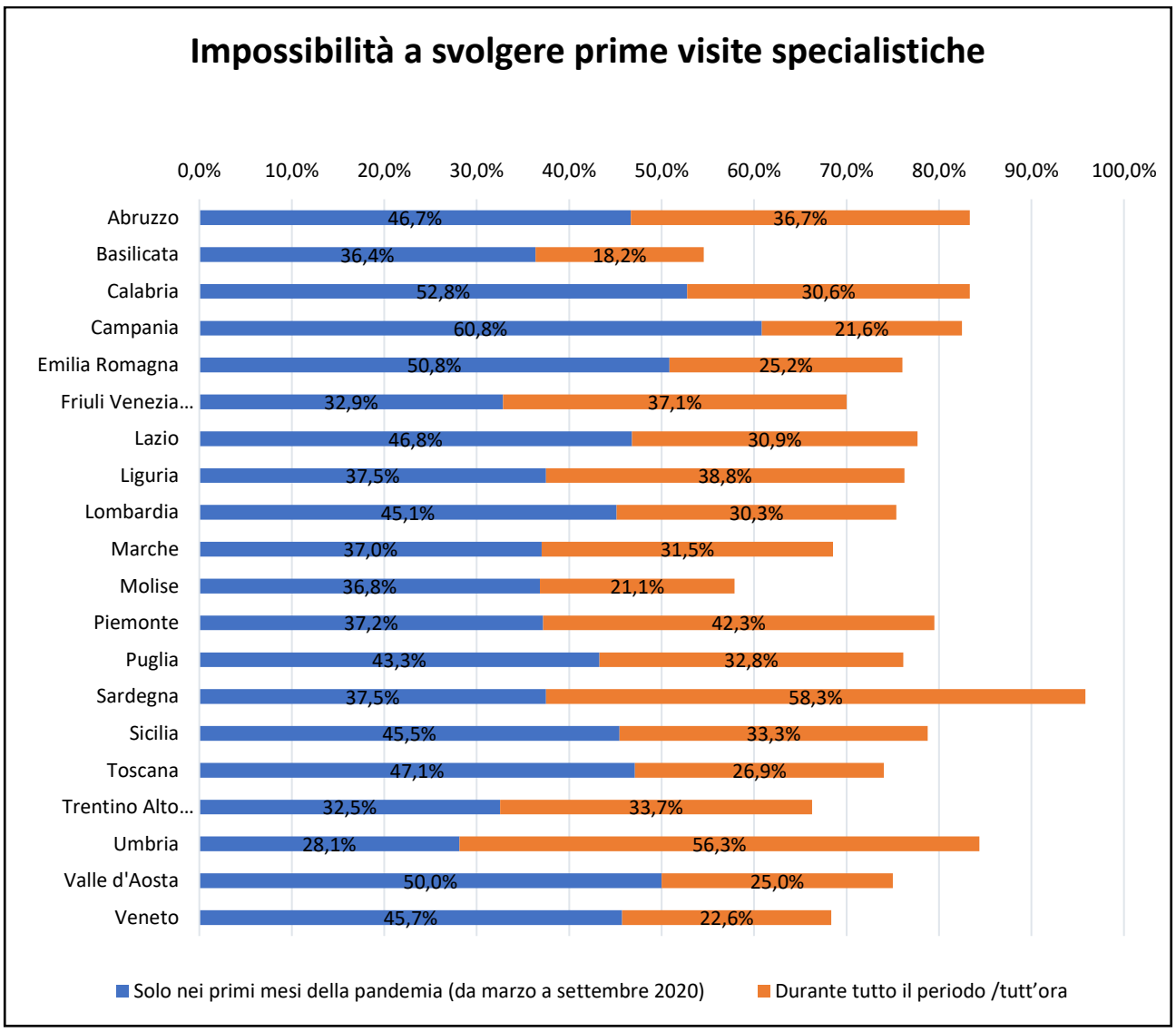
Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

Friuli Venezia-Giulia, Liguria, Piemonte, Sardegna, Trentino Alto-Adige e Umbria presentano un **saldo negativo anche importante** (Umbria dal 27% al 56,8%) rispetto all'item **prenotare prime visite specialistiche.** È indubbio il fatto che non riuscire a prenotare una prima visita per un potenziale paziente cronico e raro significa impattare in maniere negativa sul suo percorso clinico e sulla possibilità di avere una diagnosi tempestiva e di conseguenza iniziare il suo percorso di cura e presa in carico, quindi peggioramento della qualità della vita della persona e dei familiari e aggravio sui servizi sanitari regionali, quindi, liste di attesa sempre più lunghe e di diffilcile gestione nel breve periodo.

Stessa situazione quando parliamo di difficoltà **nello svolgere una visita**, Friuli Venezia-Giulia, Liguria, Piemonte, Sardegna, Trentino Alto-Adige e Umbria presentano un saldo negativo confermando il dato precedente riferito alla prenotazione.



Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

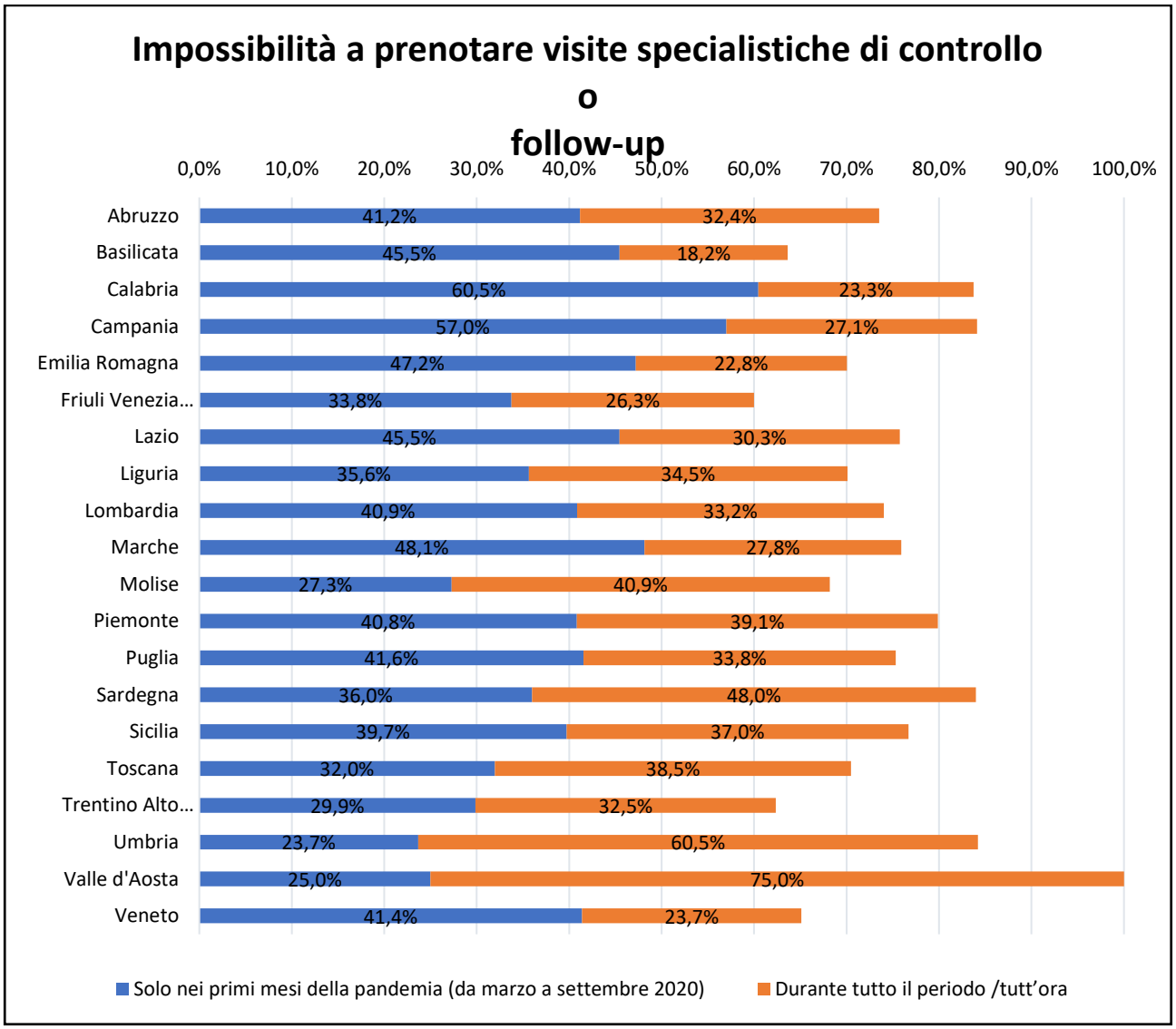


Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

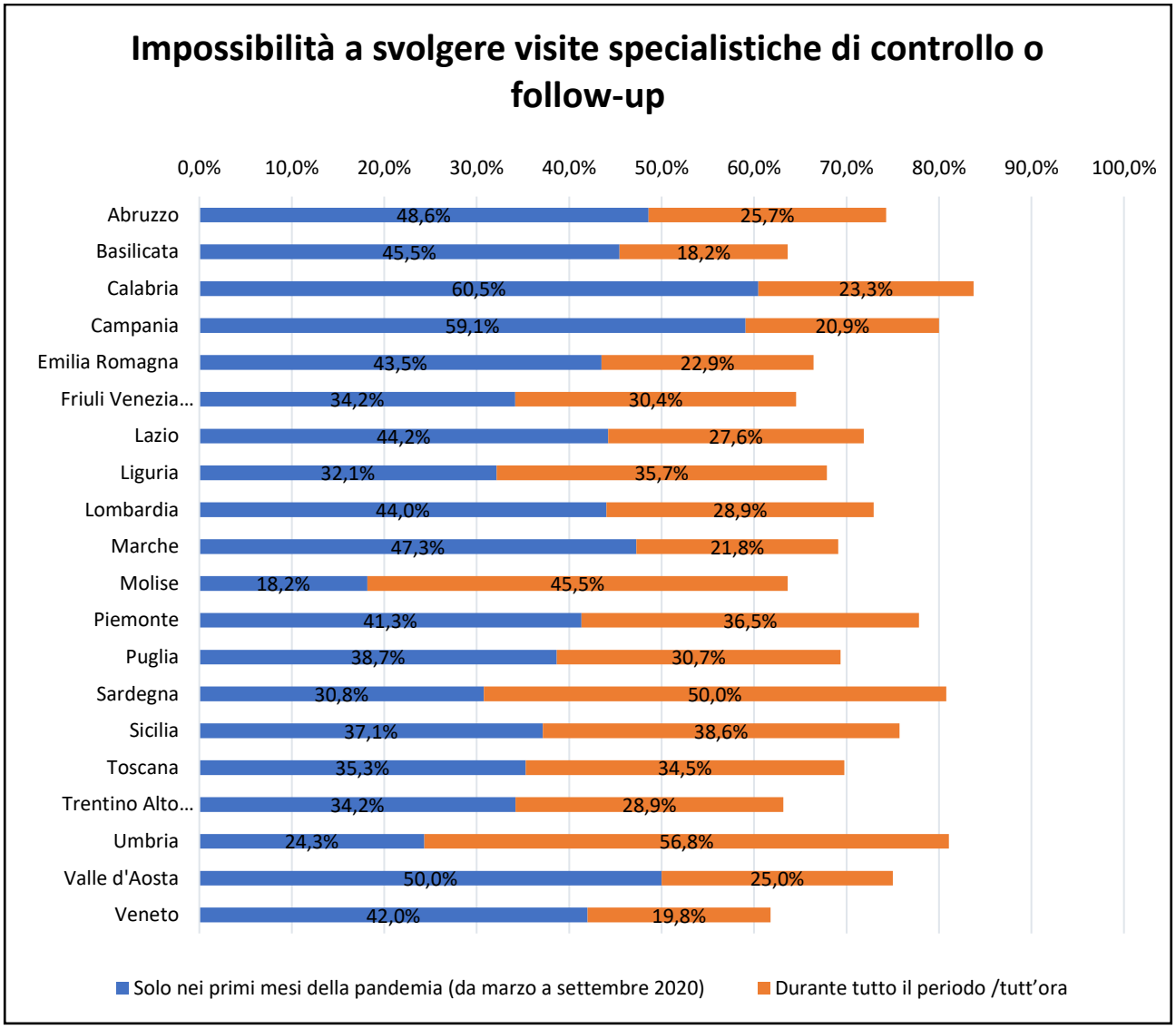
Il percorso verso la guarigione, iniziato con la diagnosi e le terapie, prosegue con i controlli periodici, altrimenti detti di follow-up. Il follow-up dei pazienti è un'attività clinica necessaria in moltissime situazioni patologiche, dove il medico è chiamato a restare in contatto con i suoi assistiti dopo la visita per verificarne lo stato di salute nel tempo, le risposte al trattamento e la comparsa di eventuali complicazioni o episodi avversi. **Questi controlli periodici spesso servono a fornire anche informazioni e supporto psicologico alle persone durante il loro percorso di cure.** Generalmente, l'attività di follow-up prevede una presa in carico del paziente continua nel tempo che può durare tutta la vita, per questo è doveroso sfruttare le potenzialità offerte dalle nuove tecnologie digitali per semplificare e migliorare la gestione dei controlli e restare in contatto con il paziente anche dopo la visita.

Molise, Sardegna, Trentino Alto-Adige, Umbria e Valle d'Aosta presentano un saldo negativo circa la prenotazione di visite di follow up.
Questo dato è da tenere in debito controllo nei prossimi mesi e anni in relazione al peggioramento delle condizioni di salute e a maggior carichi di lavoro per caregiver e servizio sanitario nazionale.

Per quanto riguarda invece l'impossibilità a **svolgere una visita di follow up**, Liguria, Molise, Sardegna, Sicilia, Umbria presentano un saldo negativo. Le altre Regioni sono in saldo attivo.



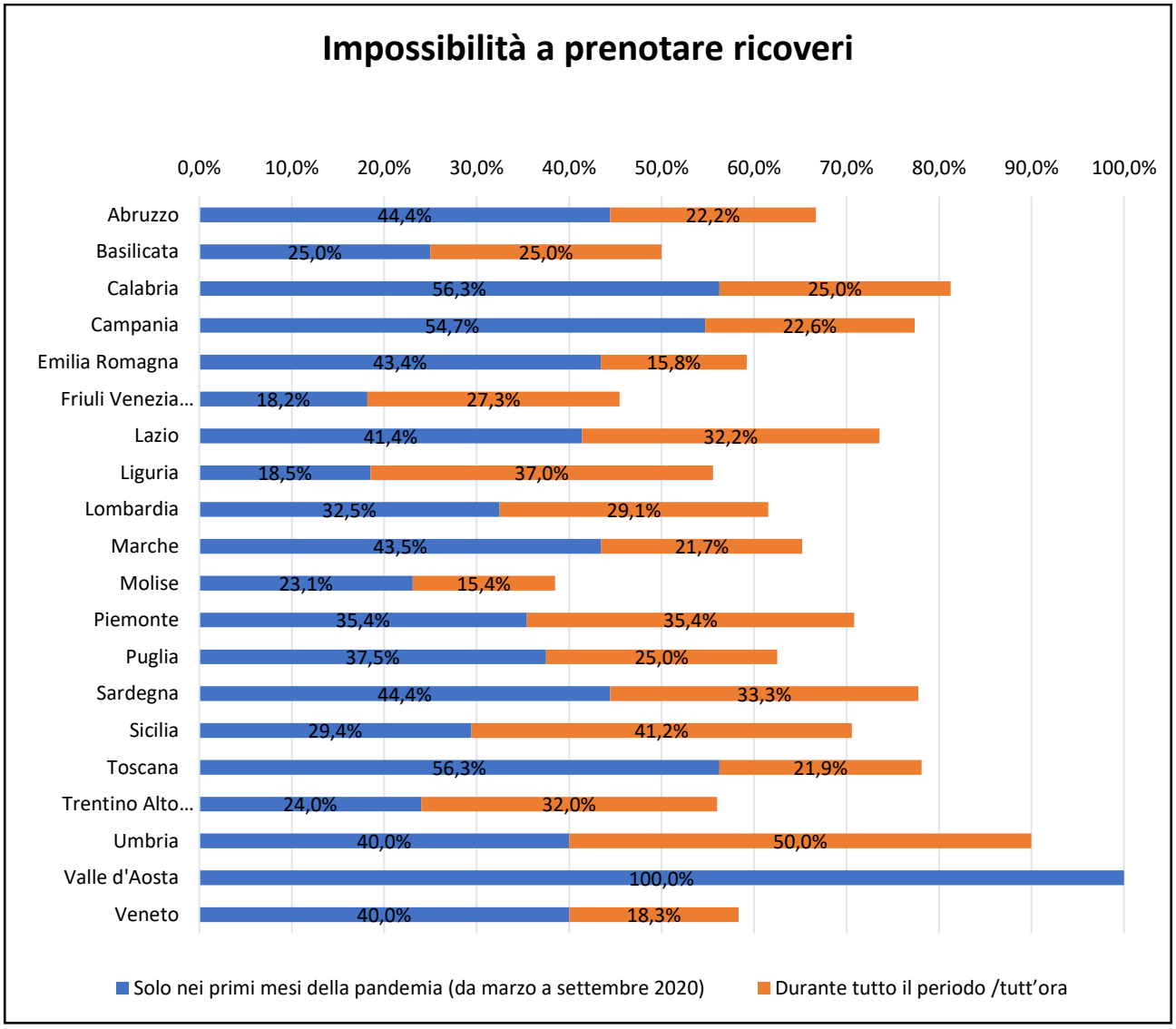
Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità



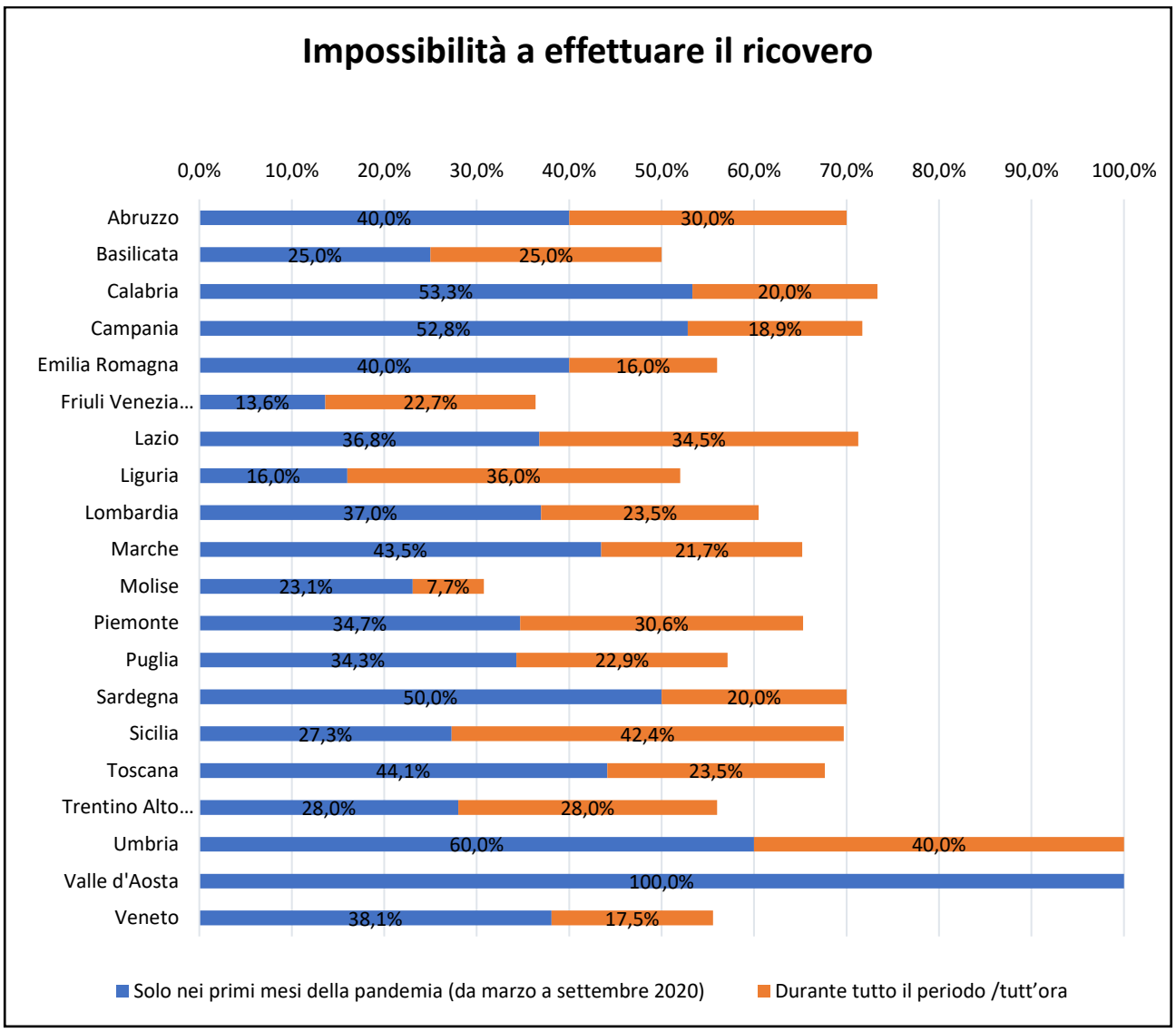
Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

I disagi e le difficoltà dei pazienti cronici e rari si ripetono anche per ciò che attiene i ricoveri, infatti per ciò che attiene all'impossibilità di **prenotare i ricoveri,** Friuli Venezia-Giulia, Liguria, Sicilia, Trentino Alto-Adige e Umbria presentano un saldo negativo con le altre Regioni che recuperano portando ad un saldo attivo nel secondo periodo.

Per quanto riguarda la possibilità di **effettuare un ricovero**, Friuli Venezia-Giulia e Sicilia presentano un saldo negativo. Mentre la totalità delle altre Regioni presentano un saldo attivo.

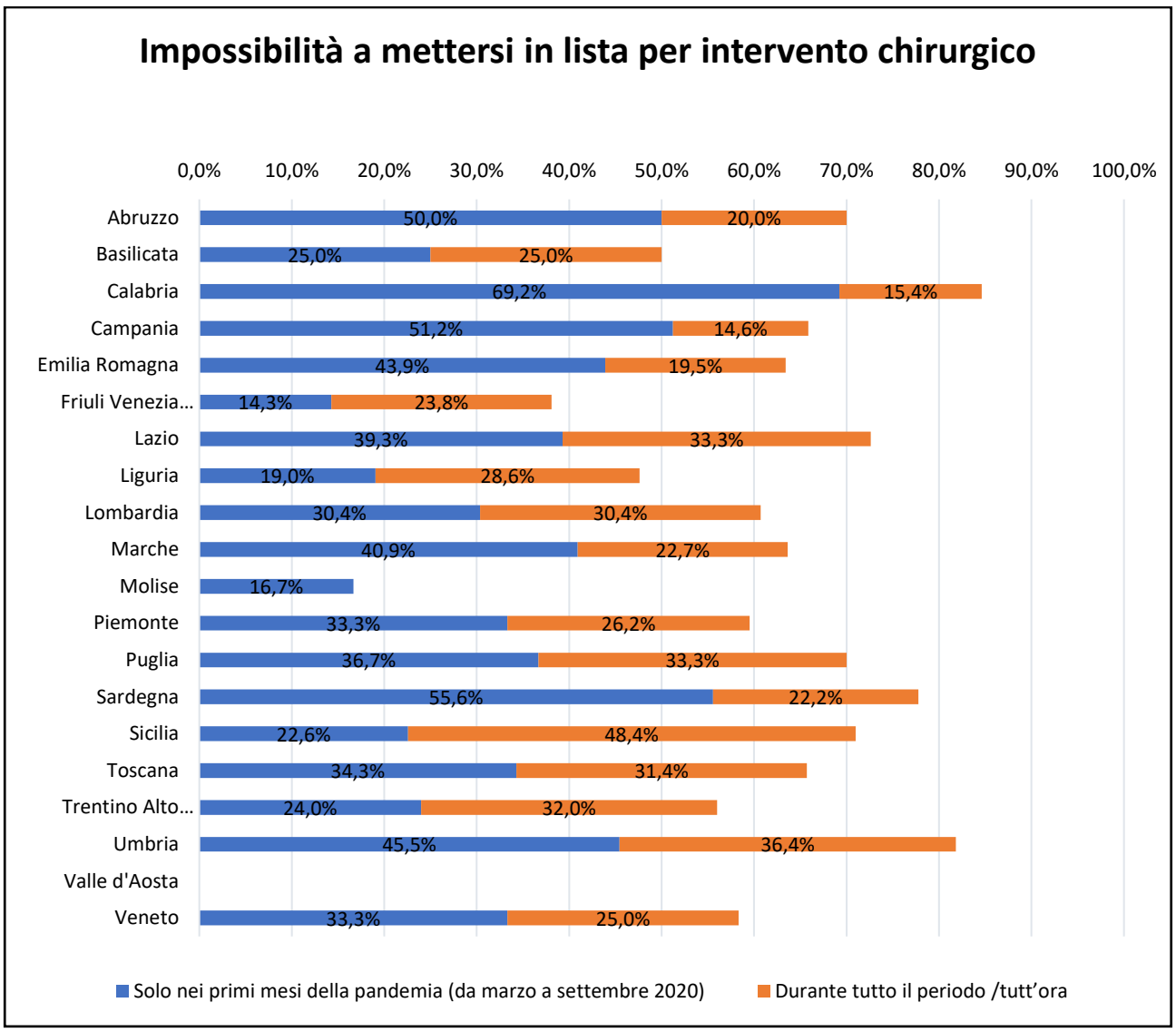


Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità



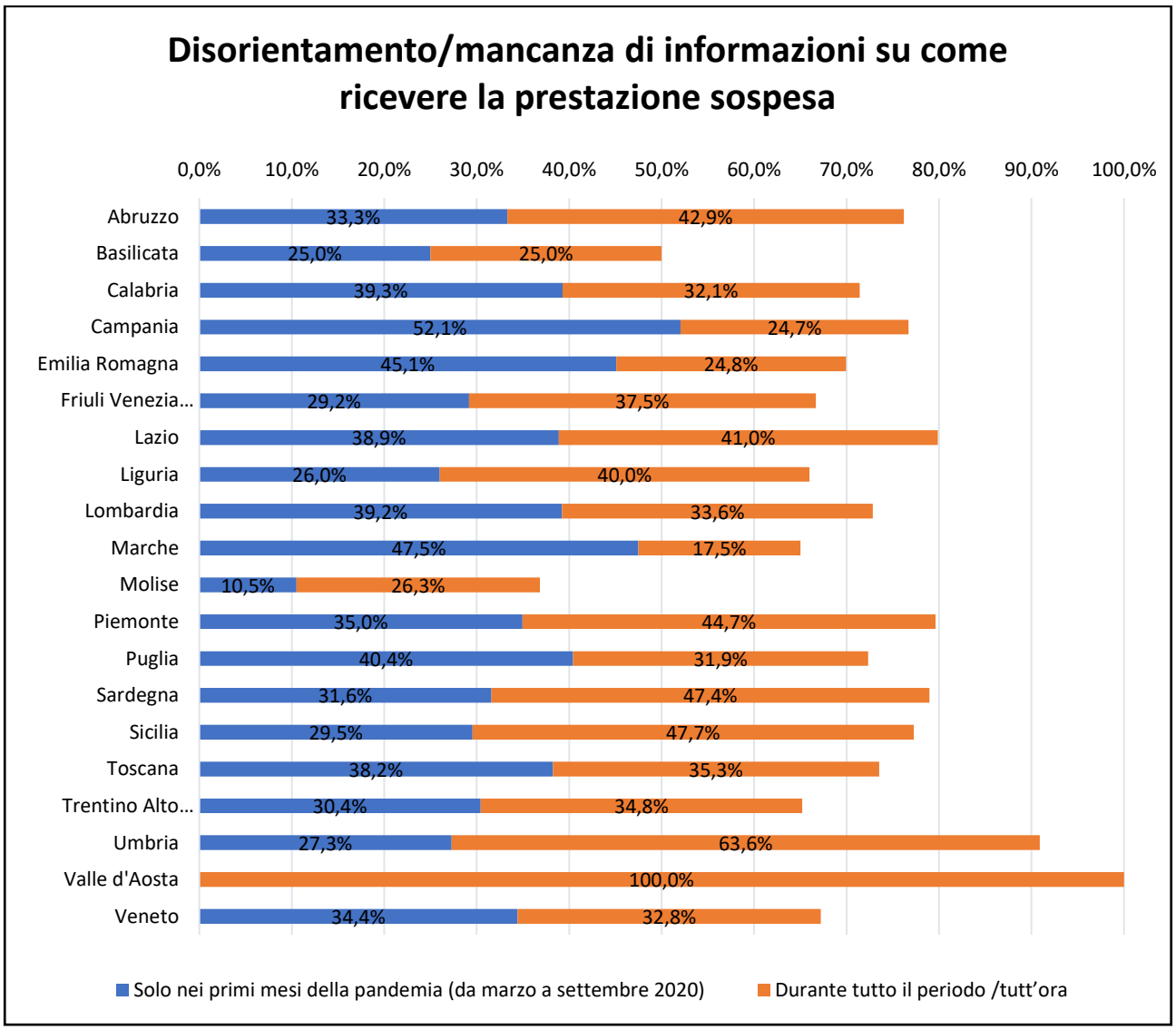
Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

Friuli Venezia-Giulia, Liguria, Sicilia, Trentino Alto-Adige presentano un saldo negativo circa la possibilità di mettersi in **lista di attesa per un intervento chirurgico**. Le altre Regioni sono tutte con saldo attivo raffrontando i due periodi presi in esame.



Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

A causa dell'emergenza Coronavirus a partire da metà marzo sono stati annullati gli appuntamenti per l'erogazione di prestazioni non urgenti e differibili, i cittadini si aspettavano che una volta passata la fase emergenziale ci fosse una graduale ripresa degli appuntamenti e che comunque ci fosse una maggiore comunicazione e informazioni a riguardo. Ancora una volta i pazienti si sono sentiti abbandonati, disorientati e dimenticati. Di seguito ecco cosa ci riportano i pazienti. Abruzzo, Friuli Venezia-Giulia, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Trentino Alto-Adige, Umbria segnano un saldo negativo rispetto all'item. In alcuni casi anche molto marcato percentualmente. (Umbria dal 27,3 al 63,6).

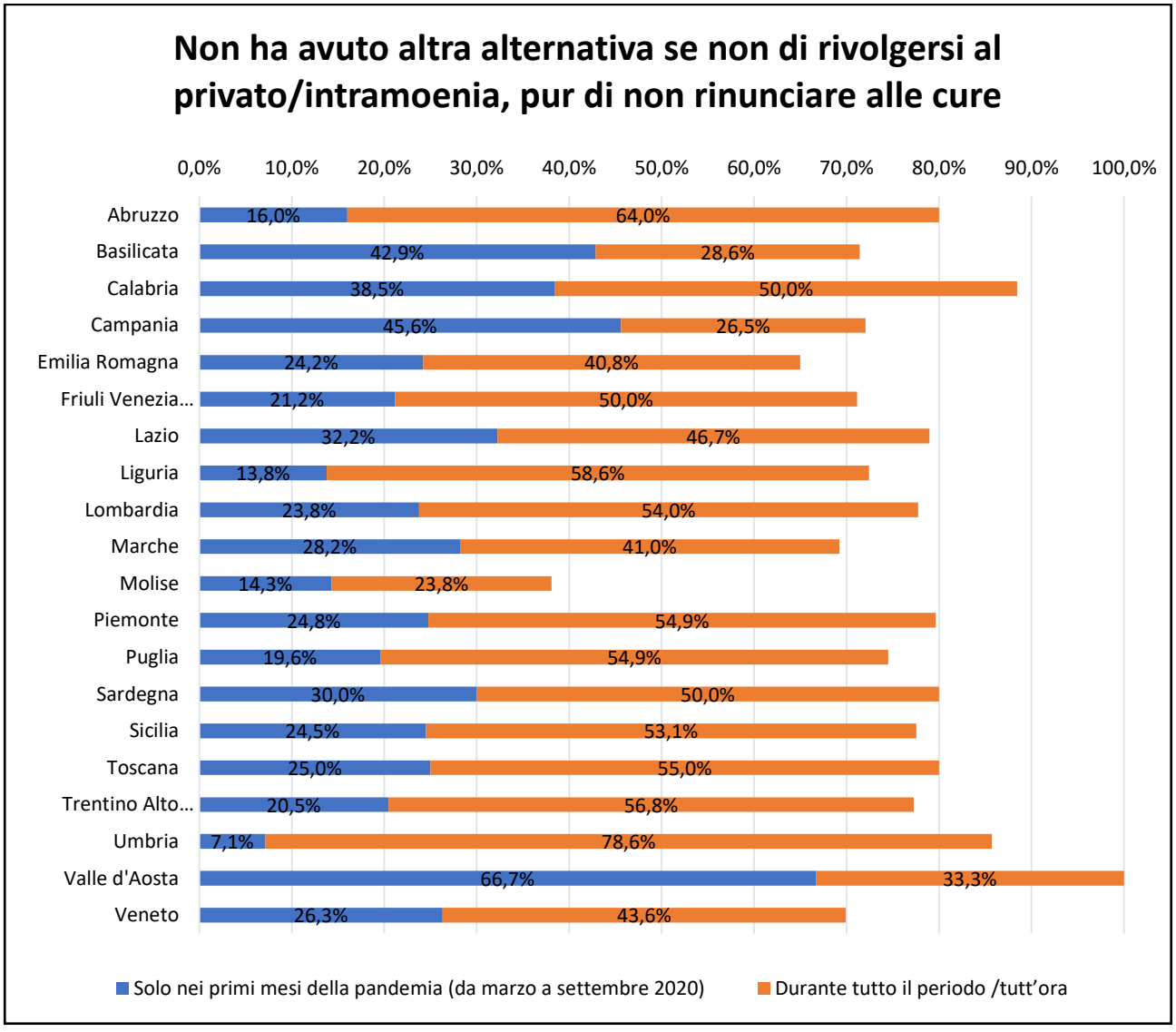


Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

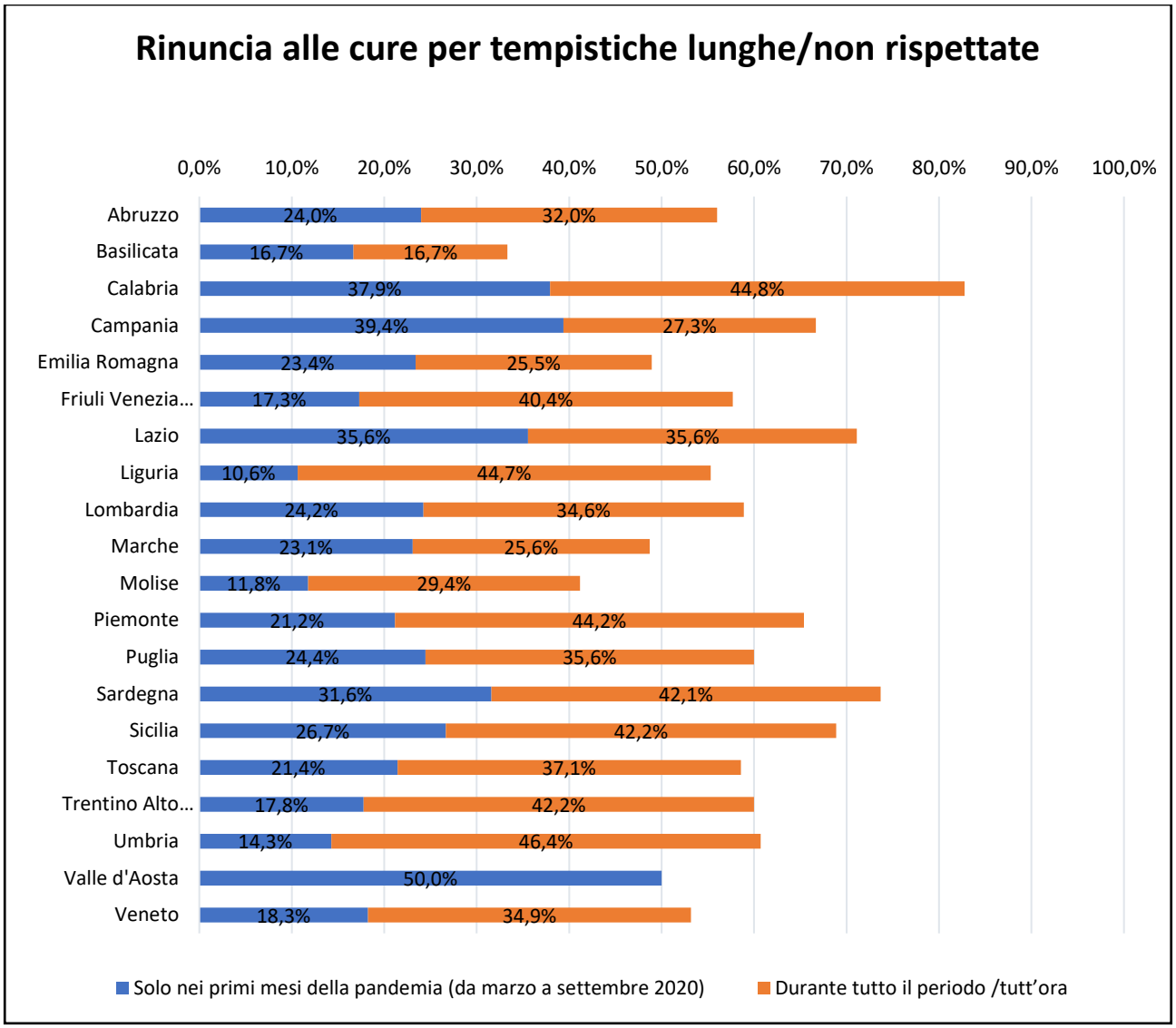
Ancora una volta nel momento in cui le attività e le prestazioni sanitarie vengono sospese i cittadini si vedono costretti a rivolgersi al privato ma nella maggior parte dei casi rinunciano alle cure perché non possono permettersi di pagare di tasca propria. Abruzzo, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia-Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trentino Alto-Adige, Umbria e Veneto segnano tutte un saldo pesantemente negativo con un **ricorso al privato per accedere alle cure che evidenzia una volta**

di più una diseguaglianza che è comune, ma non per questo positiva, alla stragrande parte del paese.

Abruzzo, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia-Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trentino Alto-Adige, Umbria e Veneto presentano un saldo negativo preoccupante circa la **rinuncia alle cure per tempistiche lunghe/non rispettate**. Qui viene meno, in modo plastico, un patto tra Pubblica Amministrazione e cittadini. Si apre una frattura, o si consolida, che è difficile poi da rimarginare.



Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

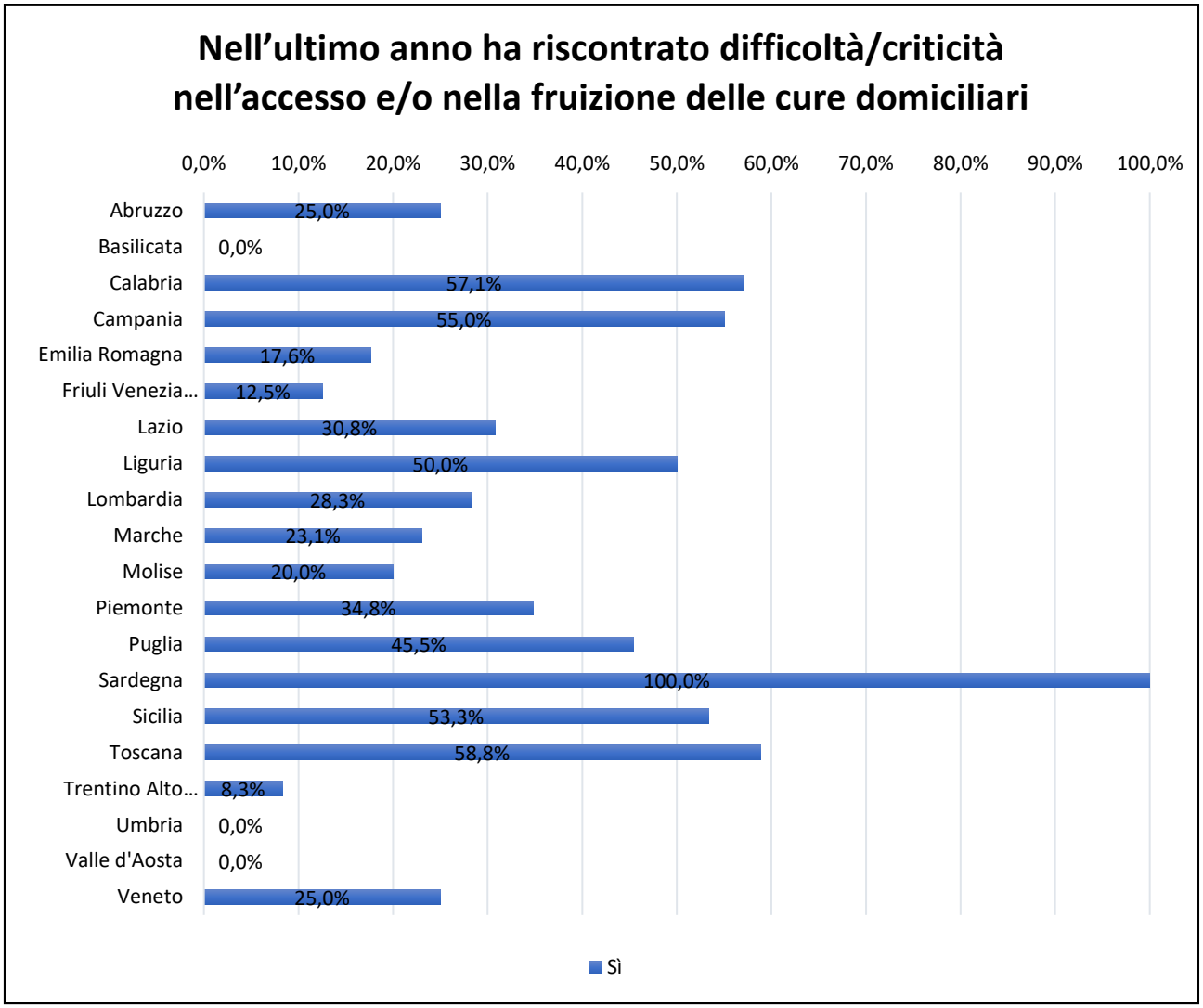


Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

Il Servizio sanitario nazionale (Ssn) garantisce alle persone non autosufficienti o in condizioni di fragilità, l'assistenza sanitaria a domicilio, attraverso l'erogazione delle prestazioni mediche, riabilitative, infermieristiche e di aiuto infermieristico necessarie e appropriate in base alle specifiche condizioni di salute della persona (**Art. 22 del dPCM 12 gennaio 2017**).

Sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona (ad es. cura e igiene della persona, aiuto nella deambulazione, supervisione assunzione terapia farmacologica). Le cure mirano a stabilizzare il quadro clinico, a limitare il declino funzionale e a migliorare la qualità della vita della persona nel proprio ambiente familiare, evitando per quanto possibile, il ricorso al ricovero ospedaliero o in una struttura residenziale. **In ogni caso la ASL assicura la continuità tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio**, così come ribadito dal PNC.

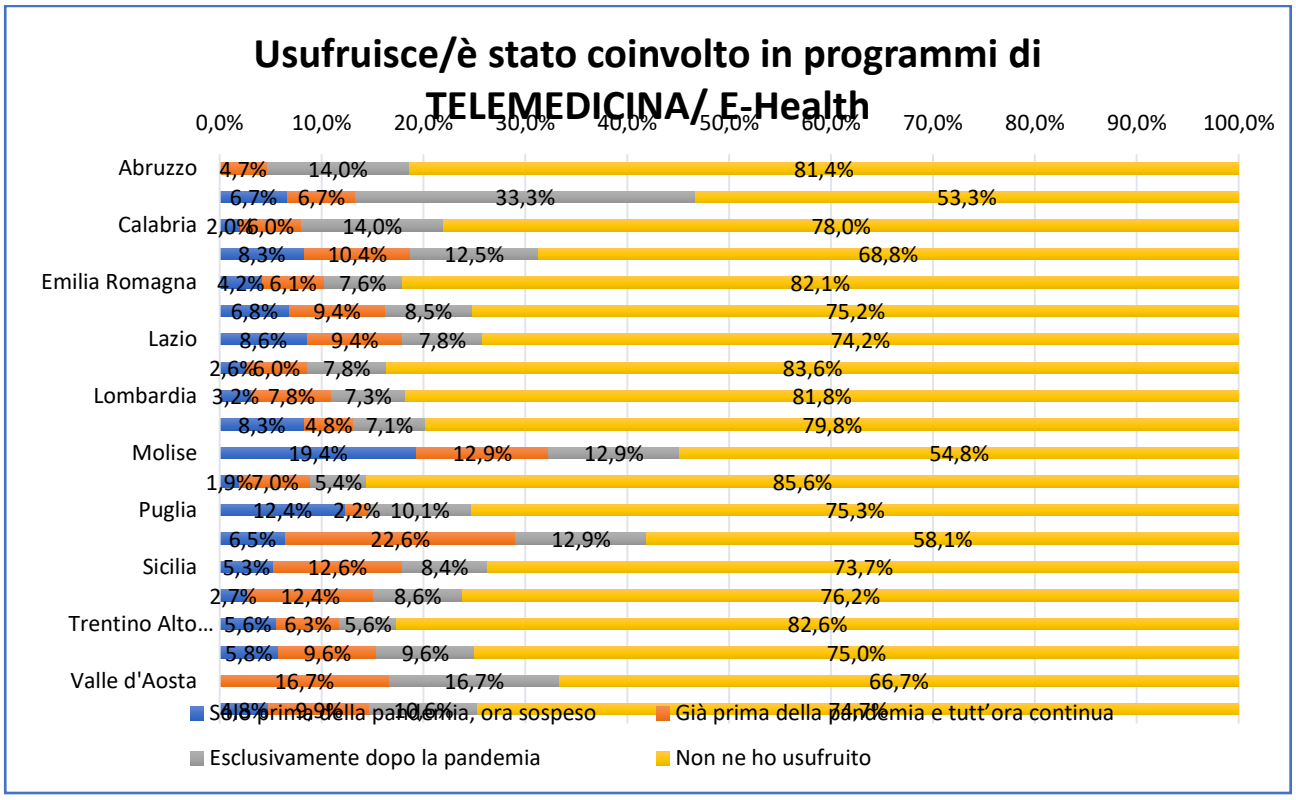
A questo riguardo i pazienti ci segnalano che la Sardegna è la Regione che ha presentato la massima difficoltà per accedere alle **cure domiciliari**, seguita dalla Toscana, dalla Calabria, dalla Campania, dalla Sicilia e dalla Liguria. Le minori difficoltà sono state registrate (in ordine) da Trentino Alto-Adige, Friuli Venezia-Giulia, Emilia-Romagna.



Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

Non possiamo dimenticare ma dobbiamo fare in modo che questa esperienza acquisita sia sempre più impiegata dal momento che è stata molto utile, ad esempio per il triage di popolazioni vaste quale quelle delle persone colpite dal virus, giorno dopo giorno, la realizzazione del distanziamento fisico è stata realizzata principalmente attraverso telemedicina e teleconsulto e la possibilità di realizzare una sorveglianza assidua a domicilio si è basata su tecnologie anche semplici e alla portata di ogni paziente.
Sull'uso delle **tecnologie applicate** alla salute il dato prevalente in tutte le Regioni è la risposta "non ne ho usufruito" con un range minore della Basilicata con il 53,3% e il picco in alto del Piemonte con l'85,6%. Il Molise con il 19,4% è la Regione che alla domanda "usavo prima della pandemia, poi sospeso" ha totalizzato la percentuale più alta. La Basilicata con il 33,3% è quella che "grazie" alla pandemia ha aumentato moltissimo l'uso di tecnologie. La Valle d'Aosta con il 16,7% è la regione dove si utilizzavano le tecnologie e si continua anche dopo.

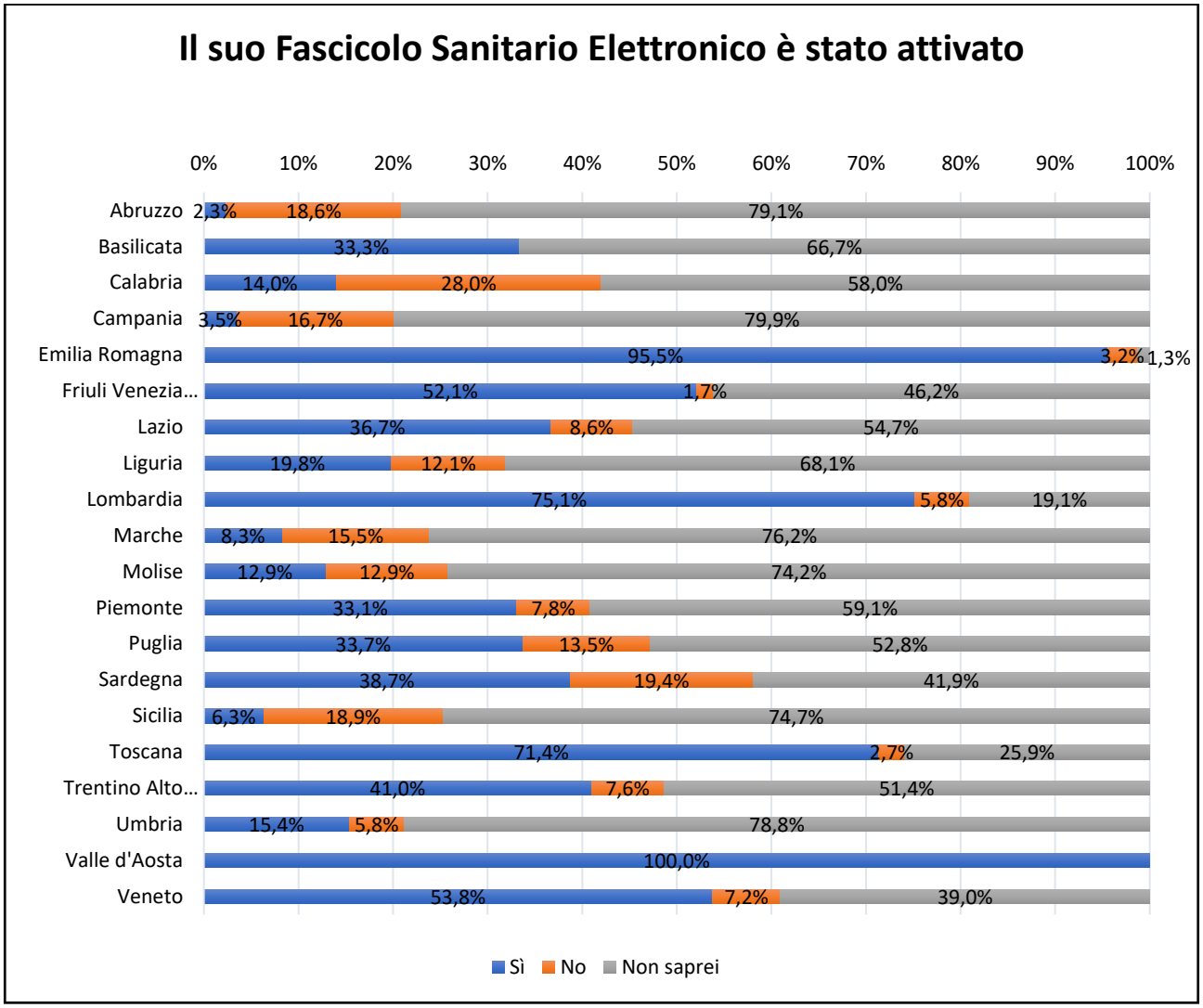
È evidente che questi dati ci danno una linea di tendenza dove ormai le tecnologie applicate alla gestione della salute sono entrate a far parte delle attese, del bagaglio e del quotidiano. C'è bisogno di lavorarci. Ma la strada è stata tracciata.



Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

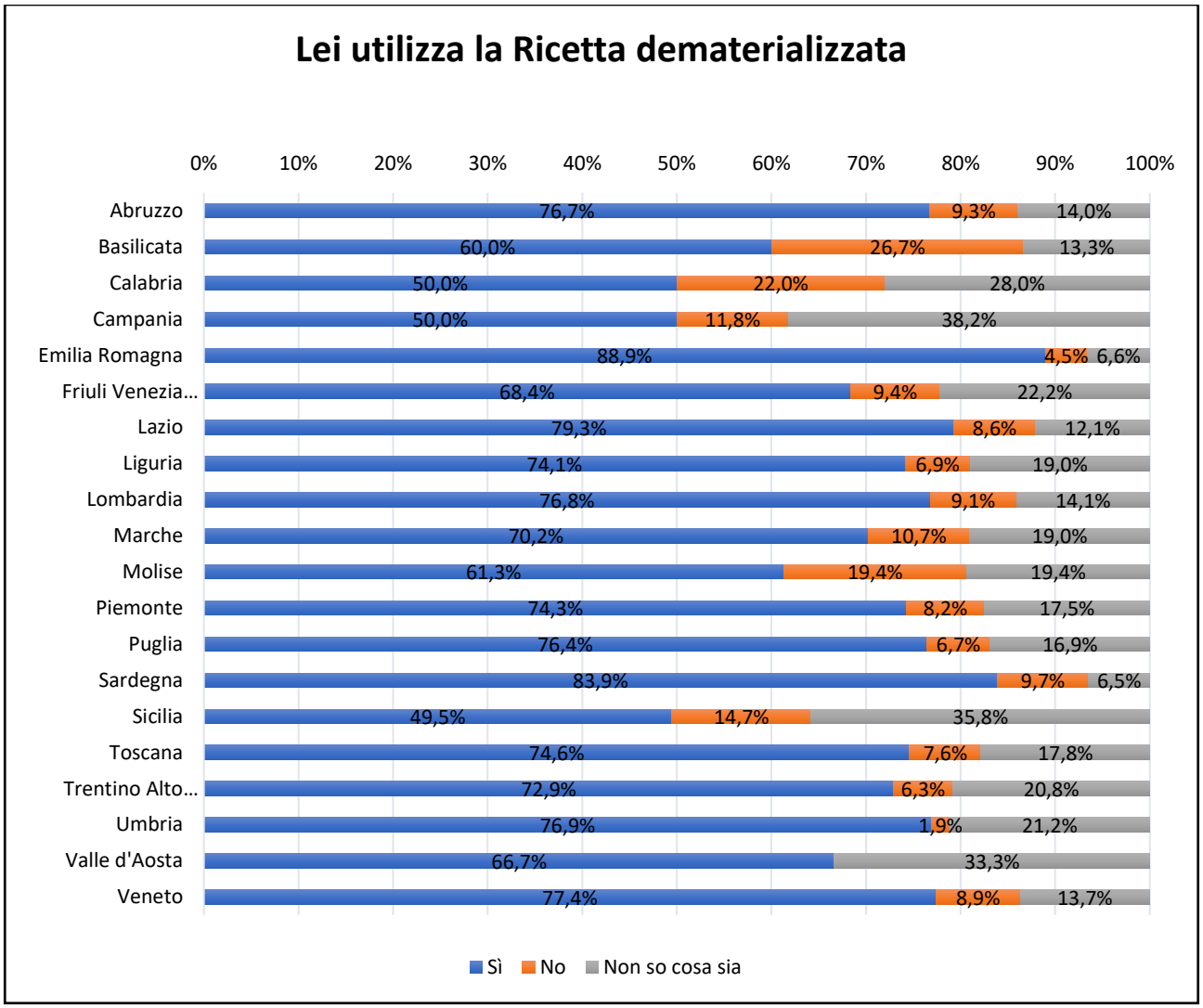
Per quanto riguarda il **fascicolo sanitario elettronico**, FSE, cioè lo strumento attraverso il quale il cittadino può tracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti sanitari per garantire un servizio più efficace ed efficiente. Le informazioni presenti nel Fascicolo del cittadino vengono fornite e gestite dalle singole regioni.
Sul FSE abbiamo il dato di Valle d'Aosta e Emilia-Romagna dove l'uso appare consolidato; seguono a distanza Lombardia e Toscana, quindi Veneto e Friuli Venezia-Giulia.

Fino ai range più bassi di Abruzzo, Campania, Sicilia, Marche tutte sotto il 10%.
Ma troppe appaiono percentualmente le risposte "Non Saprei". Qui esiste un ampio margine di "miglioramento" e di uso del FSE.
Crediamo che sia ora dopo oltre 25 anni di "sperimentazioni", regioni pilota, spese e altro ancora.



Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

La ricetta dematerializzata è la versione elettronica della tradizionale ricetta rossa cartacea. Si tratta di un documento digitale che consente l'accesso alle prestazioni farmaceutiche e ambulatoriali (medicinali di fascia A, visite specialistiche, esami diagnostici) erogate dal Servizio Sanitario Nazionale. **Il dato "Non so cosa sia" è ancora troppo alto.** La Campania vince questa classificazione con il 38,2%. Il picco in basso di questa classificazione spetta alla Sardegna con il 6,5%; ma in generale le Regioni dove la risposta è "Non so cosa sia" è decisamente preoccupante. L'Emilia-Romagna con l'88,9% è la Regione dove i malati cronici e rari utilizzano di più la ricetta dematerializzata, seguita dalla Sardegna e dal Lazio. La Basilicata con il 26,7% è quella dove si usa di meno, seguita dalla Calabria e dal Molise.



Fonte: XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

Conclusioni

A cura di Valeria Fava e Isabella Mori

La pandemia ci ha permesso di osservare la capacità di reazione del nostro SSN di fronte ad un'emergenza sanitaria eccezionale che ha messo a dura prova modelli organizzativi territoriali difformi, non solo nell'organizzazione ma negli anche negli esiti di salute prodotti; e questo perché sono modelli organizzativi disegnati, negli anni passati, non sulla base di una analisi dei bisogni epidemiologici, sanitari, sociali, economici dei cittadini che abitano i territori.
Abbiamo osservato una assistenza sanitaria depauperata di risorse umane, frutto di misure senza visione futura, che ha faticato a fronteggiare l'emergenza; un'assistenza domiciliare fragile, in grado di assicurare un numero di ore inadeguato se confrontato con gli altri paesi europei, concepita per lo più per erogare prestazioni sanitarie, ma poco attenta ai bisogni sociali delle persone; programmi di prevenzione e accesso alle cure rallentati con milioni di prestazioni da recuperare.

La pandemia ha evidenziato anche alcune priorità di intervento, prima fra tutte, forse, quella relativa alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale, oggetto di riforma e di acceso dibattito. Tuttavia, occorrerà una lettura attenta dei contesti territoriali, individuando percorsi e non solo luoghi che favoriscano servizi più accessibili e prossimi ai cittadini, puntando molto sulla domiciliarità come luogo privilegiato delle cure, per avere maggiore attenzione alla qualità della vita. In questa ottica bisogna ripensare ed interpretare i servizi territoriali non solo come un servizio di continuità delle cure, ma piuttosto un nodo della rete dei servizi, perfettamente integrati fra loro. La carenza di servizi, la distanza dai luoghi di cura, tipica di alcune aree del paese, come pure la complessità delle aree urbane e metropolitane impongono un'innovazione dei modelli organizzativi sanitari territoriali.

I servizi sul territorio dovranno proporsi anche come presidi di prevenzione e di rinforzo alle reti sociali nel contrasto alla solitudine e emarginazione (centri diurni, co-housing, ecc), enfatizzando la multidimensionalità dell'approccio: si tratta di costruire progetti personalizzati che partano da uno sguardo globale sulla condizione del paziente, soprattutto quello fragile (cronico, non autosufficiente, anziano), sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni e che si organizzino le risposte di conseguenza. E ancora, puntare su figure e luoghi facilitanti e di raccordo tra ospedale e territorio. Le case di comunità e gli ospedali di comunità andranno ben interpretati se vogliamo mettere a frutto la straordinaria opportunità e le risorse stanziate dal PNRR e non replicare scelte inefficaci del passato (le case della salute, le unità complesse di cure primarie -UCCP-, le aggregazioni funzionali territoriali - AFT -, ecc.), creando modelli organizzativi che mal si adattano ai diversi contesti. Non dobbiamo cedere alla standardizzazione come soluzione dei problemi. Si dovrà rendere la telemedicina (in ogni sua declinazione: teleconsulto, telemonitoraggio, televisita, telefarmacia, ecc.) strumento per garantire la continuità delle cure e la gestione dei pazienti, sia acuti sia cronici, al domicilio, investendo in piattaforme informatiche integrate tra gli ospedali, i presidi territoriali, la medicina primaria.

L'accesso alle prestazioni, da sempre anello debole del SSN, che con le sospensioni e/o rallentamenti delle prestazioni in questi ultimi 2 anni rischia di assumere caratteristiche

drammatiche ed incolmabili, appare un'altra priorità assoluta. Occorre ripensare il ruolo di tutti gli attori coinvolti nell'assistenza sanitaria sul territorio affinché alcuni di essi (medici di medicina generali, pediatri di libera scelta, infermieri di comunità, farmacisti, ecc..) possano assumere nuovi e maggiori compiti in modo da offrire risposte più adeguate ai bisogni dei cittadini e delle comunità. In questo modo, peraltro, si raggiungerebbe anche l'obiettivo di rendere più leggero il carico delle strutture ospedaliere e del personale medico in esse operante che potrà dedicarsi alla gestione dei casi più complessi soprattutto in situazioni di emergenza. È necessario intervenire per migliorare la sorveglianza e l'assistenza socio-sanitaria intraprendendo nuove strade per rispondere alla domanda di salute della popolazione e prevenire le emergenze utilizzando al massimo l'opportunità che ci offrono gli strumenti digitali e l'uso dei dati

Scontiamo un'adesione ai programmi di prevenzione a macchia di leopardo e con forti scostamenti dagli obiettivi fissati, sia per quanto riguarda gli screening che le vaccinazioni. Con la pandemia abbiamo assistito a rallentamenti e chiusure di ambulatori e centri per lo screening e le vaccinazioni, con milioni di prestazioni da recuperare nei prossimi mesi. Occorrerà in via prioritaria pertanto un cambio di passo per garantire il ritorno alle cure, sfruttando le risorse stanziante ad hoc per il recupero delle prestazioni perse e una maggiore adesione ai programmi di prevenzione (vaccini e screening oncologici e neonatali), avviando campagne di comunicazione e sensibilizzazione al tema, ma anche rendendo i servizi di prevenzione accessibili e capillari sul territorio, immaginando che lo scenario post covid dovrà arricchirsi di importanti innovazioni organizzative nel periodo emergenziale ad esempio attraverso l'individuazione di luoghi e figure alternativi per le vaccinazioni (le farmacie, i medici di medicina generale, i pediatri di liberal scelta, ecc.).

E ancora: si dovranno rendere i servizi e le prestazioni maggiormente accessibili, lavorando per la semplificazione burocratica, implementando l'utilizzo della ricetta elettronica, la consegna dei farmaci a domicilio, unendo i passaggi da svolgere per accedere all'insieme delle misure assistenziali previste, potenziando l'interconnessione dei sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale, come il fascicolo sanitario elettronico, semplificandone l'accesso, assicurando l'interoperabilità dei dati tra le diverse infrastrutture tecnologiche e promuovendo azioni di informazione alla cittadinanza.

La pandemia, nel mettere a dura prova il SSN, ha mostrato infatti una notevole capacità di reazione nel rispondere all'emergenza, una straordinaria tenacia dei professionisti sanitari e la possibilità di pigiare l'acceleratore su alcune importanti innovazioni come:

- semplificare le cure attraverso l'implementazione della ricetta elettronica,
- rinnovare automaticamente i piani terapeutici per i pazienti cronici,
- consegnare il farmaco al domicilio o presso le farmacie territoriali,
- individuare luoghi di cura alternativi agli ospedali e più prossimi al paziente,
- utilizzare strumenti tecnologici (telemedicina, ecc) per consentire il controllo ed il monitoraggio delle terapie da casa
- ecc.

Ora che l'emergenza sembra dare tregua, non dobbiamo permettere che quanto di positivo è stato realizzato per i cittadini/pazienti si perda, anzi abbiamo il compito di valorizzare le esperienze efficaci e renderle sistemiche, renderle una prassi consolidata e omogenea.

In tutto questo, il valore aggiunto di Cittadinanzattiva sta nella capacità di leggere e interpretare i bisogni per impostare iniziative efficaci e partecipate. La spinta che possiamo dare sta nel contribuire a creare le condizioni affinché i servizi sanitari siano più accessibili, rispondenti ai bisogni e più ergonomici alla vita dei cittadini; sta nella capacità di interloquire autorevolmente con le istituzioni, nel proporci nella co-progettazione, unendoci con altri soggetti e comunità, certi che il potere inclusivo delle comunità, il potere solidale, rappresentano un valore e al contempo una opportunità strategica, nella capacità di trasferire alla cittadinanza il valore della partecipazione ed il potere dei cittadini, nella nostra capillarità che rappresenta un inestimabile valore aggiunto.

Le parole d'ordine è e rimane il contrasto alle disuguaglianze, lavorare affinché i diritti siano esigibili ovunque, affinché i livelli essenziali di assistenza, straordinario strumento nato ispirandosi ai valori di equità e uguaglianza, siano rispettati ed implementati ovunque.

Proposte

- **Rafforzare l'attuale sistema di monitoraggio dei Lea**, al fine di migliorare la sua capacità di fotografare la reale dinamica che esiste tra cittadino e Servizio Sanitario Nazionale nella garanzia dei suoi diritti, attraverso la partecipazione di rappresentanti di cittadini nella Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza del SSN.

- **Approvare il Decreto Tariffe per l'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica**, e una revisione periodica e certa non solo dei Livelli Essenziali di Assistenza ma anche dei decreti ad essi connessi per evitare futuri ritardi e perdite di tempo che incidono irrimediabilmente sulla vita delle persone;

- Implementare i provvedimenti previsti a livello nazionale e regionale, per **potenziare e rendere i servizi di prevenzione vaccinale e screening più accessibili** e uniformi sul territorio;

- **Potenziare campagne di informazione ed engagement sulla prevenzione** diffondendo informazioni basate sulle evidenze scientifiche, al fine di aumentare la consapevolezza a partire dai giovani;

- Rafforzare il sistema di **monitoraggio dei livelli di copertura vaccinale e screening** attraverso l'implementazione di strumenti digitali e l'interoperabilità dei dati;

- Implementare **misure volte a garantire l'accesso alle cure** a tutti i pazienti non Covid e provvedimenti per il pieno **recupero** delle **prestazioni ambulatoriali e di ricovero sospese durante l'emergenza sanitaria**

    - avviare al più presto una **verifica nei confronti delle Regioni per conoscere lo stato dell'arte e le criticità riscontrate nel recupero delle liste d'attesa**, al fine di individuare tempestivamente ulteriori interventi da mettere in atto e di rendere trasparenti i risultati della medesima verifica;

    - prevedere **azioni correttive** di livello nazionale su tutte le Regioni e in particolare su quelle in cui il **recupero delle liste di attesa** è fortemente deficitario, inefficace e soprattutto non in linea con la situazione epidemiologica da Covid-19;

    - introdurre un **indicatore di verifica dell'attuazione delle attività di recupero delle prestazioni non erogate** da parte delle Regioni, all'interno del Nuovo Sistema Nazionale di Garanzia dei Lea;

    - **implementare e aggiornare il Piano Nazionale di recupero delle Liste di Attesa** invitando le Regioni a dare piena attuazione a tutte le misure previste per il recupero delle prestazioni e a rendere trasparenti le informazioni su quali modelli organizzativi sono attualmente applicati per garantire il recupero delle stesse, quali le tempistiche e quali i criteri di priorità messi in campo;

- vigilare a che le Regioni mettano in atto i **percorsi di "garanzia previsti"** dal PNGLA 2019-2021 nel caso di sforamento dei tempi massimi previsti e di porre particolare attenzione alla pratica della "sospensione" delle attività di prenotazione (liste di attesa bloccate, agende chiuse);

- Ripensare ed interpretare i servizi territoriali non solo come un servizio di continuità delle cure, ma piuttosto un nodo della rete dei servizi, perfettamente integrati fra loro capace di realizzare percorsi di cura efficaci ed efficienti. Ridisegnare **l'assistenza territoriale tenendo conto dei bisogni dei cittadini** che abitano i territori e garantendo la capillarità dei luoghi di cura.

- Rendere la **telemedicina** (in ogni sua declinazione: teleconsulto, telemonitoraggio, televisita, telefarmacia, ecc.) strumento per garantire la continuità delle cure e la gestione dei pazienti, sia acuti sia cronici, al domicilio, investendo in piattaforme informatiche integrate tra gli ospedali, i presidi territoriali, la medicina primaria.

- Riformare **l'assistenza per gli anziani non autosufficienti** ridefinendo l'insieme degli interventi socio-sanitari ed eliminando la frammentarietà del percorso di riconoscimento. Incrementare i finanziamenti pubblici dedicati alla non autosufficienza, in particolare ai servizi domiciliari (prestazioni sanitarie e sociali), intermedi e residenziali;

- Investire nel potenziamento delle i**nfrastrutture digitali e di interconnessione dei dati**, lavorando anche sulle competenze digitali dei professionisti sanitari.

- Implementare il **FSE** di servizi digitali innovativi e di interesse per i pazienti come i sistemi per la prenotazione online di visite ed esami, i piani di cura e le informazioni sulla propria patologia e percorso di cura ecc. Aumentare l'utilizzo del FSE da parte dei professionisti sanitari e prevedere campagne di informazione per i cittadini per accrescerne la conoscenza e l'utilizzo;

- Lavorare a più livelli sulle priorità strategiche del sistema di presa in carico del **disagio mentale**, investendo in primo luogo su una medicina territoriale incentrata su servizi di prossimità a persone e comunità, in cui sia centrale la "rete" di collaborazione tra attori e stakeholder del sistema. Stanziare risorse dedicate, per un'adeguata prevenzione del disagio mentale;

- Mettere a punto un provvedimento nazionale di riordino del settore farmaceutico e del conseguente **accesso alle terapie farmacologiche**, che garantisca un accesso equo e tempestivo alle terapie, in particolar modo quelle più innovative, che superi le attuali differenze esistenti tra le diverse regioni;

- Lavorare per l'attuazione uniforme tanto al livello regionale, quanto a quello aziendale, **del Piano nazionale delle cronicità** e monitorare il raggiungimento degli obiettivi previsti;

- Mettere a punto un Programma nazionale per la definizione e l'implementazione dei **Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali** (PDTA) per patologie croniche e rare;

Ringraziamenti

La stesura del Rapporto Civico sulla Salute è stata possibile in primis grazie al lavoro dei volontari e delle volontarie che quotidianamente animano i nostri Centri di Tutela presenti sul territorio e che sono in prima fila nell'offrire sostegno e tutela ai cittadini, grazie al loro lavoro è stato possibile gestire le oltre 13000 segnalazioni dei cittadini che ci hanno contattato nel 2021.

Un ringraziamento speciale ai Segretari Regionale che animano tutto l'anno, l'Osservatorio civico sul federalismo, grazie alla loro attività di politica e monitoraggio è stato possibile realizzare i Focus Regionali.

I capitoli del Rapporto sono stati redatti: da Valeria Fava, Michela Liberti, Isabella Mori, Tiziana Nicoletti, Maria Vitale.

L'analisi statistica e la trasposizione grafica dei dati sono a cura dell'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva composta da: Michela Liberti, Maria Eugenia Morreale, Maria Vitale, a tutte loro un ringraziamento particolare.

Grazie inoltre a Anna Lisa Mandorino, segretaria generale e Francesca Moccia, vicesegretaria generale.

Per l'Ufficio Stampa, Comunicazione e Relazioni Istituzionali si ringraziano: Aurora Avenoso, Lorenzo Blasina, Elisa Blasucci., Valentina Condò, Alessandro Cossu, Cristiano Tempesta, carla berliri

Grazie a Cinzia Dottori Responsabile Networking.

CITTADINANZATTIVA

www.cittadinanzattiva.it

con il sostegno non condizionato di

FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

FNOPI
FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Federazione Ordini Farmacisti Italiani

con il contributo non condizionato di

ALEXION
AstraZeneca Rare Disease

Chiesi

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson&Johnson

sanofi